

**INSTRUCTIES AAN DE VERPLEGINGSINRICHTINGEN,  
AAN DE ERKENDE LABORATORIA VOOR KLINISCHE BIOLOGIE,  
AAN DE VERPLEEGKUNDIGEN  
EN ALLE ANDERE INRICHTINGEN OF VERSTREKKERS  
DIE GEBRUIK MAKEN VAN HET SYSTEEM  
VAN AFLEVERING VAN FACTURATIEBESTANDEN  
EN AAN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN -  
UITGAVE 2021  
BIJWERKING 2021/20 INCLUSIEF**

**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;
- honorariumnota (bijlage 83 van de Verordening van 28/7/2003) (alleen verzamelfactuur) ingeval van facturering door de Medische Raad, met afschaffing van de individuele factuur;
- honorariumnota (bijlage 83 van de Verordening van 28/7/2003) (verzamelfactuur + individuele facturen) ingeval van facturering door de Medische Raad zonder dat er afschaffing is van de individuele factuur;
- 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 zorgverstrekkers 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](http://www.carenet.be))
- De verpleegkundigen, de laboratoria en de huisartsen die factureren in derdebetalersregeling via MyCareNet moeten geen papieren factuur doorsturen naar de verzekeringsinstellingen voor de gefactureerde prestaties vanaf 1 juli 2015.

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 :

Via het systeem 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.

### Basisprincipe:

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

### Uitzonderingen:

(12) In het kader van e-fac (facturerende derde = (groepering/wachtpost van) huisartsen of specialisten of tandartsen of kinesitherapeuten) 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 (groeperingen) van vroedvrouwen is het mogelijk om af te wijken van het maximum aantal zendingen per maand. Dit moet aangeduid worden met waarde '050' in R 10 Z 13.

Voor de ziekenhuizen worden ten hoogste 3 facturatiebestanden aanvaard per maand (voor psychiatrische ziekenhuizen: per trimester t.e.m. gefactureerde maand juni 2020, per maand vanaf gefactureerde maand juli 2020), 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 t.e.m. gefactureerde maand juni 2020, per maand vanaf gefactureerde maand juli 2020) 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, creditnota 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;

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.

## 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.

Uitzondering: ambulante facturatie van psychiatrische ziekenhuizen mag maandelijks gebeuren.

Vanaf gefactureerde maand juli 2020 moeten de psychiatrische ziekenhuizen maandelijks factureren.

### Procedure per VI met betrekking tot het overmaken van de papieren facturatie documenten

(☞ 6)	VI100	REFAC : Ziekenhuizen 710/720, laboratoria, revalidatiecentra (buiten ziekenhuis), psychiatrische verzorgingstehuizen voor het Waals en het Brussels gewest, gemengde groeperingen beginnend met 094 en ROB, RVT en CDV (vanaf 01/01/2022) : naar uniek contactpunt (UCP) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitzondering : psychiatrische verzorgingstehuizen voor het Vlaams gewest (725) : naar Landsbond.</li> </ul>
	VI200	Naar Landsbond
(☞ 6)	VI300	Naar Ziekenfonds Uitzondering: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bepaalde revalidatie-overeenkomsten: naar Landsbond</li> <li>• Waalse ziekenfondsen – « gedeelde middelen » vanaf (01/01/2022 319 en 323) = Mutualité territoriale de Charleroi – Avenue des Alliés 2, 6000 Charleroi</li> </ul>
	VI400	Naar Landsbond
	VI500	Naar Landsbond
	VI600	Naar Landsbond
(☞ 11)	VI900	- naar ziekenfonds (gewestelijke geneeskundige centra) - vanaf facturatie 1 <sup>ste</sup> trimester 2013 voor de RVT-ROB-CDV en PVT-IBW : VI 900 – KGV van HR Rail , 10-03, Frankrijkstraat 85, 1060 Brussel

#### OPGEPAST:

Voor alle correspondentie betreffende derde betaler als huisarts, woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf, PVT of IBW, moet onderstaand adres gebruikt worden:

Onafhankelijke Ziekenfondsen, P.O. Box 80500, 1070 Anderlecht

Alle andere briefwisseling betreffende de gecentraliseerde facturatie mag worden gestuurd naar:  
Onafhankelijke Ziekenfondsen, P.O. Box 80555, 1070 Anderlecht

Alle pakketten en colli's moeten naar de Lenniksebaan 788 A gestuurd worden.

## 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.

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 5.2) 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.

Deze documenten (of de uitprint ervan indien gebruik gemaakt wordt van het systeem (MyCareNet) 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 5.2) 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.

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).

Verpleegkundigen mogen, voor volledige prestatiedagen, creditnota'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.

## **2.B. Ingeval van facturatie via MyCareNet.**

Naast de communicatie van administratieve gegevens vormt de uitwisseling van financiële gegevens via het netwerk 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 uitwisseling een dekking te verlenen die eigen is aan het 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.

De verpleegkundigen, de laboratoria en de huisartsen die factureren in derdebetalersregeling via MyCareNet moeten geen papieren factuur doorsturen naar de verzekeringsinstellingen voor de gefactureerde prestaties vanaf 1 juli 2015.

### **Het facturatieproces in grote lijnen**

1. De derdebetaler verstuurt het facturatiebestand (lay-out RIZIV), aangevuld met records van de samenvattende borderellen per ziekenfonds.
2. 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.



3. 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.
4. 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 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**

<b>Bestandinhoud</b>	<b>Bestandsnaam</b>
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.

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).

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; de derdebetalder 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.

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

In het bericht 920098 worden alle records (20, 21, 30, 40, 50, 51, 52 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 de derdebetalder 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 21, 30, 40, 50, 51 en 52 vermeld indien fout in betrokken record.

indien fout in 80

indien fout in 21, 30, 40, 50, 51 of 52

RT 21, 30, 40, 50, 51, 52 indien fout in betrokken record

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

### Bericht 920099

Het bericht 920099 wordt gebruikt in volgende gevallen:

- Het facturatiebestand bevat één fout die van die aard is dat ze het systeem blokkeert. 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 controle over het geheel van de records van het facturatiebestand worden uitgevoerd.
- 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 de drager geweigerd en verwacht de instelling een nieuwe versie van het betrokken bestand.

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

In het bericht 920099 worden alle records (10, 20, 21, 30, 40, 50, 51, 52, 80 of 90) vermeld waarvoor de VI een fout heeft vastgesteld

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

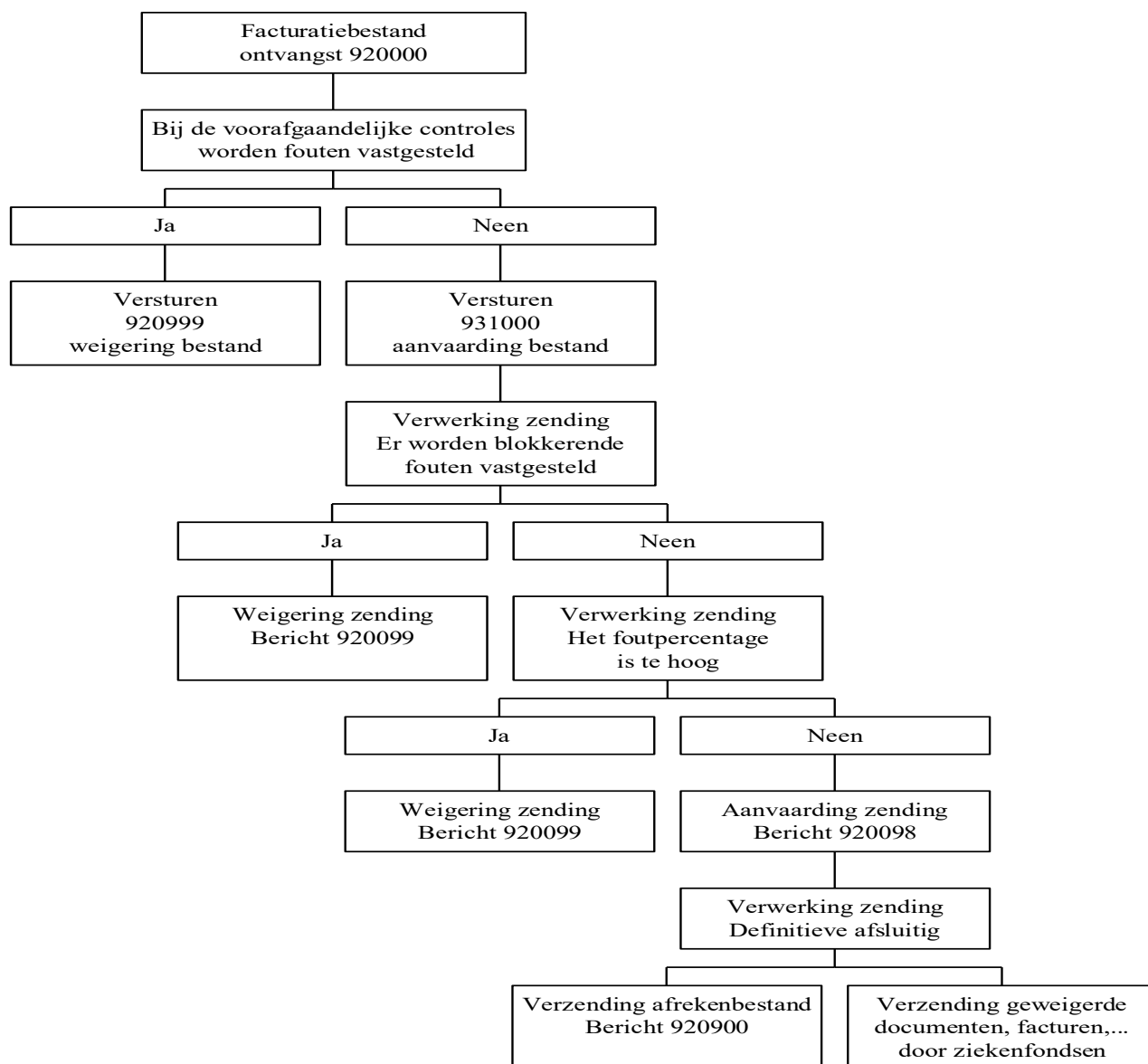
### Bericht 920900

Dit bestand, samengesteld uit een geheel van records van verschillende types, laat toe de derdebetaler te informeren enerzijds over de gedeeltelijke of volledige aanvaarding van de overeenstemmende facturatie en anderzijds over de records die wegens een eventuele fout niet werden aanvaard.

➤ Zone 310 – foutenpercentage

Het foutenpercentage is in deze fase van de verwerking van geen enkel belang. Deze zone dient derhalve op nul gezet te worden (zie zone 311)

**Schematisch overzicht van de verwerking van een facturatie via MyCareNet.**



**Overzicht testfacturaties.**

	Zone 107	Zone 202	Zone 304	Gateway	R 10 Z 4
Productieve facturatiezending	PFAC	12	0001999	Productieve gateway	0001999
Test groene brochure (inhoudelijk)	TFAC	92	9991999	Productieve gateway	9991999
Test gele brochure (MyCareNet)	TFAC	92	9991999	Test-gateway	9991999

### 3. Technische specificaties met betrekking tot de overdracht van het facturatiebestand via magnetische drager.

De inhoud van het facturatiebestand is identiek, wat ook de wijze van transport is: fysische drager (CD-Rom) of MyCareNet.

Het facturatiebestand is opgebouwd uit lijnen van 350 octets.

De codering is ASCII en is beperkt tot reële karakters (\$20 tot \$7E)

PDF : fr [archive] en [archive] v - d - m	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A	B	C	D	E	F
000	[NUL]	[SOH]	[STX]	[ETX]	[EOT]	[ENQ]	[ACK]	[BEL]	[BS]	[HT]	[LF]	[VT]	[FF]	[CR]	[SO]	[SI]
001	[DLE]	[DC1]	[DC2]	[DC3]	[DC4]	[NAK]	[SYN]	[ETB]	[CAN]	[EM]	[SUB]	[ESC]	[FS]	[GS]	[RS]	[US]
002	[SP]	!	"	#	\$	%	&	'	(	)	*	+	,	-	.	/
003	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	:	;	<	=	>	?
004	@	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
005	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	[	\	]	^	_
006	`	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o
007	p	q	r	s	t	u	v	w	x	y	z	{		}	~	[DEL]

#### 3.1. Magnetische drager : CD-Rom.

De aanwezigheid van een extern etiket (of cd-label) is verplicht (zie model in bijlage 4). Eventueel mag deze informatie rechtstreeks op de CD geschreven worden in onuitwisbare inkt.

Eventuele afwijkingen op onderstaande normen kunnen toegestaan worden mits akkoord van al de verzekeringsinstellingen.

Voor CD-Rom gelden de volgende normen :

Formaat            5.25 duim  
 Capaciteit        650 / 700 Mb  
 Protocol           ISO 9660 updatable - multisession  
 File system       MS-DOS (bruikbaar onder DOS, OS/2, WINDOWS).  
 Naamgeving      8 karakters, punt, uitbreiding 3 karakters  
 pos 1 - 3 = nummer landsbond (100, 200, 300, 400, 500, 600, 900)  
 pos 4 - 6 = zendingsnummer (zoals afgedrukt op de verzamelorder)  
 pos 7 - 8 = vrij te gebruiken (defaultwaarde = 00)  
 pos 9 = punt  
 pos 10 - 12 = 000  
 Inhoud : ASCII

Opmerkingen : 1 facturatiebestand per CD-Rom  
 de CD-Roms zijn van het type "niet herschrijfbaar"

#### 3.2. Tekening van de magnetische drager.

In bijlage 3 vindt u al de mogelijke tekeningen van de magnetische dragers.

### **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)
- Gegevens lezing elektronisch identiteitsdocument in het ziekenhuismilieu (type 21)
- Identificatie van de gegevens :
  - voor verpleegdagen (type 30)
  - idem
  - voor farmaceutische producten (type 40)
  - idem
  - voor verstrekkingen of leveringen (type 50)
  - bijhorende tariefverbintenis e-fac (type 51) (enkel voor (groeperingen/wachtposten van) huisartsen en tandartsen, niet voor specialisten)
  - bijhorende gegevens lezing elektronisch identiteitsdocument (type 52)
  - idem (type 50)
  - idem (type 51)
  - idem (type 52)
- Totaal bedrag van de eerste factuur (type 80)
- Identificatie van de tweede factuur (type 20)
- Gegevens lezing elektronisch identiteitsdocument in het ziekenhuismilieu (type 21)
- Identificatie van de gegevens (type 30, 40, 50, 51, 52)
- 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.

Voor de LCM, waar in het kader van REFAC het ziekenfonds van bestemming verschillend is van het ziekenfonds van aansluiting, mogen de derden ook sorteren op het nummer van het ziekenfonds van aansluiting.

Ingeval van herinbreng van een gecrediteerde factuur, moet de creditnota (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**

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.

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 naargelang de VI waarvoor het facturatiebestand bestemd is.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de procedures per VI.

	ZKF van aansluiting (Z7)	ZKF van bestemming (Z18)
(☞7,16)	VI100 Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten.	REFAC : Ziekenhuizen 710/720, verpleegkundigen, laboratoria, medische huizen, artsen/tandartsen/specialisten (e-fac), psychiatrische verzorgingstehuizen, revalidatiecentra (buiten ziekenhuis), ROB, RVT en CDV en gemengde groeperingen beginnend met 094 : nummer UCP - 134 als het huidig UCP behoort tot Wallonië of Brussel (Franstalig) - 120 als het huidig UCP behoort tot Vlaanderen of Brussel (Nederlandstalig)  Opmerking : Voor meer informatie over contactpunten, zie onze webpagina's: <a href="https://www.mc.be/fr/professionnels/contact-prestataires">https://www.mc.be/fr/professionnels/contact-prestataires</a> <a href="https://www.cm.be/nl/contactgegevens-voor-zorgverleners">https://www.cm.be/nl/contactgegevens-voor-zorgverleners</a>
	VI200 Steeds gelijk aan "000"	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
(☞6)	VI300 Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten	300 voor de leden van de ziekenfondsen 304, 309, 311, 319, 322 en 323. 306 voor de leden van ziekenfonds 306. Uitzonderingen: o Bepaalde revalidatie-overeenkomsten: 300
(☞16)	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)

Voor de Socialistische mutualiteit moet in R 20 Z 18 (mutualiteit van bestemming) de mutualiteit van aansluiting 300 hernomen worden voor volgende instellingen:

- 7.20 Nabehandeling – psychiatrische ziekenhuizen
- 7.71 Motorische revalidatie (5 instellingen die federale bevoegdheid gebleven zijn)
- 7.76.0 Medische psychosociale revalidatie – HIV - AIDS.
- 7.76.1 Medisch en psychosociale begeleiding bij behandeling gevolgen vrouwelijke genitale verminkingen.
- 7.76.2 Transgenderzorg
- 7.76.6 Kinderen met een chronische ziekte
- 7.78.1 Geheugenklinieken
- 7.81.5 Ernstige chronische ademhalingsaandoeningen
- (6) 7.82.5 Medische-psycho-sociale revalidatie
- 7.83.6 Follow-up van ernstig prematuur geboren kinderen.
- 7.84.5 Kinderneuropsychiatrie
- 7.85 Ademhalingsondersteuning obstructieve slaapapneu (nCPAP)
- 7.85.2 Ademhalingsondersteuning thuis (AOT)
- 7.85.3 Ademhalingsondersteuning bij obesity hypoventilation syndrome (OHS)
- 7.86.5 Doorlopende insuline-infusietherapie thuis met behulp van een draagbare insulinepomp
- 7.86.7 Zelfregulatie van diabetes mellitus bij kinderen en adolescenten
- 7.86.9 Continue glucosemonitoring bij diabetespatiënten.
- 7.87 Implanteerbare hartdefibrillatoren
- 7.89.0 Metabolische monogenetische zeldzame erfelijke ziekte
- 7.89.1 Referentiecentra voor mucoviscidose
- 7.89.2 Neuromusculaire ziekten
- 7.89.3 Refractaire epilepsie
- 7.89.4 Chronisch Vermoeidheidssyndroom “CVS”
- 7.89.5 Begunstigden met een motorische handicap ten gevolge van een hersenletsel (IMOC)
- 7.89.55 Spina bifida
- 7.89.6 Revalidatie chronische pijnen
- 7.89.7 Kindernefrologie
- 7.89.8 Nationaal Coördinatiecentrum inzake hemofilie.
- 7.89.81 Referentiecentra inzake hemofilie.
- 7.89.9 Lymfoedeem
- 9.50 Revalidatie en fysische geneeskunde
- 9.51 Functionele revalidatie R 30 / R 60



## 2) Identificatie van de rechthebbende

Het gebruik van het INSZ-nr. is verplicht, behalve voor de pasgeborenen en de internationale verdragen.

- a) bij de **LANDSBOND DER CHRISTELIJKE MUTUALITEITEN** dient hiervoor het pseudo-nationaal nummer van de patiënt genomen te worden dat aangebracht is in de lidboekjes en op de verzekeringskaart.

De vorm ervan is :

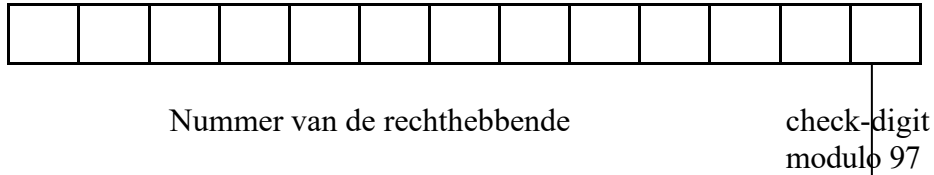
- positie 1 t/m 6 : omgekeerde geboortedatum (JJ MM DD)
- positie 7 : blanco of \*  
\* betekent dat de rechthebbende in de 19de eeuw geboren is (18xx)  
Blanco betekent dat de rechthebbende in de 20ste eeuw (19xx) of in de 21ste eeuw (20xx) geboren is
- positie 8 t/m 10 : volgnummer in de geboortedatum
- positie 11 : blanco of M  
M betekent dat het geen echt rijksnummer betreft maar een nummer gevormd door de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten
- positie 12 en 13 : controlegetal dat men als volgt bekomt :  
een getal vormen door de omgekeerde geboortedatum (1 t/m 6) en het volgnummer (8 t/m 10) aaneen te sluiten. Is letter M in positie 11, dan wordt het getal met 1 verhoogd. Dit getal wordt gedeeld door "97". Het verschil tussen 97 en de rest van de deling geeft het controlegetal.

Indien het berekende controlegetal niet overeenstemt met inschrijvingsnummer, moet er een tweede controleberekening uitgevoerd worden waarbij er een twee (2) wordt toegevoegd aan het nummer : 2JJMMDDNNN (+ 1 indien 'M' op positie 11). Indien na deze herberekening het controlegetal overeenstemt, dan betekent dit dat het een rechthebbende betreft die geboren is na 31-12-1999.

Opmerking : deze herberekening heeft pas zin indien de geboortedatum (6 eerste cijfers) tussen 000101 en de actuele datum ligt.

b) De genormaliseerde structuur van het identificatienummer dat wordt gebruikt in de **LANDSBOND VAN DE NEUTRALE ZIEKENFONDSEN**.

ZONE 8 en 8bis van de boekingen (13 karakters).



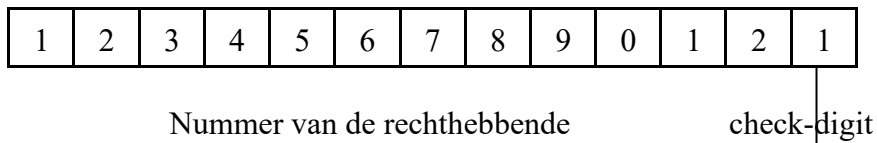
$$\frac{\text{Nummer van de rechthebbende}}{97} = \text{quotiënt} + \text{rest.}$$

Rest = check-digit ; behalve wanneer rest = 0, dan check-digit = 97.

Voorbeeld :

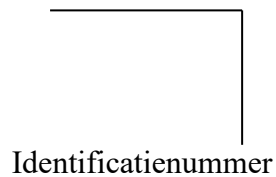
Nummer rechthebbende = 12345678901 ; check-digit = 21

$$\frac{12345678901}{97} = 127.275.040 + 21$$



Dit nummer van 13 karakters staat onderaan rechts op het identificatievignet

IDENTITEIT ZIEKENFONDS	2XX
NAAM VOORNAAM	
ADRES	1.10
GEMEENTE	
110/110	1234567890121



Dit nummer van 13 karakters wordt vermeld op de magneetkaart.

LANDSBOND VAN DE NEUTRALE		2XX
MUTUALITEITSVERBONDEN		
NAAM	VOORNAAM	
1234567890121		GEBOORTEDATUM
110/110		GELDIGHEID 07.95/06.96
<b>STREEPJESCODE</b>		

Identificatienummer.

ZONE 18 : Vermeldt het nummer van het ziekenfonds waarbij de rechthebbende aangesloten is.

ZONE 7 : Steeds gelijk aan 000 voor de L.N.M.

**Fusie van de ziekenfondsen 206 en 228 op 1/1/2021.**

***Waar moet ik mijn facturen vanaf 1 januari 2021 heen sturen ?***

De facturen van de papieren betalende derde voor de vroegere ziekenfondsen 206 en 228 zullen voortaan worden verwerkt in :

Mutualia (228)  
Brand Whitlocklaan 87/93 bus 4  
1200 Sint-Lambrechts-Woluwe

De facturen van de elektronische betalende derde voor de vroegere ziekenfondsen 206 en 228 worden verder verwerkt in :

De Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen  
Charleroisesteenweg 147  
1060 Brussel

***Waar moet ik vanaf 1 januari 2021 op letten ?***

- **Wijzig vooral niet (enkel) het ziekenfondsnummer in uw bestanden**

Doet u dat wel, dan zou dat tot een verwerping van uw facturatie kunnen leiden.

Het ziekenfondsnummer dat integraal deel uitmaakt van het identificatienummer 206/XXXXXXXXXXXX) wordt 228/YYYYYYYYYYYYYY.

Alle factureringen dienen te gebeuren op basis van het INSZ, behoudens de wettelijke uitzonderingen.

	Verzorging verleend voor 01/01/2021	Verzorging verleend na 01/01/2021
Onder welk ziekenfonds moet worden gefactureerd ?	206	228

- Bij herfacturering, gelieve de oude lidnummers te gebruiken voor verzorging verleend voor 01/01/2021 en/of ontvangen betalingsverbintenissen.

**Welke zijn de bijzonderheden verbonden aan mijn activiteitssector ?**

Voor de ziekenhuizen :

- *Lopende ziekenhuisopname* : u ontvangt voor iedere patiënt via MyCareNet een 730000 met de identificatiegegevens vanaf 01/01/2021.
- *Medische akkoorden* gegeven door de ziekenfondsen 206 : deze worden automatisch omgezet en hernomen door ziekenfonds 228. U hoeft geen nieuwe aanvraag om medisch akkoord in te dienen.
- Aangezien de facturering is gebaseerd op een betalingsverbintenis worden uw facturen op die basis aanvaard.

Vanaf 01/01/2021 kunnen de geactualiseerde verzekeraarheidsgegevens van uw patiënten worden geraadpleegd :

- via MyCareNet : de geactualiseerde verzekeraarheidsgegevens van uw patiënten door gebruik van hun INSZ.
- Via ons portaal [www.4cp.be](http://www.4cp.be) voor een aanvraag om « massaverzekeraarheid », bijvoorbeeld.

Voor de medische huizen :

- De abonnementen die werden geopend in de ziekenfondsen 206 worden in het nieuwe ziekenfonds 228 automatisch omgezet.

Vanaf 01/01/2021 kunnen de geactualiseerde verzekeraarheidsgegevens van uw patiënten worden geraadpleegd :

- via MyCareNet : de geactualiseerde verzekeraarheidsgegevens van uw patiënten door gebruik van hun INSZ.
- Via ons portaal [www.4cp.be](http://www.4cp.be) voor een aanvraag om « massaverzekeraarheid », bijvoorbeeld.

Voor de verpleegkundigen :

- Aangezien de facturering is gebaseerd op een betalingsverbintenis worden uw facturen op die basis aanvaard.
- De medische akkoorden gegeven door de ziekenfonds 206 worden automatisch omgezet en hernomen door ziekenfonds 228. U hoeft geen nieuwe aanvraag om medisch akkoord in te dienen.

Vanaf 01/01/2021 kunnen de geactualiseerde verzekeraarheidsgegevens van uw patiënten worden geraadpleegd :

- via MyCareNet : de geactualiseerde verzekeraarheidsgegevens van uw patiënten door gebruik van hun INSZ.
- Via ons portaal [www.4cp.be](http://www.4cp.be) voor een aanvraag om « massaverzekeraarheid », bijvoorbeeld.

Voor de overige inrichtingen die via elektronische betalende derde facturen :

Vanaf 01/01/2021 kunnen de geactualiseerde verzekeraarheidsgegevens van uw patiënten worden geraadpleegd :

- via MyCareNet : de geactualiseerde verzekeraarheidsgegevens van uw patiënten door gebruik van hun INSZ.
- Via ons portaal [www.4cp.be](http://www.4cp.be) voor een aanvraag om « massaverzekeraarheid », bijvoorbeeld.

Voor de verstrekkers die e-fact gebruiken (huisartsen, artsen-specialisten, tandartsen, wachtposten) :

- Aangezien de facturering is gebaseerd op een betalingsverbintenis worden uw facturen op die basis aanvaard.
- Vanaf 01/01/2021 kunnen de geactualiseerde verzekeraarheidsgegevens ook worden verkregen via MyCareNet.

Wat betreft de papieren facturering van de betalende derde voor de huisartsen :

- Vermeld steeds het INSZ op uw papieren facturen met het oog op een doeltreffende verwerking ervan.
- Voor de huisartsen die met de handmatige betalende derde (SBD) op basis van een kleeftbriefje werken, werd onze site <http://tierspayantsocialneutre.be> aangepast aan de nieuwe plaats voor verzending van de factureringen.
- De tarifieringsdiensten die instaan voor de handmatige betalende derde van de huisartsen verzoeken we, vanaf 01/01/2021 en vóór hun facturering, in te loggen op [www.4CP.be](http://www.4CP.be) om de verzekeraarheidsgegevens te updaten (individuele aanvraag of aanvraag om «massaverzekeraarheid ».)

Voor alle andere vragen met betrekking tot de fusie : één enkel adres : [support@LNZ.BE](mailto:support@LNZ.BE).

Voor meer informatie over de toegang tot ons portaal 4CP : [info@4cp.be](mailto:info@4cp.be).

c) Structuur van het identificatienummer van de rechthebbenden bij het **NATIONAAL VERBOND VAN SOCIALISTISCHE MUTUALITEITEN**.

13 numerieke posities :

- 1 tot 7 : identificatienummer van de gerechtigde;
- 8 tot 13 : geboortedatum (DD, MM, JJ) van de rechthebbende.

Het controlecijfer van het identificatienummer van de gerechtigde wordt als volgt berekend:

- 3de cijfer (tienduizental) x 2;
- 5de cijfer (honderdtal) x 2;
- 7de cijfer (eenheid) x 2.

Indien het resultaat van de vermenigvuldiging groter is dan "9", dient men er "9" van af te trekken.

De bekomen resultaten worden opgeteld met het :

- 2de cijfer (honderdduizental);
- 4de cijfer (duizental);
- 6de cijfer (tiental).

*Berekening van het eerste mogelijke controlecijfer (van toepassing voor alle ziekenfondsen):*

De eenheid van het getal dat door optelling als resultaat werd bekomen wordt als controlecijfer in de eerste positie ingeschreven.

*Berekening van het tweede mogelijke controlecijfer (van toepassing voor ziekenfonds 319):*

We nemen dezelfde berekening als hierboven en vermeerderen de verkregen som met 4.

*Berekening van het derde mogelijke controlecijfer (van toepassing voor ziekenfonds 319):*

We nemen dezelfde berekening als hierboven en vermeerderen de verkregen som met 8

*Berekening van het vierde mogelijke controlecijfer (van toepassing voor ziekenfonds 306):*

We nemen dezelfde berekening als hierboven en vermeerderen de verkregen som met 5

Indien het controlecijfer overeenstemt met het aanwezige controlecijfer, dan is het identificatienummer van de rechthebbende correct voor de berekening van het controlecijfer.

Indien het niet overeenstemt, is het identificatienummer foutief.

Voorbeeld

Identificatie gerechtigde							Geboortedatum					
C.C.	Stamnummer						Dag		Maand	Jaar		
6, 0, 4 of 1	0	2	8	2	7	6	2	3	0	6	6	1

$$6 \times 2 = 12 - 9 = 3$$

$$+ 7$$

$$2 \times 2 = 4 \quad + 4$$

$$+ 8$$

$$2 \times 2 = 4 \quad + 4$$

$$+ 0$$

$$\text{TOTAAL} = \underline{26}$$

6 is eigenlijk het controlecijfer. Indien het niet overeenstemt met het aanwezige controlecijfer, wordt "4" aan TOTAAL toegevoegd.

$$+ 4$$

= 30 Indien het niet overeenstemt met het aanwezige controlecijfer, wordt "8" aan TOTAAL toegevoegd.

$$+ 8$$

= 34 Indien het niet overeenstemt met het aanwezige controlecijfer, wordt "5" aan TOTAAL toegevoegd.

$$+ 5$$

$$= \underline{31}$$

C.C. = controlecijfer

In dit voorbeeld zijn 3 identificatienummers mogelijk voor ziekenfonds 319 :

6 028276

0 028276

4 028276

Voor ziekenfonds 306 zijn 2 identificatienummers mogelijk :

6 028276

1 028276

In de andere ziekenfondsen (304, 309, 311, 322, 323) is maar één identificatienummer mogelijk :

6 028276



### **Centralisatie van activiteit behandeling magnetische/elektronische drager bij de Waalse ziekenfondsen – “gedeelde middelen”**

De papieren factuur wordt overgemaakt aan het ziekenfonds van bestemming.

De bijlagen (bewijsstukken voor terugbetaling, documenten ter attentie van de adviserend arts, ...) die bij de magnetische of elektronische drager horen, worden ook overgemaakt aan het ziekenfonds van bestemming (RT 20 zone 18).

De terugbetalingsaanvragen/kennisgevingen die voorafgaandelijk aan de facturatie moeten overgemaakt worden, moeten aan het ziekenfonds van aansluiting (RT 20 zone 7) worden overgemaakt.

De eventuele medische voorschriften worden uiteraard bij de getuigschriften gevoegd.

#### **(☞4) Fusie van mutualiteiten Solidaris Wallonië in januari 2022.**

Vanaf 1 januari 2022 zullen de Waalse socialistische ziekenfondsen fuseren tot één enkel ziekenfonds: "319 Solidaris Wallonië".

De betrokken Solidaris ziekenfondsen zijn: 305 Brabant wallon, 315 Mons-Wallonie picarde, 317 Centre-Charleroi-Soignies, 319 Liège en 325 Province de Namur.

Ziekenfonds 323 (Luxembourg) maakt dus geen deel uit van deze hergroepering.

De verschillende plaatsen waar uw gegevens worden verwerkt, blijven echter ongewijzigd, of het nu gaat om facturatie via magnetische drager, MyCarenet, of elektronische facturatie via eFact, of om papieren facturatie en de bijlagen daarbij.

#### **Welke wijzigingen in het facturatiebestand ?**

In het facturatiebestand zal rekening moeten worden gehouden met de nieuwe inschrijvingsnummers van de rechthebbenden, waarbij de ziekenfondsnummers 305, 315, 317 of 325 worden vervangen door een ziekenfondsnummer 319, voor elke facturatie die vanaf januari 2022 wordt ontvangen (zie nummer ziekenfonds van aansluiting Record 20/80 Zone 7 en identificatie van rechthebbende zonder INSZ Record 20/80 Zone 8a-8b).

Opgelet : in de uitzonderlijke gevallen waarin u het identificatienummer van het lid gebruikt in plaats van zijn INSZ (R 20/80 Zone 8a-8b), moet u zowel het nummer van de mutualiteit (R 20 Zone 7) als dit identificatienummer (dat gedeeltelijk het inschrijvingsnummer bij de mutualiteit is) wijzigen.

Voorbeeld: 315/CXXXXXX-DDMMJJJJ wordt 319/CYYYYY-DDMMJJJJ.

#### **- Als u factureert via magnetische drager of via (My)Carenet :**

Er verandert niets op het vlak van ziekenfonds van bestemming (R 20/80 Zone 18)

#### **- Als u factureert via elektronische drager eFact :**

Op vlak van ziekenfonds van bestemming (R 20/80 Zone 18), past u dezelfde principes toe als voor de facturatie via magnetische drager of (My)Carenet.

Dit betekent dat u als ziekenfonds van bestemming voor alle leden "300" zult invullen, behalve voor de leden van de mutualiteit van Brabant, voor wie u "306" zult blijven invullen.

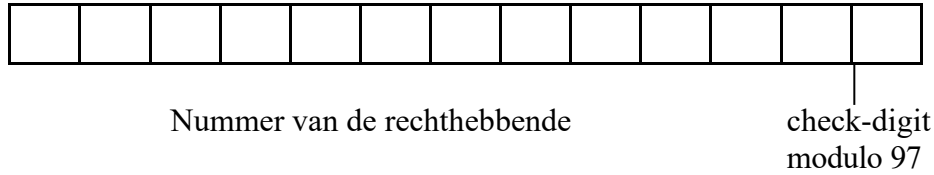
Dit geldt voor alle facturaties die wij vanaf 1 januari 2022 ontvangen.

#### **Voorbeelden :**

- Verstrekkingen verricht en geneesmiddelen afgeleverd **vanaf 01/01/2022** voor verzekerden van het oude ziekenfonds 315 en **gefactureerd vanaf 01/01/2022:**
  - o R 20 Z 7 (ziekenfonds van aansluiting) = 319
  - o R 20 Z 18 (ziekenfonds van bestemming) = 300
- Verstrekkingen verricht en geneesmiddelen afgeleverd **vóór 01/01/2022** voor verzekerden van het oude ziekenfonds 315 en **gefactureerd vanaf 01/01/2022:**
  - o R20 Zone 7 (ziekenfonds van aansluiting = 319
  - o R 20 Zone 18 (ziekenfonds van bestemming) = 300

- d) Structuur van het identificatienummer van de rechthebbenden bij de **LANDSBOND VAN LIBERALE MUTUALITEITEN**.

ZONE 8 en 8bis van de records (13 karakters).



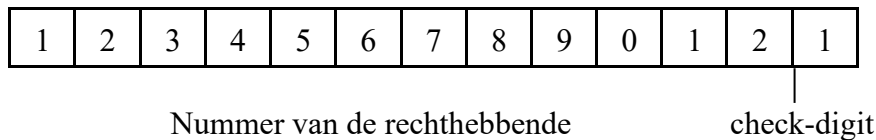
$$\frac{\text{Nummer van de rechthebbende}}{97} = \text{quotiënt} + \text{rest.}$$

Rest = check-digit ; behalve wanneer rest = 0, dan check-digit = 97.

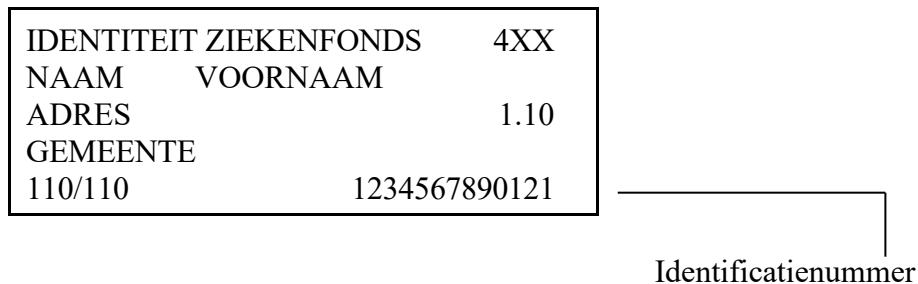
Voorbeeld :

Nummer rechthebbende = 12345678901 ; check-digit = 21

$$\frac{12345678901}{97} = 127.275.040 + 21$$



Dit nummer van 13 karakters staat onderaan rechts op het identificatieklevertje



ZONE 18 : Vermeldt het nummer van het ziekenfonds waarbij de rechthebbende aangesloten is.

ZONE 7 : Steeds gelijk aan 000 voor de LM

#### **(4) Fusie van het ziekenfonds 418 met het ziekenfonds 414**

Op 01/01/2022 fusioneert het ziekenfonds 418 (Mutualité Libérale du Luxembourg) met het ziekenfonds 414 (Mutualité Libérale de Liège). De verzekerden die bij het ziekenfonds 418 aangesloten zijn, zullen getransfereerd worden naar het ziekenfonds 414.

Identificatie van de nieuwe entiteit: **ML LIEGE LUXEMBOURG**  
**E40 - Business Park - Rue de Bruxelles 174G**  
**4340 Awans**

Concreet wordt hiermee bedoeld:

- Prestaties / geneesmiddelen, welke verricht / afgeleverd werden **vóór 1/1/2022**, voor verzekerden aangesloten bij 418 en gefactureerd vanaf 1/1/2022:
  - RT 20 Zone 7 (ziekenfonds van aansluiting) = 418
  - RT 20 Zone 18 (ziekenfonds van bestemming) = 400
  - De bijhorende papieren facturatie, de verschillende administratieve en medische documenten moeten verstuurd worden naar Landsbond Liberale Mutualiteiten.
- Prestaties / geneesmiddelen, welke verricht / afgeleverd werden **vanaf 1/1/2022**, voor verzekerden aangesloten bij het vroegere ziekenfonds 418:
  - RT 20 Zone 7 (ziekenfonds van aansluiting) = 414
  - RT 20 Zone 18 (ziekenfonds van bestemming) = 400
  - De bijhorende papieren facturatie, de verschillende administratieve en medische documenten moeten verstuurd worden naar Landsbond Liberale Mutualiteiten.

Medische stukken die voordien naar de ziekenfondsen 414 en 418 werden gestuurd, moeten nu verstuurd worden naar het adres **AVENUE DE LA GARE 37 à 6700 ARLON**.

De magnetische dragers of de elektronische facturatiebestanden worden altijd aan de Landsbond Liberale Mutualiteiten overgemaakt, met de identificatie van de verzekerden in functie van de **prestatiedatum**, namelijk:

- prestaties verricht **vóór** 01/01/2022 = ziekenfonds 418
- prestaties verricht **vanaf** 01/01/2022 = ziekenfonds 414

Vanaf **01/09/2022** moeten alle verstrekkingen verricht vóór 01/01/2022 uitsluitend gefactureerd worden met de identificatie van het ziekenfonds 414.

#### **Info voor de fusies**

Voor de facturatie blijft het gebruik van het INSZ nummer prioritair; dit betekent dat enkel het nummer van het ziekenfonds van aansluiting wijzigt.

Bij gebrek aan de juiste identificatiegegevens kunt u onze site [www.lm.be/fusies](http://www.lm.be/fusies) raadplegen, waar door middel van een conversieprogramma de oude identificatiegegevens omgezet worden in de nieuwe.

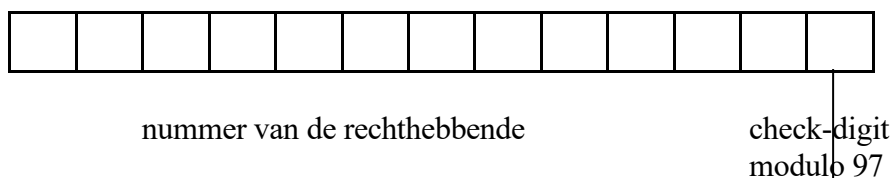
Voor meer informatie kan u telefonisch terecht bij onze Helpdesk op het nummer 02/542.86.00 of via het elektronische adres [helpdesk.caret@lm.be](mailto:helpdesk.caret@lm.be)

#### **Blokkerende fout vanaf 01/01/2023**

Vanaf 01/01/2023 zal de facturatie via identificatie van het ziekenfonds 418 namelijk verboden worden en een **blokkerende fout** veroorzaken.

- e) De genormaliseerde structuur van het identificatienummer dat in de **LANDSBOND VAN DE ONAFHANKELIJKE ZIEKENFONDSEN** in werking zal treden.

ZONE 8 en 8 BIS van de records (13 karakters).



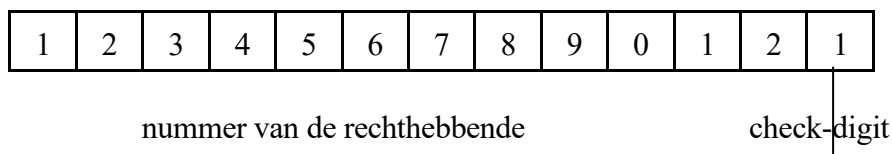
$$\frac{\text{Het nummer van de rechthebbende}}{97} = \text{quotiënt} + \text{rest}$$

Rest = check-digit ; behalve indien rest = 0, dan is de check-digit = 97.

Voorbeeld :

Nummer van de rechthebbende = 12345678901, check-digit = 21

$$\frac{12345678901}{97} = 127.275.040 + 21$$



Dit nummer van 13 karakters komt onderaan links op het identificatieklevertje.

IDENTITEIT ZIEKENFONDS	5XX
NAAM VOORNAAM	
ADRES	1.10
PLAATS	
110/110	1234567890121

Identificatienummer

Dit nummer van 13 karakters wordt vermeld op de magneetkaart.

ONAFHANKELIJKE ZIEKENFONDSEN		5XX
NAAM	VOORNAAM	
1234567890121		GEBOORTEDATUM
110/110		GELDIGHEID 07.95/06.96
<b>STREEPJESCODE</b>		

Identificatienummer.

ZONE 18 : Vermeldt het nummer van het ziekenfonds waarbij de rechthebbende aangesloten is.

ZONE 7 : Steeds gelijk aan 000 voor de M.L.O.Z.

### Fusie ziekenfondsen 506 en 509 op 1/1/2020

(vermits het 2 franstalige ziekenfondsen betreft, zijn deze instructies uitsluitend in het Frans beschikbaar)

A partir du 01/01/2020, les mutualités 509, Partenamut et 506, Omnimut, ne forment plus qu'une seule entité juridique, sous la dénomination « Partena-Mutualité Libre » (en abrégé Partenamut) et le numéro 509.

Au 01/01/2020, les bases de données des deux mutualités, auront également fusionné, entraînant la disparition de la mutualité 506 pour laisser place à :

**Partenamut 509**, Boulevard Louis Mettewie 74/76, 1080 Bruxelles.

Tous les membres de la 506 passent donc dans l'entité 509 et reçoivent un nouveau numéro de membre.

**Les directives ci-dessous seront d'application à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020.**

### Cela change-t-il quelque chose pour vous ?

**Oui** car les patients de la mutualité 506 recevront un nouveau numéro de membre lié à l'entité 509. Dès lors il ne faut pas uniquement changer le numéro de la mutualité sur vos facturations mais également le numéro d'identification du patient.

**Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !**

**Cette opération entraînerait un rejet de votre facturation. Le N° de Mutualité fait partie intégrante du N° d'identification.**

**506-YYYYYYYYYYYYYY devient 509-XXXXXXXXXXXXXX**

Toutes les facturations doivent se faire sur la base du **NISS** (sauf exceptions légales).

**Les directives ci-dessous seront d'application à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020.**

### **Dans la pratique pour les hôpitaux**

- Pour les patients hospitalisés au 31/12/2019:
  - vous recevrez pour chaque patient membre de la mutualité 506, un message de mutation 730000 avec le nouveau numéro de mutualité 509 et les nouvelles données d'identification à partir de 01/01/2020.
  - Les accords médicaux donnés par la mutualité 506 seront automatiquement repris dans la mutualité 509 et ce jusqu'à 31/12/2019.
  - En ce qui concerne la facturation de vos prestations ambulatoires : si la facturation se base sur un **engagement de paiement** 801900 (de la mutualité 506), cette facture sera acceptée.
  - Si votre facturation papier ambulatoire est basée sur une vignette qui renvoie à la mutualité 506, ces prestations seront automatiquement converties par nos services en nouvelles données de la mutualité 509 à partir de 01/01/2020

- Pour les hospitalisations de patients 506 clôturées au 31/12/2019, vous pouvez nous envoyer les messages s'y rapportant même en 2020 avec les données de la 506. Notre système les convertira.
  - Si vous utilisez les données du message 730000 lors de la facturation du séjour, les prestations facturées seront acceptées. Idem pour les factures supplémentaires éventuelles.
  - **Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !**

Vous pouvez à tout instant consulter notre portail [www.4cp.be](http://www.4cp.be) où vous pouvez demander les données d'assurabilité correctes pour un patient spécifique ou pour une sélection de patients à l'aide de la fonction «Recherche assurabilité» ou «Assurabilité de masse».

### Dans la pratique pour les pharmaciens

- Etant donné que la facturation des pharmaciens est basée sur un engagement de paiement, vos factures seront acceptées sur la base de cet engagement de paiement même si celui-ci fait référence à la 506 et est utilisé en 2020.

Vous pouvez toujours demander les données d'assurabilité actualisées de vos patients via MyCareNet en utilisant leur numéro NISS.

### Dans la pratique pour les maisons médicales

- Vos fichiers de facturation seront automatiquement convertis par nos services en nouvelles données de la mutualité 509.

Vous pouvez toujours demander les données d'assurabilité actualisées de vos patients via MyCareNet (via vos prestataires de soins).

- Les abonnements ouverts par la mutualité 506 seront automatiquement repris dans la mutualité 509.
- **Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !**

Vous pouvez à tout instant consulter notre portail [www.4cp.be](http://www.4cp.be) où vous pouvez demander les données d'assurabilité correctes pour un patient spécifique ou pour une sélection de patients à l'aide de la fonction «Recherche assurabilité» ou «Assurabilité de masse».

### Dans la pratique pour les infirmiers

- Vos fichiers de facturation seront automatiquement convertis par nos services en nouvelles données de la mutualité 509.
- Pour que la facturation de vos soins en 2020 soit correcte, vous pouvez utiliser le message 801000 (assurabilité) de MyCareNet. Votre software peut alors corriger le numéro de mutualité et le numéro de membre de vos patients concernés par cette fusion.
- **Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !**
- Les accords médicaux et les notifications donnés par la mutualité 506 seront automatiquement repris dans la mutualité 509 et ce pour tout l'historique.

### Dans la pratique pour les institutions qui facturent via le tiers-payant électronique

- Vos fichiers de facturation seront automatiquement convertis par nos services en nouvelles données de la mutualité 509.
- Si vous facturez via MyCareNet, vous pouvez utiliser le message 801000 (assurabilité) de MyCareNet. Votre software peut alors corriger le numéro de mutualité et le numéro de membre de vos patients concernés par cette fusion.
- **Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !**
- Nous vous invitons, à partir du 01/01/2020 et dans tous les cas avant toute facturation en 2020 à consulter notre portail [www.4cp.be](http://www.4cp.be) où vous pouvez demander les données d'assurabilité correctes pour un patient spécifique ou pour une sélection de patients à l'aide de la fonction «Recherche assurabilité» ou «Assurabilité de masse».

### Règles particulières pour la facturation du tiers-payant papier centralisé à l'Union

- Veuillez toujours mentionner le NISS des patients sur vos factures papier.
- Pour les tiers qui travaillent avec le tiers-payant manuel : lorsque la vignette mentionne les données d'identification à la mutualité 506 au lieu de la 509, notre organisme assureur y apportera les corrections nécessaires.
- Pour les services de tarification qui assurent le traitement des tiers-payants manuels: nous vous invitons, à partir du 01/01/2020 et dans tous les cas avant votre facturation en 2020, à consulter notre portail [www.4cp.be](http://www.4cp.be) où vous pouvez demander les données d'assurabilité correctes pour un patient spécifique ou pour une sélection de patients à l'aide de la fonction «Recherche assurabilité» ou «Assurabilité de masse».

### L'adresse de la facturation centralisée du tiers-payant sur papier est et reste :

**Union Nationale des Mutualités Libres**  
**PO Box 80500**  
**1070 Bruxelles**

### L'adresse de facturation de tous les envois électroniques est et reste :

**Union Nationale des Mutualités Libres**  
**Route de Lennik 788 A**  
**1070 Bruxelles**

### Avez-vous encore des questions ?

Envoyez-les par e-mail : [opercontfac@mloz.be](mailto:opercontfac@mloz.be) ou téléphonez-nous : 02 778 95 55.  
Vous pouvez également poser vos questions au gestionnaire de votre portefeuille via 4CP.  
Plus d'informations concernant l'accès à notre site web 4CP : [info@4cp.be](mailto:info@4cp.be)



### Fusie ziekenfondsen 501 en 526 op 1/1/2022

Op 01/01/2022 zullen de ziekenfondsen 526 'Partena Ziekenfonds Vlaanderen' en 501 'Onafhankelijk Ziekenfonds' fuseren.

Ze gaan samen verder onder een nieuwe naam en juridische entiteit "Helan Onafhankelijk Ziekenfonds" met nummer 526.

Tegen die datum zullen ook de databases van beide ziekenfondsen zijn gefuseerd, waardoor ziekenfonds 501 verdwijnt en plaats maakt voor:

**Helan Onafhankelijk Ziekenfonds (526)**, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk.

Alle leden van 501 stappen dus over naar entiteit 526 en krijgen een nieuw lidnummer.

**De onderstaande richtlijnen zullen van toepassing zijn vanaf 1 januari 2022.**

### Verandert er iets voor jou?

Ja, want de leden van ziekenfonds 501 zullen een nieuw lidnummer ontvangen dat is gekoppeld aan entiteit 526. Vanaf dan moet je naast het ziekenfondsnummer op je facturering ook het identificatienummer wijzigen.

**Wijzig dus zeker niet alleen het ziekenfondsnummer in je bestanden!**

**Dat zou namelijk leiden tot een verwerping van je facturering. Het ziekenfondsnummer maakt integraal deel uit van het identificatienummer.**

**501-YYYYYYYYYYYYYY wordt 526-XXXXXXXXXXXXXX**

Alle factureringen moeten gebeuren op basis van het **INSZ** (behalve wettelijke uitzonderingen).

**De onderstaande richtlijnen zullen van toepassing zijn vanaf 1 januari 2022.**

### **In de praktijk voor ziekenhuizen**

- Voor patiënten opgenomen op 31/12/2021:
  - Voor elke patiënt die lid is van ziekenfonds 501 ontvang je een mutatiebericht 730000 met het nieuwe ziekenfondsnummer 526 en de nieuwe identificatiegegevens vanaf 01/01/2022.
  - De door ziekenfonds 501 gesloten medische akkoorden tot en met 31/12/2021 zullen automatisch worden overgenomen in ziekenfonds 526.
  - Wat de facturering van je ambulante verstrekkingen betreft: als de facturering gebaseerd is op een **betalingsverbintenis** 801900 (van ziekenfonds 501), wordt deze factuur aanvaard.
  - Als je facturering op papier voor ambulante verstrekking gebaseerd is op een kleefbriefje dat naar ziekenfonds 501 verwijst, zullen deze verstrekkingen vanaf 01/01/2022 automatisch door onze diensten worden omgezet in nieuwe gegevens van ziekenfonds 526.
- *Voor de opnames van bij 501 aangesloten patiënten die zijn afgesloten op 31/12/2021 kan je de berichten hierover ook nog in 2022 naar ons sturen met de gegevens van 501. Ons systeem zal ze omzetten.*
- *Als je de gegevens van bericht 730000 gebruikt bij de facturering van het verblijf, zullen de gefactureerde verstrekkingen worden aanvaard. Hetzelfde geldt voor eventuele bijkomende facturen.*

- **Wijzig dus zeker niet alleen het ziekenfondsnummer in je bestanden!**

Je kan op elk moment onze portaalsite [www.4cp.be](http://www.4cp.be) raadplegen. Daar kan je de juiste gegevens over de verzekeraar van een specifieke patiënt of een selectie patiënten opvragen via de functie 'Opzoeking verzekeraar' of 'Massale opzoeking verzekeraar'.

### In de praktijk voor apothekers

- Aangezien de facturering van apothekers gebaseerd is op een betalingsverbintenis, zullen je facturen worden aanvaard op basis van deze verbintenis, zelfs al verwijst deze naar 501 en wordt hij gebruikt in 2022.

Je kan de bijgewerkte gegevens over de verzekeraar van je patiënten nog steeds opvragen via MyCareNet, met behulp van hun INSZ.

### In de praktijk voor wijkgezondheidscentra

- Je factureringsbestanden zullen automatisch door onze diensten worden omgezet in nieuwe gegevens van ziekenfonds 526.

Je kan de bijgewerkte gegevens over de verzekeraar van je patiënten nog steeds opvragen via MyCareNet.

- De door ziekenfonds 501 geopende abonnementen zullen automatisch worden overgenomen in ziekenfonds 526.
- **Wijzig dus zeker niet alleen het ziekenfondsnummer in je bestanden!**

Je kan op elk moment onze portaalsite [www.4cp.be](http://www.4cp.be) raadplegen. Daar kan je de juiste gegevens over de verzekeraar van een specifieke patiënt of een selectie patiënten opvragen via de functie 'Opzoeking verzekeraar' of 'Massale opzoeking verzekeraar'.

### In de praktijk voor verpleegkundigen

- Je factureringsbestanden zullen automatisch door onze diensten worden omgezet in nieuwe gegevens van ziekenfonds 526.
- Voor een correcte facturering van de verzorging die je hebt verstrekt in 2022 kan je boodschap 801000 (verzekeraar) van MyCareNet gebruiken. De software die je gebruikt, kan het ziekenfondsnummer en het lidnummer van je patiënten die betrokken zijn bij deze fusie corrigeren.
- **Wijzig dus zeker niet alleen het ziekenfondsnummer in je bestanden!**
- De door ziekenfonds 501 gesloten medische akkoorden en verzonden kennisgevingen voor de volledige historiek zullen automatisch worden overgenomen in ziekenfonds 526.

### In de praktijk voor instellingen die hun facturen uitvoeren in elektronische derde betaler

- Je factureringsbestanden zullen automatisch door onze diensten worden omgezet in nieuwe gegevens van ziekenfonds 526.

- Als je factureert via MyCareNet kan je boodschap 801000 (verzekerbareid) van MyCareNet gebruiken. De software die je gebruikt, kan het ziekenfondsnummer en het lidnummer van je patiënten die betrokken zijn bij deze fusie corrigeren.
- **Wijzig dus zeker niet alleen het ziekenfondsnummer in je bestanden!**
- We nodigen je uit om, vanaf 01/01/2022 en in ieder geval vóór enige facturering in 2022, onze portaalsite [www.4cp.be](http://www.4cp.be) te raadplegen. Daar kan je de juiste gegevens over de verzekerbareid van een specifieke patiënt of een selectie patiënten opvragen via de functie 'Opzoeking verzekerbareid' of 'Massale opzoeking verzekerbareid'.

### **Bijzondere regels voor de bij de Landsbond gecentraliseerde facturering derde betaler op papier**

- Vermeld altijd het INSZ van de patiënten op je papieren facturen.
- Voor derden die met manuele derde betaler werken: als op het kleefbriefje de identificatiegegevens van ziekenfonds 501 staan in plaats van 526 zal onze verzekeringsinstelling de nodige correcties aanbrenge.
- Voor de tarifieringsdiensten die belast zijn met de verwerking van manuele derde betalers: we nodigen je uit om, vanaf 01/01/2022 en in ieder geval vóór enige facturering in 2022, onze portaalsite [www.4cp.be](http://www.4cp.be) te raadplegen. Daar kan je de juiste gegevens over de verzekerbareid van een specifieke patiënt of een selectie patiënten opvragen via de functie 'Opzoeking verzekerbareid' of 'Massale opzoeking verzekerbareid'.

### **Het adres voor de gecentraliseerde facturering derde betaler op papier is en blijft:**

**Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen  
Postbus 80500  
1070 Brussel  
(opgelet: enkel enveloppen! Dozen of pakketten moeten naar  
onderstaand adres verstuurd worden)**

### **Het adres voor facturering van alle elektronische berichten is en blijft:**

**Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen  
Lenniksebaan 788 A  
1070 Brussel**

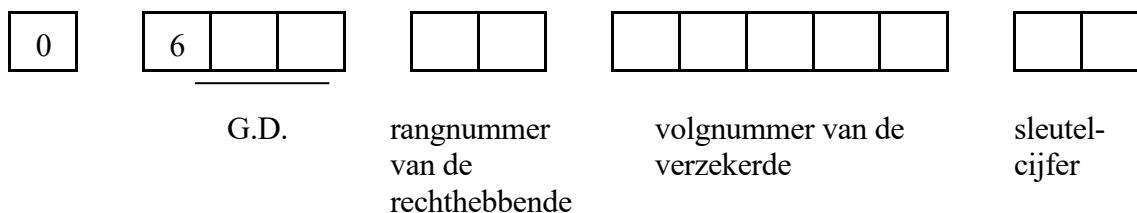
### **Heb je nog vragen?**

Stuur een e-mail naar [opercontfac@mloz.be](mailto:opercontfac@mloz.be) of bel ons op 02 778 95 55.

Je kan je vragen ook stellen aan je portefeuillebeheerder via 4CP.

Meer informatie over toegang tot onze website 4CP: [info@4cp.be](mailto:info@4cp.be)

f) Structuur van het identificatienummer van de **HULPKAS VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING**.



Identificatienummer :

1) **Het eerste cijfer is een 0** - 1 numerieke positie

2) **Verzekeringsinstelling - gewestelijke dienst** - 3 numerieke posities

- het tweede cijfer is een 6 (V.I. = Hulpkas)
- de volgende twee cijfers identificeren het gewestelijk bureau in de gewestelijke dienst of de gewestelijke dienst in de V.I.

De twee cijfers kunnen uitsluitend de volgende zijn :

- 01 : gewestelijke dienst Antwerpen
- 02 : gewestelijke dienst Brussels Hoofdstedelijk Gewest
- 03 : gewestelijke dienst West-Vlaanderen
- 04 : gewestelijke dienst Oost-Vlaanderen
- 05 : gewestelijke dienst Henegouwen - bureau van Bergen
- 15 : gewestelijke dienst Henegouwen - bureau van Charleroi
- 06 : gewestelijke dienst Luik
- 07 : gewestelijke dienst Limburg
- 08 : gewestelijke dienst Luxemburg
- 09 : gewestelijke dienst Namen
- 10 : gewestelijke dienst Eupen-Malmédy - bureau van Eupen
- 20 : gewestelijke dienst Eupen-Malmédy - bureau van Malmédy
- 12 : gewestelijke dienst Vlaams Brabant
- 22 : gewestelijke dienst Waals Brabant
- (☞ 12) 95 : gewestelijke dienst Speciale Sociale Categorie

3) **Rangnummer van de rechthebbende** - 2 numerieke posities

00	gerechtigde
01 tot 04	echtgenoot (-note)
05 tot 09	niet-bezoldigde persoon die voor het huishouden instaat (man of vrouw)
10 tot 89	descendenten
90 tot 98	ascendenten

4) **Volgnummer van de verzekerde en zijn personen ten laste** - 5 numerieke posities

Dit nummer identificeert de gerechtigde en zijn personen ten laste in het raam van de gewestelijke dienst of het gewestelijk bureau van de gewestelijke dienst.  
Het volgnummer van de verzekerde en van zijn personen ten laste is hetzelfde.  
De personen ten laste worden geïdentificeerd aan de hand van hun rangnummer (zie punt 3 hiervoren).

Opmerking : De nullen links worden geschreven.

Internationale verdragen : Het eerste cijfer van het volgnummer is altijd 9.  
Dat cijfer toont aan dat het om het identificatienummer gaat van een buitenlandse sociaal verzekerde die tijdelijk in België verblijft.  
(formulieren E.111, E.112 of gelijkwaardige bilaterale documenten van de internationale verdragen).

5) **Sleutelcijfer** - 2 numerieke posities

Formule : modulo 97:

Het sleutelcijfer wordt berekend op de 11 voorafgaande numerieke posities, namelijk:

- de code verzekeringsinstelling + gewestelijke dienst;
- het rangnummer van de rechthebbende;
- het volgnummer van de verzekerde.

Het is gelijk aan de rest van de deling van die 11 cijfers door 97.

Als de rest gelijk is aan 0, is het sleutelcijfer 97.

Voor internationale verdragen:

modulo 97 (zie hierboven)

of

modulo 89 (vanaf 1/6/2015):

Het sleutelcijfer wordt berekend op de 11 voorafgaande numerieke posities, namelijk:

- de code verzekeringsinstelling + gewestelijke dienst;
- het rangnummer van de rechthebbende;
- het volgnummer van de verzekerde.

Het is gelijk aan de rest van de deling van die 11 cijfers door 89.

Als de rest gelijk is aan 0, is het sleutelcijfer 89.

### Algemene regeling

Gerechtigde : vb. 06020057220/55 : 97 = 06020057220 rest 55 = check-digit

0	6	0	2	0	0	5	7	2	2	0	5	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Personen ten laste : vb. 06021057220/82 : 97 = 06021057220 rest 82 = check-digit

0	6	0	2	1	0	5	7	2	2	0	8	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

10 = descendent

### Internationale verdragen

Gerechtigde : vb. 06020091234/22 : 97 = 06020091234 rest 22 = check-digit

0	6	0	2	0	0	9	1	2	3	4	2	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Personen ten laste : vb. 06020191234/15 : 97 = 06020191234 rest 15 = check-digit

0	6	0	2	0	1	9	1	2	3	4	1	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

01 = echtgenoot(-note)

Gerechtigde : vb. 06020091234/48 : 89 = 06020091234 rest 48 = check-digit

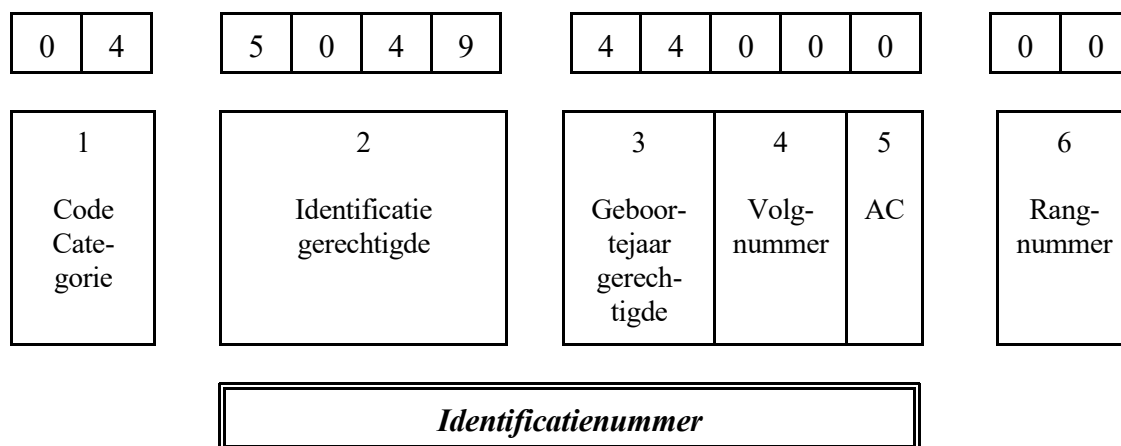
0	6	0	2	0	0	9	1	2	3	4	4	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Personen ten laste : vb. 06020191234/12 : 89 = 06020191234 rest 12 = check-digit

0	6	0	2	0	1	9	1	2	3	4	1	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

g) Aansluitingsnummer bij de **KAS DER GENEESKUNDIGE VERZORGING VAN HR RAIL**

**Voorbeeld :**



**Aansluitingsnummer bij de K.G.V. = 13N**

1 Code Categorie K.G.V.	pos. 1/2	2N		
2 Identificatie gerechtigde	pos. 3/6	4N	]	rubrieken 2 tot en met 5 =
3 Geboortetejaar gerechtigde	pos. 7/8	2N	]	Identificatienummer
4 Volgnummer	pos. 9/10	2N	]	N.M.B.S.
5 Autocontrolecijfer	pos. 11	1N	]	
6 Rangnummer	pos. 12/13	2N		

**Betekenis van de rubrieken :**

**1 Code Categorie :**

- 03 WIGW gerechtigde en zijn personen ten laste (verhoogde tegemoetkoming)
- 04 Gerechtigde in actieve dienst
- 05 Persoon ten laste van een gerechtigde in actieve dienst
- 06 Gepensioneerde gerechtigde en zijn personen ten laste (geen verhoogde tegemoetkoming)
- 07 Gerechtigde met brugpensioen en zijn personen ten laste (geen verhoogde tegemoetkoming)

**2 Identificatie gerechtigde :**

Codenummer gebaseerd op de alfabetische volgorde van de familienaam en de geboortedag van de gerechtigde.

**3 Geboortetejaar van de gerechtigde**

Dit is geen constant controlegegeven. Er zijn afwijkingen mogelijk.

**4 Volgnummer :**

- bij gerechtigde in actieve dienst en gerechtigde in rustpensioen = 00, 01, 02 ...
- bij brugpensioen = 70, 71 ...
- bij overlevingspensioen = 90, 91 ...

## 5 Autocontrolecijfer :

Dit autocontrolecijfer heeft betrekking op de *rubrieken 2 tot 4*.

*Voorbeeld voor rubrieken 2 tot 4*      = **5 0 4 9 4 4 0 0**  
positie                                      = 1 2 3 4 5 6 7 8

- a) resultaat 1 = som van de cijfers in de onpare posities :  
(pos. 1 + pos. 3 + pos. 5 + pos. 7) :

$$5 + 4 + 4 + 0 = 13$$

- b) resultaat 2 = het cijfer in pos. 2 met 2 vermenigvuldigen en tiental en eenheid van deze som optellen met resultaat 1 :

$$0 \times 2 = 00$$
$$0 + 0 + 13 = 13$$

- c) resultaat 3 = het cijfer in pos. 4 met 2 vermenigvuldigen en tiental en eenheid van deze som optellen met resultaat 2 :

$$9 \times 2 = 18$$
$$1 + 8 + 13 = 22$$

- d) resultaat 4 = het cijfer in pos. 6 met 2 vermenigvuldigen en tiental en eenheid van deze som optellen met resultaat 3 :

$$4 \times 2 = 08$$
$$0 + 8 + 22 = 30$$

- e) resultaat 5 = het cijfer in pos. 8 met 2 vermenigvuldigen en tiental en eenheid van deze som optellen met resultaat 4 :

$$0 \times 2 = 00$$
$$0 + 0 + 30 = 30$$

- f) Het autocontrolecijfer wordt bekomen door het cijfer van de eenheden in resultaat 5 af te trekken van de waarde 10 en van het bekomen resultaat het cijfer van de eenheid te nemen :

$$10 - 0 = 10$$

## 6 Rangnummer :

Rangnummer toegekend aan elke persoon van het gezin die rechthebbende is bij de Kas der Geneeskundige Verzorging :

00 = gerechtigde

> 00 = persoon ten laste van de gerechtigde



## 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.
- Bijlage 20** : Elektronische facturatie door artsen (e-fac).
- Bijlage 21** : Facturatie van dringend ziekenvervoer.
- Bijlage 22** : Afrondingsregels voor verstrekkingen verricht door stagiairs aan 75%, heelkundige verstrekkingen aan 50% en operatieve hulp aan 10%.
- Bijlage 23** : Elektronische facturatie door tandartsen (e-fac).
- Bijlage 24** : Laagvariabele zorg.
- Bijlage 25** : Lectuur identiteitsgegevens in ziekenhuismilieu
- (☞ 11) **Bijlage 26** : Elektronische facturatie door kinesitherapeuten (e-fac).

**Lijst der adressen van de rekencentra waaraan de  
magnetische dragers moeten verstuurd worden.**

<u>Verzekeringsinstellingen</u>	<u>Te groeperen ziekenfondsen</u>	<u>Adressen van de rekencentra</u>
<b>L.C.M.</b>	Alle ziekenfondsen	<b>LANDSBOND DER CHRISTELIJKE MUTUALITEITEN</b> Dienst Statistieken - Exploitatie Verwerking magnetische dragers AEROPOLIS Haachtsesteenweg, 579 - Postbus 49 1031 BRUSSEL
<b>L.N.Z.</b>	Alle ziekenfondsen	<b>LANDSBOND VAN DE NEUTRALE MUTUALITEITSVERBONDEN</b> Cel Magnetische dragers Charleroisesteeweg, 147 1060 BRUSSEL
<b>N.V.S.M.</b>	Alle ziekenfondsen	<b>NATIONAAL VERBOND VAN SOCIALISTISCHE MUTUALITEITEN</b> Sint-Jansstraat, 32 1000 BRUSSEL
<b>L.L.M.</b>	Alle ziekenfondsen	<b>LANDSBOND VAN LIBERALE MUTUALITEITEN</b> Livornostraat, 19 1050 BRUSSEL
<b>M.L.O.Z.</b>	Alle ziekenfondsen	<b>LANDSBOND VAN DE ONAFHANKELIJKE ZIEKENFONDSEN</b> P.O. Box 80555 1070 Anderlecht  Voor ROB/RVT en huisartsen: P.O. Box 80500 1070 Anderlecht
<b>H.Z.I.V.</b>	Alle gewestelijke diensten	<b>HULPKAS VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING</b> Troonstraat, 30 1000 BRUSSEL
<b>K.G.V. HR RAIL</b>	Alle gewestelijke geneeskundige centra	<b>KAS DER GENEESKUNDIGE VERZORGING VAN HR RAIL</b> 10-03 Frankrijkstraat, 85 1060 BRUSSEL

**Lijst van te contacteren personen bij de Landsbonden.****V.I.****Naam****Telefoonnr.****Faxnr.****Bevoegdheid****L.C.M.**

Status facturatiebestanden:

- Derden REFAC: Uniek Contact Punt (UCP)
- Andere derden: Dienst MDU ([mdu.bkh@cm.be](mailto:mdu.bkh@cm.be); 02/246.41.97)

Analyse en verwerpingen:

- Derden REFAC: Uniek Contact Punt (UCP)
- Andere derden: Contact Center Gezondheidszorg ([mycarenet@cm.be](mailto:mycarenet@cm.be); 02/246.43.28)

**L.N.Z.**

Algemeen telefoonnummer: 02/538.83.00

Algemeen faxnummer: 02/537.33.69

**Elektronische dragers:**

Verwerking magnetische dragers: verwerpingen tijdens pré-controlle, foute bestemming,...

Helpdesk: [supports@lnz.be](mailto:supports@lnz.be)

**Kwaliteitscontrole:**

Tarificatie: verwerpingen, papieren afrekening, ontbrekende akkoorden adviserend artsen,...

Helpdesk: [ccq@lnz.be](mailto:ccq@lnz.be)

**MyCareNet:**

Deze cel behandelt alle technische aspecten van de elektronische facturiestroom.

Helpdesk: [modcare@lnz.be](mailto:modcare@lnz.be)

**N.V.S.M.**

(☎2) Technische aspecten in Carenet : [helpdesk.carenet@socmut.be](mailto:helpdesk.carenet@socmut.be)

Status facturatiebestanden : [factuur.300@socmut.be](mailto:factuur.300@socmut.be)

Tarificatie : [tar.300@socmut.be](mailto:tar.300@socmut.be)

<u>Naam</u>	<u>Telefoonnr.</u>	<u>Faxnr.</u>	<u>Bevoegdheid</u>
-------------	--------------------	---------------	--------------------

**L.L.M.**

(☎10) Dhr. VAN VAERENBERGH (NL)	02/542.87.46		Resultaten en tarificatievragen verstrekkers
Mevr. WEYNANTS (FR)	02/542.86.90		Resultaten en tarificatievragen verstrekkers
Dhr. ZWARTEBROECKX	02/542.86.30		Resultaten en tarificatievragen dokters en E-fac
Mevr. COPPENS	02/542.87.27		Resultaten en tarificatievragen dokters en E-fac

**M.L.O.Z.**

02/778.95.55

U volgt de gevraagde instructies en u komt terecht bij de juiste contactpersoon.

Toegankelijk elke werkdag tussen 8u30 en 12u en tussen 13u30 en 15u30.

Faxnummer: 02/778.94.06

E-mail adres:

[Operconfac@mloz.be](mailto:Operconfac@mloz.be)**H.Z.I.V.**

Helpdesk elektronische facturen (NL) : 02 229 34 34

Helpdesk facturation électronique (FR) : 02 229 34 33

Toegankelijk elke werkdag tussen 9 u en 12 u en tussen 14u en 16u.

Email : [elecfac@caami-hziv.fgov.be](mailto:elecfac@caami-hziv.fgov.be)

Fax : 02 229 34 38

**K.G.V. van HR Rail**

(☎2) Dhr Sören COEMAN

E-mailadres: [900-factura@hr-rail.be](mailto:900-factura@hr-rail.be)

**VERZENDINGSBORDEREL VOOR MAGNETISCHE DRAGERS**

- Factureringsvorm : 1) 1 bestand - 1 financiële rekening  
 (1) 2) 1 bestand - 2 financiële rekeningen (Inrichting - Medische Raad)  
 3) 2 bestanden met elk 1 financiële rekening (Inrichting Medische Raad)  
 4) 2 bestanden, waarvan één met 2 financiële rekeningen, en één met 1 financiële rekening  
 welke echter identiek moet zijn aan de tweede financiële rekening van het corresponderend  
 bestand.

**Identificatie inrichting :**

Benaming :  
 Adres :  
 Postnr. - gemeente :  
 Erkenningsnummer :  
 KBO-nummer :  
 Rekeningnr. inrichting :  
 IBAN inrichting :  
 BIC inrichting :  
 Rekeningnr. med. raad :  
 IBAN med. raad :  
 BIC med. raad :

**Identificatie medische raad (2) :**

Benaming :  
 Adres :  
 Postnr. - gemeente :  
 R.I.Z.I.V.-nummer :  
 KBO-nummer :  
 Rekeningnr. med. raad :  
 IBAN med. raad :  
 BIC med. raad :

**Identificatie verzekeringsinstelling :**

Benaming :  
 Adres :  
 Postnummer - gemeente :

**Facturering AMBULANT - GEHOSP. - GEMENGD (1)**

Versie bestand (zone 4) :  
 Zendingsnummer (zone 7) : ...  
 Identificatie magnetische dragers : nrs. ...  
 Gefactureerd jaar en maand (zones 22-23) : .../...  
 Datum van opstelling (zone 25-26) :  
 Verantwoordelijke : Naam - Voornaam : ...

Nr. zieken- fonds	Aantal records (a)	Controlecijfer per ziekenfonds (b)	Bedragen ten laste V.I.		Totaal (e)
			Voor rek. inrichting (c)	Voor rek. med. raad (d)	

000  
 001  
 002  
 .  
 .  
 099

Totalen Som + 2

**Visum (verplegings-) inrichting :**

Datum :  
 Naam :  
 Hoedanigheid :  
 Handtekening

**Visum medische raad :**

Datum :  
 Naam :  
 Hoedanigheid :  
 Handtekening

**Voorbehouden aan de verzekeringsinstelling :**

Ontvangstdatum :  
 Naam :  
 Handtekening

(1) doorhalen wat niet past  
 (2) alleen te vermelden indien nodig

### **Berekeningswijze van het controlecijfer per ziekenfonds (kolom (b))**

- De waarden uit de zones 4 van de recordtypes 30, 40 en 50 van alle individuele facturen bestemd voor het betreffende ziekenfonds worden opgeteld. Aan dit bedrag wordt nog de som van de waarden uit zone 17-18 en uit zone 40-41 van al de recordtypes 40 van dezelfde individuele facturen toegevoegd. Op het resultaat wordt de klassieke modulo 97 toegepast (rest van de deling door 97; indien de rest gelijk is aan nul, vervangen door 97).
- Op de lijn "Totalen" komt het controlecijfer van de zending (zie recordtype 90 zone 98).

### **Richtlijnen betreffende het gebruik van het verzendingsborderel**

- In geval van factureringsvorm 1) moeten de kolommen (a), (b) en (e) worden ingevuld; kolom (c) is facultatief. Alleen het visum van de (verplegings-) inrichting moet worden vermeld.
- In geval van factureringsvorm 2) moeten de kolommen (a), (b), (c), (d) en (e) worden ingevuld. Het visum van de medische raad moet naast het visum van de (verplegings-)inrichting worden vermeld.
- In geval van factureringsvorm 3) moeten alle kolommen worden ingevuld. In dit geval mag het verzendingsborderel eventueel uit 2 luiken bestaan; een eerste luik waarbij de kolommen (a), (b) en (c) moeten worden ingevuld en een tweede luik waarbij de kolommen (a), (b) en (d) worden ingevuld. De twee luiken moeten echter vóór verzending aan elkaar worden vastgemaakt en op elk van de delen moeten de visa van de twee partijen ((verplegings-)inrichting & medische raad) worden vermeld.
- In geval van factureringsvorm 4) moeten alle kolommen worden ingevuld, in dit geval moet het verzendingsborderel uit 2 luiken bestaan; een eerste luik waarbij de kolommen (a), (b), (c) en (d) worden ingevuld en een tweede luik waarbij de kolommen (a), (b) en (d) worden ingevuld. De twee luiken moeten vóór verzending aan elkaar worden vastgemaakt en op elk van de delen moeten de visa van de twee partijen ((verplegings-)inrichtingen & medische raad) worden vermeld.

### **Sequentiële orde**

In geval de factureringsgegevens op twee onderscheiden bestanden worden overgemaakt (d.w.z. factureringsvormen 3 en 4 op het verzendingsborderel) moeten de twee bestanden volgens eenzelfde sequentiële orde worden opgebouwd.

De sequentiële orde die wordt opgelegd is de volgende :

- gefactureerd jaar en maand;
- stamnummer betalende derde;
- stamnummer instelling;
- nummer ziekenfonds van bestemming in stijgende volgorde;
- opnamenummer voor gehospitaliseerde patiënten in stijgende volgorde;  
of nummer van de individuele factuur voor ambulante patiënten in stijgende volgorde.

**N.B. :** Ingeval van facturatie via MyCareNet zijn de gegevens van dit verzendingsborderel geïntegreerd in het elektronisch bericht zelf.

**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.		
KBO-nummer	KBO-nummer		
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.

**Tekening magnetische drager.**

Vanaf 1 juli 2008 mag een magnetische drager nog slechts één logisch facturatiebestand (zending) bevatten.

Een zending vormt een logisch bestand dat begint met een RT 10 en eindigt met een RT 90.

Per zending is een verzendingsborderel (in 3-voud) vereist.

**1 fysisch bestand met 1 logisch bestand.**

De zone 1 van recordtype 10 van het logisch bestand bevindt zich in de eerste 2 posities van het fysisch bestand.

De records worden aaneensluitend geschreven zonder enig speciaal tussenteken (zoals bv. "CR").

De zone 99 van recordtype 90 van het logisch bestand bevindt zich in de laatste 2 posities van het fysisch bestand.

R 10	R 20	R 30	R 30	R 30	...	R 80	...	R 90
		R 40	R 40	R 40	...			
		R 50	R 50	R 50	...			
		Verzameling recordtypes 30/40/50 binnen 1 blok 20-80 = factuur						
	1 blok met recordtypes 20-30/40/50-80 per factuur							



**Extern etiket**

A	B	C	D	E	F	G
XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXX	XXX	XXXXXXX	XXX	XXX

Dit etiket kan als volgt gelezen worden :

A : X X X X X X X : Versie bestand.

B : X X X X X X X X X X X X : Het nummer van de betalende derde (R 10 Z 14).

C : X X X : Het nummer van de zending (R 10 Z 7).

D : X X X : Nummer van de verzekeringsinstelling (100, 200, 300, 400, 500, 600 of 900).

E : X X X X X X : De vier eerste posities geven het jaar aan : 1998, 1999, 2000, 2001, ... (R 10 Z 22).  
De twee volgende geven de maand : 01 ... 12 (R 10 Z 23)

F : X X X : Het volgnummer van de magneetband.  
000 : zo bestand op 1 magnetische drager staat  
of  
001, 002, ... : zo bestand op meerdere magnetische dragers staat, moeten de opeenvolgende dragers genummerd worden)  
Voor diskettes is deze waarde steeds gelijk aan 000 (multi-volumes niet meer toegelaten)

G : X X X : Standaardwaarde = 001 (er mag slechts 1 facturatiebestand op een drager worden geplaatst).

**Structuur van de foutcodering**

Elke ontdekte anomalie wordt geïdentificeerd door een code van 6 posities (RRZZNN) (de eerste 4 posities zijn numeriek, de laatste 2 zijn alfanumeriek) met volgende betekenis :

RR = recordtype.

ZZ = nummer van de zone in het recordtype.

NN = volgnummer toegekend aan de anomalie.

Het gedeelte "NN" biedt volgende mogelijkheden :

00 t/m 99

a0 t/m a9

...

z0 t/m z9

0a t/m 0z

...

9a t/m 9z

**Afspraken :**

De zone (111b, 112b of 113b) kan enkel karakters bevatten van 0 t/m 9 en van a t/m z.

Indien de zone geen foutcode bevat, wordt ze opgevuld met nullen (0).

Een aantal waarden "NN" worden voorbehouden voor standaard controles :

01 = gegeven niet numeriek.

02 = controlecijfer (check-digit) foutief.

03 = gegeven niet toegelaten.

09 = er staan verboden karakters in.

20 = gegeven niet gekend in het bestand van de V.I.

De foutcodes RRZZ01, RRZZ02, RRZZ03, RRZZ09 en RRZZ20 zijn standaard voorzien.

Verder wordt het gedeelte "NN" onderverdeeld in 3 categorieën :

a) NN = 0X technische fout voor een zone.

NN = 1X technische fout voor een zone waarvan de oorzaak afhankelijk is van de waarde van een andere zone.

b) NN = 2X, 3X : tarificatiefout van een zone.

NN = 4X, 5X : tarificatiefout van een zone waarvan de oorzaak afhankelijk is van de waarde van een andere zone.

c) NN = 6X, 7X : foutcode voorbehouden voor intern gebruik door de V.I. voor 1 zone.

NN = 8X, 9X : foutcode voorbehouden voor intern gebruik door de V.I. voor een anomalie die het gevolg is van de relatie tussen twee zones.

Deze onderverdeling kan niet meer gegarandeerd worden vanaf het ogenblik dat nieuwe foutcodes gedefinieerd worden met een alfanumeriek gedeelte.

### Aard van de fouten

De anomalieën kunnen van verschillende aard zijn :

B : blokkerende fout.

F : fout welke tot gevolg heeft dat een volledige factuur wordt verworpen;  
in dit geval is het aantal foutieve records gelijk aan het aantal records van deze factuur.

R : fout welke een verwerping tot gevolg heeft.

S : fout welke door de V.I. kan worden verbeterd en bijgevolg niet noodzakelijk wordt verworpen.

(7) E : fouten die niet tot een verwerping leiden en die niet meetellen voor het foutenpercentage, maar die wél (informatief) meegedeeld worden op het afrekenbestand.

De fouten van het type NN = 20 worden individueel door de V.I. nagekeken.

### Principes

Dezelfde foutcodes worden zowel gebruikt voor het berekenen van het foutpercentage als voor het meedelen van de verwerping na tarificatie.

Voor de zones "bedrag" zijn systematisch 4 blokkerende fouten voorzien :

B RRZZ01 : Bedrag niet numeriek.

B RRZZ05 : Eerste positie bedrag verschillend van + of -.

B RRZZ06 : Numeriek gedeelte van de zone bevat een bedrag met een teken.

De reservezones of posities dienen eveneens strikt in acht genomen te worden, anders geven ze aanleiding tot de volgende codes :

B RRZZ01 : Inhoud zone verschillend van nul.

B RRZZ04 : Eerste (laatste) (X) cijfer(s) van de zone verschillend van nul.

## 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, 51, 52 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 :

Totaal verworpen records

Totaal aantal records

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.

De tolerantiedrempel wordt vastgesteld op : 5 %.

Vanaf 1/4/2020 kunnen de labo's en de ziekenhuizen een percentage lager dan 5% kiezen en dit aan de VI's meedelen via volgende e-mailadressen:

VI100: Uniek Contactpunt

VI200: [CCQ@LNZ.BE](mailto:CCQ@LNZ.BE)

VI300: [300.pourcentage@solidaris.be](mailto:300.pourcentage@solidaris.be)

VI400: [gerda.heyman@lm.be](mailto:gerda.heyman@lm.be) en [Gezondheidszorgen1@lm.be](mailto:Gezondheidszorgen1@lm.be)

VI500: [confac@mloz.be](mailto:confac@mloz.be)

VI600: [elecfac@hziv.be](mailto:elecfac@hziv.be)

VI900: [900-factura@hr-rail.be](mailto:900-factura@hr-rail.be)

Indien gewenst, kan het percentage regelmatig gewijzigd worden (telkens via e-mail).

De VI's sturen telkens binnen de 5 werkdagen een ontvangstbevestiging met melding vanaf wanneer (datum ontvangst facturatiebestand) het percentage aangepast wordt in hun bestand.



AFREKENBESTAND

Enkele begrippen :

“ facturatiebestand” : het bestand dat vanwege 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.

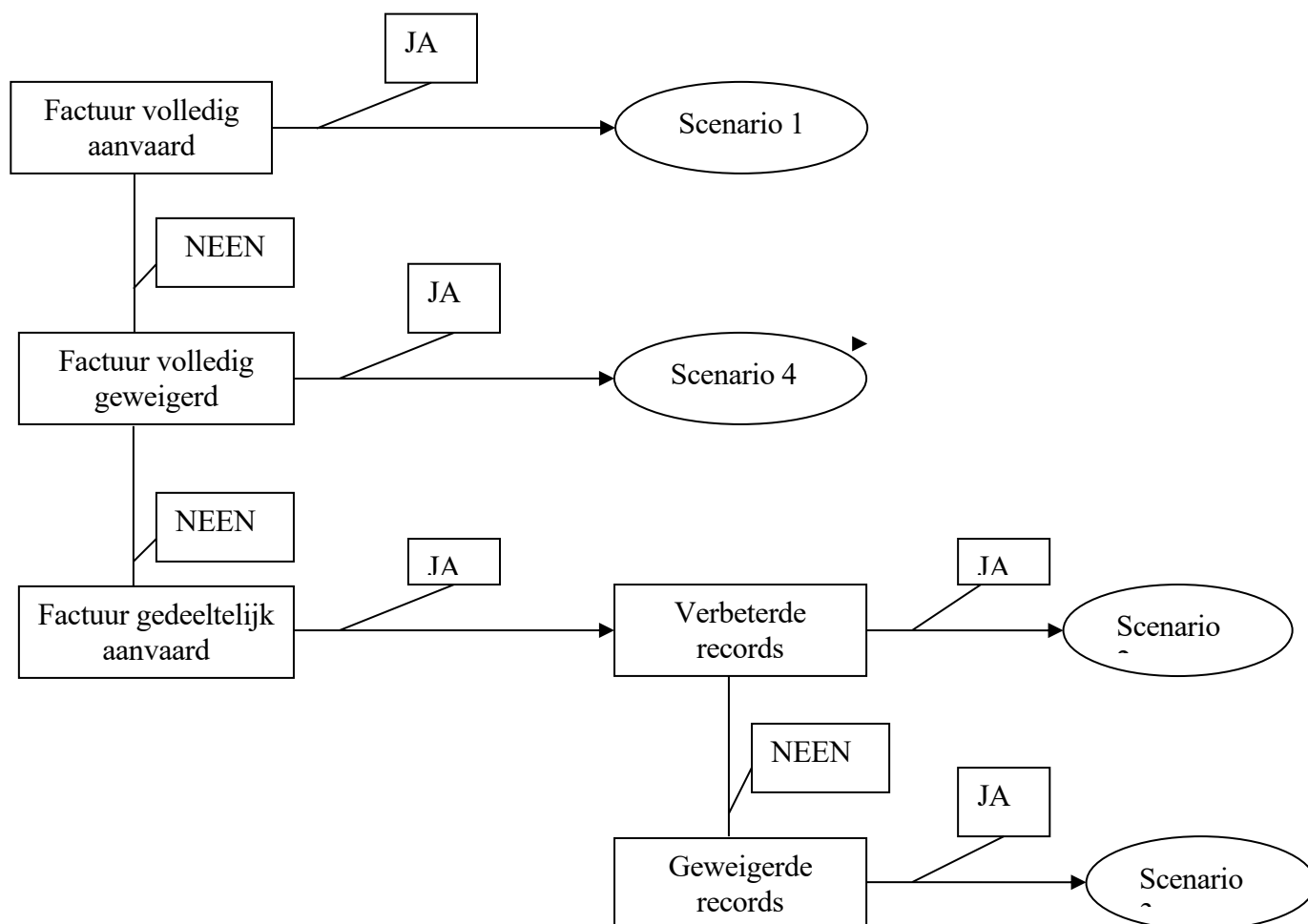
Recordtekening voor het afrekenbestand

			10	20	21	30	40	50	51	52	80	90
1 tot 99	350	1	Initieel record									
100	3N	351	Identificatie zending (= R 10 Z 7)									
101	8N	354	Datum aanmaak V.I.	Datum aanmaak zending (= R 10 Z 25-26)								9
102	6N	362	1	Factureringsmaand en -jaar (= R 10 Z 22-23)								9
103	3N	368	1	Ziekenfonds (= R 20 Z 18)								9
104	12N	371	1	0	0						0	9
105	12N	383	1	0	0						0	9
106	12N	395	9									
107	3N	407	1	CG1 of 0	0	CG1	CG1	CG1	CG1	0	0	9
108	3N	410	1	CG2 of 0	0	CG2	CG2	CG2	CG2	0	0	9
109	22A	413	1	Ref. V.I. Rekening A	Ref. V.I. Rekening A	Ref. V.I. Rekening A	Ref. V.I. Rekening A	Ref. V.I. Rekening A	Ref. V.I. Rekening A	Ref. V.I. Rekening A	Ref. V.I. Rekening A	9
110	22A	435	1	Ref. V.I. Rekening B	Ref. V.I. Rekening B	Ref. V.I. Rekening B	Ref. V.I. Rekening B	Ref. V.I. Rekening B	Ref. V.I. Rekening B	Ref. V.I. Rekening B	Ref. V.I. Rekening B	9
111a	1A	457	Verwerpings- letter 1	Verwerpings- letter 1	Verwerpings- letter 1	Verwerpings- letter 1	Verwerpings- letter 1	Verwerpings- letter 1	Verwerpings- letter 1	Verwerpings- letter 1	Verwerpings- letter 1	Verwerpings- letter 1
111b	4N + 2A	458	Verwerpings- code 1	Verwerpings- code 1	Verwerpings- code 1	Verwerpings- code 1	Verwerpings- code 1	Verwerpings- code 1	Verwerpings- code 1	Verwerpings- code 1	Verwerpings- code 1	Verwerpings- code 1
112a	1A	464	Verwerpings- letter 2	Verwerpings- letter 2	Verwerpings- letter 2	Verwerpings- letter 2	Verwerpings- letter 2	Verwerpings- letter 2	Verwerpings- letter 2	Verwerpings- letter 2	Verwerpings- letter 2	Verwerpings- letter 2
112b	4N + 2A	465	Verwerpings- code 2	Verwerpings- code 2	Verwerpings- code 2	Verwerpings- code 2	Verwerpings- code 2	Verwerpings- code 2	Verwerpings- code 2	Verwerpings- code 2	Verwerpings- code 2	Verwerpings- code 2
113a	1A	471	Verwerpings- letter 3	Verwerpings- letter 3	Verwerpings- letter 3	Verwerpings- letter 3	Verwerpings- letter 3	Verwerpings- letter 3	Verwerpings- letter 3	Verwerpings- letter 3	Verwerpings- letter 3	Verwerpings- letter 3
113b	4N + 2A	472	Verwerpings- code 3	Verwerpings- code 3	Verwerpings- code 3	Verwerpings- code 3	Verwerpings- code 3	Verwerpings- code 3	Verwerpings- code 3	Verwerpings- code 3	Verwerpings- code 3	Verwerpings- code 3
114	1A+11N	478	1	0	0	Getarifeerd bedrag Rek. A	Getarifeerd bedrag Rek. A	Getarifeerd bedrag Rek. A	0	0	Getarifeerd bedrag Rek. A	9
115	1A+11N	490	1	0	0	Getarifeerd bedrag Rek. B	Getarifeerd bedrag Rek. B	Getarifeerd bedrag Rek. B	0	0	Getarifeerd bedrag Rek. B	9
116	1A+11N	502	1	0	0	Getarifeerd bedrag patiënt	Getarifeerd bedrag patiënt	Getarifeerd bedrag patiënt	0	0	Getarifeerd bedrag patiënt	9
117	7N	514	1	0	0	Gecorrigeerde nomen.code	Gecorrigeerde nomen.code	Gecorrigeerde nomen.code	0	0	0	9
118	1N	521	1	0								9
119	1A+11N	522	1	0	0	Resultaat VI	Resultaat VI	Resultaat VI	0	0	0	9
149	200A	534	1	Commentaar bij foutcode								9
150a	1A+11N	734	1	0	0	Gereserveerd (staatsheer- vorming)	Gereserveerd (staatsheer- vorming)	Gereserveerd (staatsheer- vorming)	0	0	Gereserveerd (staatsheer- vorming)	9
150b	49A	746	1	Reserve								9
151	6N	795	1	Index								9

**PRINCIPES OMTRENT DE AFLEVERING VAN EEN AFREKENBESTAND**

1. De aflevering van een afrekenbestand wordt gekoppeld aan het overmaken van het facturatiebestand via het systeem MyCareNet.
2. De afrekenbestanden worden opgemaakt door de 7 verzekeringsinstellingen op nationaal niveau.
3. Per betaling (één of meerdere per zending) door de VI wordt een afrekenbestand overgemaakt. Ingeval van betaling op 2 verschillende bankrekeningen, wordt slechts één afrekenbestand overgemaakt.  
De betaling gebeurt voor alle verzekeringsinstellingen via één centrale betaling per Landsbond met uitzondering van het NVSM (afzonderlijke betaling en afzonderlijk afrekenbestand door ziekenfonds 306).
4. De verwerkingen van één facturatiebestand mag verdeeld worden over meerdere afrekenbestanden, met de restrictie dat de verwerkingen m.b.t. een ziekenfonds niet mogen gesplitst worden.
5. Alle facturen van een facturatiebestand zullen uiteindelijk in een afrekenbestand worden opgenomen
  - in geval een factuur volledig wordt aanvaard, dan wordt alleen recordtype 20 en 80 opgenomen;
  - in geval een factuur gedeeltelijk wordt aanvaard, dan worden naast recordtype 20 en 80 alleen de foutieve tussenliggende records opgenomen;
  - in geval een factuur volledig wordt verworpen dan worden alle records van de betrokken factuur opgenomen.
6. Er worden maximaal drie verwerpingscodes meegedeeld per verworpen record.
7. In geval van automatische correctie door de verzekeringsinstelling wordt het getarifeerd (en dus werkelijk betaald bedrag) vermeld in zone 114 en/of 115. Er worden geen verwerpingscodes vermeld in zone 111, 112 of 113.
8. Het bestand wordt omkaderd door een begin- en een eindrecord, waarbij elke positie uit elke zone wordt opgevuld met niet-significante gegevens
  - "1" in R 10, met uitzondering van de zones 1 tot en met 101 en 111 tot en met 113
  - "9" in R 90, met uitzondering van de zones 1 tot en met 100 en 111 tot en met 113
9. De zones 114 / 115 van het afrekenbestand dienen als volgt te worden opgevuld:
  - In geval van een R 20 : steeds 0
  - In geval van een R 21: steeds 0
  - In geval van een R 51, 52 : steeds 0
  - In geval van een R 30, 40 of 50 :  
Weigering van het record = 0  
Aanpassing van het gefactureerde bedrag in – of + = bedrag terugbetaling (= getarifeerd bedrag)  
Aanvaarding van het record = record staat niet op het afrekenbestand
  - In geval van een R 80: werkelijk betaald bedrag (het verschil tussen de zones 19/15 en 114 / 115 stemt overeen met het verschil tussen de zones 19 en 114 / 115 van de R 30, 40 en 50) (= getarifeerd bedrag).
10. De zone 119 (resultaat VI) wordt vervolledigd indien de zones 111b, 112b of 113b een foutcode XX1940 bevatten en wordt opgevuld met het door de VI getarifeerde bedrag.
11. Verwerpingscodes van R 20 moeten doorgetrokken worden naar de R 21, 30, 40, 50, 51, 52 en 80. De verwerpingscodes van R 20 moeten eerst vermeld worden, dan pas die van de R 21, 30, 40, 50, 51, 52 en 80. Voor een factuur verworpen ingevolge een fout in het R 20 worden de bijhorende records van het type 30, 40 en 50 vermeld met de respectievelijke foutcode RR0119 (indien geen andere fout kan worden meegegeven).
12. De niet gedefinieerde zones worden opgevuld met nullen.
13. Het facturatiebestand wordt op de volgende wijze gesorteerd :
  1. zendingsnummer;
  2. gefactureerd jaar en maand;
  3. ziekenfonds;
  4. volgnummer oorspronkelijke record.

Afrekenbestand: Algoritme voor de opvulling van de bedragzones



**Scenario 1 :**  $R\ 20 + 80$  op afrekenbestand ( $R\ 80\ Z\ 114 = R\ 80\ Z\ 19$ )

**Scenario 2 :**  $R\ 20 + 80$  op afrekenbestand ( $R\ 80\ Z\ 114 = R\ 80\ Z\ 19 - \sum$  van de verschillen ( $Z\ 19 - Z\ 114$ ) van de R 30, 40, 50)  
Verbeterde R 30 – 40 – 50 op afrekenbestand ( $R\ 30 - 40 - 50\ Z\ 114 =$  gecorrigeerd bedrag)

**Scenario 3 :**  $R\ 20 + 80$  op afrekenbestand ( $R\ 80\ Z\ 114 = R\ 80\ Z\ 19 - \sum$  van de verschillen ( $Z\ 19 - Z\ 114$ ) van de R 30, 40, 50)  
Geweigerde R 30 – 40 – 50 op afrekenbestand ( $R\ 30 - 40 - 50\ Z\ 114 = 0$ )

**Scenario 4 :**  $R\ 20 + 80$  op afrekenbestand ( $R\ 80\ Z\ 114 = 0$ )  
Geweigerde R 30 – 40 – 50 op afrekenbestand ( $R\ 30 - 40 - 50\ Z\ 114 = 0$ )

*Indien het gaat om verstrekkingen betaalbaar op rekening B moet zone 115 gebruikt worden (in plaats van zone 114.*



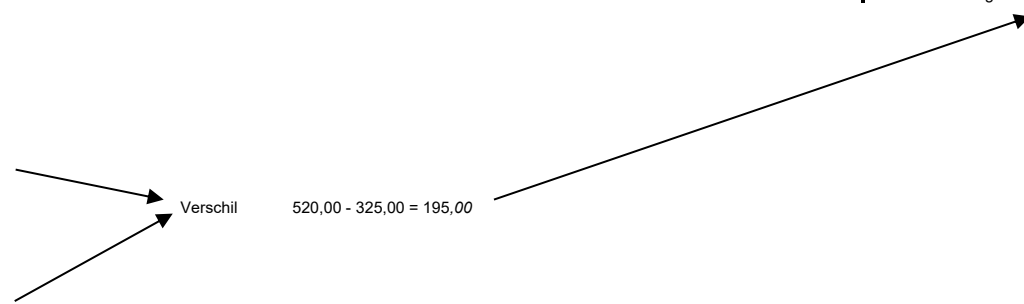
**Afrekenbestand: opvulling bedragzones - Rekening A**

			RT 30/40/50 Z 19	RT 80 Z 19	RT 30/40/50 Z 114	RT 80 Z 114	Controle	Vershil
Factuur 1	Aanvaard	RT 20	0,00			0,00		
		A	RT 50	25,00			Niet op afrekenbestand	
		A	RT 50	50,00			Niet op afrekenbestand	
		A	RT 50	25,00			Niet op afrekenbestand	
			RT 80		100,00		100,00	Vershil factuur
Factuur 2	Gedeeltelijk aanvaard	RT 20	0,00					
		A	RT 50	25,00			Niet op afrekenbestand	
		C	RT 50	50,00		40,00	Z 19 - Z 114	10
		W	RT 50	25,00		0,00	Z 19 - Z 114	25
			RT 80		100,00		65,00	Vershil factuur
Factuur 3	Geweigerd	RT 20	0,00					
		W	RT 50	25,00		0,00	Z 19 - Z 114	25
		W	RT 50	50,00		0,00	Z 19 - Z 114	50
		W	RT 50	25,00		0,00	Z 19 - Z 114	25
			RT 80		100,00		0,00	Vershil factuur
Factuur 4	wijziging nomenclatuurcode	RT 20	0,00					
		A	RT 50	25,00			Niet op afrekenbestand RT 30/40/50 Z 117 ingevuld	
		bedrag identiek	RT 50	50,00		50,00	Z 19 - Z 114	0
		A	RT 50	25,00			Niet op afrekenbestand	
			RT 80		100,00		100,00	Vershil factuur
							Vershil zending	135,00
Ingediend	Factuur 1 - Z 19		100,00					
	Factuur 2 - Z 19		100,00					
	Factuur 3 - Z 19		100,00					
	Factuur 4 - Z 19		100,00					
			<b>400,00</b>					
Betaling	Factuur 1 - Z 114			100,00				
	Factuur 2 - Z 114			65,00				
	Factuur 3 - Z 114			0,00				
	Factuur 4 - Z 114			100,00				
			<b>265,00</b>					
		Vershil			400,00 - 265,00 = 135,00			

**Afrekenbestand: opvulling bedragzones - Rekening A en B**

			Z 11	RT 30/40/50 Z 19	RT 80 Z 15 (B)	RT 80 Z 19(A)	RT 30/40/50 Z 114 (A)	RT 30/40/50 Z 115 (B)	RT 80 Z 114 (A)	RT 80 Z 115 (B)	Controle	Vershil	
Factuur 1	Aanvaard	RT 20		0,00					0,00	0,00			
	A	RT 30	0	25,00							Niet op afrekenbestand		
	A	RT 30	0	30,00							Niet op afrekenbestand		
	A	RT 50	1	50,00							Niet op afrekenbestand		
	A	RT 50	1	25,00							Niet op afrekenbestand		
		RT 80			75,00	55,00			55,00	75,00	Vershil factuur	0,00	
Factuur 2	Gedeeltelijk aanvaard	RT 20		0,00									
	A	RT 30	0	25,00							Niet op afrekenbestand		
	W	RT 30	0	30,00			0,00				Z 19 - Z 114	30,00	
	C	RT 50	1	50,00				40,00			Z 19 - Z 115	10,00	
	W	RT 50	1	25,00				0,00			Z 19 - Z 115	25,00	
		RT 80			75,00	55,00			25,00	40,00	Vershil factuur	65,00	
Factuur 3	Geweigerd	RT 20		0,00									
	W	RT 30	0	25,00			0,00				Z 19 - Z 114	25,00	
	W	RT 30	0	30,00			0,00				Z 19 - Z 114	30,00	
	W	RT 50	1	50,00			0,00				Z 19 - Z 115	50,00	
	W	RT 50	1	25,00			0,00				Z 19 - Z 115	25,00	
		RT 80			75,00	55,00			0,00	0,00	Vershil factuur	130,00	
Factuur 4	wijziging nomenclatuurcode	RT 20		0,00									
	A	RT 30	0	25,00							Niet op afrekenbestand		
	bedrag identiek	RT 30	0	30,00				30,00			RT 30 Z 117 ingevuld	Z 19 - Z 114	0,00
	bedrag identiek	RT 50	1	50,00			50,00				RT 40/50 Z 117 ingevuld	Z 19 - Z 115	0,00
	A	RT 50	1	25,00							Niet op afrekenbestand		
		RT 80			75,00	55,00			55,00	75,00	Vershil factuur	0	
											Vershil zending	195,00	

		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>Tot.</b>
Ingediend	Factuur 1 - Z 19	55,00	75,00	130,0
	Factuur 2 - Z 19	55,00	75,00	130,0
	Factuur 3 - Z 19	55,00	75,00	130,0
	Factuur 4 - Z 19	55,00	75,00	130,0
				<b>520,0</b>
Betaling	Factuur 1 - Z 114/115	55,00	75,00	130,0
	Factuur 2 - Z 114/115	25,00	40,00	65,00
	Factuur 3 - Z 114/115	0,00	0,00	0,00
	Factuur 4 - Z 114/115	55,00	75,00	130,0
				<b>325,0</b>



Recordtype	10		20		21		30		40		
zone	posities	aanvang zending	posities	aanvang factuur	zone	posities	Lezing gegevens ziekenhuizen	posities	verpleegdagen	posities	Farmaceutische producten
1	1-2	recordtype 10	1-2	recordtype 20	1	1-2	recordtype 21	1-2	recordtype 30	1-2	recordtype 40
2	3-8	volgnr. record	3-8	volgnr. record	2	3-8	volgnr. record	3-8	volgnr. record	3-8	volgnr. record
3	9-9	indexcode	9-9	toest. 3 <sup>o</sup> betalende	3	9-12	uur van lezing identiteitsdocument	9-9	norm verpleegdag	9-9	norm verstrekking
4	10-16	versie bestand	10-16	uur van opname	4	13-20	Prestatiedatum of opnamedatum waarop lezing betrekking heeft	10-16	ps-code verpleegdag/forf.	10-16	ps-code cat.geneesmiddel
5	17-24	financieel rekeningnr. a	17-24	datum van opname	5	21-21	type van lezing identiteitsdocument	17-24	datum 1ste gefact. dag	17-24	datum 1ste gefact. dag
6 a	25-28		25-28	datum van ontslag	6	22-22	type van drager identiteitsdocument	25-28	datum laatste gefactureerde dag	25-28	datum laatste gefactureerde dag
6 b	29-32	0	29-32		7	23-23	nr. zkf aansluiting	29-32		nr. zkf aansluiting	
7	33-35	zendingsnummer	33-35	nr. zkf aansluiting	7	23-23	reden gebruik vignet	33-35	nr. zkf aansluiting	33-35	nr. zkf aansluiting
8 a	36-47	fin. rekeningnr. b	36-47	identificatie rechthebbende	8	24-24	reden manuele invoering of a posteriori lezing	36-47	identificatie rechthebbende	36-47	identificatie rechthebbende
8 b	48-48	0	48-48					48-48		48-48	
9	49-49	code a.p.f.	49-49	geslacht rechthebb.	9	25-39	serienummer van de drager	49-49	geslacht rechthebb.	49-49	geslacht rechthebb.
10	50-50	code afr.bestand	50-50	type factuur	10	40-40	Aanduiding spoed/daghospitalisatie	50-50	bevalling	50-50	bevalling
11	51-51	0	51-51	type facturering	11	41-48	datum van lezing identiteitsdocument	51-51	verwijzing fin. reknr.	51-51	verwijzing fin. reknr.
12	52-52	0	52-52	0	12	49-348	0	52-52	0	52-52	aanduiding medicatie in kader van leetuur eID
13	53-55	inhoud facturatie	53-55	dienst 721 bis				53-55	dienstcode	53-55	dienstcode
14	56-67	nr. 3 <sup>o</sup> betalende	56-67	nr. fact. instelling				56-67	plaats van verstrekking	56-67	plaats van verstrekking
15	68-79	nr. accredit. NIC	68-79	instelling van verblijf				68-79	ident. overeenk/ inricht. verbl.	68-79	ident. overeenk/ inricht. verbl.
16	80-80	0	80-80	code stuit. verjaring				80-80	0	80-80	gratis geneesmiddelen
17	81-84	0	81-84	reden behandeling				81-84	betrekkelijke verstrekking	81-84	betrekkelijke verstrekking
18	85-87	beroepscode facturerende derde	85-87	nr. zkf bestemming				85-87			
19	88-99	0	88-99	nummer opname				88-99	teken + bedrag v.l.	88-99	teken + bedrag v.l.
20	100-106	0	100-106	datum akkoord revalidatiebehand.				100-106	0	100-106	r datum voorschrift
21	107-107	0	107-107	uur van ontslag				107-107	0	107-107	0
22	108-112	gefactureerd jaar	108-112	uur van ontslag				108-112	teken + aant. dagen of forf.	108-112	teken + aant. eenheden
23	113-114	gefactureerde maand	113-114	0				113-114	0	113-114	f eenheid
24	115-119	0	115-119	nummer individuele factuur				115-119	teken + grootte orde verblijfskosten	115-119	identificatie voorschrijver
25	120-126	datum van opstelling	120-126					120-126			
26	127-127	0	127-127	toep. soc. franchise				127-127	0	127-127	0
27	128-137	KBO-nummer	128-137	c.g.1 + c.g.2				128-137	teken + p.a. patient	128-137	teken + p.a. patient
28	138-162	ref. instelling	138-162	referentie instelling				138-162	referentie instelling	138-162	referentie instelling
29	163-164	0	163-164	nummer vorige factuur				163-164	0	163-164	0
30	165-166	0	165-166	flag identif. rechth.				165-166	teken + bedrag supplement	165-166	teken + bedrag supplement
31	167-174	bic financiële rekening a	167-174	0				167-174	0	167-174	0
32	175-175		175-175	0				175-175	uitz. derdebetalersreg.	175-175	uitz. derdebetalersreg.
33	176-176	0	176-176	nummer vorige zending				176-176	code fact. p.a. of suppl.	176-176	code fact. p.a. of suppl.
34	177-177	0	177-177	nr. zf vorige factur.				177-177	0	177-177	code uitzondering profylaxie
35	178-178	0	178-178	referentie zkf fin. rekeningnr. a				178-178	0	178-178	flag inn
36	179-179	0	179-179	referentie zkf fin. rekeningnr. a				179-179	0	179-179	f galenische vorm
37	180-182	iban financiële rekening a	180-182	referentie zkf fin. rekeningnr. a				180-182	0	180-182	nr. tarifieringsdienst
38	183-194		183-194	0				183-194	0	183-194	teken + theor. p.a. patient
39	195-204	0	195-204	vorig gefact. jaar en maand				195-204	0	195-204	nummer product
40	205-206	0	205-206	referentiegegevens netwert				205-206	0	205-206	omschrijving product
41	207-212	0	207-212	0				207-212	0	207-212	0
42	213-218	bic fin. rekening b	213-218	0				213-218	0	213-218	0
43 a	219-229		219-229	0				219-229	0	219-229	0
43 b	230-230	0	230-230	0				230-230	0	230-230	0
44	231-234	0	231-234	0				231-234	0	231-234	0
45	235-260	gereserveerd (staatsvorming)	235-260	0				235-260	0	235-260	0
46	261-261		261-261	0				261-261	0	261-261	0
47a	262-268	0	262-268	datum facturering				262-268	datum akkoord verstr.	262-268	datum akkoord verstr.
47b	269-269	0	269-269	0				269-269	0	269-269	0
48	270-270	gereserveerd (staatsvorming)	270-270	0				270-270	transplantatie	270-270	transplantatie
49	271-282	iban financiële rekening b	271-282	referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer b				271-282	0	271-282	nr. apotheker titularis
50 a	283-285		283-285	0				283-285	0	283-285	f geboortjaar
50 b	286-286	0	286-286	0				286-286	0	286-286	0
51	287 - 292	0	287 - 292	opnamenummer van de moeder				287 - 292	ziekenhuissite	287 - 292	ziekenhuissite
52	293-304	0	293-304	begindat. verzekerb.				293-304	identif. assoc. zorggebied	293-304	identif. assoc. zorggebied
53	305-312	gereserveerd (staatsvorming)	305-312	0				305-312	0	305-312	0
54a	313-315		313-315	0				313-315	0	313-315	0
54b	316-316	0	316-316	0				316-316	0	316-316	0
54c	317-320	0	317-320	0				317-320	0	317-320	0
55	321-328	0	321-328	0				321-328	0	321-328	0
56	329-332	0	329-332	0				329-332	0	329-332	0
57	333-336	0	333-336	0				333-336	0	333-336	0
58	337-340	0	337-340	0				337-340	0	337-340	0
59	341-346	0	341-346	0				341-346	0	341-346	0
98	347-348	0	347-348	0				347-348	0	347-348	Flag BTW
99	349-350	c.c. record	349-350	c.c. record	99	349-350	c.c. record	349-350	c.c. record	349-350	c.c. record

Recordtype	50		51		52		80		90	
zone	posities	verstrekkingen of leveringen	posities	Tariefverbinde e-fac	posities	Vervolg record 50	posities	einde factuur	posities	einde zending
1	1-2	recordtype 50	1-2	recordtype 51	1-2	Recordtype 52	1-2	recordtype 80	1-2	recordtype 90
2	3-8	volgnr. record	3-8	volgnr. record	3-8	volgnr. record	3-8	volgnr. record	3-8	volgnr. record
3	9-9	norm verstrekking (%)	9-9	0	9-9	Reden manuele invoering	9-9	0	9-9	0
4	10-16	(pseudo-)nomencl.code	10-16	(ps-)nom.code	10-16	(pseudo-)nomencl.code	10-16	uur van opname	10-16	0
5	17-24	datum 1ste verr. verstr.	17-24	datum verstr.	17-24	datum verstrekking	17-24	datum opname	17-24	financieel rekeningnr. a
6 a	25-28	datum laatste verrichte verstrekking	25-28	0	25-28	Datum van lezing identiteitsdocument	25-28	datum van ontslag	25-28	0
6 b	29-32		29-32	0	29-32		29-32		29-32	0
7	33-35	nr. zkf aansluiting	33-35	0	33-35	0	33-35	nr. zkf aansluiting	33-35	zendingsnr.
8 a	36-47	identificatie rechthebbende	36-47	identificatie rechthebbende	36-47	identificatie rechthebbende	36-47	identificatie rechthebbende	36-47	fin. rek.nr b
8 b	48-48		48-48		48-48		48-48		48-48	0
9	49-49	geslacht rechthebb.	49-49	0	49-49	Type van lezing identiteitsdocument	49-49	geslacht rechth.	49-49	0
10	50-50	bevalling	50-50	0	50-50	Type van drager identiteitsdocument	50-50	type factuur	50-50	0
11	51-51	verwijzing fin. rek.nr.	51-51	0	51-51	Reden gebruik vignet	51-51	0	51-51	0
12	52-52	nacht, w.e. of feestdag	52-52	0	52-52	Uur van lezing identiteitsdocument	52-52	0	52-52	0
13	53-55	dienstcode	53-55	0	53-55	0	53-55	dienst 721 bis	53-55	0
14	56-67	plaats van verstrekking	56-67	0	56-67	0	56-67	nr. fact. instelling	56-67	nr. 3 <sup>de</sup> betalende
15	68-79	identificatie verstrekkers	68-79	identificatie verstrekkers	68-79	Identificatie verstrekkers	68-79	teken + bedrag fin. rek.nr. b	68-79	teken + tot. bedr. fin. rek.nr. b
16	80-80	norm verstrekkers	80-80	0	80-94	Serienummer van de drager	80-80	0	80-80	0
17	81-84	betrekkelijke verstrekking	81-84	Betrekkelijke verstrekking	95-119	Nummer bewijsstuk	81-84	Reden behandeling	81-84	0
18	85-87		85-87		120-131	Uniek nummer toestel medische beeldvorming	85-87	nr. zf bestemming	85-87	0
19	88-99	teken + bedrag v.i.	88-99	teken + bedrag v.i.	132-151	Nummer akkoord	88-99	teken + bedrag fin. rek.nr. a	88-99	teken + tot. bedr. fin. rek.nr. a
20	100-106	datum voorschrift	100-106	0			100-106	factuurdatum	100-106	0
21	107-107		107-107	0			107-107		107-107	0
22	108-112	teken + aant. eenheden	108-112	0			108-112	uur van ontslag	108-112	gefact. jaar
23	113-114	afwijking maximaal aantal of identieke prestatie	113-114	0			113-114	0	113-114	gefact. maand
24	115-119	identificatie voorschrijver	115-119	0			115-119	nummer individuele factuur	115-119	0
25	120-126		120-126	0			120-126		120-126	0
26	127-127	norm voorschrijver	127-127	0			127-127	0	127-127	0
27	128-137	teken + p.a. patient	128-137	c.g.1 + c.g.2			128-137	teken + p.a. patient	128-137	KBO-nummer
28	138-162	referentie instelling	138-162	0			138-162	referentie instelling	138-162	ref. instelling
29	163-164	behandelde tand	163-164	0			163-164	0	163-164	0
30	165-166	teken + bedrag supplement	165-166	0			165-166	teken + bedrag supplement	165-166	0
31	167-174		167-174	0			167-174		167-174	0
32	175-175	rechtvaardiging	175-175	0			175-175	flag identif. rechth.	175-175	bic financiële rekening a
33	176-176	code fact. p.a. of suppl.	176-176	0			176-176	0	176-176	0
34	177-177	behandeld lid	177-177	0			177-177	0	177-177	0
35	178-178	geconv. verstrekkers	178-178	0			178-178	0	178-178	0
36	179-179	uur van prestatie	179-179	0			179-179	0	179-179	0
37	180-182	ident. toedienaar bloed	180-182	0			180-182	0	180-182	0
38	183-194	nummer attest van toediening	183-194	0			183-194	Teken + voorsch. fin. rek.nr. a	183-194	iban financiële rekening a
39	195-204		195-204	0			195-204	0	195-204	0
40	205-206	nummer afleveringsbon of zak	205-206	0			205-206	0	205-206	0
41	207-212		207-212	0			207-212	0	207-212	0
42	213-218		213-218	0			213-218	0	213-218	0
43 a	219-229	code implant	219-229	Nummer akkoord tariefverbinde	152-348	0	219-229	0	219-229	bic fin. rek.nr b
43 b	230-230		230-230				230-230	0	230-230	0
44	231-234	omschrijving product	231-234	0			231-234	0	231-234	0
45	235-260		235-260	0			235-260	0	235-260	0
46	261-261	norm plafond	261-261	0			261-261	0	261-261	gereserveerd (staats Hervorming)
47 a	262-268	basiswaarde verstrekking	262-268	0			262-268	0	262-268	0
47 b	269-269		269-269	0			269-269	0	269-269	0
48	270-270	transplantatie	270-270	0			270-270	0	270-270	0
49	271-282	ident. -bijkomende verstrekkers	271-282	0			271-282	0	271-282	0
50 a	283-285	aandeel in forfait	283-285	0			283 - 285	0	283 - 285	0
50 b	286-286	aanduiding prestatie in kader van lectuur eID	286-286	0			286 - 286	0	286 - 286	iban financiële rekening b
51	287-292	ziekenhuissite	287-292	0			287 - 292	0	287 - 292	0
52	293-304	identif. assoc. zorggeb.	293-304	0			293-304	0	293-304	0
53	305-312	ritnummer	305-312	0			305-312	0	305-312	0
54a	313-315	flag GPS	313-315	0			313-315	0	313-315	gereserveerd (staats Hervorming)
54b	316-316		316-316	0			316-316	0	316-316	0
54c	317-320	0	317-320	0			317-320	0	317-320	0
55	321-328	notificatiecode implantaat	321-328	dat meded. info			321-328	gereserveerd (staats Hervorming)	321-328	gereserveerd (staats Hervorming)
56	329-332		329-332	0			329-332	0	329-332	0
57	333-336	registratiecode	333-336	0			333-336	0	333-336	0
58	337-340		337-340	0			337-340	0	337-340	0
59	341-346		341-346	0			341-346	0	341-346	0
98	347-348	Flag BTW	347-348	0			347-348	c.c. factuur	347-348	c.c. zending
99	349-350	c.c. record	349-350	c.c. record	349-350	c.c. record	349-350	c.c. record	349-350	c.c. record

zone	lengte	posities	beschrijving zone
1	2 N	1 - 2	recordtype 10
2	6 N	3 - 8	volgnummer record
3	1 N	9 - 9	aantal financiële rekeningnummers (indexcode)
4	7 N	10 - 16	versie bestand
5	8 N	17 - 24	financieel rekeningnummer a (deel 1)
6 a	4 N	25 - 28	financieel rekeningnummer a (deel 2)
6 b	4 N	29 - 32	reserve
7	3 N	33 - 35	zendingsnummer
8 a	12 N	36 - 47	financieel rekeningnummer b
8 b	1 N	48 - 48	reserve
9	1 N	49 - 49	code afschaffing papieren factuur
10	1 N	50 - 50	code afrekeningsbestand
11	1 N	51 - 51	reserve
12	1 N	52 - 52	reserve
13	3 N	53 - 55	inhoud facturatie
14	12 N	56 - 67	nummer derdebetalende
15	12 N	68 - 79	nummer accreditering nic
16	1 N	80 - 80	reserve
17	4 N	81 - 84	reserve
18	3 N	85 - 87	beroepscode facturerende derde
19	12 N	88 - 99	reserve
20	7 N	100 - 106	reserve
21	1 N	107 - 107	reserve
22	5 N	108 - 112	gefactureerd jaar
23	2 N	113 - 114	gefactureerde maand
24	5 N	115 - 119	reserve
25	7 N	120 - 126	datum van opstelling (deel 1) jjjjmmd
26	1 N	127 - 127	datum van opstelling (deel 2) d
27	10 N	128 - 137	KBO-nummer
28	25 A	138 - 162	referentie instelling
29	2 N	163 - 164	reserve
30	2 N	165 - 166	reserve
31	8 A	167 - 174	bic financiële rekening a (deel 1)
32	1 A	175 - 175	bic financiële rekening a (deel 2)
33	1 A	176 - 176	bic financiële rekening a (deel 3)
34	1 A	177 - 177	bic financiële rekening a (deel 4)
35	1 N	178 - 178	reserve
36	1 A	179 - 179	iban financiële rekening a (deel 1)
37	3 A	180 - 182	iban financiële rekening a (deel 2)
38	12 A	183 - 194	iban financiële rekening a (deel 3)
39	10 A	195 - 204	iban financiële rekening a (deel 4)
40	2 A	205 - 206	iban financiële rekening a (deel 5)
41	6 A	207 - 212	iban financiële rekening a (deel 6)
42	6 N	213 - 218	reserve
43 a	11 A	219 - 229	bic financiële rekening b
43 b	1 N	230 - 230	reserve
44	4 N	231 - 234	reserve
45	26 A	235 - 260	gereserveerd (staats Hervorming)
46	1 A	261 - 261	gereserveerd (staats Hervorming)
47 a	7 A	262 - 268	gereserveerd (staats Hervorming)
47 b	1 N	269 - 269	reserve
48	1 N	270 - 270	gereserveerd (staats Hervorming)
49	12 A	271 - 282	iban financiële rekening b (deel 1)
50 a	3 A	283 - 285	iban financiële rekening b (deel 2)
50 b	1 A	286 - 286	iban financiële rekening b (deel 2bis)
51	6 A	287 - 292	iban financiële rekening b (deel 3)
52	12 A	293 - 304	iban financiële rekening b (deel 4)
53	8 A	305 - 312	gereserveerd (staats Hervorming)
54 a	3 A	313 - 315	gereserveerd (staats Hervorming)
54 b	1 N	316 - 316	reserve
54 c	4 N	317 - 320	reserve
55	8 N	321 - 328	reserve
56	4 N	329 - 332	reserve
57	4 N	333 - 336	reserve
58	4 N	337 - 340	reserve
59	6 N	341 - 346	reserve
98	2 N	347 - 348	reserve
99	2 N	349 - 350	controle cijfer record

(16)

## Bijlage 6.2

zone	lengte	posities	beschrijving zone
1	2 N	1 - 2	recordtype 20
2	6 N	3 - 8	volgnummer record
3	1 N	9 - 9	toestemming derdebetalende
4	7 N	10 - 16	uur van opname
5	8 N	17 - 24	datum van opname
6 a	4 N	25 - 28	datum van ontslag (deel 1)
6 b	4 N	29 - 32	datum van ontslag (deel 2)
7	3 N	33 - 35	nummer ziekenfonds van aansluiting
8 a	12 A	36 - 47	identificatie rechthebbende (deel 1)
8 b	1 A	48 - 48	identificatie rechthebbende (deel 2)
9	1 N	49 - 49	geslacht rechthebbende
10	1 N	50 - 50	type factuur
11	1 N	51 - 51	type facturering
12	1 N	52 - 52	reserve
13	3 N	53 - 55	dienst 721 bis
14	12 N	56 - 67	nummer facturerende instelling
15	12 N	68 - 79	instelling van verblijf
16	1 N	80 - 80	code stuiten verjaringstermijn
17	4 N	81 - 84	reden behandeling
18	3 N	85 - 87	nummer ziekenfonds van bestemming
19	12 N	88 - 99	nummer opname
20	7 N	100 - 106	datum akkoord revalidatiebehandeling (deel 1)
21	1 N	107 - 107	datum akkoord revalidatiebehandeling (deel 2)
22	5 N	108 - 112	uur van ontslag
23	2 N	113 - 114	reserve
24	5 N	115 - 119	nummer individuele factuur (deel 1)
25	7 N	120 - 126	nummer individuele factuur (deel 2)
26	1 N	127 - 127	toepassing sociale franchise
27	10 N	128 - 137	cg 1 + cg 2
28	25 A	138 - 162	referentie instelling
29	2 N	163 - 164	nummer vorige factuur (deel 1)
30	2 N	165 - 166	nummer vorige factuur (deel 2)
31	8 N	167 - 174	nummer vorige factuur (deel 3)
32	1 N	175 - 175	flag identificatie rechthebbende
33	1 N	176 - 176	reserve
34	1 N	177 - 177	nummer vorige zending (deel 1)
35	1 N	178 - 178	nummer vorige zending (deel 2)
36	1 N	179 - 179	nummer vorige zending (deel 3)
37	3 N	180 - 182	nummer ziekenfonds vorige facturering
38	12 A	183 - 194	referentie ziekenfonds financieel rekeningnr. a (deel 1)
39	10 A	195 - 204	referentie ziekenfonds financieel rekeningnr. a (deel 2)
40	2 N	205 - 206	reserve
41	6 N	207 - 212	vorig gefactureerd jaar en maand
42	6 A	213 - 218	referentiegegevens netwerk (deel 1)
43 a	11 A	219 - 229	referentiegegevens netwerk (deel 2)
43 b	1 A	230-230	referentiegegevens netwerk (deel 3)
44	4 A	231 - 234	referentiegegevens netwerk (deel 4)
45	26 A	235 - 260	referentiegegevens netwerk (deel 5)
46	1 N	261 - 261	reserve
47 a	7 N	262 - 268	datum van facturering (deel 1)
47 b	1 N	269 - 269	datum van facturering (deel 2)
48	1 N	270 - 270	reserve
49	12 A	271 - 282	referentie ziekenfonds financieel rekeningnr b (deel 1)
50 a	3 A	283 - 285	referentie ziekenfonds financieel rekeningnr b (deel 2)
50 b	1 A	286 - 286	referentie ziekenfonds financieel rekeningnr b (deel 2 bis)
51	6 A	287 - 292	referentie ziekenfonds financieel rekeningnr b (deel 3)
52	12 N	293-304	opnamenummer van de moeder
53	8 N	305-312	begindatum verzekeraarbaarheid
54a	3N	313-315	einddatum verzekeraarbaarheid (deel 1)
54b	1N	316-316	einddatum verzekeraarbaarheid (deel 2)
54c	4N	317-320	einddatum verzekeraarbaarheid (deel 3)
55	8 N	321-328	datum mededeling informatie
56	4 N	329-332	maf lopend jaar
57	4 N	333-336	maf lopend jaar - 1
58	4 N	337-340	maf lopende jaar - 2
59	6 N	341-346	reserve
98	2 N	347 - 348	reserve
99	2 N	349 - 350	controle cijfer record

## Bijlage 6.3

zone	lengte	posities	beschrijving zone	
1	2 N	1 - 2	Recordtype 21	
2	6 N	3 - 8	Volgnummer record	
3	4 N	9 - 12	Uur van lezing identiteitsdocument	
(20)	4	8 N	13 - 20	Prestatiedatum of opnamedatum waarop lezing betrekking heeft
(1)	5	1 A	21 - 21	Type van lezing identiteitsdocument
(1)	6	1 A	22 - 22	Type van drager identiteitsdocument
7	1 N	23 - 23	Reden gebruik vignet	
8	1 N	24 - 24	Reden manuele invoering of a posteriori lezing	
9	15 A	25 - 39	Serienummer van de drager	
(20)	10	1 N	40 - 40	Aanduiding spoed/daghospitalisatie
(20)	11	8 N	41 - 48	Datum van lezing identiteitsdocument
(20)	12-98	300	49 - 348	Reserve
99	2 N	349 - 350	Controlecijfer record	

## Bijlage 6.4

zone	lengte	posities	beschrijving zone
1	2 N	1 - 2	recordtype 30
2	6 N	3 - 8	volgnummer record
3	1 N	9 - 9	norm verpleegdag
4	7 N	10 - 16	pseudo-code verpleegdag en forfait
5	8 N	17 - 24	datum eerste gefactureerde dag
6 a	4 N	25 - 28	datum laatste gefactureerde dag (deel 1)
6 b	4 N	29 - 32	datum laatste gefactureerde dag (deel 2)
7	3 N	33 - 35	nummer ziekenfonds van aansluiting
8 a	12 A	36 - 47	identificatie rechthebbende (deel 1)
8 b	1 A	48 - 48	identificatie rechthebbende (deel 2)
9	1 N	49 - 49	geslacht rechthebbende
10	1 N	50 - 50	bevalling
11	1 N	51 - 51	verwijzing financieel rekeningnummer
12	1 N	52 - 52	reserve
13	3 N	53 - 55	dienstcode
14	12 N	56 - 67	plaats van verstrekking
15	12 N	68 - 79	identificatie overeenkomst / inrichting van verblijf
16	1 N	80 - 80	reserve
17	4 N	81 - 84	betrekkelijke verstrekking (deel 1)
18	3 N	85 - 87	betrekkelijke verstrekking (deel 2)
19	1 A + 11 N	88 - 99	teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming
20	7 N	100 - 106	reserve
21	1 N	107 - 107	reserve
22	1 A + 4 N	108 - 112	teken + aantal dagen of forfaits
23	2 N	113 - 114	reserve
24	5 N	115 - 119	teken + indicatief bedrag grootte orde verblijfskosten (deel 1)
25	7 N	120 - 126	indicatief bedrag grootte orde verblijfskosten (deel 2)
26	1 N	127 - 127	reserve
27	1 A + 9 N	128 - 137	teken + persoonlijk aandeel patient
28	25 A	138 - 162	referentie instelling
29	2 N	163 - 164	reserve
30	1 A + 1 N	165 - 166	teken + bedrag supplement (deel 1)
31	8 N	167 - 174	bedrag supplement (deel 2)
32	1 N	175 - 175	uitzondering derdebetalersregeling
33	1 N	176 - 176	code facturering persoonlijk aandeel of supplement
34	1 N	177 - 177	reserve
35	1 N	178 - 178	reserve
36	1 N	179 - 179	reserve
37	3 N	180 - 182	reserve
38	12 N	183 - 194	reserve
39	10 N	195 - 204	reserve
40	2 N	205 - 206	reserve
41	6 N	207 - 212	reserve
42	6 N	213 - 218	reserve
43 a	11 N	219 - 229	reserve
43 b	1 N	230-230	reserve
44	4 N	231 - 234	reserve
45	26 N	235 - 260	reserve
46	1 N	261 - 261	reserve
47 a	7 N	262 - 268	datum akkoord verstrekking (deel 1)
47 b	1 N	269 - 269	datum akkoord verstrekking (deel 2)
48	1 N	270 - 270	transplantatie
49	12 N	271 - 282	reserve
50 a	3 N	283 - 285	reserve
50 b	1 N	286 - 286	reserve
51	6N	287-292	ziekenhuissite
52	12N	293-304	identificatie associatie zorggebied
53	8N	305-312	reserve
54a	3N	313-315	reserve
54b	1N	316-316	reserve
54c	4N	317-320	reserve
55	8N	321-328	reserve
56	4N	329-332	reserve
57	4N	333-336	reserve
58	4N	337-340	reserve
59	6N	341-346	reserve
98	2 N	347 - 348	reserve
99	2 N	349 - 350	controle cijfer record



(14)

zone	lengte	posities	beschrijving zone
1	2 N	1 - 2	recordtype 40
2	6 N	3 - 8	volgnummer record
3	1 N	9 - 9	norm verstrekking
4	7 N	10 - 16	pseudo-code categorie geneesmiddel
5	8 N	17 - 24	datum eerste gefactureerde dag
6 a	4 N	25 - 28	datum laatste gefactureerde dag (deel 1)
6 b	4 N	29 - 32	datum laatste gefactureerde dag (deel 2)
7	3 N	33 - 35	nummer ziekenfonds van aansluiting
8 a	12 A	36 - 47	identificatie rechthebbende (deel 1)
8 b	1 A	48 - 48	identificatie rechthebbende (deel 2)
9	1 N	49 - 49	geslacht rechthebbende
10	1 N	50 - 50	bevalling
11	1 N	51 - 51	verwijzing financieel rekeningnummer
12	1 N	52 - 52	aanduiding medicatie in kader van lectuur eID
13	3 N	53 - 55	dienstcode
14	12 N	56 - 67	plaats van verstrekking
15	12 N	68 - 79	identificatie overeenkomst / inrichting van verblijf
16	1 N	80 - 80	gratis geneesmiddelen
17	4 N	81 - 84	betrekkelijke verstrekking (deel 1)
18	3 N	85 - 87	betrekkelijke verstrekking (deel 2)
19	1 A + 11 N	88 - 99	teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming
20	7 N	100 - 106	datum voorschrift (deel 1)
21	1 N	107 - 107	datum voorschrift (deel 2)
22	1 A + 4 N	108 - 112	teken + aantal eenheden
23	2 N	113 - 114	eenheid
24	5 N	115 - 119	identificatie voorschrijver (deel 1)
25	7 N	120 - 126	identificatie voorschrijver (deel 2)
26	1 N	127 - 127	reserve
27	1 A + 9 N	128 - 137	teken + persoonlijk aandeel patient
28	25 A	138 - 162	referentie instelling
29	2 N	163 - 164	reserve
30	1 A + 1 N	165 - 166	teken + bedrag supplement (deel 1)
31	8 N	167 - 174	bedrag supplement (deel 2)
32	1 N	175 - 175	uitzondering derdebetalersregeling
33	1 N	176 - 176	code facturering persoonlijk aandeel of supplement
34	1 N	177 - 177	code uitzondering profylaxie (deel 1)
35	1 N	178 - 178	code uitzondering profylaxie (deel 2)
36	1 N	179 - 179	flag inn
37	3 N	180 - 182	galenische vorm
38	12 N	183 - 194	nummer tarifieringsdienst
39	1 A + 9 N	195 - 204	teken + theoretische persoonlijk aandeel patient
40	2 N	205 - 206	nummer product (deel 1)
41	6 N	207 - 212	nummer product (deel 2)
42	6 A	213 - 218	omschrijving product (deel 1)
43 a	11 A	219 - 229	omschrijving product (deel 2)
43 b	1 A	230-230	omschrijving product (deel 3)
44	4 A	231 - 234	omschrijving product (deel 4)
45	26 A	235 - 260	omschrijving product (deel 5)
46	1 N	261 - 261	reserve
47 a	7 N	262 - 268	datum akkoord verstrekking (deel 1)
47 b	1 N	269 - 269	datum akkoord verstrekking (deel 1)
48	1 N	270 - 270	transplantatie
49	12 N	271 - 282	nummer apotheker titularis
50 a	3 N	283 - 285	geboortejaar (deel 1)
50 b	1 N	286 - 286	geboortejaar (deel 2)
51	6N	287-292	ziekenhuissite
52	12N	293-304	identificatie associatie zorggebied
53	8N	305-312	reserve
54 a	3N	313-315	reserve
54 b	1N	316-316	reserve
54 c	4N	317-320	reserve
55	8N	321-328	reserve
56	4N	329-332	reserve
57	4N	333-336	reserve
58	4N	337-340	reserve
59	6N	341-346	reserve
98	2 N	347 - 348	flag BTW
99	2 N	349 - 350	controle cijfer record

zone	lengte	posities	beschrijving zone
1	2 N	1 - 2	recordtype 50
2	6 N	3 - 8	volgnummer record
3	1 N	9 - 9	norm verstrekking (percentage)
4	7 N	10 - 16	nomenclatuurcode of pseudo-nomenclatuurcode
5	8 N	17 - 24	datum eerste verrichte verstrekking
6 a	4 N	25 - 28	datum laatste verrichte verstrekking (deel 1)
6 b	4 N	29 - 32	datum laatste verrichte verstrekking (deel 2)
7	3 N	33 - 35	nummer ziekenfonds van aansluiting
8 a	12 A	36 - 47	identificatie rechthebbende (deel 1)
8 b	1 A	48 - 48	identificatie rechthebbende (deel 2)
9	1 N	49 - 49	geslacht rechthebbende
10	1 N	50 - 50	bevalling
11	1 N	51 - 51	verwijzing financieel rekeningnummer
12	1 N	52 - 52	nacht, weekeinde, feestdag
13	3 N	53 - 55	dienstcode
14	12 N	56 - 67	plaats van verstrekking
15	12 N	68 - 79	identificatie verstrekker
16	1 N	80 - 80	norm verstrekker
17	4 N	81 - 84	betrekkelijke verstrekking (deel 1)
18	3 N	85 - 87	betrekkelijke verstrekking (deel 2)
19	1 A + 11 N	88 - 99	teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming
20	7 N	100 - 106	datum voorschrift (deel 1)
21	1 N	107 - 107	datum voorschrift (deel 2)
22	1 A + 4 N	108 - 112	teken + aantal eenheden
23	2 N	113 - 114	afwijking maximaal aantal of identieke prestatie
24	5 N	115 - 119	identificatie voorschrijver (deel 1)
25	7 N	120 - 126	identificatie voorschrijver (deel 2)
26	1 N	127 - 127	norm voorschrijver
27	1 A + 9 N	128 - 137	teken + persoonlijk aandeel patient
28	25 A	138 - 162	referentie instelling
29	2 N	163 - 164	behandelde tand
30	1 A + 1 N	165 - 166	teken + bedrag supplement (deel 1)
31	8 N	167 - 174	bedrag supplement (deel 2)
(19) 32	1 A	175 - 175	rechtvaardiging
33	1 N	176 - 176	code facturering persoonlijk aandeel of supplement
34	1 N	177 - 177	behandeld lid
35	1 N	178 - 178	geconventioneerde verstrekker
36	1 N	179 - 179	uur van prestatie (deel 1)
37	3 N	180 - 182	uur van prestatie (deel 2)
38	12 N	183 - 194	identificatie toedienaar bloed
39	10 N	195 - 204	nummer attest van toediening (deel 1)
40	2 N	205 - 206	nummer attest van toediening (deel 2)
41	6 A	207 - 212	nummer afleveringsbon of zak (deel 1)
42	6 A	213 - 218	nummer afleveringsbon of zak (deel 2)
43 a	11 N	219 - 229	code implant (deel 1)
43 b	1 N	230-230	code implant (deel 2)
44	4 A	231 - 234	omschrijving product (deel 1)
45	26 A	235 - 260	omschrijving product (deel 2)
46	1 N	261 - 261	norm plafond
47 a	1 A + 6 N	262 - 268	basiswaarde verstrekking (deel 1)
47 b	1 N	269 - 269	basiswaarde verstrekking (deel 2)
48	1 N	270 - 270	transplantatie
49	12 N	271 - 282	identificatie bijkomende verstrekker
(14) 50 a	3 N	283 - 285	aandeel in forfait
50 b	1 N	286 - 286	aanduiding prestatie in kader van lectuur eID
51	6N	287-292	ziekenhuissite
52	12N	293-304	identificatie associatie zorggebied
53	8A	305-312	ritnummer (deel 1)
54 a	3A	313-315	ritnummer (deel 2)
54 b	1N	316-316	flag GPS
54 c	4N	317-320	reserve
55	8N	321-328	notificatiecode implantaat (deel 1)
56	4N	329-332	notificatiecode implantaat (deel 2)
57	4N	333-336	registratiecode (deel 1)
58	4N	337-340	registratiecode (deel 2)
59	6N	341-346	registratiecode (deel 3)
98	2 N	347 - 348	flag BTW
99	2 N	349 - 350	controle cijfer record

Zone	Lengte	Posities	Beschrijving zone
1	2N	1-2	Recordtype 51
2	6N	3-8	Volgnummer record
3	1N	9-9	Reserve
4	7N	10-16	(Pseudo-)nomenclatuurcode
5	8N	17-24	Datum verstrekking
6a	4N	25-28	Reserve
6b	4N	29-32	Reserve
7	3N	33-35	Reserve
8a	12A	36-47	Identificatie rechthebbende
8b	1A	48-48	
9	1N	49-49	Reserve
10	1N	50-50	Reserve
11	1N	51-51	Reserve
12	1N	52-52	Reserve
13	3N	53-55	Reserve
14	12N	56-67	Reserve
15	12N	68-79	Identificatie verstrekker
16	1N	80-80	Reserve
17	4N	81-84	Betrekkelijke verstrekking
18	3N	85-87	
19	1A + 11N	88-99	Teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming
20	7N	100-106	Reserve
21	1N	107-107	Reserve
22	5N	108-112	Reserve
23	2N	113-114	Reserve
24	5N	115-119	Reserve
25	7N	120-126	Reserve
26	1N	127-127	Reserve
27	10N	128-137	Code Gerechtigde 1 + 2
28	25N	138-162	Reserve
29	2N	163-164	Reserve
30	2N	165-166	Reserve
31	8N	167-174	Reserve
32	1N	175-175	Reserve
33	1N	176-176	Reserve
34	1N	177-177	Reserve
35	1N	178-178	Reserve
36	1N	179-179	Reserve
37	3N	180-182	Reserve
38	12N	183-194	Reserve
39	10N	195-204	Reserve
40	2N	205-206	Reserve
41	6N	207-212	Reserve
42	6N	213-218	Nummer akkoord tariefverbintenis
43 a	11N	219-229	
43 b	1N	230-230	
44	4N	231-234	
45	26N	235-260	
46	1N	261-261	Reserve
47 a	7N	262-268	Reserve
47 b	1N	269-269	Reserve
48	1N	270-270	Reserve
49	12N	271-282	Reserve
50 a	3N	283-285	Reserve
50 b	1N	286-286	Reserve
51	6N	287-292	Reserve
52	12N	293-304	Reserve
53	8N	305-312	Reserve
54 a	3N	313-315	Reserve
54 b	1N	316-316	Reserve
54 c	4N	317-320	Reserve
55	8N	321-328	Datum mededeling informatie
56	4N	329-332	Reserve
57	4N	333-336	Reserve
58	4N	337-340	Reserve
59	6N	341-346	Reserve
98	2N	347-348	Reserve
99	2N	349-350	Controlecijfer record

## Bijlage 6.8

zone	lengte	posities	beschrijving zone
1	2 N	1 - 2	Recordtype 52
2	6 N	3 - 8	Volgnummer record
3	1 N	9 - 9	Reden manuele invoering
4	7 N	10 - 16	Nomenclatuurcode
5	8 N	17 - 24	Datum verstrekking
6 a	4 N	25 - 28	Datum van lezing identiteitsdocument
6 b	4 N	29 - 32	
7	3 N	33 - 35	Reserve
8 a	12 A	36 - 47	INSZ, behalve ingeval van internationale verdragen of pasgeborenen
8 b	1 A	48 - 48	
9	1 A	49 - 49	Type van lezing identiteitsdocument
10	1 A	50 - 50	Type van drager identiteitsdocument
11	1 N	51 - 51	Reden gebruik vignet
12	1 N	52 - 52	Uur van lezing identiteitsdocument
13	3 N	53 - 55	
14	12 N	56 - 67	Reserve
15	12 N	68 - 79	RIZIV-nummer
16	15 A	80 - 94	Serienummer van de drager
17	25 N	95 - 119	Nummer bewijsstuk
18	12 N	120 - 131	Uniek nummer toestel medische beeldvorming
19	20 A	132 - 151	Nummer akkoord
19-98	217 N	152 - 348	Reserve
99	2 N	349 - 350	Controlecijfer record

(3)

## Bijlage 6.9

zone	lengte	posities	beschrijving zone
1	2 N	1 - 2	recordtype 80
2	6 N	3 - 8	volgnummer record
3	1 N	9 - 9	reserve
4	7 N	10 - 16	uur van opname
5	8 N	17 - 24	datum van opname
6 a	4 N	25 - 28	datum van ontslag (deel 1)
6 b	4 N	29 - 32	datum van ontslag (deel 2)
7	3 N	33 - 35	nummer ziekenfonds van aansluiting
8 a	12 A	36 - 47	identificatie rechthebbende (deel 1)
8 b	1 A	48 - 48	identificatie rechthebbende (deel 2)
9	1 N	49 - 49	geslacht rechthebbende
10	1 N	50 - 50	type factuur
11	1 N	51 - 51	reserve
12	1 N	52 - 52	reserve
13	3 N	53 - 55	dienst 721 bis
14	12 N	56 - 67	nummer facturerende instelling
15	1 A + 11 N	68 - 79	teken + bedrag financieel rekeningnummer b
16	1 N	80 - 80	reserve
17	4 N	81 - 84	reden behandeling
18	3 N	85 - 87	nummer ziekenfonds van bestemming
19	1 A + 11 N	88 - 99	teken + bedrag financieel rekeningnummer a
20	7 N	100 - 106	factuurdatum (deel 1)
21	1 N	107 - 107	factuurdatum (deel 2)
22	5 N	108 - 112	uur van ontslag
23	2 N	113 - 114	reserve
24	5 N	115 - 119	nummer individuele factuur (deel 1)
25	7 N	120 - 126	nummer individuele factuur (deel 2)
26	1 N	127 - 127	reserve
27	1 A + 9 N	128 - 137	teken + persoonlijk aandeel patient
28	25 A	138 - 162	referentie instelling
29	2 N	163 - 164	reserve
30	1 A + 1 N	165 - 166	teken + bedrag supplement (deel 1)
31	8 N	167 - 174	bedrag supplement (deel 2)
32	1 N	175 - 175	flag identificatie rechthebbende
33	1 N	176 - 176	reserve
34	1 N	177 - 177	reserve
35	1 N	178 - 178	reserve
36	1 N	179 - 179	reserve
37	3 N	180 - 182	reserve
38	1 A + 11 N	183 - 194	teken + voorschot financieel rekeningnummer a
39	10 N	195 - 204	reserve
40	2 N	205 - 206	reserve
41	6 N	207 - 212	reserve
42	6 N	213 - 218	reserve
43 a	11 N	219 - 229	reserve
43 b	1 N	230-230	reserve
44	4 N	231 - 234	reserve
45	26 N	235 - 260	reserve
46	1 N	261 - 261	reserve
47 a	7 N	262 - 268	reserve
47 a	1 N	269 - 269	reserve
48	1 N	270 - 270	reserve
49	12 N	271 - 282	reserve
50 a	3 N	283 - 285	reserve
50 b	1 N	286 - 286	reserve
51	6N	287-292	reserve
52	12N	293-304	reserve
53	8N	305-312	reserve
54 a	3N	313-315	reserve
54 b	1N	316-316	reserve
54 c	4N	317-320	reserve
55	1 A + 7 N	321-328	gereserveerd (staats Hervorming)
56	4N	329-332	gereserveerd (staats Hervorming)
57	4N	333-336	reserve
58	4N	337-340	reserve
59	6N	341-346	reserve
98	2 N	347 - 348	controle cijfer factuur
99	2 N	349 - 350	controle cijfer record

zone	lengte	posities	beschrijving zone
1	2 N	1 - 2	recordtype 90
2	6 N	3 - 8	volgnummer record
3	1 N	9 - 9	reserve
4	7 N	10 - 16	reserve
5	8 N	17 - 24	financieel rekeningnummer a (deel 1)
6 a	4 N	25 - 28	financieel rekeningnummer a (deel 2)
6 b	4 N	29 - 32	reserve
7	3 N	33 - 35	zendingsnummer
8 a	12 N	36 - 47	financieel rekeningnummer b
8 b	1 N	48 - 48	reserve
9	1 N	49 - 49	reserve
10	1 N	50 - 50	reserve
11	1 N	51 - 51	reserve
12	1 N	52 - 52	reserve
13	3 N	53 - 55	reserve
14	12 N	56 - 67	nummer derdebetalende
15	1 A + 11 N	68 - 79	teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer b
16	1 N	80 - 80	reserve
17	4 N	81 - 84	reserve
18	3 N	85 - 87	reserve
19	1 A + 11 N	88 - 99	teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer a
20	7 N	100 - 106	reserve
21	1 N	107 - 107	reserve
22	5 N	108 - 112	gefactureerd jaar
23	2 N	113 - 114	gefactureerde maand
24	5 N	115 - 119	reserve
25	7 N	120 - 126	reserve
26	1 N	127 - 127	reserve
27	10 N	128 - 137	KBO-nummer
28	25 A	138 - 162	referentie instelling
29	2 N	163 - 164	reserve
30	2 N	165 - 166	reserve
31	8 A	167 - 174	bic financiële rekening a (deel 1)
32	1 A	175 - 175	bic financiële rekening a (deel 2)
33	1 A	176 - 176	bic financiële rekening a (deel 3)
34	1 A	177 - 177	bic financiële rekening a (deel 4)
35	1 N	178 - 178	reserve
36	1 A	179 - 179	iban financiële rekening a (deel 1)
37	3 A	180 - 182	iban financiële rekening a (deel 2)
38	12 A	183 - 194	iban financiële rekening a (deel 3)
39	10 A	195 - 204	iban financiële rekening a (deel 4)
40	2 A	205 - 206	iban financiële rekening a (deel 5)
41	6 A	207 - 212	iban financiële rekening a (deel 6)
42	6 N	213 - 218	reserve
43 a	11 A	219 - 229	bic financiële rekening b
43 b	1 N	230-230	reserve
44	4 N	231 - 234	reserve
45	26 A	235 - 260	gereserveerd (staats Hervorming)
46	1 A	261 - 261	gereserveerd (staats Hervorming)
47a	7 A	262 - 268	gereserveerd (staats Hervorming)
47b	1 N	269 - 269	reserve
48	1 N	270 - 270	reserve
49	12 A	271 - 282	iban financiële rekening b (deel 1)
50 a	3 A	283 - 285	iban financiële rekening b (deel 2)
50 b	1 A	286 - 286	iban financiële rekening b (deel 2 bis)
51	6 A	287-292	iban financiële rekening b (deel 3)
52	12 A	293-304	iban financiële rekening b (deel 4)
53	8 A	305-312	gereserveerd (staats Hervorming)
54a	3 A	313-315	gereserveerd (staats Hervorming)
54b	1N	316-316	reserve
54c	4N	317-320	reserve
55	1 A + 7 N	321-328	gereserveerd (staats Hervorming)
56	4N	329-332	gereserveerd (staats Hervorming)
57	4N	333-336	reserve
58	4N	337-340	reserve
59	6N	341-346	reserve
98	2 N	347 - 348	controle cijfer zending
99	2 N	349 - 350	controle cijfer record

**BESCHRIJVING VAN DE ZONES****Algemene punten.****1. Datum.**

De datum wordt numeriek gecodeerd in 8 posities, als volgt :

JJJJ MM DD

JJJJ : het nummer van het jaar

MM : het nummer van de maand in het jaar

DD : het nummer van de dag in de maand

**2. Beschrijving van de zones.****a. Algemeen.**

Wanneer een waarde die in een numerieke zone moet gebracht worden kleiner is dan die zone, dan wordt ze geplaatst vanaf de rechterzijde van die zone en de niet gebruikte posities worden opgevuld met nullen.

Indien een alfanumerieke zone niet volledig wordt gebruikt, moet de inhoud uiterst links staan en de niet gebruikte posities ingevuld worden met blanco's.

De niet-gedefinieerde numerieke zones moeten opgevuld worden met nullen en de niet-gedefinieerde alfanumerieke zones moeten opgevuld worden met blanco's.

Van dit algemeen principe wordt afgeweken in de situaties vermeld onder punten b., c., d. en e. hieronder.

(☞3) Alle zones worden numeriek beschouwd behoudens de zone 8a en 8b van de recordtypes 20 tot en met 80, zone 28 van recordtypes 10, 20, 30, 40, 50, 80 en 90, zone 42 tot en met 45 van recordtypes 20, 40 en 51, zone 38-39 en zone 49-51 van recordtype 20, zone 32, 41-42, 44-45 en 53-54a van recordtype 50 en zones 31-32-33-34, 36-37-38-39-40-41, 43a, 49-50-51-52 van de recordtypes 10 en 90, zones 9, 10 16 en 19 van recordtype 52 en zones 5, 6 en 9 van recordtype 21.

In de alfanumerieke zones zijn in principe alle tekens toegestaan; toch wordt verzocht het gebruik van "(", "%" en andere zeldzame tekens zoveel mogelijk te beperken.

**b. Bedragzones.**

Wij willen uw aandacht vestigen op het feit dat de zones "supplement" en "persoonlijk aandeel" correct moeten worden ingevuld, zie ook bijlage 9.

R 30 Z 19, Z 27, Z 30-31

R 40 Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 39

R 50 Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 47

R 51 Z 19

R 80 Z 15, Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 38

R 90 Z 15, Z 19

In al de bedragzones is de eerste positie links alfanumeriek en gereserveerd voor het algebraïsch teken + of -.

De 2 eerste posities rechts worden gelezen als decimale getallen.

Het bedrag mag derhalve geen tekenaanduiding meer bevatten in de laatste positie.

**c. Zones met aantallen of hoeveelheden.**

R 30 Z 22  
R 40 Z 22  
R 50 Z 22

In al deze zones is de eerste positie links alfanumeriek en gereserveerd voor het algebraïsch teken + of -.

De aantallen en hoeveelheden mogen derhalve geen tekenaanduiding meer bevatten in de laatste positie.

Binnen éénzelfde record moeten de tekens gelijk zijn in alle zones (hetzij overal +, of overal -); behalve indien het gaat om een recordtype 30 met persoonlijke aandelen of een recordtype 50 met persoonlijk aandeel ncpap (765951) of indien het gaat om een record met een tegemoetkoming voor incontinentiemateriaal in ROB-RVT (pseudo-code 763593) of een record met een bedrag “betaalbaarheid PVT” (pseudo-code 763770, 763792, 763814, 763836, 763851, 763873, 763895 of 763910) of indien het gaat om een recordtype 50 met prestatie 0700000 (forfaitair persoonlijk aandeel inzake speciale medisch-technische prestaties).

Indien een bedrag of een aantal gelijk is aan nul, dan kan het algebraïsch teken verschillend zijn van de andere zones uit de records die een teken dragen.

**d. Zones met een reservepositie.**

De zones die gebruikt worden voor de vermelding van een verstrekking of een product (Z 4, Z 17-18 en Z 40-41), een dienstcode (Z 13), een identificatienummer van instelling of zorgverstrekker (Z 14, Z 15, Z 24-25 en Z 38), werden allen uitgebreid met 1 reservepositie, om aldus ruimte te laten voor een hercodering in de toekomst.

De reservepositie moet worden opgevuld met een nul en bevindt zich in de eerste positie links voor de zones 4, 14, 15, 17-18, 24-25, 38 en 40-41; ze bevindt zich in de eerste positie rechts voor de zone 13.

Er wordt voorlopig nog geen enkele hercodering voorzien.

**e. Zone met referentiegegevens netwerk**

In deze zone die alfanumeriek gedefinieerd is worden, in afwijking van de algemene principes (zie punt a), de niet gebruikte posities (3 in totaal) rechts gealigneerd en opgevuld met nullen.

Indien deze zone niet wordt ingevuld dan moet ze volledig gelijk zijn aan nul.

**f. Zone met het ritnummer (R 50 Z 53-54a).**

Indien deze zone, die alfanumeriek gedefinieerd is, niet wordt ingevuld, dan moet ze opgevuld worden met nullen. Dit vormt een uitzondering op de algemene principes (zie punt a).

(☞3) **g. Zone met nummer akkoord (R 52 Z 19).**

Indien deze zone, die alfanumeriek gedefinieerd is, niet wordt ingevuld, dan moet ze opgevuld worden met nullen. Dit vormt een uitzondering op de algemene principes (zie punt a).





## Bijlage 8.2

FACTURATIE DOOR ZIEKENHUIZEN	R 10 Z 14	R 20 Z 10	R 20 Z 14	R 20 Z 15	R 30 Z 13	R 30 Z 14	R 30 Z 15	R 40 Z 13	R 40 Z 14	R 40 Z 15	R 40 Z 38	R 50 Z 13	R 50 Z 14	R 80 Z 14	R 90 Z 14
1 * thuisverpleging	ZH	3	ZH	0	-	-	-	-	-	-	-	990	0	ZH	ZH
2 * verblijven in RVT, ROB, PVT of BW (forfait + geneesmiddelen + verstrekingen, andere dan in punt 7) afgeleverd door ZH off. moeten gefactureerd via ZH alleen mogelijk indien INR zelfde beheer heeft als ZH	ZH	4	ZH	RVT	990	ZH	RVT	990 of 0	ZH	RVT	erk. TD	990	RVT	ZH	ZH
	ZH	4	ZH	ROB	990	ZH	ROB	990 of 0	ZH	ROB	erk. TD	990	ROB	ZH	ZH
	ZH	4	ZH	PVT	990	ZH	PVT	990 of 0	ZH	PVT	erk. TD	990	PVT	ZH	ZH
	ZH	4	ZH	BW	990	ZH	BW	990 of 0	ZH	BW	erk. TD	990	BW	ZH	ZH
3 * revalidatie verstrekingen (zonder overeen.) in R 50 Z 4, punt 5. - ambulantly - gehospitaliseerd	ZH	3	ZH	0	-	-	-	-	-	-	-	990	ZH	ZH	ZH
	ZH	1	ZH	ZH	-	-	-	-	-	-	-	dienst in ZH <b>niet 770!</b>	ZH	ZH	ZH
		<b>niet 5 of 6!</b>													
4 * Revalidatieforfait (vastgesteld bij overeenkomst) + eventueel geneesmiddelen (3) of verstrekingen die niet worden vergoed via forfait, maar die toch in het kader van de revalidatiebehandeling worden verleend  A. Typeovereenkomsten (= modelcontract dat afgesloten wordt met 1 of meerdere ziekenhuizen) (1) revalidatiebehandeling gebeurt hetzij extern (ambulantly in het ZH of eventueel thuis) hetzij intern (gehospitaliseerd in een bepaalde ZH dienst)  B. Specifieke overeenkomsten a) Revacentrum is deel ZH * RIZIV - overeenkomsten Extern reva Intern reva * ex - RSRMV - overeenkomsten (2) Extern reva Intern reva  b) Revacentrum is onafhankelijk van ZH dwz. ZH kan alleen verstrekingen en geneesmiddelen factureren aan amb patienten die, hetzij extern, hetzij intern, revalidatie volgen in onafhankelijk centrum, ingeval van hospitalisatie wordt revalidatie immers opgeschort extern reva & amb ZH (= amb nomenclatuur) intern reva & amb ZH (= gehosp nomenclatuur) ZH kan labo factureren in het kader van revalidatieovereenkomsten extern intern meestal gaat het echter om behandelingen buiten het kader van de revalidatieovereenkomst	ZH	6	ZH	nr overeenk	770	ZH	nr overeenk	-	-	-	-	-	-	ZH	ZH
	ZH	5	ZH	nr overeenk	770	ZH	nr overeenk	-	-	-	-	-	-	ZH	ZH
	ZH	6	ZH	nr overeenk	770	ZH	nr overeenk	770 of 0	ZH	nr overeenk	erk. TD	770	nr overeenk	ZH	ZH
	ZH	5	ZH	nr overeenk	770	ZH	nr overeenk	770 of 0	ZH	nr overeenk	erk. TD	770	nr overeenk	ZH	ZH
	ZH	6	ZH	nr overeenk	770	ZH	nr overeenk	-	-	-	-	770	nr overeenk	ZH	ZH
	ZH	5	ZH	nr overeenk	770	ZH	nr overeenk	-	-	-	-	770	nr overeenk	ZH	ZH
	ZH	6	ZH	nr overeenk	-	-	-	770 of 0	ZH	nr overeenk	erk. TD	770	nr overeenk	ZH	ZH
	ZH	5	ZH	nr overeenk	-	-	-	770 of 0	ZH	nr overeenk	erk. TD	770	nr overeenk	ZH	ZH
	ZH	6	ZH	nr overeenk	-	-	-	-	-	-	-	770	labo	ZH	ZH
	ZH	5	ZH	nr overeenk	-	-	-	-	-	-	-	770	labo	ZH	ZH

- Het gaat hier steeds om een externe revalidatie factuur (type 6) met ambulante pseudonomenclatuurcode, dit omdat een eventuele ziekenhuisopname los staat van de revalidatie en er dus geen verband kan gelegd tussen de periode in ziekenhuisopname en de periode waarop het revalidatieforfait betrekking heeft. De enige uitzondering hierop is het forfait voor implanteerbare hartdefibrilatoren omdat hieraan steeds een ziekenhuisopname gekoppeld is. Dit forfait dient derhalve via een interne revalidatiefactuur te worden gefactureerd met gehospitaliseerde code.
- Ingeval van ex-RSRMV - overeenkomsten kunnen onder het factuurtype 5 of 6 in R 50 alleen kinesiotherapieverstrekingen uit art 7 § 1 F van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekingen worden gefactureerd (nomenclatuurcode 0513XXX).
- Geneesmiddelen kunnen alleen gefactureerd worden voorzover ze worden afgeleverd door erkende tarifieringsdienst van ZH en niet worden vergoed door het revalidatieforfait.

### Bijlage 8.3

<b>FACTURATIE DOOR REVA CENTRUM (1)</b>	R 10 Z 14	R 20 Z 10	R 20 Z 14	R 20 Z 15	R 30 Z 13	R 30 Z 14	R 30 Z 15	R 40 Z 13	R 40 Z 14	R 40 Z 15	R 40 Z 38	R 50 Z 13	R 50 Z 14	R 80 Z 14	R 90 Z 14
* revalidatie forfait + eventueel verstrekkingen die niet worden vergoed via forfait maar die toch in het kader van de revalidatiebehandeling worden verleend.															
- Typeovereenkomsten															
Extern (= ambulante code)	nr overeenk	6	nr overeenk	nr overeenk	770	nr overeenk	nr overeenk	-	-	-	-	-	-	nr overeenk	nr overeenk
Intern (= gehosp. code)	nr overeenk	5	nr overeenk	nr overeenk	770	nr overeenk	nr overeenk	-	-	-	-	-	-	nr overeenk	nr overeenk
- Specifieke overeenkomsten (ex RSRMV inbegrepen)															
Revacentrum is deel ZH															
Extern (= ambulante code)	nr overeenk	6	nr overeenk	nr overeenk	770	nr overeenk	nr overeenk	-	-	-	-	770	nr overeenk	nr overeenk	nr overeenk
Intern (= gehospitaliseerde code)	nr overeenk	5	nr overeenk	nr overeenk	770	nr overeenk	nr overeenk	-	-	-	-	770	nr overeenk	nr overeenk	nr overeenk
Revacentrum is onafhankelijk van ZH															
Extern (= ambulante code)	nr overeenk	6	nr overeenk	nr overeenk	770	nr overeenk	nr overeenk	-	-	-	-	770	plaats verst(2)	nr overeenk	nr overeenk
Intern (= gehospitaliseerde code)	nr overeenk	5	nr overeenk	nr overeenk	770	nr overeenk	nr overeenk	-	-	-	-	770	plaats verst(2)	nr overeenk	nr overeenk

(1) Ingeval revalidatie forfaits die gekoppeld zijn aan verschillende revalidatie overeenkomsten worden gefactureerd via het nummer van een welbepaalde revalidatie overeenkomst dan komt in zone 14 van R 10 en R 20 het nummer van de overeenkomst waaronder gefactureerd wordt en in zone 15 van R 20 en R 30 evenals in zone 14 van R 30 het nummer van de overeenkomst dat gekoppeld is aan het gefactureerde forfait.

(2) Bepaalde centra zijn ertoe verplicht (via hun overeenkomst) om alle verstrekkingen die worden verricht voor patiënten van het centrum (dus ook diegene die buiten het kader van de revalidatie overeenkomst vallen) te factureren via de revalidatiefactuur. In desbetreffend geval moet in deze zone de effectieve plaats van verstrekking worden vermeld. Hierbij moet de volgende hiërarchie worden gerespecteerd :

- 1) laboratorium, dienst voor medische beeldvorming, weefselbank of nierdialysecentrum
- 2) nr verplegingsinrichting
- 3) nr revalidatieovereenkomst

## Bijlage 8.4

<b>FACTURATIE DOOR RVT, ROB, PVT, BW</b>		R 10 Z 14	R 20 Z 10	R 20 Z 14	R 20 Z 15	R 30 Z 13	R 30 Z 14	R 30 Z 15	R 40 Z 13	R 40 Z 14	R 40 Z 15	R 40 Z 38	R 50 Z 13	R 50 Z 14	R 80 Z 14	R 90 Z 14
1.	* RVT forfait of verstrekkingen die tijdens verblijf worden aangerekend (met uitz. van verstrekkingen uit punt 2)	RVT	4	RVT	RVT	990	RVT	RVT	-	-	-	-	990	RVT	RVT	RVT
	* ROB forfait + eventueel verstrekkingen die tijdens verblijf worden aangerekend (met uitz. van verstrekkingen uit punt 2)	ROB	4	ROB	ROB	990	ROB	ROB	-	-	-	-	990	ROB	ROB	ROB
	* PVT forfait + eventueel geneesmiddelen of verstrekkingen die tijdens verblijf worden aangerekend (met uitz. van verstrekkingen uit punt 2)	PVT	4	PVT	PVT	990	PVT	PVT	990	PVT	PVT	erk. TD	990	PVT	PVT	PVT
	* BW forfait + eventueel verstrekkingen die tijdens verblijf worden aangerekend (met uitz. van verstrekkingen uit punt 2)	BW	4	BW	BW	990	BW	BW	-	-	-	-	990	BW	BW	BW
2.	Speciale verstrekkingen verricht voor patiënten uit RVT, ROB, PVT of BW															
	- klinische biologie															
	- waarvoor labo erk vereist is	INR	4	INR	INR	-	-	-	-	-	-	-	990	labo	INR	INR
	- waarvoor geen labo erk vereist is	INR	4	INR	INR	-	-	-	-	-	-	-	990	labo of INR	INR	INR
	- medische beeldvorming	INR	4	INR	INR	-	-	-	-	-	-	-	990	meed. beeld.	INR	INR
	- weefsels	INR	4	INR	INR	-	-	-	-	-	-	-	990	weefselbank	INR	INR

\* met INR wordt de respectievelijke inrichting van verblijf bedoeld (RVT, ROB, PVT, BW).

# 1. Gebruik van zone "persoonlijk aandeel" en zone "supplement"

Bijlage 9.1

Opgelet: deze bijlage houdt geen rekening met 100% facturatie (zie waarde 2 en 3 met bijhorende voorbeelden in R 30, 50 Z 33)

## 1.1 Verblifskosten.

### 1.1.1. Ziekenhuisverpleging met uitzondering van chirurgisch dagziekenhuis

	Record bedrag per opname (indien van toepassing)	Record bedrag per dag	Record persoonlijk aandeel		Record supplement	Forfait € 0,62 / € 0,70
R 30 Z 4	code opnameforfait	code dagforfait	code P.A.	code P.A.	code 1 of 2 persoonskamer	0750002
R 30 Z 19	opnameforfait	dagforfait	- P.A.	- P.A.	0	0
R 30 Z 27	0	0	+ P.A.	+ deel P.A. of 0	0	0,62 / 0,70
R 30 Z 30-31	0	0	0	0	aangerekend bedrag (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)	0
R 30 Z 33	0	0	0	1	0 of 1	0
R 30 Z 24-25	0	prijs aan 100%	0	0	0	0

### 1.1.2. Chirurgisch dagziekenhuis en forfaitaire verpleegdagen

	Record bedrag per opname (indien van toepassing)	Record bedrag per dag of forfaitaire dag	Record supplement	Kleine risico's zelfstandigen zonder vrije verzekering (prestaties vóór 1/1/2008)
R 30 Z 4	code opnameforfait	code dagforfait	code 1 of 2 persoonskamer	code forfait
R 30 Z 19	opnameforfait	dagforfait	0	0
R 30 Z 27	0	0	0	0
R 30 Z 30-31	0	0	aangerekend bedrag (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)	aangerekend bedrag (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)
R 30 Z 33	0	0	0 of 1	0 of 1
R 30 Z 24-25	0	prijs aan 100%	0	0

1.2 Kosten voor farmaceutische verstrekkingen

1.2.1. Hospitalisatie.

	Vergoedbare afleveringen binnen forfaitarisering	Vergoedbare afleveringen buiten forfaitarisering	Vergoedbare afleveringen buiten forfaitarisering	Niet vergoedbare specialiteiten		Niet vergoedbare andere afleveringen
				Algemeen Zh	Psychiatrisch Zh	
R 40 Z 4	Cat. SA, SA <sub>g</sub> , SA <sub>r</sub> , SB, SB <sub>g</sub> , SB <sub>r</sub> , SC, SC <sub>g</sub> , SC <sub>r</sub> , SC <sub>s</sub> , SC <sub>s</sub> <sub>g</sub> , SC <sub>s</sub> <sub>r</sub> , SC <sub>x</sub> , SC <sub>x</sub> <sub>g</sub> , SC <sub>x</sub> <sub>r</sub> , SFa, SFb	Cat. SA, SA <sub>g</sub> , SA <sub>r</sub> , SFa DA, MA	Cat. SB, SB <sub>g</sub> , SB <sub>r</sub> , SC, SC <sub>g</sub> , SC <sub>r</sub> , SC <sub>s</sub> , SC <sub>s</sub> <sub>g</sub> , SC <sub>s</sub> <sub>r</sub> , SC <sub>x</sub> , SC <sub>x</sub> <sub>g</sub> , SC <sub>x</sub> <sub>r</sub> , SFb DB, DC, DC <sub>s</sub> , DC <sub>x</sub> , MB, MC, MC <sub>s</sub> , MC <sub>x</sub>	0750820	0750820	0960385 0960400
(20) R 40 Z 19	25 % van de vergoedingsbasis (*) voor opnames gestart vóór 1/7/2024  0€ voor opnames gestart vanaf 1/7/2024	Vergoedingsbasis (*)	vergoedingsbasis – theoretisch P.A. (*)	0	0	0
R 40 Z 27	0	0	0	0	0	0
R40 Z30-31	0	0	0	aangerekend bedrag (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)	0	aangerekend bedrag (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)
R 40 Z 33	0	0	0	0 of 1	0	0 of 1
R 40 Z 39	0	0	theoretisch P.A.	0	theoretisch P.A.	0
R 40 Z 47	0	indien bestaat	indien bestaat	0	0	0

(\*) Ingeval van contrastmiddelen (ATC-klasse V08) en andere geneesmiddelen aan 85% wordt de tegemoetkoming verminderd met 15%.

1.2.2. Chirurgisch dagziekenhuis, forfaitaire verpleegdag en ambulante verzorging.

R 40 Z 4	Cat. SA, SA <sub>g</sub> , SA <sub>r</sub> , DA, MA + magistrale ber. cat. 2	Cat. SFa	Cat. SB, SB <sub>g</sub> , SB <sub>r</sub> , SC, SC <sub>g</sub> , SC <sub>r</sub> , SCs, SCs <sub>g</sub> , SCs <sub>r</sub> , SCx, SCx <sub>g</sub> , SCx <sub>r</sub> , DB, DC, DCs, DCx, MB, MC, MCs, MCx + magistrale ber. cat. 1 en 4 + zuurstof: 0751030, 0751052	Cat. SFb	Vergoedbare contraceptiva jongeren (KB 16/9/2013): 0753631 en 0757956	Niet-vergoedbare contraceptiva jongeren (KB 16/9/2013): 0753653 en 0757971	Niet vergoedbare -specialiteiten : 0751015 -mag. bereidingen: 0750116 -actieve verbandm...: 0757271 - andere : 0960374, 0960396
R 40 Z 19	bedrag V.I. = vergoedingsbasis (**)	bedrag V.I. = vergoedingsbasis (**)	bedrag V.I. = vergoedingsbasis – P.A. (**)	bedrag V.I. = vergoedingsbasis – P.A. (**)	bedrag V.I. = vergoedingsbasis – P.A. + specifieke tegemoetkoming	bedrag V.I. = specifieke tegemoetkoming	0
R 40 Z 27	prijs – vergoedingsbasis * of aangerekend deel (1)	0	(prijs – vergoedingsbasis)* + P.A. of aangerekend deel (1)	P.A. of aangerekend deel (1)	P.A. – specifieke tegemoetkoming of aangerekend deel (1)	0	0
R 40 Z30-31	0	0	0	0	0	prijs – specifieke tegemoetkoming of aangerekend deel	aangerekend bedrag (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)
R 40 Z 33	0 of 1	0	0 of 1	0 of 1	0 of 1	0 of 1	0 of 1
R 40 Z 39	0 (1)	0	0 (1)	0 (1)	0 (1)	0 (1)	0
R 40 Z 47	indien bestaat	indien bestaat	indien bestaat	indien bestaat	indien bestaat	indien bestaat	0

\* ingeval van referentiespecialiteiten (vanaf 1/7/2020 is deze “veiligheidsmarge” geschrapt)

(1) Voor P.V.T. en parenterale voeding is zone 27 = 0 en zone 39 vermeldt het theoretisch persoonlijk aandeel.

(\*\*) Ingeval van contrastmiddelen (ATC-klasse V08) en andere geneesmiddelen aan 90% (85% vanaf 1/4/2019) wordt de tegemoetkoming verminderd met 10% (15% vanaf 1/4/2019).

## 1.3 Honoraria.

	Volledig vergoedbare prestaties	Gedeeltelijk vergoedbare prestaties	Gedeeltelijk vergoedbare prestaties waarbij P.A. niet wordt aangerekend door verstrekker	Niet vergoedbare prestaties of diensten (codes 960...)
R 50 Z 3	≠ 6, 7 of 9	≠ 6, 7 of 9	≠ 6, 7 of 9	0
R 50 Z 19	bedrag V.I.	Bedrag V.I.	bedrag V.I.	0
R 50 Z 27	0	P.A. of aangerekend deel	0	0
R 50 Z 30-31	eventueel aangerekend supplement (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)	eventueel aangerekend supplement (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)	0	aangerekend bedrag (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)
R 50 Z 33	0 of 1	0 of 1	1	0 of 1

	Kleine risico's voor zelfstandigen met vrije verzekering (prestaties vóór 1/1/2008)	Kleine risico's voor zelfstandigen zonder vrije verzekering (prestaties vóór 1/1/2008)	Prestaties die buiten derdebetalers regeling vallen en er komt een factuur VI in contante betaling	Statistische records radiotherapie, verpleegkunde, implantaten
R 50 Z 3	≠ 6, 7 of 9	0	7	9
R 50 Z 19	bedrag V.I. (betaald door vrije verzekering)	0	0	0
R 50 Z 27	reglementair P.A. of aangerekend deel	0	honorarium (P.A. inbegrepen)	0
R 50 Z 30-31	eventueel aangerekend supplement (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)	aangerekend bedrag (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)	eventueel aangerekend supplement (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)	0
R 50 Z 33	0 of 1	0 of 1	0 of 1	0

	Implantaten art. 28, § 1 (tot en met 30/6/2014)	Implantaten art. 35 en 35bis (tot en met 30/6/2014) Implantaten KB xx/xx/2014 (vanaf 1/7/2014)	Veiligheidsgrens implantaten	Afleveringsmarge implantaten
R 50 Z 3	0 of 6	0 of 6	0	0
R 50 Z 19	vergoed bedrag of factuurbedrag indien < verg. Bedrag	vergoed bedrag of factuurbedrag indien < verg. Bedrag	0	0
R 50 Z 27	0	eventueel reglementair persoonlijk aandeel	Bedrag veiligheidsgrens	Bedrag afleveringsmarge
R 50 Z 30-31	verschil tussen aangerekende prijs en vergoed bedrag of 0	0	0	0
R 50 Z 33	0 of 1	0 of 1	0 of 1	0 of 1



**Situatiemodel van de meest voorkomende transfers van borelingen.**

Deze tabel werd opgesteld in samenwerking met het Ministerie van Volksgezondheid.

Omschrijving	Is dit mogelijk ?	Verpleegdagprijs	
		ja/nee	Dienst
Moeder verblijft in de dienst M	ja	0768025 voor moeder	M
1. en kind verblijft eveneens in M	ja	nee voor kind	-
2. en kind in N* ('n')	ja	nee voor kind	-
3. en kind wordt overgebracht naar E van hetzelfde ziekenhuis	nee	-	-
4. en kind keert terug uit E van hetzelfde ziekenhuis bij de moeder	nee	-	-
5. en kind keert terug uit E van hetzelfde ziekenhuis naar de dienst N*	nee	-	-
6. en kind wordt overgebracht naar E van een ander ziekenhuis	nee	-	-
7. en kind keert terug uit E van het andere ziekenhuis bij de moeder	nee	-	-
8. en kind keert terug uit E van het andere ziekenhuis naar de dienst N*	nee	-	-
9. en kind gaat naar de NIC (N) van hetzelfde ziekenhuis	ja	0768025 voor kind	NIC
10. en kind keert terug uit de NIC van hetzelfde ziekenhuis bij de moeder	ja	nee voor kind	-
11. en kind keert terug uit de NIC van hetzelfde ziekenhuis in de dienst N*	ja	nee voor kind	-
12. en het kind gaat naar de NIC van een ander ziekenhuis	ja	0768025 voor kind	NIC
13. en kind keert terug uit de NIC van een ander ziekenhuis bij de moeder in M	ja	nee voor kind	-
14. en kind keert terug uit de NIC van een ander ziekenhuis naar N*	ja	nee voor kind	-

Omschrijving	Is dit mogelijk ?	Verpleegdagprijs	
		ja/nee	Dienst
Moeder verblijft niet <u>meer in het ziekenhuis</u>			
1. en kind blijft in N*	ja	0790020 waarde: 0 BEF	N*
2. en kind blijft in E	nee	-	-
3. en kind blijft in NIC	ja	0768025	NIC
4. en kind blijft in C	nee	-	-
5. en kind gaat van N* naar NIC of E	NIC : ja E : nee	0768025 -	NIC -
6. en kind wordt van E of NIC of C terug overgebracht naar N*	E→N* : nee C→N* : nee NIC→N* : ja	- - 0790020 waarde: 0 BEF	- - N*
7. en kind wordt van NIC terug overgebracht naar E	nee	-	-

## Bijlage 10.3

Omschrijving	Is dit mogelijk ?	Verpleegdagprijs	
		ja/nee	Dienst
Kind en moeder hebben het ziekenhuis verlaten			
1. en kind wordt na 3 dagen terug opgenomen in N*	ja	0790020 waarde: 0 BEF	N *
2. en kind wordt na 3 dagen terug opgenomen in NIC, E	ja, zowel NIC als E	0768025	E of NIC
3. en kind wordt na 3 dagen terug opgenomen in C	ja	0768025	C
4. en moeder wordt na 3 dagen terug opgenomen in M	ja	0768025	M (kind afwezig)
5. en moeder wordt na 3 dagen terug opgenomen in C	ja	0768025	C
6. en moeder wordt na 3 dagen terug opgenomen in C, vergezeld van het kind : - quid moeder : ] indien beide - quid kind : ] ziek	ja	2 x 0768025	2 x verpleegdagprijs C
7. en moeder wordt na 3 dagen terug opgenomen in M, vergezeld van het kind : - quid moeder : ] indien beide - quid kind : ] ziek	ja	2 x 0768025	2 x verpleegdagprijs M
8. en kind wordt na 3 dagen terug opgenomen in C, vergezeld van de moeder : - quid moeder : ] indien beide - quid kind : ] ziek	ja	2 x 0768025	2 x verpleegdagprijs C
9. en kind wordt na 3 dagen terug opgenomen in M, vergezeld van de moeder : - quid moeder : ] indien beide - quid kind : ] ziek	nee	-	-
<u>Noot</u> : Indien alleen de moeder ziek is (punten 6 t.e.m. 9) wordt er slechts 1 verpleegdagprijs aangerekend. Sociaal verblijf speelt hier geen rol.			

**Opmerking :** Hoewel dit niet direct in wetteksten wordt vermeld, wordt een kind, na bevalling, tot 28 dagen daarna als boreling beschouwd.

Dit wil zeggen dat het kind enkel bij de moeder (M), in de N\*(n) of de NIC mag verblijven voor zover het kind het ziekenhuis niet verlaten heeft. Bij verblijf op M of N\* mag voor de pasgeborene geen verpleegdagprijs aangerekend worden.

**Betreft : Aflevering van facturatiegegevens via magnetische of elektronische drager van geneesmiddelen afgeleverd door een ziekenhuisofficina aan patiënten die verblijven in RVT, ROB of IBW.**

**Toepassing van art. 6, § 16, 3° van de Verordening van 28/7/2003.**

In art. 6, § 16 van de Verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt bepaald dat de farmaceutische verstrekkingen, afgeleverd door de officina of het geneesmiddelendepot van het ziekenhuis aan rechthebbenden die verblijven in RVT, ROB en IBW, gefactureerd moeten worden met aflevering van facturatiegegevens via magnetische of elektronische drager.

Deze verplichting neemt een aanvang voor de facturering van de farmaceutische verstrekkingen afgeleverd in de maand januari 2000.

Geneesmiddelen afgeleverd door een ziekenhuisofficina moeten getarifeerd worden door de erkende tarifieringsdienst van het ziekenhuis, onafgezien het gaat om geneesmiddelen afgeleverd aan gehospitaliseerde patiënten, aan ambulante patiënten of patiënten die verblijven in RVT, ROB of IBW. De facturatie moet gebeuren onder het nummer derdebetalende van het ziekenhuis of, in uitzonderlijke gevallen onder het nummer derdebetalende van de tarifieringsdienst zelf.

De facturatie is, bij voorkeur, een onderdeel van de ambulante facturatie (of de gemengde facturatie) van het ziekenhuis; dwz. dat er slechts één facturatiebestand wordt opgemaakt.

Het is toegestaan om een afzonderlijk facturatiebestand op te maken met als nummer derdebetalende het identificatienummer van de erkende tarifieringsdienst.

Deze optie laat toe de betaling op een ander rekeningnummer dan dat van het ziekenhuis te laten storten.

Psychiatrische ziekenhuizen mogen maandelijks een factuur overmaken die betrekking heeft op hun ambulante verstrekkingen, de geneesmiddelen afgeleverd aan patiënten die verblijven in RVT, ROB en IBW kunnen derhalve maandelijks worden gefactureerd. Dit maandelijks facturatiecircuit staat dan wel los van de trimestriële facturatie voor de gehospitaliseerde patiënten.

De invulling van de verschillende recordtypes wordt voorgesteld in bijlage.

Recordtype 10

Z 1	:	<b>Recordtype 10</b>
Z 2	:	<b>Volgnummer record</b>
Z 3	:	<b>Aantal financiële rekeningnummers (indexcode)</b>
Z 4	:	<b>Versie bestand</b> Constante waarde 0001999.
Z 5-6a	:	<b>Financieel rekeningnummer A</b> Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011 ( R 10 Z 22-23 $\geq$ 0201101).
Z 7	:	<b>Zendingsnummer</b>
Z 8a	:	<b>Financieel rekeningnummer B</b> Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011 ( R 10 Z 22-23 $\geq$ 0201101).
Z 9	:	<b>Code "aanschaffing papieren factuur"</b> Indien R 10 Z 22-23 < 0201001: Waarde 1, 2 of 3 Indien R 10 Z 22-23 $\geq$ 0201001: Waarde 0
Z 10	:	<b>Code afrekeningsbestand</b> Indien R 10 Z 22-23 < 0201001: Waarde 0 of 1 Indien R 10 Z 22-23 $\geq$ 0201001: Waarde 0
Z 13	:	<b>Inhoud facturatie</b>
Z 14	:	<b>Nummer derdebetalende</b> Identificatienummer ziekenhuis of identificatienummer erkende tarifieringsdienst.
Z 15	:	<b>Nummer accreditering NIC</b> Altijd 0.
(☞16) Z 18	:	<b>Beroepscode facturerende derde</b> Altijd 0.
Z 22	:	<b>Gefactureerd jaar</b>
Z 23	:	<b>Gefactureerde maand</b>
Z 25-26	:	<b>Datum van opstelling</b>
Z 27	:	<b>KBO-nummer</b>
Z 28	:	<b>Referentie instelling</b>
Z 31-34	:	<b>BIC financiële rekening A</b>
Z 36-41	:	<b>IBAN financiële rekening A</b>
Z 43a	:	<b>BIC financiële rekening B</b>
Z 45-46-47a	:	Gereserveerd staatshervorming
Z 48	:	Gereserveerd staatshervorming
Z 49-52	:	<b>IBAN financiële rekening B</b>
Z 53-54a	:	Gereserveerd staatshervorming
Z 99	:	<b>Controlecijfer van het record</b>

Recordtype 20

Z 1	: <b>Recordtype 20</b>
Z 2	: <b>Volgnummer record</b>
Z 3	: <b>Toestemming derdebetalende</b> Altijd 0 (vanaf prestatiedatum 1/5/2022)
(8) Z 4	: <b>Uur van opname</b> 0 (uur mag vermeld worden, maar is niet vereist)
Z 5	: <b>Datum van opname</b> 0 (datum mag vermeld worden, maar is niet vereist)
Z 6a-6b	: <b>Datum van ontslag</b> 0 (datum mag vermeld worden, maar is niet vereist)
Z 7	: <b>Nummer ziekenfonds van aansluiting</b>
Z 8a-8b	: <b>Identificatie rechthebbende</b>
Z 9	: <b>Geslacht rechthebbende</b>
Z 10	: <b>Type factuur: Factuurtype 4</b>
Z 11	: <b>Type facturering</b>
Z 13	: <b>Dienst 721 bis : 0</b>
Z 14	: <b>Nummer facturerende instelling</b> Nummer ziekenhuis (of nummer erkende tarifieringsdienst) in overeenstemming met R 10 Z 14.
Z 15	: <b>Stamnummer van de (verplegings-)inrichting (of revalidatiecentrum) waar de rechthebbende opgenomen is (verblijft)</b> Nummer van betrokken instelling RVT, ROB of IBW.
Z 16	: <b>Code stuiten verjaringstermijn: 0 of 1</b>
Z 17	: <b>Reden behandeling: Altijd 0</b>
Z 18	: <b>Nummer ziekenfonds van bestemming</b>
Z 19	: <b>Nummer opname: Altijd 0</b>
Z 20-21	: <b>Datum akkoord revalidatiebehandeling: Altijd 0</b>
Z 22	: <b>Uur van ontslag</b> 0 (uur mag vermeld worden, maar is niet vereist)
Z 24-25	: <b>Nummer individuele factuur</b> : voor zover een individuele factuur per patiënt wordt opgemaakt moet hier het factuurnummer worden vermeld; in alle andere gevallen is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.
Z 26	: <b>Toepassing sociale franchise : 0</b>
Z 27	: <b>Code gerechtigde 1 + 2</b>
Z 28	: <b>Referentie instelling</b>
Z 29-30-31	: <b>Nummer vorige factuur : 0</b>
Z 32	: <b>FLAG identificatie rechthebbende</b>
Z 34-35-36	: <b>Nummer vorige zending</b>
Z 37	: <b>Nummer ziekenfonds vorige facturering</b>
Z 38-39	: <b>Referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer A</b>
Z 41	: <b>Vorig gefactureerd jaar en maand</b>
Z 42-43-44-45	: <b>Referentiegegevens netwerk</b>
Z 47	: <b>Datum van facturering</b>
Z 49-51	: <b>Referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer B</b>
Z 53	: <b>Begindatum periode verzekeraarbaarheid</b>
Z 54a-54b	: <b>Einddatum periode verzekeraarbaarheid</b>
Z 55	: <b>Datum mededeling informatie</b>
Z 56	: <b>MAF lopend jaar</b>
Z 57	: <b>MAF lopend jaar -1</b>
Z 58	: <b>MAF lopend jaar -2</b>
Z 99	: <b>Controlecijfer van het record</b>

Recordtype 40

Z 1	: <b>Recordtype 40</b>
Z 2	: <b>Volgnummer record</b>
Z 3	: <b>Norm verstrekking : 0</b>
Z 4	: <b>Pseudo-code categorie geneesmiddel</b>
Z 5	: <b>Datum eerste gefactureerde dag</b> Begindatum afleveringsperiode of datum van aflevering
Z 6a-6b	: <b>Datum laatste gefactureerde dag</b> Einddatum afleveringsperiode of datum van aflevering
Z 7	: <b>Nummer ziekenfonds van aansluiting</b>
Z 8a-8b	: <b>Identificatie rechthebbende</b>
Z 9	: <b>Geslacht rechthebbende</b>
Z 10	: <b>Bevalling : 0</b>
Z 11	: <b>Verwijzing financieel rekeningnummer</b>
(☞ 14) Z 12	: <b>Aanduiding medicatie in kader van lectuur eID</b>
Z 13	: <b>Dienstcode : 990 of 0 (0 enkel in geval van 0960293 – 0960304)</b>
Z 14	: <b>Plaats van verstrekking</b> Nummer ziekenhuis of nummer erkende tarifieringsdienst indien geen ziekenhuis
Z 15	: <b>Identificatie overeenkomst / inrichting van verblijf</b> Nummer RVT, ROB of IBW.
Z 16	: <b>Gratis geneesmiddelen</b>
Z 17-18	: <b>Betrekkelijke verstrekking : 0</b>
Z 19	: <b>Teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming</b> Zie art. 95, § 2, b) van K.B. 21 december 2001.
Z 20-21	: <b>Datum voorschrift (gereserveerde zone)</b>
Z 22	: <b>Teken + aantal eenheden</b> Het aantal afgeleverde farmaceutische eenheden (zie eenheid naast productcode aangeduid met "*" in KB van 21.12.2001)
Z 23	: <b>Eenheid</b>
Z 24-25	: <b>Identificatie voorschrijver</b> Voorschrijver moet vermeld worden.
Z 27	: <b>Teken + persoonlijk aandeel patiënt</b> Zie art. 2. a) van K.B. 7 mei 1991.
Z 28	: <b>Referentie instelling</b>
Z 30-31	: <b>Teken + bedrag supplement</b> Indien van toepassing
Z 32	: <b>Uitzondering derdebetalersregeling : 0</b>
Z 33	: <b>Code facturering persoonlijk aandeel of supplement</b>
Z 34-35	: <b>Code uitzondering profylaxie : 0</b>
Z 36	: <b>Flag INN</b> Kan eventueel 1 zijn indien voorschrift opgemaakt door arts buiten ziekenhuis
Z 37	: <b>Galenische vorm</b>
Z 38	: <b>Nummer tarifieringsdienst</b> Nummer erkende tarifieringsdienst
Z 39	: <b>Teken + theoretisch persoonlijk aandeel patiënt : 0</b>
Z 40-41	: <b>Nummer product</b> Zie farmaceutisch tarief, (KB van 21.12.2001) codes aangeduid met "**"
Z 42-43-44-45	: <b>Omschrijving product</b> Indien nodig.
Z 47	: <b>Datum akkoord verstrekking</b> Indien akkoord bestaat
Z 48	: <b>Transplantatie : 0</b>
Z 49	: <b>Nummer apotheker titularis</b>
Z 50	: <b>Geboortejaar (facultatief)</b>
Z 51	: <b>Ziekenhuissite</b>
Z 52	: <b>Identificatie associatie zorggebied</b>
Z 99	: <b>Controlecijfer van het record</b>

Recordtype 80

Z 1	:	<b>Recordtype 80</b>
Z 2	:	<b>Volgnummer record</b>
Z 4	:	<b>Uur van opname</b> 0 (uur mag vermeld worden, maar is niet vereist)
Z 5	:	<b>Datum van opname</b> 0 (datum mag vermeld worden, maar is niet vereist)
Z 6a-6b	:	<b>Datum van ontslag</b> 0 (datum mag vermeld worden, maar is niet vereist)
Z 7	:	<b>Nummer ziekenfonds van aansluiting</b>
Z 8a-8b	:	<b>Identificatie rechthebbende</b>
Z 9	:	<b>Geslacht rechthebbende</b>
Z 10	:	<b>Type factuur</b> Factuurtype 4
Z 13	:	<b>Dienst 721 bis : 0</b>
Z 14	:	<b>Nummer facturerende instelling</b> Nummer ziekenhuis (of nummer erkende tarifieringsdienst) in overeenstemming met R 20 Z 14.
Z 15	:	<b>Teken + bedrag financieel rekeningnummer B</b>
Z 17	:	<b>Reden behandeling</b> Altijd 0
Z 18	:	<b>Nummer ziekenfonds van bestemming</b>
Z 19	:	<b>Teken + bedrag financieel rekeningnummer A</b>
Z 20-21	:	<b>Factuurdatum</b>
Z 22	:	<b>Uur van ontslag</b> 0 (datum mag vermeld worden, maar is niet vereist)
Z 24-25	:	<b>Nummer individuele factuur : 0</b>
Z 27	:	<b>Teken + persoonlijk aandeel patiënt</b> Zie art. 2. a) van K.B. 7 mei 1991.
Z 28	:	<b>Referentie instelling</b>
Z 30-31	:	<b>Teken + bedrag supplement</b> Indien van toepassing
Z 32	:	<b>FLAG identificatie rechthebbende</b>
Z 38	:	<b>Teken + voorschot financieel rekeningnummer A</b>
Z 55-56	:	Gereserveerd staats Hervorming
Z 98	:	<b>Controlecijfer van de factuur</b>
Z 99	:	<b>Controlecijfer van het record</b>



Recordtype 90

- Z 1 : **Recordtype 90**
- Z 2 : **Volgnummer record**
- Z 5-6a : **Financieel rekeningnummer A**  
Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011.  
( R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
- Z 7 : **Zendingsnummer**  
Indien een afzonderlijk logisch bestand wordt opgemaakt op het identificatienummer van het ziekenhuis dan wordt het onderscheid met de andere logische bestanden van dat ziekenhuis gemaakt op basis van het zendingsnummer.
- Z 8a : **Financieel rekeningnummer B**  
Enkel toegestaan indien het nummer derdebetalende het ziekenhuisnummer is.  
Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011.  
( R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
- Z 14 : **Nummer derdebetalende**  
Identificatienummer ziekenhuis of identificatienummer erkende tarifieringsdienst.
- Z 15 : **Teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer B**
- Z 19 : **Teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer A**
- Z 22 : **Gefactureerd jaar**
- Z 23 : **Gefactureerde maand**
- Z 27 : **KBO-nummer**
- Z 28 : **Referentie instelling**
- Z 31-34 : **BIC financiële rekening A**
- Z 36-41 : **IBAN financiële rekening A**
- Z 43a : **BIC financiële rekening B**
- Z 45-46-47a : Gereserveerd staatshervorming
- Z 49-52 : **IBAN financiële rekening B**
- Z 53-54a : Gereserveerd staatshervorming
- Z 55-56 : Gereserveerd staatshervorming
- Z 98 : **Controlecijfer van de zending**
- Z 99 : **Controlecijfer van het record**

## Elektronische facturatie via MyCareNet door de medische huizen (met forfait).

### Principes

In 2020 zal de sector van de medische huizen overstappen op het elektronisch beheer van alle fluxen betreffende inschrijvingen, uitschrijvingen en mutaties en naar elektronische facturatie via MyCareNet (met uitzondering van prestaties per akte en/of technische prestaties).

Het project omvat drie diensten :

1. MyCareNet - Dienst abonnement :  
Deze dienst zorgt ervoor dat de aanvragen, de notificaties van einde inschrijving en de annulaties van aanvragen elektronisch beheerd kunnen worden teneinde het administratief proces van de medische huizen en de verzekeringsinstellingen te vereenvoudigen.  
De dienst bestaat uit 3 fluxen :
  - Aanvraag abonnement (= inschrijving)
  - Notificatie van einde inschrijving (= uitschrijving)
  - Annulatie
2. MyCareNet - Member Data (MDA) (synchroon) : Uitbreiding van de stroom verzekerbaarheid die zal toelaten om een factuur zonder fouten op te maken. De medische huizen zullen toegang hebben tot:
  - de verzekerbaarheidsgegevens
  - de gegevens over het abonnement (vermelding of de patiënt ingeschreven is in een medisch huis: periode begin (en eventueel einde), RIZIV-nummer van het medisch huis).
3. MyCareNet – Elektronische facturatie (MyCareNet-bericht 920000)

Deze 3 diensten zullen de bestaande papieren fluxen en de facturatie via CD-Rom vervangen.

### Elektronische facturatie MyCareNet

1. De facturatie die vandaag via CD-Rom aan de VI's overgemaakt wordt, zal uitsluitend via MyCareNet (bericht 920000) overgemaakt worden, maar nog steeds 1 keer per maand.  
Het betreft enkel de forfaits en zorgtrajecten (niet de technische prestaties of de prestaties per akte).  
(12) Vanaf 01/02/2023 kunnen de medische huizen ook bepaalde prestaties per akte (gepubliceerd via omzendbrief) aanrekenen.
2. Er moet geen enkele wijziging gebeuren aan de lay-out of de inhoud van het elektronisch facturatiebestand dat momenteel via CD-Rom verstuurd wordt.
3. Het zal niet meer gaan om een voorafgaandelijke facturatie. Men zal moeten wachten tot de 1<sup>ste</sup> dag van de maand om de facturatie te versturen. Maar deze termijn wordt gecompenseerd door de snelheid van versturen van het facturatiebestand naar de VI via MyCareNet.

Voorbeeld: medisch huis « A » wenst zijn facturatie van de maand september (forfaits van 01/09 tot 30/09) via MyCareNet over te maken aan de verzekeringsinstellingen:

Stap 1: het medisch huis stuurt, ten vroegste op 1 september, een aanvraag MDA (MyCareNet-bericht Member data) voor al de patiënten die bij haar ingeschreven zijn (bv. 1.500 patiënten).

Stap 2: de VI's sturen een antwoord met de gegevens over het « abonnement » voor deze patiënten (1500 patiënten) alsook hun verzekerbaarheid.

Stap 3 : het medisch huis maakt en verstuurt, ten vroegste op 1 september, haar facturatie in functie van de gegevens die door de VI overgemaakt werden in het MyCareNet-bericht Member Data (MDA).

**Overname**

De medische huizen zullen al hun bestaande contracten via de MyCareNet-dienst « abonnement » moeten transfereren en dit via een « one shot » operatie binnen een periode van maximum één maand vanaf de datum van in productie stelling.

De bedoeling is om de informatie met betrekking tot elke inschrijving te communiceren en om te zorgen voor de continuïteit van het forfait van de patiënt.

Voor de gevallen van overname zal de begindatum (aanvraag abonnement) met een default-datum ingevuld worden: 01/01/1900.

Als antwoord (antwoord op aanvraag abonnement) zal de VI de pivot-datum geven van de passage naar het elektronisch systeem alsook een referentie.

Voorbeeld : Een verzoek van overname wordt gecreëerd op 5/10/2020 via de transactie « aanvraag abonnement ».

- Aanvraag abonnement « overname »:  
Creatiedatum van de transactie (inschrijvingsdatum): 5/10/2020  
Begindatum forfait : 01/01/1900
- Antwoord op aanvraag abonnement « overname » :  
Creatiedatum van de transactie: 5/10/2020  
Begindatum forfait: 01/11/2020  
Referentienummer : 10012345678901234500

**Planning en modaliteiten**

De datum van in productie stelling wordt vastgelegd in overleg met de sector en de softwareleveranciers van de medische huizen.

Vanaf deze datum:

- zal het papier niet meer aanvaard worden door de VI's
- zal het verplicht zijn om alle patiënten her in te schrijven (cf. « Overname »)
- zullen alle inschrijvingen en uitschrijvingen moeten gebeuren via de MyCareNet-dienst « abonnement »
- De maand nadien zal de 1<sup>ste</sup> elektronische facturatie via MyCareNet plaats vinden.

**Voorziene startdatums:**

- augustus 2020: 3 medische huizen (1 per soft) starten de dienst Abonnement (inschrijving) met de « overname » van alle ingeschreven patiënten + synchrone Member Data
- september 2020: deze 3 medische huizen starten met elektronische facturatie en asynchrone Member Data
- oktober 2020: alle andere medische huizen gaan in productie met de dienst Abonnement (inschrijving) met de “overname” van alle ingeschreven patiënten + synchrone Member Data
- vanaf 1 november 2020: alle andere medische huizen gaan in productie met elektronische facturatie en asynchrone Member Data

## Elektronische facturatie (MyCareNet) door medische huizen

Recordtype 10				
Zone	Lengte	Posities	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
1	2 N	1 - 2	recordtype 10	Altijd 10
2	6 N	3 - 8	volgnummer record	Sequentieel vanaf 1
3	1 N	9 - 9	aantal financiële rekeningnummers (indexcode)	Nul
4	7 N	10 - 16	versie bestand	0001999 (9991999 voor een test)
5	8 N	17 - 24	financieel rekeningnummer a (deel 1)	Nul
6 a	4 N	25 - 28	financieel rekeningnummer a (deel 2)	Nul
6 b	4 N	29 - 32	reserve	
7	3 N	33 - 35	zendingsnummer	Sequentieel, enig per jaar, <math>\leq 0</math>
8 a	12 N	36 - 47	financieel rekeningnummer b	Nul
8 b	1 N	48 - 48	reserve	
9	1 N	49 - 49	code afschaffing papieren factuur	0
10	1 N	50 - 50	code afrekeningsbestand	0
11	1 N	51 - 51	reserve	
12	1 N	52 - 52	reserve	
13	3 N	53 - 55	inhoud facturatie	
14	12 N	56 - 67	nummer derdebetalende	Identificatienr. RIZIV van het medisch huis
15	12 N	68 - 79	nummer accreditering nic	Nul
16	1 N	80 - 80	reserve	
17	4 N	81 - 84	reserve	
18	3 N	85 - 87	beroepscode facturerende derde	Nul
19	12 N	88 - 99	reserve	
20	7 N	100 - 106	reserve	
21	1 N	107 - 107	reserve	
22	5 N	108 - 112	gefactureerd jaar	Jaar van facturatie OJJJ
23	2 N	113 - 114	gefactureerde maand	Maand van facturatie MM
24	5 N	115 - 119	reserve	
25	7 N	120 - 126	datum van opstelling (deel 1) jjjjmmd	Datum van opstelling van het facturatiebestand JJJJMMDD
26	1 N	127 - 127	datum van opstelling (deel 2) d	
27	10 N	128 - 137	KBO-nummer	Verplicht
28	25 A	138 - 162	referentie instelling	Voorbehouden voor de instelling die factureert
29	2 N	163 - 164	reserve	
30	2 N	165 - 166	reserve	
31	8 A	167 - 174	bic fin. rekening a (deel 1)	
32	1 A	175 - 175	bic fin. rekening a (deel 2)	
33	1 A	176 - 176	bic fin. rekening a (deel 3)	
34	1 A	177 - 177	bic fin. rekening a (deel 4)	
35	1 N	178 - 178	reserve	
36	1 A	179 - 179	iban fin. rekening a (deel 1)	
37	3 A	180 - 182	iban fin. rekening a (deel 2)	
38	12 A	183 - 194	iban fin. rekening a (deel 3)	
39	10 A	195 - 204	iban fin. rekening a (deel 4)	
40	2 A	205 - 206	iban fin. rekening a (deel 5)	
41	6 A	207 - 212	iban fin. rekening a (deel 6)	
42	6 N	213 - 218	reserve	
43a	11 A	219 - 229	bic fin. rekening b	Blanco
43b	1 N	230-230	reserve	
44	4 N	231 - 234	reserve	
45	26 A	235 - 260	gereserveerd staatsvorming	
46	1 A	261 - 261	gereserveerd staatsvorming	
47a	7 A	262 - 268	gereserveerd staatsvorming	
47b	1 N	269 - 269	reserve	
48	1 N	270 - 270	gereserveerd staatsvorming	
49	12 A	271 - 282	iban fin. rekening b (deel 1)	Blanco
50	4 A	283 -286	iban fin. rekening b (deel 2)	Blanco
51	6 A	287-292	iban fin. rekening b (deel 3)	Blanco
52	12 A	293 - 304	iban fin. rekening b (deel 4)	Blanco
53	8 A	305-312	gereserveerd staatsvorming	
54a	3 A	313-315	gereserveerd staatsvorming	
54b	5 N	316-320	reserve	
55	8 N	321-328	reserve	
56	4 N	329-332	reserve	
57	4 N	333-336	reserve	
58	4 N	337-340	reserve	
59	6 N	341-346	reserve	
98	2 N	347 - 348	reserve	
99	2 N	349 - 350	controle cijfer record	Controlecijfers van de record

(16)

Recordtype 20				
Zone	Lengte	Posities	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
1	2 N	1 - 2	recordtype 20	Altijd 20
2	6 N	3 - 8	volgnummer record	Sequentieel vanaf 1, volgt R 10
3	1 N	9 - 9	toestemming derdebetalende	= 0 (niet van toepassing)
4	7 N	10 - 16	uur van opname	Nul
5	8 N	17 - 24	datum van opname	Nul
6 a	4 N	25 - 28	datum van ontslag (deel 1)	Nul
6 b	4 N	29 - 32	datum van ontslag (deel 2)	
7	3 N	33 - 35	nummer ziekenfonds van aansluiting	Ziekenfonds van aansluiting van de patiënt
8 a	12 A	36 - 47	identificatie rechthebbende (deel 1)	INSZ van de patiënt
8 b	1 A	48 - 48	identificatie rechthebbende (deel 2)	
9	1 N	49 - 49	geslacht rechthebbende	M = 1, V = 2
10	1 N	50 - 50	type factuur	Individuele factuur voor amb. patiënten = 3
11	1 N	51 - 51	type facturering	= 0 behalve indien herfacturatie
12	1 N	52 - 52	reserve	
13	3 N	53 - 55	dienst 721 bis	Nul
14	12 N	56 - 67	nummer facturerende instelling	Identificatienr. RIZIV van het medisch huis
15	12 N	68 - 79	instelling van verblijf	Nul
16	1 N	80 - 80	code stuiten verjaringstermijn	= 0 (behalve uitzondering)
17	4 N	81 - 84	reden behandeling	
18	3 N	85 - 87	nummer ziekenfonds van bestemming	Zie beschrijving zone
19	12 N	88 - 99	nummer opname	Nul
20	7 N	100 - 106	datum akkoord revalidatiebehandeling (deel 1)	Datum inschrijving aan forfait JJJMMDD
21	1 N	107 - 107	datum akkoord revalidatiebehandeling (deel 2)	
22	5 N	108 - 112	uur van ontslag	Nul
23	2 N	113 - 114	reserve	
24	5 N	115 - 119	nummer individuele factuur (deel 1)	Nummer van de factuur
25	7 N	120 - 126	nummer individuele factuur (deel 2)	
26	1 N	127 - 127	toepassing sociale franchise	
27	10 N	128 - 137	cg 1 + cg 2	Codes gerechtigde van de patiënt
28	25 A	138 - 162	referentie instelling	Voorbehouden voor de instelling die factureert
29	2 N	163 - 164	nummer vorige factuur (deel 1)	Enkel in geval van herfacturatie zoniet = 0
30	2 N	165 - 166	nummer vorige factuur (deel 2)	
31	8 N	167 - 174	nummer vorige factuur (deel 3)	
32	1 N	175 - 175	flag identificatie rechthebbende	
33	1 N	176 - 176	reserve	
34	1 N	177 - 177	nummer vorige zending (deel 1)	Enkel in geval van herfacturatie zoniet = 0
35	1 N	178 - 178	nummer vorige zending (deel 2)	
36	1 N	179 - 179	nummer vorige zending (deel 3)	
37	3 N	180 - 182	nummer ziekenfonds vorige facturering	Enkel in geval van herfacturatie, zoniet = 0
38	12 A	183 - 194	referentie ziekenfonds financieel rekeningnr a (deel 1)	Enkel in geval van herfacturatie zoniet = blanco
			referentie ziekenfonds financieel rekeningnr a (deel 2)	
39	10 A	195 - 204	reserve	
40	2 N	205 - 206	reserve	
41	6 N	207 - 212	vorig gefactureerd jaar en maand	Enkel in geval van herfacturatie, zoniet = 0
42	6 A	213 - 218	referentiegegevens netwerk (deel 1)	= 0 want niet van toepassing
43a	11 A	219 - 229	referentiegegevens netwerk (deel 2)	
43b	1 A	230 - 230	referentiegegevens netwerk (deel 3)	
44	4 A	231 - 234	referentiegegevens netwerk (deel 4)	
45	26 A	235 - 260	referentiegegevens netwerk (deel 5)	
46	1 N	261 - 261	reserve	
47	8 N	262 - 269	datum van facturering	facultatief
48	1 N	270 - 270	reserve	
49	12 A	271 - 282	referentie ziekenfonds financieel rekeningnr b (deel 1)	Blanco
			referentie ziekenfonds financieel rekeningnr b (deel 2)	
			referentie ziekenfonds financieel rekeningnr b (deel 3)	
50	4 A	283 - 286	reserve	
51	6 A	287 - 292	reserve	
52	12 N	293 - 304	reserve	
53	8 N	305 - 312	begindatum periode verzekeraarbaarheid	
54a	3 N	313 - 315	einddatum periode verzekeraarbaarheid (deel 1)	
54b	5 N	316-320	einddatum periode verzekeraarbaarheid (deel 2)	
55	8 N	321 - 328	datum mededeling informatie	
56	4 N	329 - 332	maf lopend jaar	
57	4 N	333-336	maf lopend jaar -1	
58	4 N	337 - 340	maf lopend jaar -2	
59	6 N	341 - 346	reserve	
98	2 N	347 - 348	reserve	
99	2 N	349 - 350	controle cijfer record	Controlecijfers van de record

Recordtype 50					
Zone	Lengte	Posities	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud	
1	2 N	1 - 2	recordtype 50	Altijd 50	
2	6 N	3 - 8	volgnummer record	Sequentieel vanaf 1, volgt R 10	
3	1 N	9 - 9	norm verstrekking (percentage)	Nul	
(☞12,18)	4	7 N	10 - 16	Nomenclatuurcode of pseudo-nomenclatuurcode	M = 0109616; K = 0509611; I = 0409614; <i>opvolgingdiabmh = 0109594 (t.e.m. 31/12/2023), 0400396 (vanaf 1/1/2024); Bepaalde prestaties per akte</i>
5	8 N	17 - 24	datum eerste verrichte verstrekking	zie zone	
6 a	4 N	25 - 28	datum laatste verrichte verstrekking (deel 1)	zie zone	
6 b	4 N	29 - 32	datum laatste verrichte verstrekking (deel 2)	JJJJMMDD	
7	3 N	33 - 35	nummer ziekenfonds van aansluiting	Ziekenfonds van aansluiting van de patiënt	
8 a	12 A	36 - 47	identificatie rechthebbende (deel 1)	INSZ van de patiënt	
8 b	1 A	48 - 48	identificatie rechthebbende (deel 2)		
9	1 N	49 - 49	geslacht rechthebbende	M = 1, V = 2	
10	1 N	50 - 50	bevalling	Nul	
11	1 N	51 - 51	verwijzing financieel rekeningnummer	Nul	
12	1 N	52 - 52	nacht, weekeinde, feestdag		
13	3 N	53 - 55	dienstcode	990	
14	12 N	56 - 67	plaats van verstrekking	Identificatienr. RIZIV van het medisch huis	
15	12 N	68 - 79	identificatie verstrekker	zie zone	
16	1 N	80 - 80	norm verstrekker		
17	4 N	81 - 84	betrekkelijke verstrekking (deel 1)		
18	3 N	85 - 87	betrekkelijke verstrekking (deel 2)		
19	1 A + 11 N	88 - 99	teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming	Bedrag tussenkomst VI voor de prestatie	
20	7 N	100 - 106	datum voorschrift (deel 1)		
21	1 N	107 - 107	datum voorschrift (deel 2)		
22	1 A + 4 N	108 - 112	teken + aantal eenheden	+0001	
23	2 N	113 - 114	afwijking maximaal aantal of identieke prestatie		
24	5 N	115 - 119	identificatie voorschrijver (deel 1)		
25	7 N	120 - 126	identificatie voorschrijver (deel 2)		
26	1 N	127 - 127	norm voorschrijver		
27	1 A + 9 N	128 - 137	teken + persoonlijk aandeel patient	+000000000	
28	25 A	138 - 162	referentie instelling	Voorbehouden voor de instelling die factureert	
29	2 N	163 - 164	behandelde tand		
30	1 A + 1 N	165 - 166	teken + bedrag supplement (deel 1)	+000000000	
31	8 N	167 - 174	bedrag supplement (deel 2)		
(☞19)	32	1 N	175 - 175	rechtvaardiging	Steeds 0
33	1 N	176 - 176	code facturering persoonlijk aandeel of supplement		
34	1 N	177 - 177	behandeld lid		
35	1 N	178 - 178	geconventioneerde verstrekker		
36	1 N	179 - 179	uur van prestatie (deel 1)		
37	3 N	180 - 182	uur van prestatie (deel 2)		
38	12 N	183 - 194	identificatie toediener bloed		
39	10 N	195 - 204	nummer attest van toediening (deel 1)		
40	2 N	205 - 206	nummer attest van toediening (deel 2)		
41	6 A	207 - 212	nummer afleveringsbon of zak (deel 1)		
42	6 A	213 - 218	nummer afleveringsbon of zak (deel 2)		
43a	11 N	219 - 229	code implant (deel 1)		
43b	1 N	230 - 230	code implant (deel 2)		
44	4 A	231 - 234	omschrijving product (deel 1)		
45	26 A	235 - 260	omschrijving product (deel 2)		
46	1 N	261 - 261	norm plafond		
47	1 A + 7 N	262 - 269	basiswaarde verstrekking	+0000000	
48	1 N	270 - 270	transplantatie		
49	12 N	271 - 282	identificatie bijkomende verstrekker		
(☞14)	50 a	3 N	283 - 285	aandeel in forfait	steeds 0
50 b	1 N	286 - 286	aanduiding prestatie in kader v. lectuur eID	steeds 0	
51	6 N	287 - 292	ziekenhuissite		
52	12 N	293 - 304	identificatie associatie zorggebied		
53	8 A	305 - 312	ritnummer (deel 1)		
54a	3 A	313 - 315	ritnummer (deel 2)		
54b	5 N	316 - 320	reserve		
55	8 N	321 - 328	notificatiecode implantaat (deel 1)		
56	4 N	329 - 332	notificatiecode implantaat (deel 2)		
57	4 N	333 - 336	reserve		
58	4 N	337 - 340	reserve		
59	6 N	341 - 346	reserve		
98	2 N	347 - 348	reserve		
99	2 N	349 - 350	controle cijfer record	Controlecijfers van de record	

Recordtype 80				
Zone	Lengte	Posities	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
1	2 N	1 - 2	recordtype 80	Altijd 80
2	6 N	3 - 8	volgnummer record	Sequentieel vanaf 1, volgt R 10
3	1 N	9 - 9	reserve	
4	7 N	10 - 16	uur van opname	Nul
5	8 N	17 - 24	datum van opname	Nul
6 a	4 N	25 - 28	datum van ontslag (deel 1)	Nul
6 b	4 N	29 - 32	datum van ontslag (deel 2)	
7	3 N	33 - 35	nummer ziekenfonds van aansluiting	Ziekenfonds van aansluiting van de patiënt
8 a	12 A	36 - 47	identificatie rechthebbende (deel 1)	INSZ van de patiënt
8 b	1 A	48 - 48	identificatie rechthebbende (deel 2)	
9	1 N	49 - 49	geslacht rechthebbende	M = 1, V = 2
10	1 N	50 - 50	type factuur	Individuele factuur voor amb. patiënten = 3
11	1 N	51 - 51	reserve	
12	1 N	52 - 52	reserve	
13	3 N	53 - 55	dienst 721 bis	Nul
14	12 N	56 - 67	nummer facturerende instelling	Identificatienr. RIZIV van het medisch huis
15	1 A + 11 N	68 - 79	teken + bedrag financieel rekeningnummer b	Nul
16	1 N	80 - 80	reserve	
17	4 N	81 - 84	reden behandeling	
18	3 N	85 - 87	nummer ziekenfonds van bestemming	Zie beschrijving zone
19	1 A + 11 N	88 - 99	teken + bedrag financieel rekeningnummer a	Totaal bedrag van de factuur voor de patiënt
20	7 N	100 - 106	factuurdatum (deel 1)	
21	1 N	107-107	factuurdatum (deel 2)	
22	5 N	108 - 112	uur van ontslag	Nul
23	2 N	113 - 114	reserve	
24	5 N	115 - 119	nummer individuele factuur (deel 1)	Nummer van de factuur
25	7 N	120 - 126	nummer individuele factuur (deel 2)	
26	1 N	127 - 127	reserve	
27	1 A + 9 N	128 - 137	teken + persoonlijk aandeel patient	+000000000
28	25 A	138 - 162	referentie instelling	Vorbehouden voor de instelling die factureert
29	2 N	163 - 164	reserve	
30	1 A + 1 N	165 - 166	teken + bedrag supplement (deel 1)	+000000000
31	8 N	167 - 174	bedrag supplement (deel 2)	
32	1 N	175 - 175	flag identificatie rechthebbende	
33	1 N	176 - 176	reserve	
34	1 N	177 - 177	reserve	
35	1 N	178 - 178	reserve	
36	1 N	179 - 179	reserve	
37	3 N	180 - 182	reserve	
38	1 A + 11 N	183 - 194	teken + voorschot financieel rekeningnummer a	
39	10 N	195 - 204	reserve	
40	2 N	205 - 206	reserve	
41	6 N	207 - 212	reserve	
42	6 N	213 - 218	reserve	
43a	11 N	219 - 229	reserve	
43b	1 N	230 - 230	reserve	
44	4 N	231 - 234	reserve	
45	26 N	235 - 260	reserve	
46	1 N	261 - 261	reserve	
47	8 N	262 - 269	reserve	
48	1 N	270 - 270	reserve	
49	12 N	271 - 282	reserve	
50	4 N	283 - 286	reserve	
51	6 N	287-292	reserve	
52	12 N	293 - 304	reserve	
53	8 N	305 - 312	reserve	
54a	3 N	313 - 315	reserve	
54b	5 N	316-320	reserve	
55	1 A + 7 N	321 - 328	gereserveerd staatsvorming	
56	4 N	329 - 332	gereserveerd staatsvorming	
57	4 N	333 - 336	reserve	
58	4 N	337 - 340	reserve	
59	6 N	341-346	reserve	
98	2 N	347 - 348	controle cijfer factuur	Controlecijfers van de factuur (20-50-80)
99	2 N	349 - 350	controle cijfer record	Controlecijfers van de record

Recordtype 90				
Zone	Lengte	Posities	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
1	2 N	1 - 2	recordtype 90	Altijd 90
2	6 N	3 - 8	volgnummer record	Sequentieel vanaf 1, volgt R 10
3	1 N	9 - 9	reserve	
4	7 N	10 - 16	reserve	
5	8 N	17 - 24	financieel rekeningnummer a (deel 1)	Nul
6 a	4 N	25 - 28	financieel rekeningnummer a (deel 2)	Nul
6 b	4 N	29 - 32	reserve	
7	3 N	33 - 35	zendingsnummer	Sequentieel, enig per jaar, <math>\leq 0</math>
8 a	12 N	36 - 47	financieel rekeningnummer b	Nul
8 b	1 N	48 - 48	reserve	
9	1 N	49 - 49	reserve	
10	1 N	50 - 50	reserve	
11	1 N	51 - 51	reserve	
12	1 N	52 - 52	reserve	
13	3 N	53 - 55	reserve	
14	12 N	56 - 67	nummer derdebetalende	Identificatienr. RIZIV van het medisch huis
15	1 A + 11 N	68 - 79	teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer b	Nul
16	1 N	80 - 80	reserve	
17	4 N	81 - 84	reserve	
18	3 N	85 - 87	reserve	
19	1 A + 11 N	88 - 99	teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer a	Totaal bedrag van de zending
20	7 N	100 - 106	reserve	
21	1 N	107 - 107	reserve	
22	5 N	108 - 112	gefactureerd jaar	Jaar van facturatie OJJJ
23	2 N	113 - 114	gefactureerde maand	Maand van facturatie MM
24	5 N	115 - 119	reserve	
25	7 N	120 - 126	reserve	
26	1 N	127 - 127	reserve	
27	10 N	128 - 137	KBO-nummer	Verplicht
28	25 A	138 - 162	referentie instelling	Voorbehouden voor de instelling die factureert
29	2 N	163 - 164	reserve	
30	2 N	165 - 166	reserve	
31	8 A	167 - 174	bic fin. rekening a (deel 1)	
32	1 A	175 - 175	bic fin. rekening a (deel 2)	
33	1 A	176 - 176	bic fin. rekening a (deel 3)	
34	1 A	177 - 177	bic fin. rekening a (deel 4)	
35	1 N	178 - 178	reserve	
36	1 A	179 - 179	iban fin. rekening a (deel 1)	
37	3 A	180 - 182	iban fin. rekening a (deel 2)	
38	12 A	183 - 194	iban fin. rekening a (deel 3)	
39	10 A	195 - 204	iban fin. rekening a (deel 4)	
40	2 A	205 - 206	iban fin. rekening a (deel 5)	
41	6 A	207 - 212	iban fin. rekening a (deel 6)	
42	6 N	213 - 218	reserve	
43a	11 A	219 - 229	bic fin. rekening b	Blanco
43b	1 N	230-230	reserve	
44	4 N	231 - 234	reserve	
45	26 A	235 - 260	gereserveerd staatsvorming	
46	1 A	261 - 261	gereserveerd staatsvorming	
47a	7 A	262 - 268	gereserveerd staatsvorming	
47b	1 N	269 - 269	reserve	
48	1 N	270 - 270	reserve	
49	12 A	271 - 282	iban fin. rekening b (deel 1)	Blanco
50	4 A	283 - 286	iban fin. rekening b (deel 2)	Blanco
51	6 A	287-292	iban fin. rekening b (deel 3)	Blanco
52	12 A	293 - 304	iban fin. rekening b (deel 4)	Blanco
53	8 A	305-312	gereserveerd staatsvorming	
54a	3 A	313-315	gereserveerd staatsvorming	
54b	5 N	316-320	reserve	
55	1 A + 7 N	321-328	gereserveerd staatsvorming	
56	4 N	329-332	gereserveerd staatsvorming	
57	4 N	333-336	reserve	
58	4 N	337-340	reserve	
59	6 N	341-346	reserve	
98	2 N	347 - 348	controle cijfer zending	Controlecijfers van de zending (10 tot 90)
99	2 N	349 - 350	controle cijfer record	Controlecijfers van de record



**FACTURATIE VIA MAGNETISCHE DRAGER DOOR PSYCHIATRISCHE  
VERZORGINGSTEHUIZEN.**

**Recordtype 10**

Z 1	:	<b>Recordtype 10</b>
Z 2	:	<b>Volgnummer record</b>
Z 3	:	<b>Aantal financiële rekeningnummers (indexcode)</b> In geval facturatie door PVT, slechts een rekeningnummer toegestaan.
Z 4	:	<b>Versie bestand</b> Constante waarde 0001999.
Z 5-6a	:	<b>Financieel rekeningnummer A</b> Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011. ( R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 7	:	<b>Zendingsnummer</b>
Z 8a	:	<b>Financieel rekeningnummer B</b> Is gereserveerd aan de pool van artsen. Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011. ( R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 9	:	<b>Code "aanschaffing papieren factuur"</b> Indien R 10 Z 22-23 < 0201001: Waarde 1 Indien R 10 Z 22-23 ≥ 0201001: Waarde 0
Z 10	:	<b>Code afrekeningsbestand</b> Indien R 10 Z 22-23 < 0201001: Waarde 0 of 1 Indien R 10 Z 22-23 ≥ 0201001: Waarde 0
Z 13	:	<b>Inhoud facturatie</b>
Z 14	:	<b>Nummer derdebetalende</b> Identificatienummer PVT.
Z 15	:	<b>Nummer accreditering NIC</b> Altijd 0.
(☞16) Z 18	:	<b>Beroepscode facturerende derde</b> Altijd 0.
Z 22	:	<b>Gefactureerd jaar</b>
Z 23	:	<b>Gefactureerde maand</b> Waarde 03, 06, 09 of 12 in functie van gefactureerde periode.
Z 25-26	:	<b>Datum van opstelling</b>
Z 27	:	<b>KBO-nummer</b> Verplicht vanaf gefactureerde maand juli 2015
Z 28	:	<b>Referentie instelling</b>
Z 31-34	:	<b>BIC financiële rekening A</b>
Z 36-41	:	<b>IBAN financiële rekening A</b>
Z 43a	:	<b>BIC financiële rekening B</b>
Z 45-46-47a	:	Gereserveerd staatshervorming
Z 48	:	Gereserveerd staatshervorming
Z 49-52	:	<b>IBAN financiële rekening B</b>
Z 53-54a	:	Gereserveerd staatshervorming
Z 99	:	<b>Controlecijfer van het record</b>

Recordtype 20

Z 1	: <b>Recordtype 20</b>
Z 2	: <b>Volgnummer record</b>
Z 3	: <b>Toestemming derdebetalende</b> Altijd 0 (vanaf prestatiedatum 1/5/2022)
(8) Z 4	: <b>Uur van opname</b> Uur vermelden
Z 5	: <b>Datum van opname</b> Datum vermelden
Z 6a-6b	: <b>Datum van ontslag</b> Vermelden indien verblijfsperiode wordt afgesloten
Z 7	: <b>Nummer ziekenfonds van aansluiting</b>
Z 8a-8b	: <b>Identificatie rechthebbende</b>
Z 9	: <b>Geslacht rechthebbende16</b>
Z 10	: <b>Type factuur</b> Factuurtype 4
Z 11	: <b>Type facturering</b>
Z 13	: <b>Dienst 721 bis : 0</b>
Z 14	: <b>Nummer facturerende instelling</b> Nummer PVT in overeenstemming met R 10 Z 14.
Z 15	: <b>Stamnummer van de (verplegings-)inrichting (of revalidatiecentrum) waar de rechthebbende opgenomen is (verblijft)</b> Nummer PVT.
Z 16	: <b>Code stuiten verjaringstermijn: 0 of 1</b>
Z 17	: <b>Reden behandeling: Altijd 0</b>
Z 18	: <b>Nummer ziekenfonds van bestemming</b>
Z 19	: <b>Nummer opname: Altijd 0</b>
Z 20-21	: <b>Datum akkoord revalidatiebehandeling: Altijd 0</b>
Z 22	: <b>Uur van ontslag</b> Vermelden als datum ontslag werd ingevuld
Z 24-25	: <b>Nummer individuele factuur</b> Nummer vermelden
Z 26	: <b>Toepassing sociale franchise : 0</b>
Z 27	: <b>Code gerechtigde 1 + 2</b>
Z 28	: <b>Referentie instelling</b>
Z 29-30-31	: <b>Nummer vorige factuur : 0</b>
Z 32	: <b>FLAG identificatie rechthebbende</b>
Z 34-35-36	: <b>Nummer vorige zending</b>
Z 37	: <b>Nummer ziekenfonds vorige facturering</b>
Z 38-39	: <b>Referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer A</b>
Z 41	: <b>Vorig gefactureerd jaar en maand</b>
Z 42-43-44-45	: <b>Referentiegegevens netwerk</b>
Z 47	: <b>Datum van facturering (facultatief)</b>
Z 49-51	: <b>Referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer B</b>
Z 53	: <b>Begindatum periode verzekeraarbaarheid</b>
Z 54a-54b	: <b>Einddatum periode verzekeraarbaarheid</b>
Z 55	: <b>Datum mededeling informatie</b>
Z 56	: <b>MAF lopend jaar</b>
Z 57	: <b>MAF lopend jaar -1</b>
Z 58	: <b>MAF lopend jaar -2</b>
Z 99	: <b>Controlecijfer van het record</b>

**Recordtype 30**

Z 1	: <b>Recordtype 30</b>
Z 2	: <b>Volgnummer record</b>
Z 3	: <b>Norm verpleegdag</b> Steeds 0
Z 4	: <b>Pseudo-code verpleegdag en forfait</b> Punt 2E, 3bis en 13
Z 5	: <b>Datum eerste gefactureerde dag</b> Vermelden
Z 6a-6b	: <b>Datum laatste gefactureerde dag</b> Vermelden
Z 7	: <b>Nummer ziekenfonds van aansluiting</b>
Z 8a-8b	: <b>Identificatie rechthebbende</b>
Z 9	: <b>Geslacht rechthebbende</b>
Z 10	: <b>Bevalling</b> Steeds 0
Z 11	: <b>Verwijzing financieel rekeningnummer</b>
Z 13	: <b>Dienstcode: 990</b>
Z 14	: <b>Plaats van verstrekking</b> Nummer PVT in overeenstemming met R 10 Z 14.
Z 15	: <b>Identificatie overeenkomst / Inrichting van verblijf</b> Nummer PVT.
Z 17-18	: <b>Betrekkelijke verstrekking</b> Steeds 0
Z 19	: <b>Teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming</b>
Z 22	: <b>Teken + aantal dagen of forfaits</b>
Z 24-25	: <b>Teken + indicatief bedrag grootte orde verblijfskosten</b> Altijd 0.
Z 27	: <b>Teken + persoonlijk aandeel patiënt</b>
Z 28	: <b>Referentie instelling</b>
Z 30-31	: <b>Teken + bedrag supplement</b>
Z 32	: <b>Uitzondering derdebetalersregeling</b>
Z 33	: <b>Code facturering persoonlijk aandeel of supplement</b>
Z 47	: <b>Datum akkoord verstrekking</b>
Z 48	: <b>Transplantatie</b> Steeds 0
Z 51	: <b>Ziekenhuissite</b>
Z 52	: <b>Identificatie associatie zorggebied</b>
Z 99	: <b>Controlecijfer van het record</b>

Recordtype 40

Z 1	: <b>Recordtype 40</b>
Z 2	: <b>Volgnummer record</b>
Z 3	: <b>Norm verstrekking</b> : 0
Z 4	: <b>Pseudo-code categorie geneesmiddel</b> : codes onder punt 2, 3, 4 en 5
Z 5	: <b>Datum eerste gefactureerde dag</b> Begindatum afleveringsperiode of datum van aflevering
Z 6a-6b	: <b>Datum laatste gefactureerde dag</b> Einddatum afleveringsperiode of datum van aflevering
Z 7	: <b>Nummer ziekenfonds van aansluiting</b>
Z 8a-8b	: <b>Identificatie rechthebbende</b>
Z 9	: <b>Geslacht rechthebbende</b>
Z 10	: <b>Bevalling</b> : 0
Z 11	: <b>Verwijzing financieel rekeningnummer</b>
(☞ 14) Z 12	: <b>Aanduiding medicatie in kader van lectuur eID: 0</b>
Z 13	: <b>Dienstcode</b> : 990 of 0 (0 enkel in geval van 0960293 – 0960304)
Z 14	: <b>Plaats van verstrekking</b> Nummer PVT
Z 15	: <b>Identificatie overeenkomst / inrichting van verblijf</b> Nummer PVT.
Z 16	: <b>Gratis geneesmiddelen</b>
Z 17-18	: <b>Betrekkelijke verstrekking</b> : 0
Z 19	: <b>Teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming</b> Zie art. 95, § 2 van K.B. 21 december 2001.
Z 20-21	: <b>Datum voorschrift</b> (gereserveerde zone)
Z 22	: <b>Teken + aantal eenheden</b> Het aantal afgeleverde farmaceutische eenheden (zie eenheid naast productcode aangeduid met "*" in KB van 21.12.2001)
Z 23	: <b>Eenheid</b>
Z 24-25	: <b>Identificatie voorschrijver</b> Voorschrijver moet vermeld worden.
Z 27	: <b>Teken + persoonlijk aandeel patiënt</b> Steeds 0.
Z 28	: <b>Referentie instelling</b>
Z 30-31	: <b>Teken + bedrag supplement</b> Enkel 960293 of 960304 mogelijk
Z 32	: <b>Uitzondering derdebetalersregeling</b>
Z 33	: <b>Code facturering persoonlijk aandeel of supplement</b> : 0
Z 34-35	: <b>Code uitzondering profylaxie</b> : 0
Z 36	: <b>Flag INN</b>
Z 37	: <b>Galenische vorm</b>
Z 38	: <b>Nummer tarifieringsdienst</b> Nummer erkende tarifieringsdienst
Z 39	: <b>Teken + theoretisch persoonlijk aandeel patiënt</b> : vermelden
Z 40-41	: <b>Nummer product</b> Zie farmaceutisch tarief, (KB van 21.12.2001) codes aangeduid met "*"
Z 42-43-44-45	: <b>Omschrijving product</b> Indien nodig.
Z 47	: <b>Datum akkoord verstrekking</b> Indien akkoord bestaat
Z 48	: <b>Transplantatie</b> : 0
Z 49	: <b>Nummer apotheker titularis</b>
Z 50	: <b>Geboortejaar</b> (facultatief)
Z 51	: <b>Ziekenhuissite</b>
Z 52	: <b>Identificatie associatie zorggebied</b>
Z 99	: <b>Controlecijfer van het record</b>

Recordtype 50

Z 1	: <b>Recordtype 50</b>
Z 2	: <b>Volgnummer record</b>
Z 3	: <b>Norm verstrekking (percentage)</b>
Z 4	: <b>Nomenclatuurcode of pseudo-nomenclatuurcode</b> Ambulante code
Z 5	: <b>Datum eerste verrichte verstrekking</b> Prestatiedatum
Z 6a-6b	: <b>Datum laatste verrichte verstrekking</b> Prestatiedatum
Z 7	: <b>Nummer ziekenfonds van aansluiting</b>
Z 8a-8b	: <b>Identificatie rechthebbende</b>
Z 9	: <b>Geslacht rechthebbende</b>
Z 10	: <b>Bevalling</b> Steeds 0
Z 11	: <b>Verwijzing financieel rekeningnummer</b>
Z 12	: <b>Nacht, weekeinde, feestdag</b>
Z 13	: <b>Dienstcode: 990</b>
Z 14	: <b>Plaats van verstrekking</b> Nummer PVT, behoudens ingeval van prestaties verricht in een laboratorium voor klinische biologie, een dienst die overeenkomstig de uitgevaardigde normen werd erkend, weefselbank, revalidatiecentrum of verplegingsinrichting. Zie prioriteiten R 50 Z 14 V 5.
Z 15	: <b>Identificatie verstrekker</b>
Z 16	: <b>Norm verstrekker</b>
Z 17-18	: <b>Betrekkelijke verstrekking</b>
Z 19	: <b>Teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming</b>
Z 20-21	: <b>Datum voorschrift</b>
Z 22	: <b>Teken + aantal eenheden</b>
Z 23	: <b>Afwijking maximaal aantal of identieke prestatie</b>
Z 24-25	: <b>Identificatie voorschrijver</b>
Z 26	: <b>Norm voorschrijver</b>
Z 27	: <b>Teken + persoonlijk aandeel patiënt</b>
Z 28	: <b>Referentie instelling</b>
Z 29	: <b>Behandelde tand</b>
Z 30-31	: <b>Teken + bedrag supplement</b>
(☞19) Z 32	: <b>Rechtvaardiging: steeds 0</b>
Z 33	: <b>Code facturering persoonlijk aandeel of supplement</b>
Z 34	: <b>Behandeld lid</b>
Z 35	: <b>Geconventioneerde verstrekker</b>
Z 36-37	: <b>Uur van prestatie</b>
Z 38	: <b>Identificatie toedienaar bloed</b>
Z 39-40	: <b>Nummer attest van toediening</b>
Z 41-42	: <b>Nummer afleveringsbon of zak</b>
Z 43a-43b	: <b>Code implant</b>
Z 44-45	: <b>Omschrijving product</b>
Z 46	: <b>Norm plafond</b>
Z 47	: <b>Basiswaarde verstrekking</b>
Z 48	: <b>Transplantatie</b>
Z 49	: <b>Identificatie bijkomende verstrekker</b>
Z 50a	: <b>Aandeel in forfait</b>
(☞14) Z 50b	: <b>Aanduiding prestatie in kader van lectuur eID: 0</b>
Z 51	: <b>Ziekenhuissite</b>
Z 52	: <b>Identificatie associatie zorggebied</b>
Z 53-54a	: <b>Ritnummer</b>
Z 55-56	: <b>Notificatiecode implantaat</b>
Z 99	: <b>Controlecijfer van het record</b>

Recordtype 80

Z 1	: <b>Recordtype 80</b>
Z 2	: <b>Volgnummer record</b>
Z 4	: <b>Uur van opname</b> Uur vermelden
Z 5	: <b>Datum van opname</b> Datum vermelden
Z 6a-6b	: <b>Datum van ontslag</b> Vermelden indien verblijfsperiode wordt afgesloten
Z 7	: <b>Nummer ziekenfonds van aansluiting</b>
Z 8a-8b	: <b>Identificatie rechthebbende</b>
Z 9	: <b>Geslacht rechthebbende</b>
Z 10	: <b>Type factuur</b> Factuurtype 4
Z 13	: <b>Dienst 721 bis : 0</b>
Z 14	: <b>Nummer facturerende instelling</b> Nummer PVT in overeenstemming met R 20 Z 14.
Z 15	: <b>Teken + bedrag financieel rekeningnummer B</b>
Z 17	: <b>Reden behandeling</b> Altijd 0
Z 18	: <b>Nummer ziekenfonds van bestemming</b>
Z 19	: <b>Teken + bedrag financieel rekeningnummer A</b>
Z 20-21	: <b>Factuurdatum</b>
Z 22	: <b>Uur van ontslag</b> Vermelden als datum ontslag werd ingevuld.
Z 24-25	: <b>Nummer individuele factuur</b> : nummer vermelden.
Z 27	: <b>Teken + persoonlijk aandeel patiënt</b>
Z 28	: <b>Referentie instelling</b>
Z 32	: <b>FLAG identificatie rechthebbende</b>
Z 30-31	: <b>Teken + bedrag supplement</b>
Z 38	: <b>Teken + voorschot financieel rekeningnummer A</b>
Z 55-56	: Gereserveerd staats Hervorming
Z 98	: <b>Controlecijfer van de factuur</b>
Z 99	: <b>Controlecijfer van het record</b>

**Recordtype 90**

Z 1	:	<b>Recordtype 90</b>
Z 2	:	<b>Volgnummer record</b>
Z 5-6a	:	<b>Financieel rekeningnummer A</b> Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011. ( R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 7	:	<b>Zendingsnummer</b>
Z 8a	:	<b>Financieel rekeningnummer B</b> Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011. ( R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 14	:	<b>Numer derdebetalende</b> Identificatienummer PVT.
Z 15	:	<b>Teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer B</b>
Z 19	:	<b>Teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer A</b>
Z 22	:	<b>Gefactureerd jaar</b>
Z 23	:	<b>Gefactureerde maand</b>
Z 27	:	<b>KBO-nummer</b> Verplicht vanaf gefactureerde maand juli 2015
Z 28	:	<b>Referentie instelling</b>
Z 31-34	:	<b>BIC financiële rekening A</b>
Z 36-41	:	<b>IBAN financiële rekening A</b>
Z 43a	:	<b>BIC financiële rekening B</b>
Z 45-46-47a	:	Gereserveerd staatshervorming
Z 49-52	:	<b>IBAN financiële rekening B</b>
Z 53-54a	:	Gereserveerd staatshervorming
Z 55-56	:	Gereserveerd staatshervorming
Z 98	:	<b>Controlecijfer van de zending</b>
Z 99	:	<b>Controlecijfer van het record</b>

<b>REKEN-EN AFRONDINGSREGELS VOOR GENEESMIDDELEN.</b>
---

**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<sup>de</sup> decimaal.

<b>A. Aflevering aan GEHOSPITALISEERDE rechthebbenden</b>
---

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

**Algemene regel** (zie voorbeeld 1)

Vergoedingsbasis x aantal eenheden : A

ZIV-tegemoetkoming:

$$B = A * 0,25$$

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

**Contrastmiddelen** (zie voorbeeld 15 BIS) **en andere geneesmiddelen aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)**

De verzekeringstegemoetkoming wordt verminderd met 10 % (15% vanaf 1/4/2019). Deze vermindering mag niet aan de patiënt gefactureerd worden.

ZIV-tegemoetkoming:

$$B = A * 0,25 * 0,90$$

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

**2. Buiten forfaitarisering**

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

**Geneesmiddelen van categorie A of Fa** (zie voorbeeld 2)

Vergoedingsbasis x aantal eenheden : A

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

ZIV-tegemoetkoming (Z 19):

$$B = A'$$

Ingeval van geneesmiddelen aan 90% (85% vanaf 1/4/2019):

ZIV-tegemoetkoming (Z 19):

$$B = A * 0,90$$

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

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

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

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

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

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



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 legemoetk Base de remb.	I	II	
		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	
	<b>1488-774</b>				<b>1,2900</b>	<b>1,2900</b>			
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	
	<b>1488-782</b>				<b>2,5700</b>	<b>2,5700</b>			
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					
	<b>0794-834</b>	<b>4 injectieflacons 4 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg/ml</b>	<b>4 flacons injectables 4 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg/ml</b>		<b>577,5000</b>	<b>577,5000</b>			
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					
	<b>0748-319</b>	<b>1 injectieflacon 100 IU poeder voor oplossing voor injectie, 100 IU</b>	<b>1 flacon injectable 100 IU poudre pour solution injectable, 100 IU</b>		<b>197,6000</b>	<b>197,6000</b>			
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

Ingeval van contrastmiddelen (zie vb. 15TER) of andere geneesmiddelen aan 90% (85% vanaf 1/4/2019):

ZIV-tegemoetkoming (Z 19):  $(A' - B) * 0,90$  **AFGEROND** naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar boven afgerond.

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' **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'

Ingeval van contrastmiddelen of andere geneesmiddelen aan 90% (85% vanaf 1/4/2019):

ZIV-tegemoetkoming (Z 19):  $(A' - B') * 0,90$  **AFGEROND** naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar boven afgerond.

<b>B. Aflevering aan AMBULANTE rechthebbenden</b>
---

**Algemene regel** (zie voorbeelden 16 en 17)

Prijs x aantal eenheden :	A	
	A'	<b>AFGEROND</b> 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'	<b>AFGEROND</b> 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'	<b>AFGEROND</b> 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'	<b>AFGEROND</b> 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'	

**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).

Vanaf 1/7/2020 is de 'veiligheidsmarge' (verschil tussen prijs en vergoedingsbasis) geschrapt.

**Uitzondering:** Categorie Fa en Fb: Het verschil tussen prijs en vergoedingsbasis (bedrag C') is integraal ten laste van het ziekenhuis. Dit bedrag mag dus niet aan de patiënt aangerekend worden.

**Contrastmiddelen** (zie voorbeeld 29) **en andere geneesmiddelen aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)**

De verzekeringstegemoetkoming wordt verminderd met 10 % (15% vanaf 1/4/2019). Deze vermindering mag niet aan de patiënt gefactureerd worden.

ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	$(B' - D') * 0,90$	<b>AFGEROND</b> 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.
----------------------------	--------------------	---

**Specifieke regels voor geneesmiddelen van categorie B, Fb 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.

**Ter info: remgeldpercentages en -plafonds**Remgeldpercentages per categorie

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

Remgeldplafonds (van toepassing vanaf 1 januari 2012):

Categorie	rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming	andere rechthebbenden
B, Fb	7,50	11,30
B, Fb (grote verpakking)	9,30	14,10
C	9,30	14,10

“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 tegemoeftk 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
	<b>2675-718</b>				<b>19,0100</b>	<b>14,2200</b>		
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
	<b>1524-214</b>				<b>71,0600</b>	<b>61,1700</b>		
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
	<b>0115-808</b>				<b>1,2900</b>	<b>0,8400</b>		
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		

## Bijlage 14.6

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
	<b>0321-596</b>				<b>22,5100</b>	<b>22,5100</b>		
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
	<b>1583-590</b>				<b>2,2800</b>	<b>2,2800</b>		
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
	<b>1402-569</b>				<b>2,0400</b>	<b>2,0400</b>		
Cx-10	1464-114	120 filmomhulde tabletten, 135 mg	120 comprimés pelliculés, 135 mg	G	9,57	9,57	6,01	6,01
	<b>1464-114</b>				<b>4,2500</b>	<b>4,2500</b>		
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		(zie ook hoofdstuk: IV voir aussi chapitre: IV) ATC: J02AC01				
B-134	2195-642	10 capsules, hard, 200 mg	10 gélules, 200 mg	R	64,59	61,85	9,94	13,54
	<b>2195-642</b>				<b>51,3300</b>	<b>48,9200</b>		
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
	<b>1327-576</b>				<b>139,5500</b>	<b>139,5500</b>		
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
	<b>1344-365</b>				<b>73,4200</b>	<b>73,4200</b>		
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				
	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		
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
	<b>2114-346</b>				<b>2,4100</b>	<b>2,4100</b>		
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		(zie ook hoofdstuk: IV voir aussi chapitre: IV) ATC: C10AA05				
B-41	1641-018	84 filmomhulde tabletten, 40 mg	84 comprimés pelliculés, 40 mg		189,49	189,49	8,90	13,50
	<b>1641-018</b>				<b>165,5000</b>	<b>165,5000</b>		
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 rechthebbers**

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

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

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

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

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

**Voorbeeld 2** (categorie A buiten forfaitarisering)

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

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

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

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

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

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

Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39): 0,37

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

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

**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.

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

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

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

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.

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

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

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

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.

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

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

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

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<sup>ste</sup> facturatiebestand, de overige 8 eenheden worden gefactureerd op een volgend facturatiebestand.

{	Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	$0,1275 * 2$	$= 0,2550$	$\approx 0,26$
	Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	0,26 (beperkt)		
	ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	$0,26 - 0,26$	$= 0,00$	
{	Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	$0,1275 * 8$	$= 1,0200$	$\approx 1,02$
	Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	0,11 (= $0,37 - 0,26$ )		
	ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	$1,02 - 0,11$	$= 0,91$	

1<sup>ste</sup> 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<sup>de</sup> 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.

Vergoedingsbasis \* aantal eenheden :  $0,0067 * 101 = 0,6767 \approx 0,68$

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

ZIV-tegemoetkoming (Z 19):  $0,68 - 0,68 = 0,00$

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<sup>ste</sup> facturatiebestand, de overige 10 eenheden worden gefactureerd op een volgend facturatiebestand.

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

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

1<sup>ste</sup> 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<sup>de</sup> 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.

{	Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	$0,2512 * 30$	$= 7,5360$	$\approx 7,54$
	Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	$0,37$		
	ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	$7,54 - 0,37$	$= 7,17$	
{	Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	$0,2512 * 10$	$= 2,5120$	$\approx 2,51$
	Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	$0,00$ (want reeds eerder $0,37$ in mindering gebracht voor deze schijf)		
	ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	$2,51 - 0,00$	$= 2,51$	

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:

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

Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):  $0,37$

ZIV-tegemoetkoming (Z 19):  $10,05 - 0,37 = 9,68$

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<sup>ste</sup> facturatiebestand, de overige 22 eenheden worden gefactureerd op een volgend facturatiebestand.

{	Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	$0,0178 * 63$	$= 1,1214$	$\approx 1,12$
	Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	$2 * 0,37$	$= 0,74$	
	ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	$1,12 - 0,74$	$= 0,38$	
{	Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	$0,0178 * 22$	$= 0,3916$	$\approx 0,39$
	Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	0,00 (want reeds eerder 0,37 EUR in mindering gebracht voor deze schijf)		
	ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	$0,39 - 0,00$	$= 0,39$	

1<sup>ste</sup> 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<sup>de</sup> 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<sup>ste</sup> facturatiebestand, de overige 80 eenheden worden gefactureerd op een volgend facturatiebestand.

{	Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	$0,0178 * 5$	$= 0,089$	$\approx 0,09$
	Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	$0,09$		
	ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	$0,09 - 0,09$	$= 0,00$	
{	Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	$0,0178 * 80$	$= 1,424$	$\approx 1,42$
	Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	$0,28 + 0,37 = 0,65$ (want reeds eerder 0,09 EUR in mindering gebracht voor de 1 <sup>ste</sup> schijf)		
	ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	$1,42 - 0,65$	$= 0,77$	

1<sup>ste</sup> 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<sup>de</sup> 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).

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

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

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

**Voorbeeld 14** (categorie B buiten forfaitarisering) (aantal afgeleverde eenheden < “schijf”) (facturatie via verschillende records omwille van dienstwijziging)

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 afgeleverd in dienst X, de overige 10 eenheden in dienst Y.

{	Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	$0,2512 * 30$	= 7,5360
			$\approx 7,54$
	Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	0,37	
	ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	$7,54 - 0,37$	= 7,17
{	Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	$0,2512 * 10$	= 2,5120
			$\approx 2,51$
	Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	0,37	
	ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	$2,51 - 0,37$	= 2,14

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
0	0753745	2,14	10	0,37

**Voorbeeld 15** (categorie C buiten forfaitarisering)

Aflevering van 32 eenheden Docacetyl 600 mg 0767-590\*\* (schijf = 30) aan een gehospitaliseerde patiënt in een ziekenhuis dat buiten de forfaitarisering valt.

Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	$0,0807 * 32$	= 2,5824
		$\approx 2,58$
Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	$2,5824 * 0,50$	= 1,2912
		$\approx 1,29$
ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	$2,58 - 1,29$	= 1,29

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
0	0750886	1,29	32	1,29

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

Aflevering van 2 eenheden Telebrix 0730-481\*\* aan een gehospitaliseerde patiënt in een acuut ziekenhuis.

Vergoedingsbasis \* aantal eenheden :  $14,99 * 2 = 29,98$

ZIV-tegemoetkoming (Z 19):  $29,98 * 0,25 * 0,90 = 6,7455$   
 $\approx 6,75$

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
0	0757864	6,75	2	0

**Voorbeeld 15 TER** (contrastmiddel – buiten forfaitarisering) (op basis van prijzen op 1/1/2013)

Aflevering van 2 eenheden Telebrix 0730-481\*\* aan een gehospitaliseerde patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis.

Vergoedingsbasis \* aantal eenheden :  $14,99 * 2 = 29,98$

Theoretisch persoonlijk aandeel:  $2 * 0,37 = 0,74$

ZIV-tegemoetkoming (Z 19):  $(29,98 - 0,74) * 0,90 = 26,316$   
 $\approx 26,32$

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
0	0757945	26,32	2	0,74

**Voorbeelden ambulante rechthebbenden**

Opmerking: Voor afleveringen vanaf 1/7/2020 is de 'veiligheidsmarge' geschrapt. De voorbeelden hieronder van referentiespecialiteiten met verschil tussen prijs en vergoedingsbasis zijn dus niet meer van toepassing.

**Voorbeeld 16** (categorie A)

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

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

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

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

$$\text{Persoonlijk aandeel (Z 27):} \quad 23,06$$

$$\text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad 158,29$$

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

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

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

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

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

$$\text{Persoonlijk aandeel (Z 27):} \quad 0,00 + 5,48 = 5,48$$

$$\text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad 6,86 - 5,48 = 1,38$$

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.

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

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

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

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

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

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

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.

$$\text{Prijs * aantal eenheden :} \quad 0,4088 * 80 \quad = 32,7040 \\ \approx 32,70$$

$$\text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} \quad 0,3058 * 80 \quad = 24,4640 \\ \approx 24,46$$

$$32,7040 - 24,4640 \quad = 8,2400 \\ \approx 8,24$$

Berekening remgeld 1<sup>ste</sup> schijf

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

$$\text{Percentage remgeld:} \quad 0,25 * 18,3480 \quad = 4,5870 \\ \approx 4,59$$

Berekening remgeld 2<sup>de</sup> schijf

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

$$\text{Percentage remgeld:} \quad 0,25 * 6,1160 \quad = 1,5290 \\ \approx 1,53$$

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

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

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.

$$\text{Prijs * aantal eenheden : } 6,1520 * 9 = 55,3680 \\ \approx 55,37$$

$$\text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden : } 5,8970 * 9 = 53,0730 \\ \approx 53,07$$

$$55,3680 - 53,0730 = 2,2950 \\ \approx 2,29$$

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

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

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

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.

$$\text{Prijs * aantal eenheden : } 0,8494 * 99 = 84,0906 \\ \approx 84,09$$

$$\text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden : } 0,8494 * 99 = 84,0906 \\ \approx 84,09$$

$$84,0906 - 84,0906 = 0,0000 \\ \approx 0,00$$

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

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

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

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.

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

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

$$93,4340 - 93,4340 = 0,0000 \approx 0,00$$

Berekening remgeld 1<sup>ste</sup> schijf

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

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

Berekening remgeld 2<sup>de</sup> schijf

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

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

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

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

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 remgeldplafonning)

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

$$\text{Prijs * aantal eenheden : } \quad 0,8494 * 59 \quad = 50,1146 \\ \approx 50,11$$

$$\text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden : } \quad 0,8494 * 59 \quad = 50,1146 \\ \approx 50,11$$

$$50,1146 - 50,1146 = 0,0000 \\ \approx 0,00$$

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

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

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

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.

$$\text{Prijs * aantal eenheden : } \quad 2,1657 * 30 \quad = 64,9710 \\ \approx 64,97$$

$$\text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden : } \quad 2,1657 * 30 \quad = 64,9710 \\ \approx 64,97$$

$$64,9710 - 64,9710 = 0,0000 \\ \approx 0,00$$

Berekening remgeld per schijf

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

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

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

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

## Bijlage 14.23

**Voorbeeld 25** (categorie B; aantal eenheden > schijf; remgeldplafond “grote verpakking” voor 1<sup>ste</sup> schijf, remgeldplafond “gewone verpakking” voor 2<sup>de</sup> 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<sup>ste</sup> schijf

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

$$\begin{aligned} \text{Percentage remgeld:} & & 0,15 * 182,5404 & = 27,38106 \\ & & & \approx 27,38 \end{aligned}$$

$$\text{plafond} \quad = 8,90 \text{ (want aflevering} > 60 \text{ eenheden)}$$

### Berekening remgeld 2<sup>de</sup> schijf

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

$$\begin{aligned} \text{Percentage remgeld:} & & 0,15 * 121,6936 & = 18,25404 \\ & & & \approx 18,25 \end{aligned}$$

$$\text{plafond} \quad = 7,20 \text{ (want aflevering} \leq 60 \text{ eenheden)}$$

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

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.

$$\text{Prijs * aantal eenheden :} \quad 2,1731 * 28 \quad = 60,8468 \\ \approx 60,85$$

$$\text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} \quad 2,1731 * 28 \quad = 60,8468 \\ \approx 60,85$$

$$60,8468 - 60,8468 \quad = 0,0000 \\ \approx 0,00$$

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

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

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

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

**Voorbeeld 28** (categorie Fa) (op basis van prijzen 1/9/2012)

Aflevering van 3 eenheden Neorecormon 0761-882 (schijf = 1) aan een ambulante patiënt.

$$\text{Prijs * aantal eenheden :} \quad 18,9950 * 3 \quad = 56,9850 \\ \approx 56,99$$

$$\text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} \quad 18,4300 * 3 \quad = 55,2900 \\ \approx 55,29$$

$$18,9950 - 18,4300 \quad = 0,5650 \\ \approx 0,56$$

$$\text{Persoonlijk aandeel (Z 27):} \quad 0,00$$

$$\text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad 55,29$$

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 27 (P.A.)
0	0757632	55,29	3	0,00



**Voorbeeld 29** (contrastmiddel – categorie B) (aantal eenheden > schijf; geen plafonnering van het remgeld) (op basis van prijzen op 1/1/2013)

Aflevering van 2 eenheden Telebrix 0730-481\* (schijf = 1) aan een ambulante patiënt zonder voorkeurregeling.

$$\begin{array}{l} \text{Prijs * aantal eenheden :} \\ 18,25 * 2 \\ = 36,50 \\ \approx 36,50 \end{array}$$

$$\begin{array}{l} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} \\ 18,25 * 2 \\ = 36,50 \\ \approx 36,50 \end{array}$$

$$\begin{array}{l} 36,50 - 36,50 \\ = 0,0000 \\ \approx 0,00 \end{array}$$

Berekening remgeld 1<sup>ste</sup> schijf

$$\begin{array}{l} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} \\ 18,25 * 1 \\ = 18,25 \end{array}$$

$$\begin{array}{l} \text{Percentage remgeld:} \\ 0,25 * 18,25 \\ = 4,5625 \\ \approx 4,56 \end{array}$$

Berekening remgeld 2<sup>de</sup> schijf

$$\begin{array}{l} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} \\ 18,25 * 1 \\ = 18,25 \end{array}$$

$$\begin{array}{l} \text{Percentage remgeld:} \\ 0,25 * 18,25 \\ = 4,5625 \\ \approx 4,56 \end{array}$$

$$\text{Persoonlijk aandeel (Z 27):} \quad 0,00 + 4,56 + 4,56 = 9,12$$

$$\text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad (36,50 - 9,12) * \underline{0,90} = 24,6420 \\ \approx 24,64$$

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 27 (P.A.)
0	0757912	24,64	2	9,12

**Voorbeeld 30** (contraceptiva jongeren met gewone tegemoetkoming en met specifieke tegemoetkoming (op basis van voorlopige lijst contraceptiva versie februari 2013))

Aflevering van 3 eenheden (= 3 strips van elk 21 tabletten) MARVELON 0732-859\* aan een jonge vrouw van 18 jaar die in een revalidatiecentrum verblijft.

$$\begin{aligned} \text{Prijs * aantal eenheden :} & \quad 3,3200 * 3 & = 9,9600 \\ & & \approx 9,9600 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} & \quad 2,3800 * 3 & = 7,1400 \\ & & \approx 7,14 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 9,9600 - 7,1400 & = 2,8200 \\ & \approx 2,82 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Percentage remgeld:} & \quad 0,80 * 7,1400 & = 5,712 \\ & & \approx 5,71 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Specifieke tegemoetkoming:} & \quad 1,9040 * 3 & = 5,712 \\ & & \approx 5,71 \end{aligned}$$

$$\text{Persoonlijk aandeel (Z 27):} \quad 2,82 + 5,71 - 5,71 = 2,82$$

$$\text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad 7,14 - 5,71 + 5,71 = 7,14$$

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 27 (P.A.)
0	0757956	7,14	3	2,82

**Voorbeeld 31** (contraceptiva jongeren met uitsluitend specifieke tegemoetkoming (op basis van voorlopige lijst contraceptiva versie februari 2013))

Aflevering van 3 eenheden (= 3 strips van elk 21 tabletten) ANNAIS xxxx-xxx\* aan een jonge vrouw van 18 jaar die in een revalidatiecentrum verblijft.

$$\begin{aligned} \text{Prijs * aantal eenheden :} & \quad 6,1369 * 3 & = 18,4107 \\ & & \approx 18,41 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Specifieke tegemoetkoming:} & \quad 3,0000 * 3 & = 9,0000 \\ & & \approx 9,00 \end{aligned}$$

$$\text{Supplement (Z 30-31):} \quad 18,41 - 9,00 = 9,41$$

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 27 (P.A.)	Z 30-31 (supplement)
0	0757971	9,00	3	0	9,41

## Facturatie van parenterale voeding ten huize van de patiënt

### 1. Reglementaire basis: KB van 20/7/2007 (BS 14/8/2007)

Het forfait “parenterale voeding ten huize van de patiënt” dekt:

- Farmaceutische specialiteiten, verwerkt in de oplossing maar die niet opgenomen zijn in de nomenclatuur
- Kosten die betrekking hebben op het aangewende bereidingsmateriaal en op de bereiding zelf
- Kosten voor het materiaal dat nodig is voor de toediening (met uitzondering van de pomp en staander voor perfusie)

Er mogen aan de rechthebbende geen supplementen worden aangerekend.

De vergoedbare farmaceutische specialiteiten, verwerkt in de oplossing, worden afzonderlijk vergoed, onder de normale voorwaarden van het KB van 21 december 2001, met dien verstande dat de perfusievloeistoffen van vergoedingsgroepen B-181 tot B-186 vergoedbaar zijn aan 100% van de vergoedingsbasis.

Het persoonlijk aandeel is forfaitair, namelijk 0,62 EUR per dag.

### 2. Vertaling naar facturatie-instructies

Forfait “parenterale voeding ten huize van de patiënt”: R 50

Z 4: pseudo-code 0754714 (prestaties vóór 1/9/2007) of 0751354, 0751376, 0751391, 0751413 (prestaties vanaf 1/9/2007)

Z 19: bedrag forfait

Z 27: nul

Vergoedbare farmaceutische specialiteiten: R 40

Z 4: pseudo-code categorie volgens normale regels

Z 19: ZIV-tegemoetkoming berekend volgens normale regels voor ambulante patiënten

Z 27: nul (want P.A. is forfaitair bedrag van 0,62 EUR per dag en wordt gefactureerd in R 30)

Z 39: theoretisch persoonlijk aandeel

Persoonlijk aandeel vergoedbare farmaceutische specialiteiten: R 30

Z 4: pseudo-code 750175

Z 19: nul

Z 27: forfaitair bedrag per dag

## 1. Concrete voorbeelden van facturatie

### 3.1. Ambulant

#### Voorbeeld 1:

Patiënt krijgt parenterale voeding thuis gedurende 1 dag (1 zak op maat voor kinderen)

In deze zak is 1 eenheid (flacon 500ml) van de specialiteit Aminoplasmal (B-184) verwerkt.

#### Berekening van de ZIV-tegemoetkoming van deze specialiteit:

$$\begin{array}{rcl} \text{vergoedingsbasis} * \text{aantal eenheden} & = & 12,8900 * 1 = 12,8900 \\ & & \text{afgerond} \quad \quad \quad 12,89 \end{array}$$

theoretisch persoonlijk aandeel = nul (perfusievloeistoffen van de vergoedingsgroepen B-181 tot B-186 zijn vergoedbaar aan 100% van de vergoedingsbasis)

ZIV-tegemoetkoming = 12,89

R		30	40	50
ZONE				
4	PSEUDO-NOMENCLATUURNUMMER	0750175	0750912	0751376
5	BEGINDATUM VERSTREKKING	20071001	20071001	20071001
6	EINDDATUM VERSTREKKING	20071001	20071001	20071001
15	IDENTIFICATIE OVEREENKOMST/ INRICHTING VAN VERBLIJF / VERSTREKKER	0	0	0
17-18	BETREKKELIJKE VERSTREKKING	0	0751376	0
19	BEDRAG V.I.	0	12,89	83,00
22	AANTAL	1	1	1
27	PERSOONLIJK AANDEEL	0,62	0	0
30-31	BEDRAG SUPPLEMENT	0	0	0
39	THEORETISCH PERSOONLIJK AANDEEL		0	
40-41	NUMMER PRODUCT	0	0723-049	0

Voorbeeld 2:

Patiënt krijgt parenterale voeding thuis gedurende 3 dagen (3 zakken op maat voor kinderen)  
Er worden 3 eenheden van de specialiteit Aminoplasmaal (B-184) gebruikt.

Berekening van de ZIV-tegemoetkoming van deze specialiteit:

$$\begin{array}{rcl} \text{vergoedingsbasis} * \text{aantal eenheden} = & 12,8900 * 3 = & 38,6700 \\ & \text{afgerond} & 38,67 \end{array}$$

theoretisch persoonlijk aandeel = nul (perfusievloeistoffen van de vergoedingsgroepen B-181 tot B-186 zijn vergoedbaar aan 100% van de vergoedingsbasis)

ZIV-tegemoetkoming = 38,67

R		30	40	50	50	50
ZONE						
4	PSEUDO-NOMENCLATUURNUMMER	0750175	0750912	0751376	0751376	0751376
5	BEGINDATUM VERSTREKKING	20071001	20071001	20071001	20071002	20071003
6	EINDDATUM VERSTREKKING	20071003	20071003	20071001	20071002	20071003
15	IDENTIFICATIE OVEREENKOMST / INRICHTING VAN VERBLIJF / VERSTREKKER	0	0	0	0	0
17-18	BETREKKELIJKE VERSTREKKING	0	0751376	0	0	0
19	BEDRAG V.I.	0	38,67	83,00	83,00	83,00
22	AANTAL	3	3	1	1	1
27	PERSOONLIJK AANDEEL	1,86	0	0	0	0
30-31	BEDRAG SUPPLEMENT	0	0	0	0	0
39	THEORETISCH PERSOONLIJK AANDEEL		0			
40-41	NUMMER PRODUCT	0	0723-049	0	0	0

### 3.2. Gehospitaliseerd

De forfaits “parenterale voeding ten huize van de patiënt” mogen NIET aangerekend worden. De vergoedbare farmaceutische specialiteiten, verwerkt in de parenterale voeding, worden aangerekend volgens de gewone regels voor een gehospitaliseerde patiënt: gewone ZIV-tegemoetkoming, persoonlijk aandeel = gewoon farmaceutisch forfait van 0,62 EUR per dag (pseudo-code 0750002)

#### Voorbeeld:

Een gehospitaliseerde patiënt krijgt gedurende 3 dagen parenterale voeding toegediend (3 zakken). Er zijn 3 eenheden van de specialiteit Aminoplasma (B-184) verwerkt in de parenterale voeding.

#### Berekening ZIV-tegemoetkoming van deze specialiteit:

$$\begin{aligned} \text{vergoedingsbasis} * \text{aantal eenheden} & \quad 10,5900 * 3 & = & \quad 31,7700 \\ 31,7700 * 0,25 & & = & \quad 7,9425 \\ & \text{afgerond} & & \quad 7,94 \end{aligned}$$

theoretisch persoonlijk aandeel = 0

ZIV-tegemoetkoming = 7,94

(voor perfusievloeistoffen afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden is de ZIV-tegemoetkoming gelijk aan de vergoedingsbasis, zie art.95, §1 van het KB van 21/12/2001)

R		30	40
ZONE			
4	PSEUDO-NOMENCLATUURNUMMER	0750002	0756022
5	BEGINDATUM VERSTREKKING	20071001	20071001
6	EINDDATUM VERSTREKKING	20071003	20071003
17-18	BETREKKELIJKE VERSTREKKING	0	0
19	BEDRAG V.I.	0	7,94
22	AANTAL	3	3
27	PERSOONLIJK AANDEEL	1,86	0
30-31	BEDRAG SUPPLEMENT	0	0
39	THEORETISCH PERSOONLIJK AANDEEL		0
40-41	NUMMER PRODUCT	0	0723-049

Structuur van de RIZIV-identificatienummers

(8) (geldig voor de beroepen en types instellingen gecreëerd vóór 2022)  
(nieuwe logica vanaf 2022: zie bijlage 16.21)

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

**1. Zorgverleners.**

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

A. Beroep (1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> cijfer van het identificatienummer).

10 tot 19	artsen
20 tot 29	apothekers
30 tot 39	tandheelkundigen
40	vroedvrouwen
41 tot 49	verpleegkundigen
50 tot 55	kinesitherapeuten
56	diëtisten
57	podologen
58	logopedisten
59	orthoptisten
60	logopedisten
61	orthopedisten
62	bandagisten
63	verstrekkers van implantaten
64	bandagisten
65	ergotherapeuten
66	opticiens
67	gehoorprothesisten
68	apothekers – biologen
69	leveranciers van zelfzorgmateriaal die geen apotheek zijn
70	cognitief gedragstherapeut voor CVS, klinisch psycholoog, klinisch orthopedagoog
80 tot 94	verzorgingspersoneel en zorgkundigen
95 tot 97	verpleegkundigen rusthuizen
98 tot 99	verzorgingspersoneel en zorgkundigen

B. Volgnummer (3<sup>de</sup> t.e.m. 6<sup>de</sup> cijfer van het identificatienummer).1) Artsen.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

2) Apothekers.

Nummer toegekend door het RIZIV.

3) Tandheelkundigen.

2<sup>de</sup> en 3<sup>de</sup> cijfer : de twee laatste cijfers van het jaar waarin het diploma is behaald op grond waarvan de tandheelkunde mag worden beoefend;

4<sup>de</sup>, 5<sup>de</sup> en 6<sup>de</sup> cijfer : het volgnummer in bedoeld jaar, toegekend door het RIZIV.

4) Vroedvrouwen.

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

5) Verpleegkundigen.

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

6) Kinesitherapeuten.

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

7) Diëtisten.

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

8) Podologen.

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

9) Logopedisten.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

10) Orthoptisten.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

11) Orthopedisten.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

12) Bandagisten.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

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

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

14) Ergotherapeuten

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.



- 15) Opticiens.  
Een volgnummer tussen 0001 en 9999.
- 16) Gehoorthesisten.  
Een volgnummer tussen 0001 en 9999.
- 17) Apothekers-biologen.  
Een volgnummer tussen 0001 en 9999.
- 18) Leveranciers van zelfzorgmateriaal die geen apotheek zijn.  
Een volgnummer tussen 0001 en 9999.
- 19) Cognitief gedragstherapeut voor CVS, klinisch psycholoog, klinisch orthopedagoog  
Een volgnummer tussen 0001 en 9999.
- 20) Verzorgingspersoneel en zorgkundigen.  
Het 4<sup>de</sup> tot 8<sup>ste</sup> cijfer vormen een volgnummer tussen 10.000 en 99.000, toegekend door het RIZIV.

C. Check-digits (7<sup>de</sup> en 8<sup>ste</sup> cijfer van het identificatienummer), met uitzondering van het nummer van het verzorgingspersoneel

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

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

De check-digit van RIZIV-nummers die vanaf 1/10/2013 aan thuisverpleegkundigen en vanaf 1/12/2017 aan vroedvrouwen en vanaf 15/6/2019 aan artsen worden toegekend, wordt berekend volgens de methode van de modulo 89.

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

- 1) 89, en
- 2) de rest van de deling waarvan het deeltal wordt gevormd door de cijfers van de posities 1 t.e.m. 6 van het inschrijvingsnummer, en de deler gelijk is aan 89.

De unieke identificatie zal voortaan op basis van de eerste 8 posities van het nummer moeten gebeuren en niet langer op basis van de eerste 6 posities. Concreet betekent dit dat het mogelijk zal zijn dat de eerste 6 cijfers van het RIZIV-nummer van 2 verschillende verpleegkundigen of vroedvrouwen identiek zijn.

D. Bekwaming van een verstrekker (9<sup>de</sup> t.e.m. 11<sup>de</sup> cijfer van het identificatienummer).

De bekwaming verschilt van verstrekker tot verstrekker.

Het is mogelijk dat één verstrekker meerdere bevoegdheidscodes heeft. Dit betekent dat voor elke bevoegdheid de eerste 8 cijfers steeds dezelfde zijn en het 9<sup>de</sup> tot 11<sup>de</sup> cijfer zal verschillen naargelang de bevoegdheid.

1. Artsen

Zie officiële lijst met bevoegdheidscodes gepubliceerd op de website van het RIZIV (<http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/Paginas/bevoegdheidscodes-riziv-nummer-zorgverleners.aspx>).

2. Apothekers

- (☞8) Zie officiële lijst met bevoegheidscodes gepubliceerd op de website van het RIZIV (<http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/Paginas/bevoegdheidscodes-riziv-nummer-zorgverleners.aspx>)

3. Tandheelkundigen

Zie officiële lijst met bevoegheidscodes gepubliceerd op de website van het RIZIV (<http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/Paginas/bevoegdheidscodes-riziv-nummer-zorgverleners.aspx>)

4. Vroedvrouwen

- (☞8) Zie officiële lijst met bevoegheidscodes gepubliceerd op de website van het RIZIV (<http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/Paginas/bevoegdheidscodes-riziv-nummer-zorgverleners.aspx>)

5. Verpleegkundigen :

- (☞8) Zie officiële lijst met bevoegheidscodes gepubliceerd op de website van het RIZIV (<http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/Paginas/bevoegdheidscodes-riziv-nummer-zorgverleners.aspx>)

6. Kinesitherapeuten

- (☞8) Zie officiële lijst met bevoegheidscodes gepubliceerd op de website van het RIZIV (<http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/Paginas/bevoegdheidscodes-riziv-nummer-zorgverleners.aspx>)

7. Diëtisten

- (☞8) Zie officiële lijst met bevoegheidscodes gepubliceerd op de website van het RIZIV (<http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/Paginas/bevoegdheidscodes-riziv-nummer-zorgverleners.aspx>)

8. Podologen

- (☞8) Zie officiële lijst met bevoegheidscodes gepubliceerd op de website van het RIZIV (<http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/Paginas/bevoegdheidscodes-riziv-nummer-zorgverleners.aspx>)

9. Logopedisten

- (☞8) Zie officiële lijst met bevoegheidscodes gepubliceerd op de website van het RIZIV (<http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/Paginas/bevoegdheidscodes-riziv-nummer-zorgverleners.aspx>)

10. Orthoptisten

: 900

11. Orthopedisten (100-199)

- (☞8) Zie officiële lijst met bevoegheidscodes gepubliceerd op de website van het RIZIV (<http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/Paginas/bevoegdheidscodes-riziv-nummer-zorgverleners.aspx>)

12. Bandagisten (200-299)
- (☞8) Zie officiële lijst met bevoegheidscodes gepubliceerd op de website van het RIZIV  
(<http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/Paginas/bevoegdheidscodes-riziv-nummer-zorgverleners.aspx>)
13. Verstrekkers van implantaten (300-599)
- (☞8) Zie officiële lijst met bevoegheidscodes gepubliceerd op de website van het RIZIV  
(<http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/Paginas/bevoegdheidscodes-riziv-nummer-zorgverleners.aspx>)
14. Ergotherapeuten : 650
15. Opticiens (600-699)
- (☞8) Zie officiële lijst met bevoegheidscodes gepubliceerd op de website van het RIZIV  
(<http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/Paginas/bevoegdheidscodes-riziv-nummer-zorgverleners.aspx>)
16. Audiciens (700-799)
- (☞8) Zie officiële lijst met bevoegheidscodes gepubliceerd op de website van het RIZIV  
(<http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/Paginas/bevoegdheidscodes-riziv-nummer-zorgverleners.aspx>)
17. Apothekers-biologen (000), (800-899) of (900-999)
- (☞8) Zie officiële lijst met bevoegheidscodes gepubliceerd op de website van het RIZIV  
(<http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/Paginas/bevoegdheidscodes-riziv-nummer-zorgverleners.aspx>)
18. Leveranciers van zelfzorgmateriaal die geen apotheek zijn
- algemene bevoegdheid voor het afleveren van het materiaal in het kader van de zorgtrajecten : 004
  - algemene bevoegdheid voor het afleveren van het materiaal in het kader van de zorgtrajecten, behalve de lancetten : 005
19. Cognitief gedragstherapeut voor CVS, klinisch psycholoog, klinisch orthopedagoog
- Cognitief gedragstherapeut : 000
  - Erkend klinisch psycholoog of orthopedagoog : 000
  - (☞19) Klinisch psycholoog of orthopedagoog in opleiding : 001

20. Verzorgingspersoneel en zorgkundigena) Verzorgingspersoneel

- Het 9<sup>de</sup> cijfer =
- 1 : Nederlandstalig
  - 2 : Franstalig
  - 3 : Duitstalig
- Het 10<sup>de</sup> cijfer =
- 1 : drager van een erkend diploma
  - 2 : geassimileerd in toepassing van een beslissing van de bevoegde Gemeenschaps- of Gewestminister
  - 3 : geassimileerd ingevolge leeftijd of anciënniteit
  - 4 : geslaagd in bijscholing (tot 31 oktober 1996)
  - 9 : volgt bijscholing (tot 31 oktober 1996)
  - 0 : niet gekwalificeerd.
- Het 11<sup>de</sup> cijfer =
- 1 : Vlaamse Gemeenschap
  - 2 : Franse Gemeenschap
  - 3 : Duitstalige Gemeenschap
  - 4 : Ministère de l'Éducation Nationale (Franstalig diploma)
  - 5 : Ministerie van Nationale Opvoeding (Nederlandstalig diploma)
  - 6 : Ministerie van Volksgezondheid
  - 7 : Buitenlands diploma
  - 8 : Andere
  - 0 : geen of nog geen kwalificatie.

b) ZorgkundigenVanaf 1/12/2019

De verschillende bevoegdheidscodes worden geschrapt, enkel de code 440 blijft behouden.

440: Zorgkundige houder van een visa van de FOD Volksgezondheid

(☞8)

**Bijlage 16.7**

Bijlage geschrapt.

(☞8)

**Bijlage 16.8**

Bijlage geschrapt.

(☞8)

**Bijlage 16.9**

Bijlage geschrapt.

(☞8)

**Bijlage 16.10**

Bijlage geschrapt.



(☞8)

**Bijlage 16.11**

Bijlage geschrapt.

(☞8)

**Bijlage 16.12**

Bijlage geschrapt.

(~~8~~)

**Bijlage 16.13**

Bijlage geschrapt.

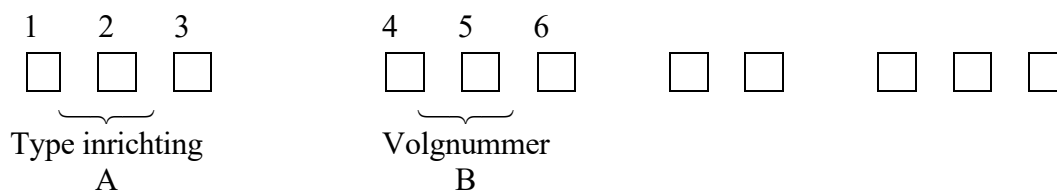
(☞8)

**Bijlage 16.14**

Bijlage geschrapt.

## 2. Verzorgingsinrichtingen.

Identificatienummer toegekend door het RIZIV is als volgt samengesteld :



### A. Type inrichting (1<sup>ste</sup> tot 3<sup>de</sup> cijfer)

In een aantal gevallen (774, 776, 781, 782, 784, 786, 789, 968) wordt het type inrichting verder onderverdeeld op het niveau van het 4<sup>de</sup> tot het 6<sup>de</sup> cijfer.

#### 1. Ziekenhuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen, beschut wonen

	-	Algemene ziekenhuizen	: 710
	-	Erkenning van een dienst in associatie met één of meerdere ziekenhuizen	: 715
	-	Militair Ziekenhuis – Neder-Over-Heembeek	: 719
	-	Psychiatrische inrichtingen	: 720
	-	Forensisch psychiatrisch centrum	: 721
(☞ 11)	-	Centrum voor geestelijke gezondheidszorg	: 722
	-	Psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT)	: 725
	-	Initiatieven voor beschut wonen (BW)	: 726

#### 2. Rustoorden voor bejaarden (ROB)

-	Erkende inrichtingen die ressorteren onder de Franse Gemeenschap	: 73Y
-	Erkende inrichtingen die ressorteren onder Brussel	: 74Y
-	Erkende inrichtingen die ressorteren onder de Vlaamse Gemeenschap	: 76Y
-	Geregistreerde niet-erkende inrichtingen die ressorteren onder de Franse en Duitstalige Gemeenschap	: 735
-	Erkende inrichtingen die ressorteren onder de Duitstalige Gemeenschap	: 737
-	Geregistreerde niet-erkende inrichtingen die ressorteren onder Brussel	: 745
-	Geregistreerde niet-erkende inrichtingen die ressorteren onder de Vlaamse Gemeenschap	: 765

3. Rust- en Verzorgingstehuizen (RVT)

- Inrichtingen die ressorteren onder de Vlaamse Gemeenschap : 750
- Inrichtingen die ressorteren onder de Franse Gemeenschap : 751
- Inrichtingen die ressorteren onder Brussel : 752
- Inrichtingen die ressorteren onder de Duitstalige Gemeenschap : 753

Vanaf 01/07/2007 heeft elke instelling (ROB-RVT) een uniek RIZIV-nummer (los van de verschillende erkenningen).

De eerste 8 posities worden overgenomen uit het oude ROB-nummer; indien geen ROB, dan oude RVT-nummer.

4. Centra voor Dagverzorging (CDV)

- Inrichtingen die ressorteren onder de Vlaamse Gemeenschap : 755
- Inrichtingen die ressorteren onder de Franse Gemeenschap : 756
- Inrichtingen die ressorteren onder Brussel : 757
- Inrichtingen die ressorteren onder de Duitstalige Gemeenschap : 758

5. Revalidatie.

- Revalidatiecentrum voor hersenverlamden Arthur Regnier : 770
- Motorische revalidatie : 771
- Psycho-sociale revalidatie : 772
- Revalidatieprogramma voor alcoholici en druggebruikers : 773
- Revalidatieprogramma voor ernstige psychische aandoeningen, vroegtijdige stoornissen interactie ouders-kind, autismespectrumstoornissen : 774
  - tussen 001 en 499 : psycho-sociale revalidatie van kinderen en adolescenten met ernstige psychische aandoeningen
  - tussen 501 en 599 : revalidatieprogramma voor vroegtijdige stoornissen van de interactie ouders-kind
  - tussen 601 en 999 : autismespectrumstoornissen
- Revalidatieprogramma voor kinderen met ernstige medisch-psycho-sociale pathologie : 775
- Medico-psycho-sociale revalidatie, respiratoire aandoeningen, pediatrie revalidatiecentra, respijteenheden : 776
  - tussen 001 en 099 : revalidatie inrichtingen voor medico-psycho-sociale revalidatie
  - tussen 101 en 199 : medische en psychosociale begeleiding bij de behandeling van de gevolgen van vrouwelijke genitale verminkingen
  - tussen 201 en 299 : transgenderzorg
  - tussen 501 en 599 : revalidatie inrichtingen voor kinderen met respiratoire aandoeningen
  - tussen 601 en 699 : pediatrie revalidatiecentra
  - tussen 701 en 999 : respijteenheden
- Geheugenkliniek : 778
- Revalidatieprogramma voor slechthorenden : 779
- Zuurstoftherapie thuis : 781
  - tussen 001 en 499 : diensten voor pneumologie die zuurstoftherapie thuis organiseren
  - tussen 501 en 999 : revalidatieovereenkomst betreffende ernstige chronische ademhalingsstoornissen
- Diensten voor cardiale revalidatie
- (☞6) Medisch psycho-sociale begeleiding : 782
  - tussen 101 en 500 : diensten voor cardiale revalidatie die voldoen aan de voorwaarden waarin voorzien is in het KB van 10/01/1991
  - tussen 501 en 599 : medisch psycho-sociale begeleiding

- Cardiorespiratoire monitoring thuis bij pasgeborenen en zuigelingen, opvolging van een onverwacht en medisch onverklaard overlijden van een kind jonger dan achttien maanden en follow-up van ernstig prematuur geboren kinderen : 783
  - tussen 101 en 199: opvolging onverwacht en medisch onverklaard overlijden
  - tussen 501 en 599 : cardiorespiratoire monitoring thuis
  - tussen 601 en 999 : follow-up prematuren
- Revalidatieprogramma voor hersenverlamden : 784
  - tussen 001 en 499 : Revalidatieprogramma voor hersenverlamden
  - tussen 500 en 999 : Revalidatieovereenkomst kinderneuropsychiatrie
- Chronische mechanische ademhalingsondersteuning thuis : 785
  - tussen 001 en 199 : obstructief slaapapneusyndroom (nCPAP-overeenkomst)
  - tussen 201 en 299 : ademhalingsondersteuning thuis (AOT)
  - tussen 301 en 999 : ademhalingsondersteuning thuis bij obesity hypoventilation syndrome (OHS)
- 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 899 : voetklinieken
  - tussen 901 en 999 : continue glucosemonitoring
- Hartdefibrilatoren : 787
- Metabole ziekten, mucoviscidose, neuromusculaire ziekten, refractaire epilepsie, CVS, CP, Spina Bifida, chronische pijn, kindernefrologie, hemofilie, lymfoedeem : 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 449 : referentiecentra voor patiënten lijdend aan chronisch vermoeidheidssyndroom
  - tussen 451 en 499 : multidisciplinair diagnostisch centrum voor CVS
  - tussen 501 en 549 : CP-referentiecentra
  - tussen 551 en 599 : Spina Bifida-referentiecentra
  - tussen 601 en 699 : referentiecentra voor chronische pijn
  - tussen 701 en 799 : referentiecentra voor kindernefrologie
  - tussen 801 en 899 : coördinatiecentra en referentiecentra voor hemofilie
  - tussen 901 en 999 : lymfoedeem
- Revalidatieovereenkomsten voor het opstellen van de multidisciplinaire evaluatie in het raam van de nomenclatuur van de mobiliteitshulpmiddelen : 790
- 6. Bloedtransfusiecentra : : 795
- 7. Laboratoria : : 8xx
 

Het 2<sup>de</sup> en het 3<sup>de</sup> 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. Wijkgezondheidscentra : : 8xx
- 9. Revalidatie : : 9xx
  - Algemene centra locomotorische revalidatie : 950
  - R30-R60-overeenkomsten : 951
  - NOK-revalidatie : 953
  - PSY-revalidatie : 965
  - Functionele revalidatie wegens visuele handicap : 969
- 10. Medisch Pediatrische centra : : 967

11. <u>Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en palliatieve dagcentra.</u>	: 968
• tussen 001 en 499 : Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging	
• tussen 501 en 999 : Palliatieve dagcentra	
12. <u>Nummers Geïntegreerde diensten thuisverzorging (art. 23, 13°)</u>	: 947
13. <u>Nummers erkende ambulancediensten</u>	: 796
<u>Nummers PIT (Paramedische Interventieteams)</u>	: 797
14. <u>Projecten van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen</u>	: 759
15. <u>Projecten geïntegreerde zorg</u>	: 798
16. <u>Wachtposten</u>	: 678
17. <u>Nummers derdebetalende – groeperingen verstrekkers</u>	: 940 t.e.m. 946
18. <u>Gereserveerd voor intern gebruik RIZIV (eindeloopbaan)</u>	: 799
19. <u>Mobiele teams</u>	: 793
20. <u>Netwerken geestelijke gezondheidszorg</u>	: 794
21. <u>COVID-centra (tragecentra, schakelzorgcentra, cohortzorg)</u>	: 792

B. Volgnummer (van het 4<sup>de</sup> tot en met het 6<sup>de</sup> 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<sup>de</sup> tot 6<sup>de</sup> cijfer (zie hoger).

Laboratoria : Het 4<sup>de</sup>, 5<sup>de</sup> en 6<sup>de</sup> cijfer vormen een volgnummer van de erkenningsaanvraag van het laboratorium in het arrondissement (toegekend door de FOD Volksgezondheid).

Wijkgezondheidscentra : het 4<sup>de</sup> cijfer is “5”.

Erkende ambulancediensten : Het 4<sup>de</sup>, 5<sup>de</sup> en 6<sup>de</sup> cijfer vormen een volgnummer van de erkenning (toegekend door de FOD Volksgezondheid).

Projecten van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen: Het 4<sup>de</sup>, 5<sup>de</sup> en 6<sup>de</sup> cijfer vormen een volgnummer dat door het RIZIV toegekend wordt:

- 001 → 299: Vlaamse projecten
- 300 → 599: Brusselse projecten
- 600 → 899: Waalse projecten
- 900 → 995: Duitstalige projecten

C. Check-digits (7<sup>de</sup> en 8<sup>ste</sup> cijfer van het identificatienummer): zie hoger.

D. Bevoegdheidscode (9<sup>de</sup> tot 11<sup>de</sup> cijfer van het identificatienummer)

1. Algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen

- het ziekenhuis zelf, zonder bevoegdheidscode : 000
- voormalige geïsoleerde Sp- en G-ziekenhuizen (die in het kader van de 6<sup>de</sup> staats hervorming werden overgedragen naar de Vlaamse Gemeenschap) (te gebruiken in de facturatie vanaf gefactureerde maand januari 2020) : 999
- forensisch psychiatrisch centrum : 000
- dienst medische beeldvorming waarin een transversale axiale tomograaf is geïnstalleerd : 110
- dienst medische beeldvorming waarin een nucleaire magnetische resonantietomograaf (NMR) is opgesteld : 111
- PET scan : 112
- dienst radiotherapie : 113
- centrum voor geestelijke gezondheidszorg : 000

(☞ 11)



- dienst Cardiale pathologie B	: 120
- dienst Cardiale pathologie B1	: 121
- dienst Cardiale pathologie B1 + B 2	: 127
- dienst Cardiale pathologie T	: 122
- dienst Cardiale pathologie C	: 123
- dienst Cardiale pathologie E + B3	: 124
- dienst Cardiale pathologie E zonder B3	: 125
- dienst Cardiale pathologie P	: 126
- eerste opvang van spoedgevallen	: 130
- gespecialiseerde spoedgevallenzorg	: 131
- functie mobiele urgentiegroep (MUG)	: 132
- zorgprogramma oncologische basiszorg	: 133
- zorgprogramma oncologie (volledig programma)	: 134
(9, 13) - erkenning gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker (tot en met xx/xx/202x)	: 135
(13) - erkenning coördinerende borstkliniek (vanaf xx/xx/202x)	: 136
(13) - erkenning satelliet borstkliniek (vanaf xx/xx/202x)	: 137
- zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde A	: 140
- zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde B	: 141
- centrum voor robotchirurgie (tot en met 29/2/2016)	: 150
- centrum voor endoprothesen zonder erkenning cardiale pathologie B3	: 151
- centrum voor endoprothesen met erkenning cardiale pathologie B	: 152
- centrum “implanteerbare hartmonitor” (t.e.m. 29/2/2016)	: 153
- centrum “percutaan implanteerbare klepstent in pulmonaal positie” (t.e.m. 31/7/2016)	: 154
- expertisecentrum voor comapatiënten	: 155
- centrum “coronaire en drug eluting stent”	: 156
- centrum “peroperatieve behandeling van voorkamerfibrillatie” (t.e.m. 29/2/2016)	: 157
- centrum “neurostimulatoren en toebehoren obsessieve-compulsieve stoornis” (t.e.m. 31/7/2016)	: 158
- centrum “gefenestreeerde en/of vertakte endoprothesen” (t.e.m. 30/4/2016)	: 159
- centrum “neurostimulatoren in geval van bewegingsstoornissen” (t.e.m. 31/7/2016)	: 160
- centrum “neurostimulatoren en toebehoren in geval van Parkinson en essentiële tremor”	: 161
- centrum “percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie” (t.e.m. 31/7/2016)	: 162
- centrum “percutane herstelling van mitralisklepbladen”	: 163
- centrum “radiofrequentie ablatie slokdarm”	: 164
- centrum “neurostimulatoren ingeval van obsessieve compulsieve stoornis (vanaf 1/8/2016)	: 165
- centrum “neurostimulatoren in geval van bewegingsstoornissen” (vanaf 1/8/2016)	: 166
- centrum “percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie” (vanaf 1/8/2016)	: 167
- centrum “verankeringsimplantaat voor externe prothese” (Opra)	: 168
- centrum “percutane sluiting van het linker hartootje in geval van niet-valvulaire voorkamerfibrillatie” (vanaf 1/1/2017)	: 169
- centrum “magnetisch verlengbare staven” (Magec)	: 170
(17) - centrum “implanteerbare sensor voor de continue meting van het glucoseniveau” (t.e.m. 31/10/2023)	: 171
- centrum “neurostimulatoren van de dorsale wortel ganglion en toebehoren in geval van CRPS”	: 172
- centrum “endobronchiale éénrichtingskleppen”	: 173
(2) - centrum “implantaten voor de behandeling van fecale incontinentie”	: 174
(7) - centrum “neurostimulatoren voor dysfuncties van de lage urinewegen”	: 175
(13) - centrum “hypoglossale neurostimulatie bij obstructief slaapapneu”	: 176
(20) - centrum “neurostimulatie van de occipitale zenuwen bij clusterhoofdpijn”	: 177
(20) - centrum “percutane coronaire rotationele atherectomie”	: 178
- erkenning overeenkomst borstreconstructie	: 190
- erkenning overeenkomst oncofreezing (enkel zorgprogramma reproductieve geneeskunde B)	: 191
- erkenning overeenkomst oncofreezing (ziekenhuis beschikt over zorgprogramma reproductieve geneeskunde B en voldoet aan normen voor zorgprogramma pediatrie hemato-oncologie)	: 192
- erkenning overeenkomst complexe chirurgie pancreas	: 193
- erkenning overeenkomst complexe chirurgie slokdarm	: 194
(17) - erkenning overeenkomst obesitas bij kinderen	: 195

Erkenning bank voor menselijk lichaamsmateriaal :

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

Erkenning dialyseudiensten :

- algemene erkenning dialyse (vanaf 1/7/2018)	: 560
- dienst chronische hemodialyse (tot en met 30/6/2018)	: 561
- pediatrische dienst voor chronische dialyse (tot en met 30/6/2018)	: 562
- dienst voor thuisdialyse (tot en met 30/6/2018)	: 563
- dienst voor ambulante peritoneale dialyse (tot en met 30/6/2018)	: 564
- dienst voor collectieve autodialyse (tot en met 30/6/2018)	: 565 t.e.m. 569

2. PVT, BW, Revalidatiecentra, CDV: bevoegdheidscode = 000.

3. ROB, RVT

- 1 <sup>e</sup> 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 <sup>e</sup> positie (RVT – RVT coma)	
• Indien geen RVT :	0
• Indien RVT :	1
• Indien RVT met coma-bedden	2
- 3 <sup>e</sup> positie	0

4. Laboratoria

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

5. Functionele Revalidatie: Het 9<sup>de</sup> tot 11<sup>de</sup> cijfer is steeds 000.

6. Medische Huizen

Het medisch huis werkt met een equipe van :

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

7. Erkende ambulancediensten: Het 9<sup>de</sup> tot 11<sup>de</sup> cijfer is steeds 000.

8. Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en palliatieve dagcentra.  
Het 9<sup>de</sup> tot 11<sup>de</sup> cijfer is steeds 000.

9. Projecten van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen: Het 9<sup>de</sup> tot 11<sup>de</sup> cijfer is steeds 000.

10. Projecten geïntegreerde zorg: Het 9<sup>de</sup> tot 11<sup>de</sup> cijfer is steeds 000.

11. Wachtposten: Het 9<sup>de</sup> tot 11<sup>de</sup> cijfer is steeds 000.

12. 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

13. Mobiele teams: Het 9<sup>de</sup> tot 11<sup>de</sup> cijfer is steeds 000.

14. Netwerken geestelijke gezondheidszorg: Het 9<sup>de</sup> tot 11<sup>de</sup> cijfer is steeds 000.

(\*) Momenteel worden enkel nog nieuwe RIZIV-nummers derdebetalende toegekend worden aan groeperingen van verpleegkundigen (bekwamingscode 001). In de andere situaties voorziet MyCarenet de mogelijkheid dat een entiteit “de mandaatgever” (bv. een zorgverstrekker) een andere entiteit “de gemandateerde” (bv. een persoon of organisatie) mandateert zodat deze in zijn naam toegang heeft tot MyCarenet (bv. elektronische facturatie, verzekeraarbaarheid,...).

De principes en praktische modaliteiten met betrekking tot het gebruik van mandaten zijn beschikbaar op de website van het e-Health platform : <https://www.ehealth.fgov.be/nl/%252Fegezondheid/mandaten>

### 3. Toestel medische beeldvorming

Het identificatienummer toegekend door het RIZIV (“RIZIV-facturatienummer”) (8 posities) is als volgt samengesteld: YYYYYYCD

met YYYYYY = een betekenisloos volgnummer

CD = 2 numerieke posities (check-digit) (= 83 - rest van de deling waarvan het deeltal bestaat uit de eerste 6 cijfers YYYYYY en de deler gelijk is aan 83).

#### (8) Nieuwe logica voor nieuwe beroepen of types instellingen gecreëerd vanaf 2022

De eerste 6 posities zijn een betekenisloos volgnummer. De eerste 2 of 3 posities hebben niet langer betekenis en duiden dus niet langer een bepaald beroep of een bepaald type instelling aan.

Deze informatie is voorzien in aparte velden in het bestand SZV (beroepscode en type instelling).

Zie technische specificaties bestand SZV: <https://ondpanon.riziv.fgov.be/DownloadCenter/nl#Specs>

Voor de berekening van de check-digit (posities 7-8) wordt modulo 83 gebruikt.

Het systeem van bekwamingscodes (posities 9-10-11) blijft voorlopig nog behouden, maar zal op termijn ook gerationaliseerd worden.

## Forfaitarisering van geneesmiddelen in de ziekenhuizen.

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

In geval van aflevering van geneesmiddelen aan patiënten die in een ander ziekenhuis zijn gehospitaliseerd, wordt de factuur naar de VI opgemaakt door het ziekenhuis van aflevering.

(€20) Indien het ziekenhuis van verblijf een acuut ziekenhuis is (dat binnen de forfaitarisering valt), dan factureert het ziekenhuis van prestatie 25% van de vergoedingsbasis aan de VI (0 € voor opnames vanaf 1/7/2024) en de resterende 75% (100% voor opnames vanaf 1/7/2024) aan het acuut ziekenhuis van verblijf.

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

Opgelet: Voor contrastmiddelen (ATC-klasse V08), biologische geneesmiddelen en specialiteiten waarvoor een generiek alternatief vergoedbaar en beschikbaar is, wordt de tegemoetkoming telkens verminderd met 15%.

### 2 voorbeelden

a) Patiënt is gehospitaliseerd in een acuut ziekenhuis A.

Patiënt gaat voor een aantal uren naar een acuut ziekenhuis B (dat onder het systeem van de forfaitarisering valt), waar geneesmiddelen worden afgeleverd.

Patiënt wordt in ziekenhuis B verzorgd:

- Ofwel in het kader van een forfaitaire verpleegdag (art 4 van de overeenkomst met de ziekenhuizen) of chirurgisch dagziekenhuis
- Ofwel buiten het kader van een forfaitaire verpleegdag of chirurgisch dagziekenhuis (bijvoorbeeld bij een prestatie RX).

#### Facturering:

Acuut ziekenhuis A factureert aan de VI éénmaal (namelijk op de datum van opname in dit ziekenhuis) het forfait geneesmiddelen per opname (0756000 of 0767502), alsook de geneesmiddelen die afgeleverd werden in het eigen ziekenhuis:

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

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

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

b) Patiënt is gehospitaliseerd in een psychiatrisch ziekenhuis A of in een ziekenhuis dat uitsluitend erkend is voor een chronische dienst (G, Sp) – m.a.w. in een ziekenhuis dat niet valt onder de toepassing van de forfaitarisering van de geneesmiddelen.

Patiënt gaat voor een aantal uren naar een acuut ziekenhuis B (dat wél onder de toepassing van de forfaitarisering valt), waar geneesmiddelen worden afgeleverd.

Patiënt wordt in ziekenhuis B verzorgd:

- Ofwel in het kader van een forfaitaire verpleegdag (art 4 van de overeenkomst met de ziekenhuizen) of chirurgisch dagziekenhuis
- Ofwel buiten het kader van een forfaitaire verpleegdag of chirurgisch dagziekenhuis (bijvoorbeeld bij een prestatie RX).

Facturering:

Psychiatrisch of chronisch ziekenhuis A factureert de geneesmiddelen die afgeleverd werden in het eigen ziekenhuis volgens de klassieke tarifieringsregels onder de pseudo-codes uit punt 1 (zie R 40 Z 4 V 1), want het gaat om een factuur van een ziekenhuis dat buiten de forfaitarisering valt.

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

- Geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan de VI aan 100% onder de pseudo-codes uit punt 10.5 (zie R 40 Z 4 V 7)
- Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan de VI volgens de klassieke tarifieringsregels onder de pseudo-codes uit punt 10.3 (zie R 40 Z 4 V 5 en 6)

Uitzonderlijk geval :

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

Indien het ziekenhuis van verblijf een acuut ziekenhuis is (dat binnen de forfaitarisering valt), dan factureert het psychiatrisch of chronisch ziekenhuis van prestatie 100% van de vergoedingsbasis aan het ziekenhuis van (€20) verblijf. Het acuut ziekenhuis van verblijf factureert 25 % aan de VI (0 € voor opnames vanaf 1/7/2024).

Voorbeeld

Patiënt is gehospitaliseerd in acuut ziekenhuis A.

Patiënt gaat voor een aantal uren naar een ander psychiatrisch of chronisch ziekenhuis B (dat buiten de forfaitarisering valt), waar geneesmiddelen afgeleverd worden.

Facturatie:

Het acuut ziekenhuis A factureert aan de VI éénmaal (namelijk op de datum van opname in dit ziekenhuis) het forfait geneesmiddelen per opname (0756000 of 0767502).

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

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

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

De geneesmiddelen afgeleverd in het psychiatrisch of chronisch ziekenhuis B, worden door ziekenhuis B als volgt gefactureerd:

- Geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan 100 % van de vergoedingsbasis aan het acuut ziekenhuis van verblijf A
- Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan de VI volgens de klassieke tarifieringsregels onder de pseudo-codes uit punt 10.3 (zie R 40 Z 4 V 5 en 6)

**FACTURATIE VIA MAGNETISCHE DRAGER DOOR ROB / RVT / CDV.**

Opmerking: Telkens sprake is van het "identificatienummer ROB/RVT" wordt het uniek RIZIV-nummer bedoeld, inclusief bekwamingscode (laatste 3 posities).

<b>Recordtype 10</b>		
<b>Zone</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Commentaar betreffende inhoud</b>
Z 1	Recordtype 10	<i>Constante waarde 10</i>
Z 2	Volgnummer record	
Z 3	Aantal financiële rekeningnummers (indexcode)	<i>Constante waarde 0 (in geval facturatie door ROB / RVT / CDV, slechts één rekeningnummer toegestaan)</i>
Z 4	Versie bestand	<i>Constante waarde 0001999 Voor testen: 9991999</i>
Z 5-6a	Financieel rekeningnummer A	<i>Rekeningnummer steeds in deze zone vermelden Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011 ( R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).</i>
Z 7	Zendingsnummer	
Z 8a	Financieel rekeningnummer B	<i>Altijd 0</i>
Z 9	Code "aanschaffing papieren factuur"	<i>Indien R 10 Z 22-23 &lt; 0201001: Waarde 1 Indien R 10 Z 22-23 ≥ 0201001: Waarde 0</i>
Z 10	Code afrekeningsbestand	<i>Indien R 10 Z 22-23 &lt; 0201001: Waarde 0 of 1 Indien R 10 Z 22-23 ≥ 0201001: Waarde 0</i>
Z 13	Inhoud facturatie	<i>Altijd 0</i>
Z 14	Nummer derdebetalende	<i>Identificatienummer ROB / RVT / CDV</i>
Z 15	Nummer accreditering NIC	<i>Erkenningsnummer toegekend aan softwarepakket</i>
Z 22	Gefactureerd jaar	
Z 23	Gefactureerde maand	<i>Waarde 03, 06, 09 of 12 in functie van gefactureerde periode.</i>
Z 25-26	Datum van opstelling	
Z 27	KBO-nummer	<i>Verplicht vanaf gefactureerde maand juli 2015</i>
Z 28	Referentie instelling	
Z 31-34	BIC financiële rekening A	<i>Verplicht in te vullen vanaf gefactureerde maand januari 2009</i>
Z 36-41	IBAN financiële rekening A	<i>Verplicht in te vullen vanaf gefactureerde maand januari 2009</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	

<b>Recordtype 20</b>		
<b>Zone</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Commentaar betreffende inhoud</b>
Z 1	Recordtype 20	<i>Constante waarde 20</i>
Z 2	Volgnummer record	
Z 3	Toestemming derdebetalende	<i>Altijd 0</i>
Z 4	Uur van opname	<i>Uur vermelden</i>
Z 5	Datum van opname	<i>Datum vermelden</i>
Z 6a-6b	Datum van ontslag	<i>Datum vermelden indien verblijfsperiode wordt afgesloten</i>
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	<i>INSZ, behalve internationale verdragen</i>
Z 9	Geslacht rechthebbende	
Z 10	Type factuur	<i>Altijd 4</i>
Z 11	Type facturering	
Z 13	Dienst 721 bis	<i>Altijd 0</i>
Z 14	Nummer facturerende instelling	<i>Nummer ROB / RVT / CDV (=R10 Z14)</i>
Z 15	Stamnummer van de (verplegings-) inrichting (of revalidatiecentrum) waar de rechthebbende opgenomen is (verblijft)	<i>Nummer ROB / RVT</i>
Z 16	Code stuiten verjaringstermijn	<i>0 of 1</i>
Z 17	Reden behandeling	<i>Altijd 0</i>
Z 18	Nummer ziekenfonds van bestemming	
Z 19	Nummer opname	<i>Altijd 0</i>
Z 20-21	Datum akkoord revalidatiebehandeling	<i>Altijd 0</i>
Z 22	Uur van ontslag	<i>Vermelden als datum ontslag werd ingevuld</i>
Z 24-25	Nummer individuele factuur	<i>Nummer van de individuele kostennota</i>
Z 26	Toepassing sociale franchise	<i>Altijd 0</i>
Z 27	Code gerechtigde 1 + 2	
Z 28	Referentie instelling	
Z 29-31	Nummer vorige factuur	
Z 32	Flag identificatie rechthebbende	<i>Altijd 1, behalve internationale verdragen</i>
Z 34-36	Nummer vorige zending	
Z 37	Nummer ziekenfonds vorige facturering	
Z 38-39	Referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer A	
Z 41	Vorig gefactureerd jaar en maand	
Z 42-45	Referentiegegevens netwerk	<i>Altijd 0</i>
Z 47	Datum van facturering	<i>Facultatief</i>
Z 49	Referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer B	<i>Altijd opgevuld met blanco's</i>
Z 53	Begindatum periode verzekeraarheid	<i>Altijd 0</i>
Z 54a-54b	Einddatum periode verzekeraarheid	<i>Altijd 0</i>
Z 55	Datum mededeling informatie	<i>Altijd 0</i>
Z 56	MAF lopend jaar	<i>Altijd 0</i>
Z 57	MAF lopend jaar -1	<i>Altijd 0</i>
Z 58	MAF lopend jaar -2	<i>Altijd 0</i>
Z 99	Controlecijfer van het record	

<b>Recordtype 30</b>		
<b>Zone</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Commentaar betreffende inhoud</b>
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 (behalve ingeval van pseudo-code 763593)</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 15, rubriek « supplementen ROB-RVT-CDV »</i>
Z 5	Datum eerste verrichte verstrekking	<i>Begindatum van periode waarop kosten betrekking hebben (*)</i>
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>Nummer 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>
Z 22	Teken + aantal eenheden	<i>960551, 960573, 960595, 960610: aantal dagen; 961111, 961133, 961155: aantal dagen in negatief; 960632, 960654, 960676, 960735, 960750, 960875, 960956, 960971, 960993, 960094 : altijd 1; 960772: altijd - 1 andere: aantal eenheden ≥ 1</i>
Z 23	Afwijking maximaal aantal of identieke prestatie	<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, 961111, 961133 of 961155 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	Basiswaarde 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>
Z53-54a	Ritnummer	<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>

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

<b>Recordtype 80</b>		
<b>Zone</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Commentaar betreffende inhoud</b>
Z 1	Recordtype 80	<i>Constante waarde 80</i>
Z 2	Volgnummer record	
Z 4	Uur van opname	<i>Uur vermelden</i>
Z 5	Datum van opname	<i>Datum vermelden</i>
Z 6a-6b	Datum van ontslag	<i>Vermelden indien verblijfsperiode wordt afgesloten</i>
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	<i>INSZ, behalve internationale verdragen</i>
Z 9	Geslacht rechthebbende	
Z 10	Type factuur	<i>Altijd 4</i>
Z 13	Dienst 721 bis	<i>000</i>
Z 14	Nummer facturerende instelling	<i>Nummer ROB / RVT / CDV (= R 20 Z 14)</i>
Z 15	Teken + bedrag financieel rekeningnummer B	<i>Altijd 0</i>
Z 17	Reden behandeling	<i>Altijd 0</i>
Z 18	Nummer ziekenfonds van bestemming	
Z 19	Teken + bedrag financieel rekeningnummer A	<i>Totaal bedrag voor de betreffende patiënt</i>
Z 22	Uur van ontslag	<i>Vermelden als datum ontslag werd ingevuld.</i>
Z 24-25	Nummer individuele factuur	<i>Nummer van de individuele kostennota</i>
Z 27	Teken + persoonlijk aandeel patiënt	<i>Altijd 0</i>
Z 28	Referentie instelling	
Z 30-31	Teken + bedrag supplement	
Z 32	Flag identificatie rechthebbende	<i>Altijd 1, behalve internationale verdragen</i>
Z 38	Teken + voorschot financieel rekeningnummer A	<i>Altijd 0</i>
Z 98	Controlecijfer van de factuur	
Z 99	Controlecijfer van het record	

<b>Recordtype 90</b>		
<b>Zone</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Commentaar betreffende inhoud</b>
Z 1	Recordtype 90	
Z 2	Volgnummer record	
Z 5-6a	Financieel rekeningnummer A	<i>Nul, vanaf gefactureerde maand januari 2011 ( R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).</i>
Z 7	Zendingsnummer	
Z 8a	Financieel rekeningnummer B	<i>Altijd 0</i>
Z 14	Nummer derdebetalende	<i>Identificatienummer ROB / RVT / CDV</i>
Z 15	Teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer B	<i>Altijd 0</i>
Z 19	Teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer A	
Z 22	Gefactureerd jaar	
Z 23	Gefactureerde maand	
Z 27	KBO-nummer	<i>Verplicht vanaf gefactureerde maand juli 2015</i>
Z 28	Referentie instelling	
Z 31-34	BIC financiële rekening A	<i>Verplicht in te vullen vanaf gefactureerde maand januari 2009</i>
Z 36-41	IBAN financiële rekening A	<i>Verplicht in te vullen vanaf gefactureerde maand januari 2009</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	
Z 99	Controlecijfer van het record	

**Facturatie aan 100% in het kader van de MAF – vragen en antwoorden.**

**TOEPASSINGSGEBIED**

**1. Vanaf wanneer is de 100% facturatie van toepassing?**

De 100% facturatie is van toepassing vanaf “MAF-jaar 2008”.

Dit betekent dat ze moet toegepast worden vanaf het ogenblik dat een verzekeringsinstelling aan het ziekenhuis meedeelt dat aan een verzekerde een MAF-recht voor het prestatiejaar 2008 is toegekend.

Tussen de overschrijding van het (individueel of gezins-) plafond en de eigenlijke toekenning van een MAF-recht ligt enige tijd. Pas als het MAF-recht in het ledendossier is geregistreerd, zal dit ook aan het ziekenhuis meegedeeld worden (via MyCareNet-berichten 721900 of 730000).

In de praktijk zullen de eerste mededelingen MAF-recht zich dus pas rond mei 2008 aandienen.

**2. Is de MAF 100% facturatie ook van toepassing voor polyklinieken?**

NEEN.

De 100% facturatie is enkel van toepassing voor gehospitaliseerde rechthebbenden (niet voor ambulante verzorging of daghospitalisatie).

**WIJZIGING MAF-RECHT IN DE LOOP VAN HOSPITALISATIE OF IN DE LOOP VAN KALENDERJAAR**

**3. Kan de VI een gewijzigde MAF-situatie medelen in de loop van een hospitalisatie?**

Situatie 1:

Op het ogenblik van 721 nog geen MAF-recht.

In de loop van de hospitalisatieperiode wordt MAF-recht toegekend.

Dit wordt meegedeeld via bericht 730000 (dat kan overgemaakt worden tot op het einde van de 2<sup>de</sup> maand volgend op het einde van de hospitalisatie)

Ziekenhuis moet 100% facturatie toepassen (indien het op de hoogte was uiterlijk de 10<sup>de</sup> dag van de maand die volgt op het einde van de te factureren periode en op voorwaarde dat de factuur nog niet werd opgemaakt).

Situatie 2:

Via de 721 wordt MAF-recht meegedeeld.

In de loop van de hospitalisatieperiode wordt het MAF-recht terug ingetrokken.

Dit kan in uitzonderlijke gevallen voorkomen.

Een bericht 730000 zal dan het MAF-recht annuleren.

Het ziekenhuis mag dan niet aan 100% factureren (indien het op de hoogte was uiterlijk de 10<sup>de</sup> dag van de maand die volgt op het einde van de te factureren periode en op voorwaarde dat de factuur nog niet werd opgemaakt).

**4. Indien op een bepaald moment een MAF-recht meegedeeld wordt, is dit dan geldig voor alle opnames die volgen gedurende het betreffende jaar?**

Het is in uitzonderlijke gevallen mogelijk dat de rechthebbende bij een volgende hospitalisatie (binnen hetzelfde kalenderjaar) niet langer een MAF-recht heeft.

Bijv. verhoging van remgeldplafond van de betreffende rechthebbende, grote factuur waardoor remgeldplafond bereikt werd maar die achteraf foutief bleek te zijn en gecrediteerd werd, ...

Voor elke nieuwe hospitalisatie van dezelfde patiënt moet men dus rekening houden met een eventuele nieuwe MAF-situatie.

Derhalve zijn de MAF-rechten slechts geldig voor de opnameperiode waarvoor ze meegedeeld werden.

**RECHTZETTING VAN “FOUTIEVE” FACTURATIE**

**5. Wat als aan 100% gefactureerd werd (omdat een MAF-recht meegedeeld was), maar achteraf blijkt dat de rechthebbende toch geen MAF-recht had ? (bv. als het remgeldplafond van de rechthebbende in de loop van het jaar verhoogd wordt, zodat hij aanvankelijk boven zijn plafond zit maar na verhoging van het plafond niet meer)**

Dit is in theorie mogelijk (naar aanleiding van een regularisatie, recuperatie, wijziging van rechten met terugwerkende kracht).

Indien aan 100% gefactureerd werd (omdat een MAF-recht meegedeeld werd) en achteraf blijkt dat de rechthebbende toch geen MAF-recht had, dan gebeurt de regularisatie tussen het ziekenfonds en de rechthebbende en niet t.a.v. het ziekenhuis.

**6. Wat als de signalisatie/annulatie van een MAF-recht “laattijdig” gebeurt (binnen de in het KB bepaalde termijn maar als de factuur al aangemaakt is) ?**

Art 3 van het KB van 8 juni 2007 zal als volgt gewijzigd worden : "vooropgesteld dat het ziekenhuis van deze informatie op de hoogte was uiterlijk de tiende dag van de maand die volgt op het einde van de te factureren periode".

De VI's worden verzocht hierin enige soepelheid te vertonen.

Het is in sommige gevallen immers denkbaar dat de factuur reeds vóór de 10<sup>de</sup> van de maand opgemaakt wordt.

Indien de factuur reeds opgemaakt was op het ogenblik van de mededeling van het MAF-recht, dan kan waarde 4 gebruikt worden in Z 33 om te verantwoorden waarom de 100% facturatie niet toegepast werd.

**LAATTIJDIGE FACTURATIE VAN BEPAALDE PRESTATIES, CORRECTIEFACTUREN, HERFACTURATIES, HERINDIENINGEN**

**7. Wat met prestaties, ligdagen, enz... die (uitzonderlijk) een aantal maanden later worden gefactureerd ?**

Indien op het ogenblik van deze laattijdige facturatie een MAF-recht gekend is, dan moet aan 100% gefactureerd worden.

**8. Wat met correctiefacturen, herfacturaties of herindieningen waarvan de oorspronkelijke factuur zonder 100% facturatie opgemaakt werd (nog geen mededeling MAF-recht) maar waarvoor ondertussen een MAF-recht meegedeeld werd?**

Correctiefacturen, herfacturaties en herindieningen moeten op dezelfde manier gefactureerd worden als de originele factuur, m.a.w. als op het ogenblik van de originele factuur geen MAF-recht was meegedeeld (dus gewone facturatie), dan moet een correctie of herfacturatie of herindiening van deze factuur ook gewoon gefactureerd worden (dus geen 100% facturatie), zelfs als op dat moment een MAF-recht zou meegedeeld zijn.

Dit geldt ook voor de herindiening van een factuur die volledig verworpen werd.

→ Illustratie van deze regels aan de hand van een **concreet voorbeeld**:

Hospitalisatie van 25/3 tot 7/4.

Ziekenhuis ontvangt op 25/3 het bericht 721900 zonder melding MAF-recht

Situatie 1:

Er volgt nadien geen bericht 730000 met wijziging MAF-recht

- a) Factuur wordt opgemaakt, voor de volledige periode, volgens gewone regels (dus geen 100% facturatie)
- b) Factuur wordt gesplitst over 2 periodes (25/3 tot 31/3 en 1/4 tot 7/4). Beide factuurdelen worden volgens de gewone regels opgemaakt (dus geen 100% facturatie)

Situatie 2:

Op 20/4 ontvangt het ziekenhuis een bericht 730000 met wijziging verzekeraar op 1/4 en wijziging MAF-recht

- a) Factuur moet gesplitst worden op 1/4 omwille van gewijzigde verzekeraar maar wordt in één maandelijkse facturatieperiode overgemaakt. Beide factuuronderdelen worden opgemaakt volgens de 100% regels, dus met toepassing van het MAF-recht
- b) Factuur wordt opgesplitst over 2 periodes (25/3 tot 31/3 en 1/4 tot 7/4) en in twee maandelijkse facturatieperiodes overgemaakt: 1<sup>ste</sup> factuurdeel zonder toepassing MAF-recht (want MAF-recht wordt meegedeeld na 10<sup>de</sup> dag volgend op einde van te factureren periode), 2<sup>de</sup> factuurdeel met toepassing MAF-recht
- c) Er wordt een bijkomende factuur gemaakt op 25/6. Deze factuur houdt rekening met de laatste MAF-situatie, ook als ze betrekking heeft op een factuurdeel waarop deze MAF-situatie nog niet gekend was en bijgevolg ook niet verrekend werd.
- d) Het betreft de herindiening van een verworpen lijn uit de hospitalisatiefactuur van 25/3 tot 7/4. Hier is de status van de originele indiening de referentie: was dit een 100% lijn, dan gebeurt de herindiening als 100% lijn, zoniet blijft de herindiening een gewone facturielijne

- e) Het betreft een correctiefactuur of een creditnota. Ook in deze gevallen is de status van de originele indiening bepalend (zie punt d)

### **GEWONE FACTURATIE EN FACTURATIE AAN 100% OP EENZELFDE FACTUUR**

- 9. Wat met de factuur die ervoor zorgt dat het remgeldplafond overschreden wordt? Moet deze opgesplitst worden in een stuk “gewone facturatie” en een stuk “facturatie aan 100%” ?**

NEEN!

De communicatie van het MAF-recht zal maar gebeuren indien het MAF-recht toegekend is. Het MAF-recht kan pas toegekend worden indien de remgeldteller bij de verzekeringsinstelling het remgeldplafond overschreden heeft.

De factuur die ervoor zorgt dat het plafond overschreden wordt, kan dus nooit aan 100 % gebeuren.

- 10. Wat als de factuur naar de patiënt (of eventueel naar een privé-verzekeringsmaatschappij) al vertrokken is op het ogenblik dat het MAF-recht meegedeeld wordt? (bijv. ingeval van psychiatrisch ziekenhuis: trimestriële facturatie naar VI, maandelijkse facturatie naar patiënt)**

Er moet overeenstemming blijven tussen de patiëntenfactuur enerzijds en de verpleegnota en elektronische factuur aan de VI anderzijds.

Indien er dus op het ogenblik van de mededeling van het MAF-recht al remgeld werd gefactureerd aan de patiënt, dan moet dit ook zo voorkomen op de factuur aan de VI. De 100% facturatie aan de VI zal dus niet toegepast worden.

Het remgeld dat al gefactureerd werd, zal via het huidige systeem van de maximumfactuur opgevangen worden nadat de factuur VI werd verwerkt, waardoor de patiënt/voogd een terugbetaling zal ontvangen.

In een dergelijke situatie kan het ziekenhuis de waarde 4 in Z 33 gebruiken.

Deze waarde geeft weer dat de mededeling van MAF-recht wel ontvangen werd maar dat de 100% facturatie niet toegepast werd omdat de patiëntenfactuur reeds vertrokken was (en het remgeld dus reeds aangerekend werd aan de patiënt).

In bepaalde gevallen kan het dus voorkomen dat op eenzelfde factuur aan de VI zowel prestaties met waarde 3 als met waarde 4 in Z 33 voorkomen.

Bijvoorbeeld: psychiatrisch ziekenhuis: er is al een eerste maandelijkse factuur naar de patiënt gestuurd op het ogenblik dat men de mededeling van het MAF-recht krijgt. Op de trimestriële factuur aan de VI worden de prestaties van deze eerste maand gewoon gefactureerd (dus niet aan 100%) met vermelding van waarde 4 in Z 33. De overige prestaties (waarvoor nog geen patiëntenfactuur verstuurd is) worden aan 100% gefactureerd, met waarde 3 in Z 33.

- 11. Wat indien de facturatie van januari nog enkele (laattijdig gefactureerde) prestaties van het vorige jaar bevat? Kunnen dan op deze factuur zowel gewoon gefactureerde prestaties als aan 100% gefactureerde prestaties voorkomen?**

JA.

Concreet voorbeeld

- patiënt wordt gehospitaliseerd op 10 december 2008 en ontslagen op 28 januari 2009
- via de 721900 wordt op 12 december 2008 een MAF-recht meegedeeld voor 2008
- op 15 januari 2009 wordt gefactureerde maand december 2008 opgemaakt (100% facturatie)
- op 15 februari 2009 wordt gefactureerde maand januari 2009 opgemaakt (gewone facturatie, want nog geen MAF-recht voor 2009 meegedeeld)

Situatie 1

Facturatie van januari 2009 omvat nog enkele (laattijdig gefactureerde) prestaties van december 2008.

- Indien er geen verdere MAF-mededelingen meer werden gedaan, dan wordt de factuur van de maand januari 2009 als volgt opgemaakt:
  - laattijdig gefactureerde prestaties van december 2008: 100% facturatie (want MAF-recht gekend)
  - prestaties januari 2009: gewone facturatie (want nog geen MAF-recht voor 2009 meegedeeld)
- Indien op 30 januari 2009 het MAF-recht voor 2008 geannuleerd werd (via het bericht 730000), dan wordt de factuur van de maand januari 2009 als volgt opgemaakt:
  - laattijdig gefactureerde prestaties van december 2008: gewone facturatie (wegens annulatie MAF-recht 2008)
  - prestaties januari 2009: gewone facturatie (want nog geen MAF-recht voor 2009 meegedeeld)

Situatie 2

Facturatie van januari 2009 omvat nog enkele (laattijdig gefactureerde) prestaties van december 2008 + een aantal heringediende prestaties van december 2008 (prestaties uit de factuur van de gefactureerde maand december 2008 die verworpen werden door de VI)

- Indien er geen verdere MAF-mededelingen meer werden gedaan, dan wordt de factuur van de maand januari 2009 als volgt opgemaakt :
  - laattijdig gefactureerde prestaties van december 2008: 100% facturatie (want MAF-recht gekend)
  - prestaties januari 2009: gewone facturatie (want nog geen MAF-recht voor 2009 meegedeeld)
  - heringediende prestaties december 2008: 100% facturatie (zelfde facturatiwijze als oorspronkelijke factuur van december 2008)
- Indien op 30 januari 2009 het MAF-recht voor 2008 geannuleerd werd (via het bericht 730000), dan wordt de factuur van de maand januari 2009 als volgt opgemaakt:
  - laattijdig gefactureerde prestaties van december 2008: gewone facturatie (wegens annulatie MAF-recht 2008)
  - prestaties januari 2009: gewone facturatie (want nog geen MAF-recht voor 2009 meegedeeld)
  - heringediende prestaties december 2008: 100% facturatie (zelfde facturatiwijze als oorspronkelijke factuur van december 2008)



**FACTURATIE VAN RADIO-ISOTOPEN INGEVAL VAN MAF.****12. Wat met het factureren van radio-isotopen ingeval van MAF 100% facturatie?**

Sinds 1/1/2009 zijn de radio-isotopen opgenomen in de MAF.

Ingeval van MAF 100% facturatie, moet het remgeld dus aangerekend worden aan de ZIV in plaats van aan de patiënt.

Voorbeeld:a) Gegevens:

- Categorie “organische of anorganische moleculen gemerkt met kortlevende isotopen geproduceerd door generator” (pseudo-code 699112-699123): basis van tegemoetkoming = 37,18 EUR
- Diagnostisch aangewende radio-isotopen → worden vergoed in categorie B.
- De basis waarop de verzekeringstegemoetkoming wordt berekend is forfaitair vastgesteld (verschillende groepen isotopen met verschillende forfaits).
- Theoretisch persoonlijk aandeel van 0,37 EUR (gehospitaliseerd)

b) Berekening:Zonder MAF 100%

Theoretisch P.A. = 0,37 EUR

ZIV = 37,18 – 0,37 = 36,81 EUR

Het remgeld dat aan de patiënt aangerekend wordt, zit vervat in de 0,62 EUR per dag (gefactureerd in R 30)

Het theoretisch persoonlijk aandeel wordt niet op de factuur vermeld, want in recordtype 50 bestaat de zone 39 niet

	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 27 (P.A.)
R 30	750002	0	0,62
R 50	699123	36,81	0

MAF 100% facturatie

Er is enkel een theoretisch remgeld (0,37 EUR). Het bedrag dat werkelijk aan de patiënt aangerekend wordt is het forfaitair remgeld per verpleegdag (0,62 EUR) (Recordtype 30).

Het is dus enkel dit forfaitair remgeld die moet overgeheveld worden van Z 27 naar Z 19. Het theoretisch persoonlijk aandeel mag niet toegevoegd worden in Z 19.

	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 27 (P.A.)	Z 33 (code P.A.)
R 30	750002	0,62	0	3
R 50	699123	<b>36,81</b>	0	3

**ANDERE**

- 13. Hoe moet men factureren indien een patiënt in de loop van een verblijf van mutualiteit verandert en de eerste mutualiteit heeft een MAF-recht meegedeeld, maar de tweede niet?**

Aangezien er voor deze opnameperiode 2 facturen opgemaakt worden, dient de instelling voor de factuur aan elk van de VI's rekening te houden met de recentste informatie die ze van de desbetreffende VI heeft ontvangen.

- 14. Wat ingeval van facturatie van prestaties voor patiënten die elders verblijven?**

Indien het ziekenhuis dat deze prestaties factureert geen mededeling MAF-recht gekregen heeft, dan moet het niet aan 100% factureren.

- 15. Indien men in Z 33 de waarde 3 meegeeft (om aan te geven dat het remgeld gedragen wordt in het kader van de reglementering MAF), dan kan men niet aangeven (via de waarde 1) dat het supplement ten laste genomen werd door de verstrekker/instelling zelf.**

In dit uitzonderlijke geval, waar de waarde 3 en de waarde 1 inderdaad kan overlappen, primeert de waarde 3.

- 16. Indien een rechthebbende een programma revalidatie volgt tijdens zijn hospitalisatie, worden deze prestaties gefactureerd via een apart factuurtype (factuurtype 5). Moet/mag de 100%-facturatie ook toegepast worden voor deze revalidatiefacturen?**

De MAF 100% facturatie kan ook voorkomen bij revalidatiefacturen van het type 5. Immers, indien een ziekenhuis op de hoogte is van het MAF-recht van een gehospitaliseerde patiënt, dan moet de 100% facturatie toegepast worden voor alle verstrekkingen dat dit ziekenhuis factureert voor deze gehospitaliseerde patiënt, dus ook voor eventuele revalidatieverstrekkingen die via het aparte factuurtype 5 door het ziekenhuis gefactureerd worden.

**ELEKTRONISCHE FACTURATIE DOOR ARTSEN (e-fac)**

Recordtype 10		
Zone	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
Z 1	Recordtype 10	Constante waarde 10
Z 2	Volgnummer record	Verplicht in te vullen
Z 3	Aantal financiële rekeningnummers (indexcode)	Constante waarde 0 (slechts één rekeningnummer toegestaan)
Z 4	Versie bestand	Constante waarde 0001999 Voor testen: 9991999
Z 5-6a	Financieel rekeningnummer A	Altijd 0
Z 7	Zendingsnummer	Verplicht in te vullen
Z 8a	Financieel rekeningnummer B	Altijd 0
Z 9	Code "aanschaffing papieren factuur"	Altijd 0
Z 10	Code afrekeningsbestand	Waarde 0
Z 13	Inhoud facturatie	Altijd waarde "040"
Z 14	Nummer derdebetalende	RIZIV-nummer arts of groepspraktijk of wachtpost
Z 15	Nummer accreditering NIC	Altijd 0
(☞16) Z 18	Beroepscode facturerende derde	Facultatief vanaf gefactureerde maand januari 2024 (R 10 Z 22-23 ≥ 0202401), verplicht vanaf gefactureerde maand april 2024 (R 10 Z 22-23 ≥ 0202404)
Z 22	Gefactureerd jaar	Verplicht in te vullen
Z 23	Gefactureerde maand	Verplicht in te vullen
Z 25-26	Datum van opstelling	Verplicht in te vullen
Z 27	KBO-nummer	Verplicht in te vullen
Z 28	Referentie instelling	Facultatief
Z 31-34	BIC financiële rekening A	Verplicht in te vullen
Z 36-41	IBAN financiële rekening A	Verplicht in te vullen
Z 43a	BIC financiële rekening B	Altijd opgevuld met blanco's
(☞9) Z 45-46-47a	Gereserveerd staatsvorming	Altijd blanco
(☞9) Z 48	Gereserveerd staatsvorming	Altijd 0
Z 49-52	IBAN financiële rekening B	Altijd opgevuld met blanco's
(☞9) Z 53-54a	Gereserveerd staatsvorming	Altijd blanco
Z 99	Controlecijfer van het record	Verplicht in te vullen

Recordtype 20		
Zone	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
Z 1	Recordtype 20	Constante waarde 20
Z 2	Volgnummer record	Verplicht in te vullen
(8) Z 3	Toestemming derdebetalende	Altijd 0 (vanaf prestatiedatum 01/05/2022)
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	= 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
(9) Z 42-45	Referentiegegevens netwerk	Huisartsen: altijd 0; specialisten: Nummer van betaalverbinde (MDA)
Z 47	Datum van facturering	Facultatief
Z 49-51	Referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer B	Altijd opgevuld met blanco's
Z 53	Begindatum periode verzekeraarbaarheid	Huisartsen: altijd 0; specialisten: facultatief
Z 54	Einddatum periode verzekeraarbaarheid	Huisartsen: altijd 0; specialisten: facultatief
Z 55	Datum mededeling informatie	Huisartsen: altijd 0; specialisten: facultatief
Z 56	MAF lopend jaar	Huisartsen: altijd 0; specialisten: facultatief
Z 57	MAF lopend jaar -1	Huisartsen: altijd 0; specialisten: facultatief
Z 58	MAF lopend jaar -2	Huisartsen: altijd 0; specialisten: facultatief
Z 99	Controlecijfer van het record	Verplicht in te vullen

Recordtype 50		
Zone	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
Z 1	Recordtype 50	Constante waarde 50
Z 2	Volnummer record	Verplicht in te vullen
Z 3	Norm verstrekking	Huisartsen: 0 of 5; Specialisten: 1, 2, 5, 7 of 9
Z 4	(Pseudo-)nomenclatuurcode	Verplicht in te vullen
Z 5	Datum eerste verrichte verstrekking	Datum van prestatie
Z 6a-6b	Datum laatste verrichte verstrekking	Datum van prestatie (=R 50 Z 5)
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	Verplicht in te vullen
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	Idem R 20 Z 8a-8b
Z 9	Geslacht rechthebbende	Idem R 20 Z 9
Z 10	Bevalling	Altijd 0
Z 11	Verwijzing financieel rekeningnummer	Altijd 0
Z 12	Nacht, weekeinde, feestdag	Waarde 0, 1, 2, 3 of 4
Z 13	Dienstcode	990 (indien R 20 Z 10 = 3 of 002 (indien R 20 Z 10 = 1))
Z 14	Plaats van verstrekking	Meestal 0, maar kan ook identificatienummer instelling zijn (ziekenhuis, ...) (zie beschrijving zone)
Z 15	Identificatie verstrekker	RIZIV-nummer van de verstrekker, tenzij anders vermeld in de beschrijving van de zone
(☞2) Z 16	Norm verstrekker	Huisartsen: 1, 4 of 5; Specialisten: 1, 3 of 9
Z 17-18	Betrekkelijke verstrekking	Zie lijst "betrekkelijke verstrekking"
Z 19	Verzekeringstegemoetkoming	Bedrag van de tegemoetkoming
Z 20-21	Datum voorschrift	Verplicht in te vullen indien Z 24-25 ≠ 0
Z 22	Aantal eenheden	Meestal 1, maar kan ook > zijn dan 1 (bv. reiskosten) (zie beschrijving zone)
Z 23	Afwijking maximaal aantal of identieke prestatie	01, 02, 03, 04 of 00
Z 24-25	Identificatie voorschrijver	Zie lijst "voorschrijver"
Z 26	Norm voorschrijver	Huisartsen: 0, 1, 3, 4 of 9; Specialisten: alle waarden mogelijk
Z 27	Persoonlijk aandeel patiënt	Werkelijk aangerekend reglementair persoonlijk aandeel
Z 28	Referentie instelling	Facultatief
Z 29	Behandelde tand	Huisartsen: altijd 0; Specialisten: facultatief (zie beschrijving zone)
Z 30-31	Supplement	Bedrag dat eventueel bovenop het reglementair persoonlijk aandeel wordt aangerekend aan de patiënt
(☞8,19) Z 32	Rechtvaardiging	Huisartsen: waarde 0 of N; Specialisten: altijd 0
(☞11) Z 33	Code facturering pers.aandeel of suppl.	Waarde 0, 1, 2 of 9
Z 34	Behandeld lid	Waarde 0, 1 of 2
Z 35	Geconventioneerde verstrekker	Waarde 0, 1, 2 of 9
Z 36-37	Uur van prestatie	Altijd 0
Z 38	Identificatie toedienaar bloed	Altijd 0
Z 39-40	Nummer attest van toediening	Altijd 0
(☞9) Z 41-42	Nummer afleveringsbon of zak	Altijd blanco
Z 43	Code implant	Altijd 0
Z 44-45	Omschrijving product	Altijd blanco
Z 46	Norm plafond	Huisartsen: altijd 0; Specialisten: 0, 7 of 8
Z 47	Basiswaarde verstrekking	Altijd 0
Z 48	Transplantatie	Altijd 0
Z 49	Identificatienummer bijkomende verstrekker	In te vullen indien Z 16 = 4 of 5; in alle andere gevallen 0
Z 50a	Aandeel in forfait	Altijd 0
(☞14) Z 50b	Aanduiding prest. in kader v. lect. eID	Altijd 0
Z 51	Ziekenhuissite	Altijd 0
Z 52	Identificatie associatie zorggebied	Altijd 0
53-54a	Ritnummer	Altijd 0
55-56	Notificatiecode implantaat	Altijd 0
57-58-59	Registratiecode	Huisartsen: altijd 0; specialisten: zie beschrijving zone
Z 99	Controlecijfer van het record	Verplicht in te vullen

<b>Recordtype 51 (Facultatief) (enkel voor huisartsen, niet voor specialisten)</b>		
<b>Zone</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Commentaar betreffende inhoud</b>
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 17-18	Betrekkelijke verstrekking	<i>Altijd 0</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	Nummer akkoord tariefverbintenis	<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>

<b>Recordtype 52 (facultatief)</b>		
<b>Zone</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Commentaar betreffende inhoud</b>
1	Recordtype 52	<i>Constante waarde 52</i>
2	Volgnummer record	<i>Verplicht in te vullen</i>
3	Reden manuele invoering	<i>Verplicht in te vullen indien Z 9 = 4</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, behalve indien Z 9 = 4 en Z 3 =3</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>
11	Reden gebruik vignet	<i>Verplicht in te vullen indien Z 10 =7</i>
12	Uur van lezing identiteitsdocument	<i>Verplicht in te vullen, behalve indien Z 9 = 4 en Z 3 =3</i>
13		
15	Identificatie verstrekker	<i>= R 50 Z 15</i>
16	Serienummer van de drager	<i>Verplicht in te vullen, behalve indien Z 10 = 7, 8 of 9</i>
17	Nummer bewijsstuk	<i>Verplicht in te vullen</i>
18	Uniek nr. toestel medische beeldvorming	<i>Huisartsen: altijd 0; Specialisten: verplicht voor bepaalde verstrekkingen (zie beschrijving zone)</i>
19	Nummer akkoord	<i>Altijd 0 (deze zone heeft geen betrekking op de artsen)</i>
99	Controlecijfer van het record	<i>Verplicht in te vullen</i>

(3)

<b>Recordtype 80</b>		
<b>Zone</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Commentaar betreffende inhoud</b>
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>
(9) Z 55-56	Gereserveerd staatshervorming	<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>
(☞9) Z 45-46-47a	Gereserveerd staatsvorming	<i>Altijd blanco</i>
Z 49-52	IBAN financiële rekening B	<i>Altijd opgevuld met blanco's</i>
(☞9) Z 53-54a	Gereserveerd staatsvorming	<i>Altijd blanco</i>
(☞9) Z 55-56	Gereserveerd staatsvorming	<i>Altijd 0</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>

## Facturatie van dringend ziekenvervoer

1. **Reglementaire basis** : KB van 26/04/2009 (verzekeringstegemoetkoming) en KB van 07/04/1995 (tarief)

2. **Invulling van het elektronisch facturatiebestand**

- Facturatie in recordtype 50
- Z 4: pseudo-code
- Z 14: nummer van de erkende ambulancedienst
- Z 15: nul
- Z 17-18: betrekkelijke verstrekking die aanduidt hoeveel patiënten tegelijk vervoerd werden:
  - 0081001: 1 passagier
  - 0080500: 2 passagiers
  - 0080334: 3 passagiers
  - 0080253: 4 passagiers
  - 0080205: 5 passagiers
- Z 19: ZIV-tegemoetkoming (50% van het gefactureerde bedrag)
- Z 22: aantal km / aantal paar gebruikte elektroden
- Z 30-31: bedrag ten laste van de patiënt (verschil tussen het gefactureerde bedrag en het bedrag van de tegemoetkoming)

3. **Afrondingsregels**

- Gefactureerd bedrag : bedrag afgerond naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar onder afgerond
- Bedrag van de tegemoetkoming (Z 19) : bedrag wordt afgerond naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar boven afgerond.

4. **Uitgewerkt voorbeeld (prijs op 1/1/2014)**

Drie patiënten worden in dezelfde ambulance vervoerd over een afstand van 12 km.  
Voor de derde patiënt wordt een paar elektroden gebruikt.

Factuur patiënt 1 en 2

Berekening tegemoetkoming

	Gefactureerd bedrag	Tegemoetkoming	Supplement
Forfait voor de eerste 10 km	$61.46 / 3 = 20.487 \approx 20.49 \text{ €}$	$20.49 / 2 = 10.245 \approx 10.25 \text{ €}$	$20.49 - 10.25 = 10,24 \text{ €}$
11 <sup>de</sup> en 12 <sup>de</sup> km	$6.14 \times 2 = 12.28$ $12.28 / 3 = 4.093 \approx 4.09 \text{ €}$	$4.09 / 2 = 2.045 \approx 2.05 \text{ €}$	$4.09 - 2.05 = 2.04 \text{ €}$

Invulling van de zones op het facturatiebestand

Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV-tegemoetkoming)	Z 22 (aantal eenheden)	Z 30-31 (supplement)
784416	10.25	10	10.24
784431	2.05	2	2.04

Factuur patiënt 3Berekening tegemoetkoming

	Gefactureerd bedrag	Tegemoetkoming	Supplement
Forfait voor de eerste 10 km	$61.46 / 3 = 20.487 \approx 20.49 \text{ €}$	$20.49 / 2 = 10.245 \approx 10.25 \text{ €}$	$20.49 - 10.25 = 10,24 \text{ €}$
11 <sup>de</sup> en 12 <sup>de</sup> km	$6.14 \times 2 = 12.28$ $12.28 / 3 = 4.093 \approx 4.09 \text{ €}$	$4.09 / 2 = 2.045 \approx 2.05 \text{ €}$	$4.09 - 2.05 = 2.04 \text{ €}$
Forfait elektroden	58,34 €	$58,34 / 2 \approx 29,17 \text{ €}$	$58,34 - 29,17 = 29,17 \text{ €}$

Invulling van de zones op het facturatiebestand

Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV-tegemoetkoming)	Z 22 (aantal eenheden)	Z 30-31 (supplement)
784416	10.25	10	10.24
784431	2.05	2	2.04
784475	29,17	1	29,17

**Afrondingsregels voor verstrekkingen verricht door stagiairs aan 75%,  
heelkundige verstrekkingen aan 50% en  
operatieve hulp aan 10%.**

### 1. Algemene regels

Eerst wordt het verminderd honorarium (75%, 50%, 10%) berekend en afgerond volgens de gewone afrondingsregel (vanaf 5 naar boven afronden)

*Voorbeeld: Verstrekking met honorarium (aan 100%) = 26,42 €*

*Honorarium aan 75% = 26,42 € \* 0,75 = 19,815 ≈ 19,82 €*

Daarna wordt op basis van het verminderde honorarium de ZIV-tegemoetkoming en het persoonlijk aandeel berekend, volgens de geldende remgeldpercentages.

De ZIV-tegemoetkoming wordt steeds naar boven afgerond (round-up).

Het persoonlijk aandeel wordt steeds naar beneden afgerond (round-down).

Opmerking: Voor operatieve hulp (10%) is er geen remgeld van toepassing.

*Voorbeeld (vervolg): 12% remgeld*

*ZIV-tegemoetkoming = 19,82 € \* 0,88 = 17,4416 ≈ 17,45 €*

*Persoonlijk aandeel = 19,82 € - 17,45 € = 2,37 €*

Remgeld geplafonneerd :

*Voorbeeld: Verstrekking met honorarium (aan 100%) = 66,53 €*

*Percentage remgeld 15%, met plafond van 8,68 €*

*Aan 100%:*

*ZIV-tegemoetkoming = 66,53 € \* 0,85 = 56,5505 ≈ 56,56 €*

*Persoonlijk aandeel = 66,53 € - 56,56 € = 9,97 € → wordt geplafonneerd tot 8,68 €*

*→ ZIV-tegemoetkoming wordt dus: 66,53 € - 8,68 € = 57,85 €*

*Aan 50%:*

*Honorarium aan 50% = 66,53 € \* 0,50 = 33,265 ≈ 33,27 €*

*ZIV-tegemoetkoming = 33,27 € \* 0,85 = 28,2795 ≈ 28,28 €*

*Persoonlijk aandeel = 33,27 € - 28,28 € = 4,99 € (plafond niet bereikt) (plafondbedrag wordt dus niet met 50% verminderd).*

## 2. Bijzonderheden: meervoudige berekeningen

### a) Operatieve hulp bij chirurgische ingreep aan 50%

De facturatie gebeurt via 2 afzonderlijke records. Er wordt dus sowieso tussentijds afgerond.

*Voorbeeld: chirurgische ingreep met honorarium (aan 100%) = 797,57 €  
(volledig terugbetaald, geen persoonlijk aandeel)*

*1<sup>ste</sup> record: chirurgische ingreep aan 50%*

*Honorarium aan 50% (= ZIV-tegemoetkoming)  
= 797,57 € \* 0,50 = 398,785 ≈ 398,79 €*

*2<sup>de</sup> record: operatieve hulp bij deze chirurgische ingreep aan 50%*

*Honorarium operatieve hulp (= ZIV-tegemoetkoming)  
= 398,79 € \* 0,10 = 39,879 ≈ 39,88 €*

(€ 10)

### b) Chirurgische ingreep aan 50%, verricht door een stagiair (75%)

De facturatie gebeurt via 1 enkele record, maar er wordt ook hier tussentijds afgerond (eerst 50%, daarna 75%).

*Voorbeeld: Chirurgische ingreep met honorarium (aan 100%) = 797,57 €  
(volledig terugbetaald, geen persoonlijk aandeel)*

*Honorarium aan 50% (= ZIV-tegemoetkoming)  
= 797,57 € \* 0,50 = 398,785 ≈ 398,79 €*

*Honorarium aan 50% verricht door stagiair (= ZIV-tegemoetkoming)  
= 398,79 € \* 0,75 = 299,0925 ≈ 299,09 €*

**ELEKTRONISCHE FACTURATIE DOOR TANDARTSEN (e-fac)**

<b>Recordtype 10</b>		
<b>Zone</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Commentaar betreffende inhoud</b>
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 "afschaffing 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>
(☞16) Z 18	Beroepscode facturerende derde	<i>Facultatief vanaf gefactureerde maand januari 2024 (R 10 Z 22-23 ≥ 0202401), verplicht vanaf gefactureerde maand april 2024 (R 10 Z 22-23 ≥ 0202404)</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>
(☞9) Z 45-46-47a	Gereserveerd staatshervorming	<i>Altijd blanco</i>
(☞9) Z 48	Gereserveerd staatshervorming	<i>Altijd 0</i>
Z 49-52	IBAN financiële rekening B	<i>Altijd opgevuld met blanco 's</i>
(☞9) Z 53-54a	Gereserveerd staatshervorming	<i>Altijd blanco</i>
Z 99	Controlecijfer van het record	<i>Verplicht in te vullen</i>

## Bijlage 23.2

<b>Recordtype 20</b>		
<b>Zone</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Commentaar betreffende inhoud</b>
Z 1	Recordtype 20	<i>Constante waarde 20</i>
Z 2	Volgnummer record	<i>Verplicht in te vullen</i>
(8) Z 3	Toestemming derdebetalende	<i>Altijd 0 (vanaf prestatiedatum 01/05/2022)</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>Verplicht in te vullen</i>
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	<i>INSZ, behalve ingeval van internationale verdragen of pasgeborenen</i>
Z 9	Geslacht rechthebbende	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 10	Type factuur	<i>3(ambulante patiënt) of 1 (gehospitaliseerde patiënt)</i>
Z 11	Type facturering	<i>Normale waarde = 0; kan eventueel ook 1, 3 of 4 zijn</i>
Z 13	Dienst 721 bis	<i>000 (indien Z 10 = 3) of 002 (indien Z 10 = 1)</i>
Z 14	Nummer facturerende instelling	<i>RIZIV-nummer facturerende derde (= R10 Z14)</i>
Z 15	Stamnummer van de (verplegings-) inrichting (of revalidatiecentrum) waar de rechthebbende opgenomen is (verblijft)	<i>0 (indien Z 10 = 3) of identificatienummer van de verpleeginrichting (indien Z 10 = 1)</i>
Z 16	Code stuiten verjaringstermijn	<i>0 of 1</i>
Z 17	Reden behandeling	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 18	Nummer ziekenfonds van bestemming	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 19	Nummer opname	<i>Altijd 0</i>
Z 20-21	Datum akkoord revalidatiebehandeling	<i>Altijd 0</i>
Z 22	Uur van ontslag	<i>Altijd 0</i>
Z 24-25	Nummer individuele factuur	<i>Eigen gestructureerd volgnummer (<u>niet</u> het nummer van het getuigschrift)</i>
Z 26	Toepassing sociale franchise	<i>Altijd 0</i>
Z 27	Code gerechtigde 1 + 2	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 28	Referentie instelling	<i>Facultatief</i>
Z 29-31	Nummer vorige factuur	<i>Enkel indien Z 11 ≠ 0</i>
Z 32	Flag identificatie rechthebbende	<i>Altijd 1, behalve ingeval van internationale verdragen of pasgeborenen</i>
Z 34-36	Nummer vorige zending	<i>Enkel indien Z 11 ≠ 0</i>
Z 37	Nummer ziekenfonds vorige facturering	<i>Enkel indien Z 11 ≠ 0</i>
Z 38-39	Referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer A	<i>Enkel indien Z 11 = 1, anders blanco</i>
Z 41	Vorig gefactureerd jaar en maand	<i>Enkel indien Z 11 ≠ 0</i>
Z 42-45	Referentiegegevens netwerk	<i>Altijd 0</i>
Z 47	Datum van facturering	<i>Facultatief</i>
Z 49-51	Referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer B	<i>Altijd opgevuld met blanco's</i>
Z 53	Begindatum periode verzekeraarbaarheid	<i>Altijd 0</i>
Z 54	Einddatum periode verzekeraarbaarheid	<i>Altijd 0</i>
Z 55	Datum mededeling informatie	<i>Altijd 0</i>
Z 56	MAF lopend jaar	<i>Altijd 0</i>
Z 57	MAF lopend jaar -1	<i>Altijd 0</i>
Z 58	MAF lopend jaar -2	<i>Altijd 0</i>
Z 99	Controlecijfer van het record	<i>Verplicht in te vullen</i>

Recordtype 50		
Zone	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
Z 1	Recordtype 50	Constante waarde 50
Z 2	Volgnummer record	Verplicht in te vullen
Z 3	Norm verstrekking	Waarde 0, 5 (enkel mogelijk voor verstrekkingen van art. 14, l) of 9 (enkel voor pseudo-codes fasen vervaardiging tandprothesen)
Z 4	(Pseudo-)nomenclatuurcode	Verplicht in te vullen
Z 5	Datum eerste verrichte verstrekking	Datum van prestatie
Z 6a-6b	Datum laatste verrichte verstrekking	Datum van prestatie (=R 50 Z 5)
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	Verplicht in te vullen
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	Idem R 20 Z 8a-8b
Z 9	Geslacht rechthebbende	Idem R 20 Z 9
Z 10	Bevalling	Altijd 0
Z 11	Verwijzing financieel rekeningnummer	Altijd 0
Z 12	Nacht, weekeinde, feestdag	Waarde 0, 1, 2 of 3
Z 13	Dienstcode	990 (indien R20 Z10 = 3 of 002 (indien R20 Z10 = 1)
Z 14	Plaats van verstrekking	Meestal 0, maar kan ook identificatienummer instelling zijn (ziekenhuis, ...) (zie beschrijving zone)
Z 15	Identificatie verstrekker	RIZIV-nummer van de verstrekker
(☞11) Z 16	Norm verstrekker	1 of 2
Z 17-18	Betrekkelijke verstrekking	Zie lijst "betrekkelijke verstrekking"
Z 19	Verzekeringstegemoetkoming	Bedrag van de tegemoetkoming
Z 20-21	Datum voorschrift	Verplicht in te vullen indien Z 24-25 ≠ 0
Z 22	Aantal eenheden	Altijd 1
Z 23	Afwijking maximaal aantal of identieke prestatie	01, 02, 03, 04 of 00
(☞11) Z 24-25	Identificatie voorschrijver	Meestal 0, behalve voor radiografieën en verstrekkingen verricht door een mondhygiënist vermeld op de lijst « voorschrijver » waarbij voorschrijver ≠ verstrekker
(☞11) Z 26	Norm voorschrijver	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografieën en verstrekkingen verricht door een mondhygiënist vermeld op lijst « voorschrijver » : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1(of 9) indien voorschrijver ≠ verstrekker</li> <li>○ 3 indien voorschrijver = verstrekker</li> </ul> </li> <li>• Andere prestaties : 0</li> </ul>
Z 27	Persoonlijk aandeel patiënt	Aangerekend reglementair persoonlijk aandeel
Z 28	Referentie instelling	Facultatief
Z 29	Behandelde tand	In te vullen in functie van de nomenclatuur: zie tarieven RIZIV: prestaties aangeduid met "NR/N°"
Z 30-31	Supplement	Bedrag dat eventueel bovenop het reglementair persoonlijk aandeel wordt aangerekend aan de patiënt. Ingeval van bijkomend honorarium mechanische verankering, bioactief dentinesubstituut of bij vergoedbare endodontische behandeling in geval van detiscore klasse B: totaal aangerekend bedrag.
(☞8,19) Z 32	Rechtvaardiging	Altijd 0 (vanaf prestatiedatum 01/05/2022)
(☞11) Z 33	Code facturering pers.aandeel of suppl.	Waarde 0, 1, 2 of 9
Z 34	Behandeld lid	Altijd 0
Z 35	Geconventioneerde verstrekker	Waarde 1, 2 of 9
Z 36-37	Uur van prestatie	Altijd 0
Z 38	Identificatie toedienaar bloed	Altijd 0
Z 39-40	Nummer attest van toediening	Altijd 0
(☞9) Z 41-42	Nummer afleveringsbon of zak	Altijd blanco
Z 43	Code implantaat	Altijd 0
Z 44-45	Omschrijving product	Altijd blanco
Z 46	Norm plafond	Altijd 0
Z 47	Basiswaarde verstrekking	Altijd 0
Z 48	Transplantatie	Altijd 0
(☞11) Z 49	Identificatienr. bijkomende verstrekker	Altijd 0, behalve voor verstrekkingen verricht door mondhygiënist
Z 50a	Aandeel in forfait	Altijd 0
(☞14) Z 50b	Aanduiding prest. in kader van lectuur eID	Altijd 0
Z 51	Ziekenhuissite	Altijd 0
Z 52	Identificatie associatie zorggebied	Altijd 0
53-54a	Ritnummer	Altijd 0
55-56	Notificatiecode implantaat	Altijd 0
57-58-59	Registratiecode	Altijd 0
Z 99	Controlecijfer van het record	Verplicht in te vullen



<b>Recordtype 51 (facultatief)</b>		
<b>Zone</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Commentaar betreffende inhoud</b>
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 17-18	Betrekkelijke verstrekking	<i>= R 50 Z 17-18</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	Nummer akkoord tariefverbintenis	<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>

<b>Recordtype 52 (facultatief)</b>		
<b>Zone</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Commentaar betreffende inhoud</b>
1	Recordtype 52	<i>Constante waarde 52</i>
2	Volgnummer record	<i>Verplicht in te vullen</i>
3	Reden manuele invoering	<i>Verplicht in te vullen indien Z 9 = 4</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, behalve indien Z 9 = 4 en Z 3 = 3</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>
11	Reden gebruik vignet	<i>Verplicht in te vullen indien Z 10 = 7</i>
12	Uur van lezing identiteitsdocument	<i>Verplicht in te vullen, behalve indien Z 9 = 4 en Z 3 = 3</i>
13		
15	Identificatie verstrekker	<i>= R 50 Z 15</i>
16	Serienummer van de drager	<i>Verplicht in te vullen, behalve indien Z 10 = 7, 8 of 9</i>
17	Nummer bewijsstuk	<i>Verplicht in te vullen</i>
18	Uniek nr. toestel medische beeldvorming	<i>Altijd 0</i>
19	Nummer akkoord	<i>Altijd 0 (deze zone heeft geen betrekking op de tandartsen)</i>
99	Controlecijfer van het record	<i>Verplicht in te vullen</i>

(3)

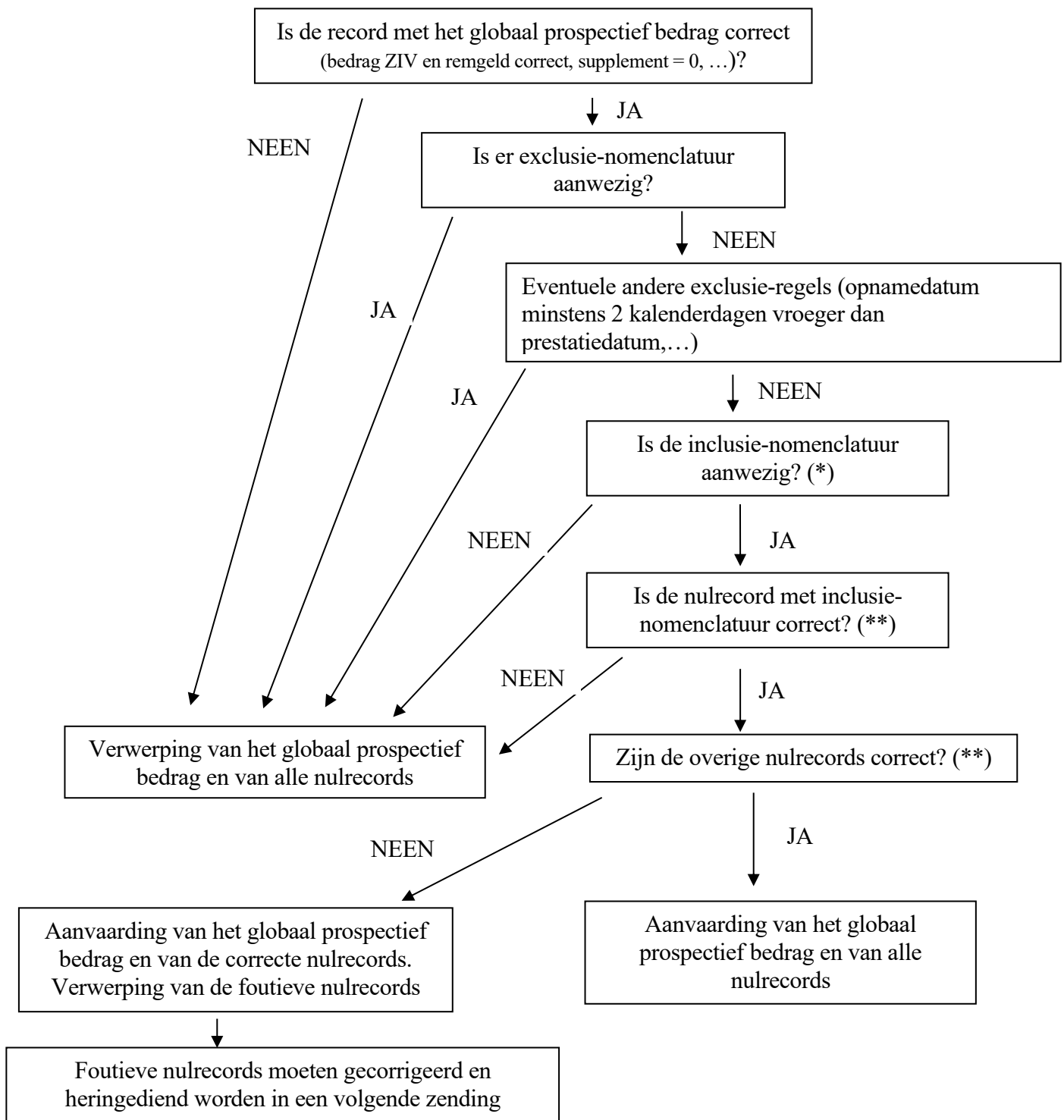
Recordtype 80		
Zone	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
Z 1	Recordtype 80	<i>Constante waarde 80</i>
Z 2	Volgnummer record	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 4	Uur van opname	<i>Altijd 0</i>
Z 5	Datum van opname	<i>Altijd 0</i>
Z 6a-6b	Datum van ontslag	<i>Altijd 0</i>
Z 7	Nummer ziekenfonds van 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>
(9) Z 55-56	Gereserveerd staats Hervorming	<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>
(☞9) Z 45-46-47a	Gereserveerd staatsvorming	<i>Altijd blanco</i>
Z 49-52	IBAN financiële rekening B	<i>Altijd opgevuld met blanco's</i>
(☞9) 53-54a	Gereserveerd staatsvorming	<i>Altijd blanco</i>
(☞9) 55-56	Gereserveerd staatsvorming	<i>Altijd 0</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>

## LAAGVARIABELE ZORG

**1. Controles en verwerpingen**

Indien een pseudo-code “globaal prospectief bedrag” gefactureerd wordt, dan doet de VI achtereenvolgens de volgende controles:



(\*) *Uitzondering : Deze controle wordt niet uitgevoerd op de 1<sup>e</sup> partiële facturen (R 20 Z 11 = 6) van een verblijf met jaar- of trimesterafsluiting (dat over 2 afsluitingsperiodes loopt). De controle wordt gedaan wanneer de laatste factuur met betrekking tot het verblijf (R 20 Z 11 = 7) door de VI ontvangen werd..*

(\*\*) *De VI voert op de nulrecords alle controles uit zoals bij een klassieke facturatie, zowel facturatieregels (betrekkelijke verstrekking, ...) als nomenclatuurregels (maxima, cumulverboden, ...).*

*De nulrecords moeten dus meegeteld worden voor maxima, cumuls, ...*  
*Voorbeelden:*

- *Prestatie waarvoor betrekkelijke verstrekking vereist is en deze ontbreekt → verwerping van de nulrecord → ziekenhuis moet de nulrecord achteraf correct herindienen*
- *Prestatie waarbij maximum aantal overschreden is → verwerping van de nulrecord → prestatie is niet vergoedbaar en kan dus niet heringediend worden*

## **2. Jaarafsluiting (of eventuele trimesterafsluiting)**

Art. 11 § 1 van de Verordening van 28 juli 2003 voorziet het volgende:

*Onafgezien het aantal verpleegdagen :*

- a) moet in elk geval een gedeeltelijke verpleegnota en een honorariumnota worden opgemaakt op 31 december van elk jaar;*
- b) kan uitzonderlijk een gedeeltelijke verpleegnota of een honorariumnota worden opgemaakt telkens op 31 maart, op 30 juni en op 30 september.*

Voor bepaalde verblijven “laagvariabele zorg” zullen (een deel van) de nulrecords en het globaal prospectief bedrag zich niet op dezelfde factuur bevinden. Dit geeft problemen bij de VI om de nodige controles, zoals voorzien in het schema in bijlage 24.1, te kunnen uitvoeren.

Om zowel te kunnen voldoen aan de regels in verband met afsluiting als aan de facturatieregels en om de VI's toe te laten hun controles te doen, kunnen in dit geval 3 facturatiemethodes toegepast worden:

### **Voorbeeld van een verblijf:**

- Verblijf van 29 december 2019 tot en met 3 januari 2020.
- Inclusienomenclatuur met prestatiedatum = 2 januari 2020.
- Op 3 januari 2020 wordt het verblijf gedefinieerd als « laagvariabele zorg » (alle inclusiecriteria zijn vervuld en geen exclusie).

**1<sup>ste</sup> methode:** Het ziekenhuis factureert normaal (buiten LVZ(\*)) totdat het beschikt over alle inclusievoorwaarden voor het verblijf.

- (1) Er wordt een partiële factuur (normale tarificatie buiten LVZ) verstuurd op het facturatiebestand van de gefactureerde maand december 2019 (R 10 Z 22-23 = dec 2019) met R 20 Z 11 (type facturering) = 0 en met R 80 Z 20-21 (factuurdatum) ≤ 31/12/2019.
- (2) *Na de ontslagdatum (3 januari 2020), wordt het verblijf gedefinieerd als een verblijf « laagvariabele zorg ».*
- (3) Er wordt een creditnota opgemaakt (R 20 Z 11 = 3) om de 1<sup>ste</sup> factuur (tarificatie buiten LVZ), die verstuurd werd in het vorige facturatiebestand, te crediteren.
- (4) Herfacturering :
  - (a) Hetzij één nieuwe factuur (tarificatie LVZ) wordt verstuurd op het facturatiebestand van de gefactureerde maand januari 2020 (R 10 Z 22-23 = jan 2020) → Factuur (R20-80) met R 20 Z 11 (type facturering) = 0 OF 1 en met R 80 Z 20-21 (factuurdatum) ≤ 3/1/2020.

Deze factuur bevat:

- de record 50 met het globaal prospectief bedrag (prestatiedatum = 29/12/2019);
- de records 50 aan 0 € (Zone 54b = 1) met prestatiedatums van 29/12/2019 tot en met 31/12/2019;
- de records 30 (verpleegdagen), 40 (geneesmiddelen) en 50 (producten/verstrekkingen buiten LVZ) met prestatiedatums van 29/12/2019 tot en met 31/12/2019;
- de records 50 aan 0 € (Zone 54b = 1) met prestatiedatums van 1/1/2020 tot en met 3/1/2020;
- de records 30 (verpleegdagen), 40 (geneesmiddelen) en 50 (producten/verstrekkingen buiten LVZ) met prestatiedatums van 1/1/2020 tot en met 3/1/2020;

*Opgelet : Indien een afsluiting moet gebeuren in de loop van de verblijfsperiode (begindatum – einddatum), dan moeten de records (reeksen van prestaties gefactureerd via 1 record, forfaitaire tegemoetkoming voor een bepaalde periode, verpleegdagen) opgesplitst worden op datum van afsluiting. De begindatum van de tweede periode moet gelijk zijn aan de datum volgend op de einddatum van de eerste periode.*

(\*) LVZ = Laagvariabele zorg

(b) Hetzij twee nieuwe facturen (tarificatie LVZ) worden verstuurd op het facturatiebestand van de gefactureerde maand januari 2020 (R 10 Z 22-23 = jan 2020)

- Een factuur (R20-80) met R 20 Z 11 (type facturering) = 6 en met R 80 Z 20-21 (factuurdatum) ≤ 3/1/2020.

Deze factuur bevat :

- de record 50 met het globaal prospectief bedrag (prestatiedatum = 29/12/2019);
- de records 50 aan 0 € (Zone 54b = 1) met prestatiedatums van 29/12/2019 tot en met 31/12/2019;
- de records 30 (verpleegdagen), 40 (geneesmiddelen) en 50 (producten/verstrekkingen buiten LVZ) met prestatiedatums van 29/12/2019 tot en met 31/12/2019;

- Een factuur (R20-80) met R 20 Z 11 (type facturering) = 7 en met R 80 Z 20-21 (factuurdatum) ≤ 3/1/2020.

Deze factuur bevat :

- de records 30 (verpleegdagen), 40 (geneesmiddelen) en 50 (producten/verstrekkingen buiten LVZ) met prestatiedatums van 1/1/2020 tot en met 3/1/2020 ( en eventuele geneesmiddelen en residuele prestaties van 2019);
- de records 50 aan 0 € (Zone 54b = 1) met prestatiedatums van 1/1/2020 tot en met 3/1/2020;

**2<sup>e</sup> methode :** Het ziekenhuis factureert eerst alle prestaties van december die buiten LVZ vallen (geneesmiddelen, verpleegdagen,...). De rest van de facturatie wordt in wacht gezet totdat het ziekenhuis kan bepalen of het al dan niet over een verblijf laagvariabele zorg gaat.

(1) Er wordt een partiële factuur (tarificatie buiten LVZ) gestuurd op het facturatiebestand van de gefactureerde maand december 2019 (R 10 Z 22-23 = dec 2019) met R 20 Z 11 (type facturering) = 0 en met R 80 Z 20-21 (factuurdatum) ≤ 31/12/2019.

Deze factuur bevat:

- de records 30 (verpleegdagen), 40 (geneesmiddelen) en 50 (producten/verstrekkingen buiten LVZ) met prestatiedatums van 29/12/2019 tot en met 31/12/2019.

(2) *Na de ontslagdatum (3 januari 2020), wordt het verblijf gedefinieerd als een verblijf « laagvariabele zorg ».*

(3) Er wordt één enkele 2<sup>de</sup> factuur verstuurd op het facturatiebestand van de gefactureerde maand januari 2020 (R 10 Z 22-23 = jan 2020) met R 20 Z 11 (type facturering) = 0 OF 2 en met R 80 Z 20-21 (factuurdatum) ≥ 1/1/2020.

Deze factuur bevat:

- de record 50 met het globaal prospectief bedrag (prestatiedatum = 29/12/2019);
- de records 50 aan 0 € (Zone 54b = 1) met prestatiedatums van 29/12/2019 tot en met 3/1/2020
- de records 30 (verpleegdagen), 40 (geneesmiddelen) en 50 (producten/verstrekkingen buiten LVZ) met prestatiedatums van 1/1/2020 tot en met 3/1/2020.

*Opgelet : Indien een afsluiting moet gebeuren in de loop van de verblijfsperiode (begindatum – einddatum), dan moeten de records (reeksen van prestaties gefactureerd via 1 record, forfaitaire tegemoetkoming voor een bepaalde periode, verpleegdagen) opgesplitst worden op datum van afsluiting. De begindatum van de tweede periode moet gelijk zijn aan de datum volgend op de einddatum van de eerste periode.*

**3<sup>e</sup> methode:** Het ziekenhuis factureert alsof het om een verblijf laagvariabele zorg gaat zelfs als het nog niet beschikt over alle inclusievoorwaarden.

Dit veronderstelt de verzending van 2 partiële facturen (één met prestatiedatums van 29/12/2019 tot en met 31/12/2019 EN één met prestatiedatums van 1/1/2020 tot en met 3/1/2020).

*Opdat de VI's deze partiële facturen zouden kunnen detecteren (om ze vervolgens samen te voegen om de controles uit te voeren), worden 2 nieuwe waarden gebruikt in R 20 Z 11 (type facturering), namelijk de waarden 6 en 7.*

*Deze nieuwe waarden 6 en 7 (\*\*) worden enkel gebruikt voor de verblijven « laagvariabele zorg » die gesplitst moeten worden omwille van trimester- of jaarafsluiting.*

(1) Er wordt een partiële factuur (tarificatie LVZ) verstuurd op het facturatiebestand van de gefactureerde maand december 2019 (R 10 Z 22-23 = dec 2019) met R 20 Z 11 (type facturering) = 6 en met R 80 Z 20-21 (factuurdatum) ≤ 31/12/2019.

Deze factuur bevat:

- de record 50 met het globaal prospectief bedrag (prestatiedatum = 29/12/2019)
- de records 50 aan 0 € (Zone 54b = 1) met prestatiedatums van 29/12/2019 tot en met 31/12/2019
- de records 30 (verpleegdagen), 40 (geneesmiddelen) en 50 (producten/verstrekkingen buiten LVZ) met prestatiedatums van 29/12/2019 tot en met 31/12/2019.

(2) Na de ontslagdatum (3 januari 2020), wordt het verblijf gedefinieerd als een verblijf « laagvariabele zorg ».

(3) Er wordt een tweede partiële factuur (de laatste) verstuurd op het facturatiebestand van de gefactureerde maand januari 2020 (R 10 Z 22-23 = jan 2020) met R 20 Z 11 (type facturering) = 7 en met R 80 Z 20-21 (factuurdatum) ≥ 1/1/2020.

Deze factuur bevat:

- alle records 30 (verpleegdagen), 40 (geneesmiddelen) en 50 (producten/verstrekkingen buiten LVZ) met prestatiedatums van 1/1/2020 tot en met 3/1/2020
- de records 50 aan 0 € (Zone 54b = 1) met prestatiedatums van 1/1/2020 tot en met 3/1/2020.

*Opgelet, deze oplossing veronderstelt dat de VI's de 1<sup>ste</sup> partiële factuur van het bestand van de gefactureerde maand december 2019 (R 10 Z 22-23 = dec 2019) aanvaarden en betalen zonder de controle op de aanwezigheid van de inclusienomenclatuur uit het controleschema uit te voeren. Deze controle kan door de VI maar uitgevoerd worden na het einde van het verblijf wanneer ze de laatste factuur (type 7) op het facturatiebestand van de gefactureerde maand januari 2020 (R 10 Z 22-23 = jan 2020) ontvangen hebben.*

(4) In het scenario daarentegen waarin het ziekenhuis na het ontslag van de patiënt zou vaststellen dat niet alle inclusievoorwaarden vervuld zijn (afwezigheid van inclusienomenclatuur) OF dat er een exclusie criterium vervuld is, dan crediteert het ziekenhuis de partiële factuur die verstuurd werd in het vorige facturatiebestand en herfactureert op normale wijze (buiten LVZ).

(\*\*) Waarde 6 = partiële originele factuur voor verblijf « laagvariabele zorg » met trimester- of jaarafsluiting (1 of meerdere andere partiële facturen met type 6 of de laatste factuur van het verblijf met type 7 zullen volgen)

Waarde 7 = laatste factuur van verblijf « laagvariabele zorg » met trimester- of jaarafsluiting (het gaat om de laatste factuur die de partiële factuur (facturen) met type 6 volgt (volgen))



**Lectuur identiteitsgegevens in ziekenhuismilieu – record 21**

(☞5,17) Deze bijlage is van toepassing voor alles wat door een ziekenhuis wordt gefactureerd (R 10 Z 14 = Zh. nr. 710/719/720)

**1. Principes****1.1 Klassieke hospitalisatie, R 20 Z 10 (factuurtype) = 1**

- 1 lectuur per hospitalisatie.
  - Deze lectuur vindt plaats binnen de 3 dagen na de datum van opname.
  - Eén record 21 per factuur met de gegevens van de lezing.
- (☞11) Voor de verblijven verdeeld over verschillende facturen (trimester- of jaarafsluiting, mutatie, wijziging verzekeraar (wijziging CG1/CG2 of verzekerd/onverzekerd), moet elke factuur een record 21 bevatten. In dat geval worden de leesgegevens die bij de opname gecapteerd werden (binnen de 3 dagen) herhaald op elke factuur. R 21 van de 1<sup>ste</sup> factuur van het verblijf wordt dus gekopieerd naar alle volgende facturen van het verblijf.
- (☞12) - De voorafgaandelijke lezing tijdens een passage op spoed dezelfde dag of de vorige dag kan worden gebruikt. R 21 van de ambulante factuur (spoed) wordt dus herhaald (gekopieerd) op de hospitalisatiefactuur.
- (☞12) - In geval van herfacturatie door het ziekenhuis aan het ziekenfonds van de patiënt indien er eerst als arbeidsongeval werd gefactureerd maar het achteraf niet als een arbeidsongeval erkend wordt, mogen de leesgegevens die bij de opname gecapteerd werden (binnen de 3 dagen) gebruikt worden.
- (☞12) - In geval van herindieningen, correctiefacturen en complementaire facturen (R 20 Z 11 = 1, 2, 4 of 5), moet altijd een recordtype 21 worden vermeld, of het nu gaat om een herhaling/kopie van de oorspronkelijke R 21 of om een nieuwe R 21 (als de oorspronkelijke factuur nog geen R 21 had en om die reden is verworpen).
- Lectuur tijdens pre-opname volstaat niet.

**1.2 Daghospitalisatie en ambulante zorgen, R 20 Z 10 (factuurtype) = 3, 4 of 9**

- Eén lectuur per dag.
  - Deze lectuur vindt plaats bij aankomst in het ziekenhuis en dus voorafgaand aan de 1ste verstrekking
  - Eén record 21 per dag met de gegevens van de dagelijkse lezing.
  - Indien de factuur (R20-80) prestaties uitgevoerd op verschillende dagen bevat, dan moeten in de betreffende factuur (R20-80) meerdere records 21 vermeld worden (1 record 21 voor elke dag).
- (☞15) - Uitzonderingen op de regel van één lectuur per dag:
- o indien het gaat om een ambulante behandeling op de spoed van enkele uren verdeeld over 2 dagen (bv. aankomst op de spoed om 22u en vertrek om 1u 's morgens) of een daghospitalisatie verdeeld over 2 dagen (bv. als patiënt tot na middernacht blijft en er na middernacht nog prestaties aangerekend worden), dan volstaat één enkele lectuur (ofwel dag x van aankomst, ofwel dag x +1). In R 21 Z 10 moet dan waarde 1 ingevuld worden.
  - o indien het gaat om een ambulante factuur met enkel ontslagmedicatie, dan dient er geen lezing te gebeuren op deze prestatiedag (dag van ontslag) maar mag de R 21 van de hospitalisatiefactuur herhaald (gekopieerd) worden op de ambulante factuur, mits waarde 3 ingevuld wordt in R 40 Z 12.
- Indien de daghospitalisatie of ambulante zorgen verdeeld zijn over verschillende facturen (complementaire facturen, ...), moet elke factuur een record 21 bevatten.
- (☞1) - Voor verstrekkingen van art. 8 van de nomenclatuur (verpleegkundige zorg) die gefactureerd worden door een ziekenhuis, moeten de modaliteiten van de verpleegkundigen gevolgd worden (behalve indien de verstrekkingen verricht worden in een praktijkkamer binnen het ziekenhuis). Concreet betekent dit dat er een record 21 per patiëntencontact nodig is (dus ingeval van meerdere contacten per dag → meerdere records 21).
- (☞14) - Voor verstrekkingen van art. 9 van de nomenclatuur (vroedvrouwen) die gefactureerd worden door een ziekenhuis, gelden de modaliteiten voor de ziekenhuizen voor ambulante verstrekkingen: 1 lectuur per dag.
- (☞12) - In geval van herindieningen, correctiefacturen en complementaire facturen (R 20 Z 11 = 1, 2, 4 of 5), moet altijd een recordtype 21 worden vermeld, of het nu gaat om een herhaling/kopie van de oorspronkelijke R 21 of om een nieuwe R 21 (als de oorspronkelijke factuur nog geen R 21 had en om die reden is verworpen).

**1.3 Recurrente behandelingen, (R 30/50 Z 4 = (pseudo-) codes chemotherapie, radiotherapie, immunotherapie, dialyse, MBV, nabehandeling revalidatie).**

- (☞3) - Minimum één lectuur per factuur (datum van lezing = één van de datums van de recurrente behandeling)
- (☞15) - Eén record 21 voor elke prestatiedatum.
- (☞14,15) - Voor geneesmiddelen die toegediend worden in het kader van recurrente behandelingen en tegelijk daarmee gefactureerd worden (op dezelfde factuur), volstaat eveneens één lezing per factuur, mits waarde 2 ingevuld wordt in R 40 Z 12.

- (☞ 1) - Lijst van de betreffende recurrente behandelingen :
- Chemotherapie/immunotherapie : (pseudo)-codes 767874-767885, 767896-767900, 767911-767922 en 767933-767944
  - radiotherapie (art. 18 §1 van de nomenclatuur): codes 444113-444124, 444135-444146, 444150-444161, 444172-444183, 444194-444205, 444216-444220, 444231-444242, 444253-444264, 444290-444301, 444312-444323, 444334-444345, 444356-444360, 444371-444382, 444614-444625, 444393-444404, 444415-444426, 444430-444441, 444452-444463, 444474-444485, 444496-444500, 444511-444522, 444533-444544, 444555-444566, 444570-444581, 444592-444603, 444636-444640, 444651-444662, 444673-444684, 444695-444706, 444614-444625 + consultaties 105932 en 105954
- Opmerking : *De lezing kan gebeuren bij de simulatie op voorwaarde dat de simulatie op dezelfde factuur als de behandeling staat*
- honoraria en forfaitaire tegemoetkomingen uit de overeenkomst betreffende de financiering van dialyse : (pseudo)-codes 470293-470304, 470330-470341, 470315-470326, 470890-470901 en 767594, 767616, 767631, 767686, 767723, 767664, 767701, 767756, 767782 en 767804
  - forfaits MBV : (pseudo)-codes 757293, 757315 en 757330
  - nabehandeling revalidatie : (pseudo)-code 762974

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

- Geen lectuur.
- Geen record 21 met leesgegevens.

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

## **2. Uitzonderingen**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- (☞4) - Voor de rechthebbenden van minder dan 3 maanden oud. (leeftijd op het moment van opname telt).
- (☞12) - In geval de verstrekking reeds verleend is en de patiënt binnen de maand na de verstrekking/opname overlijdt alvorens a posteriori verificatie kan plaatsvinden
- (☞4) - Voor de personen die van de verplichte ziekteverzekering genieten op basis van een Europese ziekteverzekeringskaart of een formulier S2 of van een formulier E111 of E128 of een Australische Medicare-card. Dit omvat ALLE en uitsluitend de patiënten met CT1 = 18X.
- (☞8,10) - prestaties multidisciplinaire consulten zonder aanwezigheid van de patiënt : (pseudo)-codes 105291-105302, 105313-105324, 105335-105346, 105350-105361, 350114-350125, 350136-350140, 350151-350162, 350173-350184, 350291-350302, 350372-350383, 350276-350280, 350453-350464, 350394-350405, 350416-350420, 350475-350486, 350674-350685, 350696-350700, 350711-350722 en 350733-350744.
- (☞17,18,19) - andere verstrekkingen zonder patiëntencontact:
  - schriftelijk verslag van een hospitalisatieperiode: 350313-350324
  - 2<sup>de</sup> lezing screeningsmammografie: 450214-450225
  - overeenkomst 'obesitas bij kinderen': advies en ondersteuning aan het 1<sup>ste</sup> zorgniveau: 400676-400680
  - overeenkomst 'zorgpad pre- en rehabilitatie abdominale transplantatie': (p)rehabilitatie-overleg: 400750-400761, 400875-400886, 400993-401004, 401111-401122
  - pluridisciplinair overleg (kinder- en jeugdpsychiatrie):109454
  - overeenkomst 'eetstoornissen': multidisciplinair overleg: 401310
- (☞8,14) - forfaits voor parenterale voeding thuis : (pseudo)-codes 750175, 751354, 751376, 751391, 751413 en 751951 en codes 751833, 751870, 751855, 751892, 751914, 751936, alsook de specialiteiten verwerkt in de parenterale voeding (herkenbaar d.m.v. betrekkelijke verstrekking)
  - orale chemotherapie : (pseudo)-codes 767852 en 767863
  - dringend ziekenvervoer naar ziekenhuis B dat wordt uitgevoerd en gefactureerd door ziekenhuis A : (pseudo)-codes 784416, 784431 en 784453 (deze codes gelden enkel nog voor helikoptervervoer; zie voetnoot R 50 Z 4 V 13)
- (☞8) - dialyse bij de patiënt thuis : (pseudo)-codes 470352, 470875, 470912, 767734, 767815-767826 en 767830-767841 alsook de farmaceutische producten gefactureerd met dienstcode 750.
- (☞11,14)- verstrekkingen/medicatie verricht/toegediend in de MUG (waarbij patiënt niet naar het ziekenhuis van de MUG wordt gebracht), mits waarde 1 ingevuld wordt in R 40 Z 12 en/of R 50 Z 50b.
- (☞6) - Voor alle verstrekkingen klinische biologie, anatomo-pathologie en genetica (art. 3 § 1 AII, § 1 B (2 prestaties) en § 1 CI, art. 18 § 2, B, e, art. 24, art. 24bis, art. 32, art. 33, art. 33bis en art. 33ter van de nomenclatuur; verstrekkingen van de overeenkomst Genetic Counseling (589750, 589761, 589772, 589783, 589794, 589805); KB van 24 september 1992 tot vaststelling van nadere regelen betreffende de forfaitaire honoraria voor sommige verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, alsmede de onderaanneming van deze verstrekkingen (592815, 592911, 592992, 593014, 593110), Covid-testen en de verstrekkingen 559812-559823, 559834-559845, 559856-559860 (*labo-activiteit IVF*)).
- (☞5) - Voor de forfaits in het kader van revalidatie-overeenkomsten zoals bedoeld in artikel 22, 6<sup>o</sup> en 23, §3 van de gecoördineerde wet van 14/7/1994, namelijk de forfaits geattesteerd door het ziekenhuis in het kader van een revalidatie-overeenkomst (het betreft de pseudo-codes uit punten 16) en 17) van R 30 Z 4 (+ een beperkt aantal codes uit revalidatie-overeenkomsten die in R 50 gefactureerd worden), die met dienstcode 770 en type factuur 5 of 6 gefactureerd worden). De uitzondering geldt ook voor verstrekkingen die samen met het revalidatieforfait op dezelfde factuur van type 5/6 worden gefactureerd.
- (☞9) - Voor de ambulante pseudocodes van paragraaf 18) van R 30 Z 4 (overeenkomsten MS/ALS/Huntington : 764853, 764816, 764831, 770136, 770151 en 770173)
  - Mobiele teams : waarbij het ziekenhuis louter de pseudocodes IN/OUT (793715, 793730, 793752 en 793774) en de huisbezoeken van de psychiater (104473, 104495) aanrekent
- (☞11) - Alle radiofarmaceutische producten (zie lijst op de RIZIV-website: <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/radiopharma/Paginas/vergoedbare-radiofarmaceutische-referentielijsten-referentiebestanden.aspx>)
- (☞11) - De "advies" verstrekking van hoofdstuk II van de nomenclatuur (109012).
- (☞11,12) - Voor de creditnota's (R 20 Z 11=3)
- (☞8,14,19) - Alle niet-vergoedbare verstrekkingen, producten, diensten, geneesmiddelen
- (☞14) - Prestaties verricht op (potentiële) donor en gefactureerd aan ontvanger (R 30, 40, 50 Z 48 = 2)
- (☞14) - Verstrekkingen op afstand: verstrekkingen uit punt 1 van de omzendbrief met tijdelijke verstrekkingen COVID-19 (<https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/individuele-verzorging/honoraires/Paginas/tarieven-tijdelijke-verstrekking-COVID19.aspx>) + de verstrekkingen uit art. 37 van de nomenclatuur
- (☞14) - Voor de facturen thuishospitalisatie (herkenbaar op basis van type factuur 7 en pseudo-dienstcode 980)
- (☞19) - Prestaties met norm verstrekking 7 in R 50 Z 3
- (☞20) - Pseudo-codes IN/OUT pilootprojecten "transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen" (799956-799960 en 799971-79998)

### 3. Specifieke situaties

#### a) Transfert van de patiënt tussen ziekenhuizen:

- ambulante patiënt wordt verzorgd in ziekenhuis A en wordt voor een onderzoek getransfereerd naar ziekenhuis B: zowel ziekenhuis A als ziekenhuis B dienen de leesgegevens van het identiteitsdocument te registreren (record 21).
- patiënt wordt gehospitaliseerd in ziekenhuis A en wordt voor een onderzoek getransfereerd naar ziekenhuis B, waarbij hij vervolgens wordt opgenomen in ziekenhuis B: zowel ziekenhuis A als ziekenhuis B dienen de leesgegevens van het identiteitsdocument te registreren (record 21).
- patiënt wordt gehospitaliseerd in ziekenhuis A en wordt voor een onderzoek getransfereerd naar ziekenhuis B, waarbij hij vervolgens terugkeert naar ziekenhuis A:  
Ziekenhuis B (R 20 Z 10 (type factuur) = 1, R 20 Z 13 (dienstcode) = 002) moet de leesgegevens van het identiteitsdocument niet registreren (geen record 21).

#### b) Bewoners van een rusthuis:

- In geval een patiënt die vanuit een rusthuis naar het ziekenhuis wordt gebracht enkel een fotokopie van zijn identiteitskaart bij zich heeft, voert het ziekenhuis het INSZ nummer van de patiënt manueel (R 21 Z 5 = 7 of 8) in met als reden *“rechthebbende kan geen identiteitsdocument (zoals bedoeld in artikel 3 van het KB van 18/09/2015) voorleggen op ogenblik van geneeskundige verzorging maar diens identiteit werd vastgesteld”* (R 21 Z 8 = 7)
- Geen registratie van de leesgegevens van het identiteitsdocument van de patiënt voor de geneesmiddelen die door de apotheek van een ziekenhuis worden afgeleverd aan een rustoord en door het ziekenhuis worden gefactureerd via het elektronisch facturatiebestand van het ziekenhuis

#### c) Ambulante prestatie buiten het ziekenhuis zonder ICT-systeem:

- Indien er geen link is tussen het informaticasysteem van het ziekenhuis waar men de facturatie doet en het informaticasysteem van de extra muros plaats waar de verstrekking plaatsvindt, kan de identiteit van de patiënt worden geverifieerd door het INSZ nummer van de patiënt manueel in te voeren (R 21 Z 5 = 7) met als reden een gebrek aan interconnectiviteit (R 21 Z 8 = 3).

### 4. Records in blok en principes van controle

- a) De records 20, 30/40/50, 80 en de bijhorende records 21 vormen een blok.
- b) De record(s) 21 met de leesgegevens moeten steeds volgen op de bijhorende record 20 (records in blok).
- c) Indien een fout wordt vastgesteld in een record 21 van het blok, dan wordt de factuur (het blok) verworpen (productiefase, *vanaf het moment waarop de lectuur (R 21) verplicht wordt*)
- d) Indien een record 21 ontbreekt terwijl die verplicht is, dan wordt de factuur (het blok) verworpen (productiefase, *vanaf het moment waarop de lectuur (R 21) verplicht wordt*).
- e) De vermelding van een record 21 als het niet vereist is, leidt niet tot verwerpingen (productiefase, *vanaf het moment waarop de lectuur (R 21) verplicht wordt*).

**5. Modaliteiten testperiode en monitoringperiode**

**5.1. Testperiode**

(~~19~~) Niet meer van toepassing.

(☞19) Bladzijde geschrapt (niet meer van toepassing).

(☞ 19) Bladzijde geschrapt (niet meer van toepassing).

(~~19~~) Bladzijde geschrapt (niet meer van toepassing).



## 5.2. Monitoringperiode

Indien de testen, gerealiseerd van september tot november 2021, goed verlopen zijn (zie evaluatiecriteria), zal de monitoringperiode met facultatieve registratie van leesgegevens van het identiteitsdocument in de facturatie starten vanaf 1 mei 2022 tot aan de start van de verplichte registratie.

### 5.2.1. Controles monitoringperiode

(7)

Tijdens deze periode zullen controles uitgevoerd worden op de records 21, maar deze zullen niet tot verwerpingen leiden. De eventuele fouten zullen informatief meegedeeld worden in het afrekenbestand met behulp van foutcodes type E (fouten die niet tot een verwerping leiden en die niet meetellen voor het foutenpercentage, maar die wél (informatief) meegedeeld worden op het afrekenbestand).

### 5.2.2. Reporting in het kader van de evaluatie van de monitoringperiode

De resultaten zullen geanalyseerd worden tijdens de Commissie Informatieverwerking van september 2023 alvorens te beslissen over de startdatum van de verplichte registratie van leesgegevens van het identiteitsdocument in de facturatie.

De verplichte registratie van de leesgegevens van het identiteitsdocument in de facturatie zal pas starten als de resultaten van de monitoringperiode positief zijn.

Reporting voor elk ziekenhuis :

RF1 : % E-fouten ten opzichte van het aantal records 21 (aantal E-fouten/totaal aantal records 21) per bestand voor de gefactureerde maanden februari, maart en april 2023.

RF2 : gemiddeld % E-fouten ten opzichte van het aantal records 21 [gemiddelde van (aantal E-fouten/totaal aantal records 21)] voor de gefactureerde maanden februari, maart en april 2023.

RF3 : % E-fouten ten opzichte van het totaal aantal records (aantal E-fouten/totaal aantal records) per bestand voor de gefactureerde maanden februari, maart en april 2023.

RF4 : gemiddeld % E-fouten ten opzichte van het totaal aantal records [gemiddelde van (aantal E-fouten/totaal aantal records)] voor de gefactureerde maanden februari, maart en april 2023.

RF5 : % per type E-fout (aantal E-fouten xxxxxx/totaal aantal E-fouten) per bestand voor de gefactureerde maanden februari, maart en april 2023.

RF6 : de graad van registratie van leesgegevens (aantal geregistreerde records 21 / totaal verwacht aantal records 21) voor de gefactureerde maanden februari, maart en april 2023.

### 5.2.3. Evaluatiecriteria monitoringperiode

De evaluatie van de monitoringperiode zal plaatsvinden na 12 maanden, op de gefactureerde maanden februari, maart en april 2023. De evaluatie wordt als positief beschouwd indien:

- 95 % van de ziekenhuizen een graad van registratie van leesgegevens  $\geq 90$  % hebben voor de gefactureerde maanden februari, maart en april 2023.
- 95 % van de ziekenhuizen een gemiddeld percentage van E-fouten op de records 21  $\leq 1$  % hebben [gemiddelde van (aantal E-fouten/totaal aantal records 21)] voor de gefactureerde maanden februari, maart en april 2023.

## 5.3. Reporting jaarlijkse monitoring

Deze monitoring wordt uitgevoerd op de gegevens van de periode van gefactureerde maand mei 2022 tot april 2023 op de zendingen van alle ziekenhuizen.

Reporting

RM1 : % a posteriori lezing (R 21 Z 5 = 4, 5, 6) omdat de patiënt niet in het bezit is van een identiteitsdocument (R 21 Z 8 = 4) tijdens ambulante zorgen (R 20 Z 10 = 3, 4 en 6)

RM2 : % a posteriori lezing (R 21 Z 5 = 4, 5, 6) omdat de patiënt niet in het bezit is van een identiteitsdocument (R 21 Z 8 = 4) tijdens een klassieke opname (R 20 Z 10 = 1)

RM3 : % a posteriori lezing (R 21 Z 5 = 4, 5, 6) omdat de patiënt niet in het bezit is van een identiteitsdocument (R 21 Z 8 = 4) tijdens een daghospitalisatie (R 20 Z 10 = 9)

RM4 : % a posteriori lezing (R 21 Z 5 = 4, 5, 6) omdat de patiënt niet in het bezit is van een identiteitsdocument (R 21 Z 8 = 4) tijdens recurrente zorgen (R 30/50 Z 4 = (pseudo-) codes chemotherapie, radiotherapie, immunotherapie, dialyse, MBV, nabehandeling revalidatie)

- RM5 : % manuele invoering a posteriori van INSZ (R 21 Z 5 = 8) omdat de patiënt niet in het bezit is van een identiteitsdocument (R 21 Z 8 = 4) tijdens ambulante zorgen (R 20 Z 10 = 3, 4 en 6)
- RM6 : % manuele invoering a posteriori van INSZ (R 21 Z 5 = 8) omdat de patiënt niet in het bezit is van een identiteitsdocument (R 21 Z 8 = 4) tijdens een klassieke opname (R 20 Z 10 = 1)
- RM7 : % manuele invoering a posteriori van INSZ (R 21 Z 5 = 8) omdat de patiënt niet in het bezit is van een identiteitsdocument (R 21 Z 8 = 4) tijdens een daghospitalisatie (R 20 Z 10 = 9)
- RM8 : % manuele invoering a posteriori van INSZ (R 21 Z 5 = 8) omdat de patiënt niet in het bezit is van een identiteitsdocument (R 21 Z 8 = 4) tijdens recurrenente zorgen (R 30/50 Z 4 = (pseudo-) codes chemotherapie, radiotherapie, immunotherapie, dialyse, MBV, nabehandeling revalidatie)
- RM9 : % manuele invoering van INSZ voorafgaand aan de zorgen (R 21 Z 5 = 7) met gebruik van het vignet (R 21 Z 6 = 4) dat een identiteitsdocument zonder chip is (R 21 Z 8 = 1) en omdat de patiënt niet in het bezit is van een identiteitsdocument (R 21 Z 7 = 2) tijdens ambulante zorgen (R 20 Z 10 = 3, 4 en 6)
- RM10 : % manuele invoering van INSZ voorafgaand aan de zorgen (R 21 Z 5 = 7) met gebruik van het vignet (R 21 Z 6 = 4) dat een identiteitsdocument zonder chip is (R 21 Z 8 = 1) en omdat de patiënt niet in het bezit is van een identiteitsdocument (R 21 Z 7 = 2) tijdens een klassieke opname (R 20 Z 10 = 1)
- RM11 : % manuele invoering van INSZ voorafgaand aan de zorgen (R 21 Z 5 = 7) met gebruik van het vignet (R 21 Z 6 = 4) dat een identiteitsdocument zonder chip is (R 21 Z 8 = 1) en omdat de patiënt niet in het bezit is van een identiteitsdocument (R 21 Z 7 = 2) tijdens een daghospitalisatie (R 20 Z 10 = 9)
- RM12 : % manuele invoering van INSZ voorafgaand aan de zorgen (R 21 Z 5 = 7) met gebruik van het vignet (R 21 Z 6 = 4) dat een identiteitsdocument zonder chip is (R 21 Z 8 = 1) en omdat de patiënt niet in het bezit is van een identiteitsdocument (R 21 Z 7 = 2) tijdens recurrenente zorgen (R 30/50 Z 4 = (pseudo-) codes chemotherapie, radiotherapie, immunotherapie, dialyse, MBV, nabehandeling revalidatie)
- RM13 : % gebruik van de verschillende identiteitsdocumenten (eID, ISI+, enz.)
- RM14 : % gebruik van types lezing (chip, barcode, enz.)

### 6. Planning

- (5) - September tot februari 2022 : testperiode
- (5) - Maart 2022 : resultaten van de testen
- 1 mei 2022: start van de monitoringperiode
- (17) - November 2023 : resultaten van de monitoringperiode (evaluatie van de gefactureerde maanden februari en maart 2023)
- (17) - 1 april 2024 : verplichting

**ELEKTRONISCHE FACTURATIE DOOR KINESITHERAPEUTEN (e-fac)**

Recordtype 10		
Zone	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
Z 1	Recordtype 10	Constance waarde 10
Z 2	Volgnummer record	Verplicht in te vullen
Z 3	Aantal financiële rekeningnummers (indexcode)	Constance waarde 0 (slechts één rekeningnummer toegestaan)
Z 4	Versie bestand	Constance waarde 0001999 Voor testen: 9991999
Z 5-6a	Financieel rekeningnummer A	Altijd 0
Z 7	Zendingsnummer	Verplicht in te vullen
Z 8a	Financieel rekeningnummer B	Altijd 0
Z 9	Code "aanschaffing papieren factuur"	Altijd 0
Z 10	Code afrekeningsbestand	Waarde 0
Z 13	Inhoud facturatie	Altijd waarde "040"
Z 14	Nummer derdebetalende	RIZIV-nummer facturerende derde
Z 15	Nummer accreditering NIC	Altijd 0
(16) Z 18	Beroepscode facturerende derde	<i>Facultatief vanaf gefactureerde maand januari 2024 (R 10 Z 22-23 ≥ 0202401), verplicht vanaf gefactureerde maand april 2024 (R 10 Z 22-23 ≥ 0202404)</i>
Z 22	Gefactureerd jaar	Verplicht in te vullen
Z 23	Gefactureerde maand	Verplicht in te vullen
Z 25-26	Datum van opstelling	Verplicht in te vullen
Z 27	KBO-nummer	Verplicht in te vullen
Z 28	Referentie instelling	Facultatief
Z 31-34	BIC financiële rekening A	Verplicht in te vullen
Z 36-41	IBAN financiële rekening A	Verplicht in te vullen
Z 43a	BIC financiële rekening B	Altijd opgevuld met blanco's
Z 45-46-47a	Gereserveerd staatshervorming	Altijd blanco
Z 48	Gereserveerd staatshervorming	Altijd 0
Z 49-52	IBAN financiële rekening B	Altijd opgevuld met blanco's
Z 53-54a	Gereserveerd staatshervorming	Altijd blanco
Z 99	Controlecijfer van het record	Verplicht in te vullen

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	Altijd 0
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	Nummer van betaalverbintenis (MDA)
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	Constante waarde 50
Z 2	Volgnummer record	Verplicht in te vullen
Z 3	Norm verstrekking	Altijd 0
Z 4	(Pseudo-)nomenclatuurcode	Verplicht in te vullen
Z 5	Datum eerste verrichte verstrekking	Datum van prestatie
Z 6a-6b	Datum laatste verrichte verstrekking	Datum van prestatie (=R 50 Z 5)
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	Verplicht in te vullen
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	Idem R 20 Z 8a-8b
Z 9	Geslacht rechthebbende	Idem R 20 Z 9
Z 10	Bevalling	Altijd 0
Z 11	Verwijzing financieel rekeningnummer	Altijd 0
Z 12	Nacht, weekeinde, feestdag	Waarde 0, 1, 2 of 3
Z 13	Dienstcode	990 (indien R20 Z10 = 3 of 002 (indien R20 Z10 = 1)
Z 14	Plaats van verstrekking	Plaats van verstrekking (zie lijst)
Z 15	Identificatie verstrekker	RIZIV-nummer van de verstrekker
Z 16	Norm verstrekker	Waarde 1 of 9
Z 17-18	Betrekkelijke verstrekking	Zie lijst "betrekkelijke verstrekking"
Z 19	Verzekeringstegemoetkoming	Bedrag van de tegemoetkoming
Z 20-21	Datum voorschrift	Verplicht in te vullen indien Z 24-25 ≠ 0
Z 22	Aantal eenheden	Altijd 1
Z 23	Afwijking maximaal aantal of identieke prestatie	Altijd 00
Z 24-25	Identificatie voorschrijver	Meestal 0, behalve voor radiografieën vermeld op de lijst « voorschrijver » waarbij voorschrijver ≠ verstrekker
Z 26	Norm voorschrijver	Waarde 0 of 1
Z 27	Persoonlijk aandeel patiënt	Aangerekend reglementair persoonlijk aandeel
Z 28	Referentie instelling	Facultatief
Z 29	Behandelde tand	Altijd 0
Z 30-31	Supplement	Bedrag dat eventueel bovenop het reglementair persoonlijk aandeel wordt aangerekend aan de patiënt.
(9) Z 32	Rechtvaardiging	Altijd 0
(11) Z 33	Code facturering pers.aandeel of suppl.	Waarde 0, 1, 2 of 9
Z 34	Behandeld lid	Altijd 0
Z 35	Geconventioneerde verstrekker	Waarde 1, 2 of 9
Z 36-37	Uur van prestatie	Altijd 0
Z 38	Identificatie toedienaar bloed	Altijd 0
Z 39-40	Nummer attest van toediening	Altijd 0
Z 41-42	Nummer afleveringsbon of zak	Altijd blanco
Z 43	Code implant	Altijd 0
Z 44-45	Omschrijving product	Altijd blanco
Z 46	Norm plafond	Altijd 0
Z 47	Basiswaarde verstrekking	Altijd 0
Z 48	Transplantatie	Altijd 0
Z 49	Identificatiernr. bijkomende verstrekker	Altijd 0
(14) Z 50a	Aandeel in forfait	Altijd 0
Z 50b	Aanduiding prest. in kader v. lect. eID	Altijd 0
Z 51	Ziekenhuissite	Altijd 0
Z 52	Identificatie associatie zorggebied	Altijd 0
53-54a	Ritnummer	Altijd 0
55-56	Notificatiecode implantaat	Altijd 0
57-58-59	Registratiecode	Altijd 0
Z 99	Controlecijfer van het record	Verplicht in te vullen

<b>Recordtype 52 (facultatief, behalve zone 19)</b>		
<b>Zone</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Commentaar betreffende inhoud</b>
1	Recordtype 52	Constante waarde 52
2	Volgnummer record	Verplicht in te vullen
3	Reden manuele invoering	Verplicht in te vullen indien Z 9 = 4
4	(Pseudo-)nomenclatuurcode	= R 50 Z 4
5	Datum van verstrekking	= R 50 Z 5
6 a	Datum van lezing identiteitsdocument	Verplicht in te vullen, behalve indien Z 9 = 4 en Z 3 = 3
6 b		
8 a	Identificatie rechthebbende	= R 20 Z 8a-8b
8 b		
9	Type van lezing identiteitsdocument	Verplicht in te vullen
10	Type van drager identiteitsdocument	Verplicht in te vullen
11	Reden gebruik vignet	Verplicht in te vullen indien Z 10 = 7
12	Uur van lezing identiteitsdocument	Verplicht in te vullen, behalve indien Z 9 = 4 en Z 3 = 3
13		
15	Identificatie verstrekker	= R 50 Z 15
16	Serienummer van de drager	Verplicht in te vullen, behalve indien Z 10 = 7, 8 of 9
17	Nummer bewijsstuk	Verplicht in te vullen
18	Uniek nr. toestel medische beeldvorming	Altijd 0
19	Nummer akkoord	Verplicht in te vullen
99	Controlecijfer van het record	Verplicht in te vullen

<b>Recordtype 80</b>		
<b>Zone</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Commentaar betreffende inhoud</b>
Z 1	Recordtype 80	Constate waarde 80
Z 2	Volgnummer record	Verplicht in te vullen
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	= R 20 Z 7
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	= R 20 Z 8a-8b
Z 9	Geslacht rechthebbende	= R 20 Z 9
Z 10	Type factuur	= R 20 Z 10
Z 13	Dienst 721 bis	= R 20 Z 13
Z 14	Nummer facturerende instelling	= R 20 Z 14
Z 15	Teken + bedrag financieel rekeningnummer B	Altijd 0
Z 17	Reden behandeling	= R 20 Z 17
Z 18	Nummer ziekenfonds van bestemming	= R 20 Z 18
Z 19	Teken + bedrag financieel rekeningnummer A	Totaal bedrag van de tegemoetkoming voor de betreffende patiënt
Z 20-21	Factuurdatum	Altijd 0
Z 22	Uur van ontslag	Altijd 0
Z 24-25	Nummer individuele factuur	= R 20 Z 24-25
Z 27	Teken + persoonlijk aandeel patiënt	Totaal persoonlijk aandeel voor de betreffende patiënt
Z 28	Referentie instelling	= R 20 Z 28
Z 30-31	Teken + bedrag supplement	Totaal supplement voor de betreffende patiënt
Z 32	Flag identificatie rechthebbende	= R 20 Z 32
Z 38	Teken + voorschot financieel rekeningnummer A	Altijd 0
Z 55-56	Gereserveerd staatsvorming	Altijd 0
Z 98	Controlecijfer van de factuur	Verplicht in te vullen
Z 99	Controlecijfer van het record	Verplicht in te vullen

<b>Recordtype 90</b>		
<b>Zone</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Commentaar betreffende inhoud</b>
Z 1	Recordtype 90	Constante waarde 90
Z 2	Volgnummer record	Verplicht in te vullen
Z 5-6a	Financieel rekeningnummer A	Altijd 0
Z 7	Zendingsnummer	= R 10 Z 7
Z 8a	Financieel rekeningnummer B	Altijd 0
Z 14	Nummer derdebetalende	R 10 Z 14
Z 15	Teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer B	Altijd 0
Z 19	Teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer A	Totaal bedrag van de tegemoetkoming voor alle patiënten
Z 22	Gefactureerd jaar	= R 10 Z 22
Z 23	Gefactureerde maand	= R 10 Z 23
Z 27	KBO-nummer	= R 10 Z 27
Z 28	Referentie instelling	= R 10 Z 28
Z 31-34	BIC financiële rekening A	= R 10 Z 31-34
Z 36-41	IBAN financiële rekening A	= R 10 Z 36-41
Z 43a	BIC financiële rekening B	Altijd opgevuld met blanco's
Z 45-46-47a	Gereserveerd staatshervorming	Altijd blanco
Z 49-52	IBAN financiële rekening B	Altijd opgevuld met blanco's
53-54a	Gereserveerd staatshervorming	Altijd blanco
55-56	Gereserveerd staatshervorming	Altijd 0
Z 98	Controlecijfer van de zending	Verplicht in te vullen
Z 99	Controlecijfer van het record	Verplicht in te vullen



---

**RUBRIEK : RECORDTYPE 10**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1**

---

Deze code geeft de aard van het record weer.

Deze zone geldt voor alle recordtypes.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
10	Aanvang zending
20	Begin factuur
21	Lezing elektronisch identiteitsdocument (ziekenhuis)
30	Verpleegdagen
40	Farmaceutische producten
50	Verstrekkingen of leveringen
51	Gegevens tariefverbintenis (e-fac)
52	Lezing elektronisch identiteitsdocument
80	Einde factuur
90	Einde zending

**RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3**

---

Met dit volgnummer moet men de records nummeren om de identificatie van elke individuele record te vergemakkelijken.

Deze zone geldt voor alle recordtypes.

Stijgende nummering van de records over alle records heen.

Het volgnummer moet progressief toenemen met 1 (vorige + 1).

---

**RUBRIEK : AANTAL FINANCIËLE REKENINGNUMMERS (INDEXCODE)**

---

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

---

De waarde in deze zone wordt bepaald door het aantal verschillende waarden die in de zone 11 van recordtype 30, 40 en 50 wordt gebruikt, ongeacht of er effectief een bedrag wordt vermeld.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0	Er wordt slechts 1 waarde vermeld in R 30, 40, 50 Z 11.
1	De waarden 0 en 1 worden vermeld in R 30, 40, 50 Z 11 (rekening A en rekening B).
2	De waarden 0 en 3 worden vermeld in R 30, 40, 50 Z 11 (rekening A en rekening C)
3	De waarden 0, 1 en 3 worden vermeld in R 30, 40, 50 Z 11 (rekening A, rekening B en rekening C)

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

**RUBRIEK : VERSIE BESTAND**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 10**

---

Deze zone dient tot identificatie van de gebruikte versie en of het gaat om een test of niet.

Indien de magnetische drager werd samengesteld overeenkomstig de "versie 1999" en,

- indien het gaat om een effectieve facturering, moet in deze zone de waarde "0001999" worden ingevuld;
- indien het gaat om een test, moet in deze zone de waarde "9991999" worden ingevuld.

De herpublicaties van de instructies “Uitgave 2006”, “Uitgave 2013” en “Uitgave 2021” wijzigen niks aan de invulling van deze zone. De versie blijft “1999”.

**RUBRIEK : FINANCIËEL REKENINGNUMMER A**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 17**

---

Deze zone is gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011.  
Vanaf dan wordt enkel nog gebruik gemaakt van IBAN en BIC.

**RUBRIEK : ZENDINGSNUMMER**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 33**

---

Nummer toegekend door de facturerende instelling/verstrekker.

Het nummer moet uniek zijn per derdebetalersnummer en verschillend van nul.

De nummering mag herbegonnen worden bij het begin van een nieuw gefactureerd jaar.

Ingeval van facturatie via magnetische drager (met bijhorende papieren facturatie), moet dit nummer overgenomen worden op :

- het borderel voor het verzenden van magnetische dragers naar de landsbonden;
- de verzamelstaat voor het verzenden van de facturen naar de ziekenfondsen.

Ingeval van facturatie via MyCarenet, moet dit nummer overgenomen worden in zone 301 van segment 300 (factuurborderel).

**RUBRIEK : FINANCIËEL REKENINGNUMMER B**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 36**

---

Deze zone is gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011.  
Vanaf dan wordt enkel nog gebruik gemaakt van IBAN en BIC.

**RUBRIEK : CODE "AFSCHAFFING PAPIEREN FACTUUR"**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 49**

---

Vanaf de gefactureerde maand januari 2010 is deze zone verplicht gelijk aan nul.



---

**RUBRIEK : CODE AFREKENINGSBESTAND**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 50**

---

Deze zone werd niet meer gebruikt (en was verplicht gelijk aan nul) vanaf de gefactureerde maand januari 2010.

Ze wordt echter hergebruikt vanaf mei 2022 in het kader van de monitoringfase betreffende de lezing van identiteitsgegevens in ziekenhuismilieu (records 21).

In deze zone moeten de ziekenhuizen aangeven of zij al dan niet deelnemen aan de monitoringfase.

De waarde "0" (standaardwaarde) betekent dat het ziekenhuis niet deelneemt, de waarde 9 geeft aan dat het ziekenhuis wel deelneemt.

Tijdens de monitoringfase passen de VI's de controles op de registratie van leesgegevens (records 21) alleen toe op facturatiebestanden met waarde 9. Voor bestanden met waarde 0 wordt geen controle gedaan op de registratie van leesgegevens en worden dus geen E-fouten gegenereerd.

Het gebruik van deze zone is tijdelijk.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
9	Deelname aan de monitoringfase
0	Alle andere gevallen

---

**RUBRIEK : INHOUD FACTURATIE**

---

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

---

In deze zone wordt verduidelijkt op welke basis wordt afgeweken van het maximum aantal maandelijks facturatiebestanden.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
000	geen afwijking van voorziene maandelijks aantal
010	uitzonderlijke bijkomende facturatie voor de maand of bijkomende facturatie in het kader van de 6 <sup>de</sup> staats hervorming
020	systematische afwijking van voorziene maandelijks aantal
030	bijkomend correctiebestand
(5) 040	uitzondering e-fac (enkel voor (groeperingen of wachtposten van) artsen, tandartsen en kinesitherapeuten)
050	Uitzondering voor (groeperingen van) vroedvrouwen

Het bijkomend correctiebestand kan enkel facturen bevatten met type facturering (R 20 Z 11) = 1, 3 of 4 (herindiening, creditnota of correctiefactuur).

---

**RUBRIEK : NUMMER DERDEBETALENDE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 56**

---

Dit is het nummer van de inrichting of de verstrekker die de facturatie verricht.

- \* indien het gaat om een individuele verstrekker dan is het nummer derdebetalder gelijk aan het R.I.Z.I.V.-identificatienummer van de verstrekker; de eerste positie links zal steeds nul zijn;
- \* indien het gaat om een instelling die over een R.I.Z.I.V.-identificatienummer beschikt (zoals verplegingsinrichtingen, rust- en verzorgingstehuizen, rustoorden voor bejaarden, psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, erkende laboratoria voor klinische biologie, medische huizen, enz.) dan is het nummer derdebetalder gelijk aan het R.I.Z.I.V.-identificatienummer, de eerste positie links zal steeds een nul zijn, gevolgd door 8 beduidende cijfers die de instelling identificeren, de 3 laatste posities duiden de kwalificatiecode aan of zijn opgevuld met nullen;
- \* indien het gaat om een groepering van zorgverstrekkers werkzaam binnen een instelling die over een R.I.Z.I.V.-identificatienummer beschikt dan is het nummer derdebetalder gelijk aan het R.I.Z.I.V.-identificatienummer van de instelling, waarbij in de 3 laatste posities de waarde 799 wordt vermeld; de eerste positie links zal steeds nul zijn;
- \* indien het gaat om een groepering van zorgverstrekkers die niet werkzaam zijn binnen een instelling die over een R.I.Z.I.V.-identificatienummer beschikt dan gaat het om het nummer derdebetalder toegekend door de Dienst voor Geneeskundige Verzorging.  
De eerste 4 posities van het nummer zijn steeds "0940, 0941, 0942, 0943, 0944, 0945 of 0946".  
De laatste 3 posities bepalen de kwalificatie van de verstrekkers van de groep.
- \* indien het gaat om een groepering van zorgverstrekkers die niet werkzaam zijn binnen een instelling die over een R.I.Z.I.V.-identificatienummer beschikt en de facturatie gebeurt via MyCarenet, dan wordt het RIZIV-nummer van de individuele verstrekker ingevuld in deze zone en moet er een mandaat bestaan tussen de individuele verstrekker (de mandaatgever) en zijn gemandateerde (een persoon of een organisatie, bv. de verantwoordelijke van de groep) die de facturatie in zijn naam verstuurt. De principes en praktische modaliteiten met betrekking tot het gebruik van mandaten zijn beschikbaar op de website van het e-Health platform:  
<https://www.ehealth.fgov.be/nl/%252Fegezondheid/mandaten>
- \* indien het gaat om een groepering van verpleegkundigen, dan gaat het om het nummer derdebetalder toegekend door de Dienst Geneeskundige Verzorging.

Ingeval van wijziging van het RIZIV-nummer van een verpleegkundige (of groepsnummer) in de loop van een maand, moet het RIZIV-nummer (of groepsnummer) op datum van opstelling van het facturatiebestand vermeld worden in deze zone.

De facturatie mag niet opgesplitst worden.

In R 50 Z 15 moet bij elke prestatie, het correcte RIZIV-nummer op datum van prestatie vermeld worden.

**RUBRIEK : NUMMER ACCREDITERING NIC**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 68**

---

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

Dit nummer wordt toegekend door het Nationaal Intermutualistisch College.

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

---

**RUBRIEK : BEROEPSCODE FACTURERENDE DERDE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 85**

---

In deze zone wordt de beroepscode (voorafgegaan door 0) ingevuld van de facturerende derde die vermeld is in zone 14.

De lijst van beroepscode's is terug te vinden in het document "*codetabellen voor TXT en XML export (alle attributen inbegrepen)*" in de rubriek "specificaties" op het Downloadcenter SZV: <https://ondpanon.riziv.fgov.be/DownloadCenter/nl#Specs>  
(zie punt 4 *HcwProfession*)

Deze zone wordt voorlopig enkel ingevuld indien de facturerende derde (zone 14) een individuele verstrekker is.

**RUBRIEK : GEFACTUREERD JAAR**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 5 N 0JJJ - 108**

---

Het nummer van het jaar.

---

**RUBRIEK : GEFACTUREERDE MAAND**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N MM - 113**

---

In deze zone bedoelt men de maand waarin het merendeel der prestaties, die op deze factuur staan, werden verricht. Deze maand kan verschillend zijn van de maand waarin de factuur werd opgemaakt

Dit is duidelijk in zover de periode waarop de factuur betrekking heeft overeenstemt met een kalendermaand : inhoud van zone 23 = kalendermaand waarop de factuur betrekking heeft.

Indien de periode waarop de factuur betrekking heeft niet overeenstemt met een kalendermaand is de einddatum van de periode van facturering bepalend voor de invulling van zone 23 :

- \* periode van facturering eindigt steeds in eerste helft van kalendermaand :  
inhoud van zone 23 is de maand die voorafgaat aan betreffende kalendermaand;
- \* periode van facturering eindigt steeds in tweede helft van kalendermaand :  
inhoud van zone 23 is gelijk aan betreffende kalendermaand.

De gefactureerde maand gecombineerd met gefactureerd jaar mag niet groter zijn dan de datum vermeld in recordtype 10 zone 25-26 (opstellingsdatum).

Voor de trimestriële facturaties door psychiatrische inrichtingen en door RVT, ROB, PVT en BW, moet de waarde 03, 06, 09 of 12 worden vermeld in functie van de gefactureerde periode.

Deze waarde blijft ongewijzigd wanneer van een verworpen bestand een nieuwe versie wordt aangemaakt.

Zie ook onderscheid met datum van opstelling.

**RUBRIEK : DATUM VAN OPSTELLING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 120**

---

In deze zone moet de maand worden vermeld waarin het facturatiebestand werd aangemaakt.

Voorbeeld : Voor prestaties verricht in januari, gefactureerd in februari, wordt in deze zone de waarde JJJ02DD vermeld.

Deze datum wijzigt wanneer van een verworpen bestand een nieuwe versie wordt aangemaakt.

De opstellingsdatum mag niet groter zijn dan de huidige datum.



---

**RUBRIEK : KBO-NUMMER**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 10 N - 128**

---

In deze zone moet het KBO-nummer vermeld worden van de entiteit die de gefactureerde bedragen int.

Deze zone mag (facultatief) ingevuld worden vanaf de gefactureerde maand juli 2014.

Vanaf de gefactureerde maand januari 2015 moet het KBO-nummer verplicht ingevuld worden door de ziekenhuizen, laboratoria, verpleegkundigen en huisartsen.

Vanaf de gefactureerde maand maart 2015 moet het KBO-nummer ook verplicht ingevuld worden door revalidatiecentra die deel uitmaken van een ziekenhuis.

Vanaf de gefactureerde maand juli 2015 moet het KBO-nummer verplicht ingevuld worden door alle facturerende derden.

Overgangperiode (tot en met gefactureerde maand januari 2021):

de groeperingen van zorgverleners in “feitelijke verenigingen” en buitenlandse zorgverleners die activiteiten verrichten in België zonder zich in België te vestigen beschikken nog niet over een KBO-nummer en moeten voorlopig het fictief pseudo-KBO-nummer 0999.999.922 invullen in deze zone.

Vanaf de gefactureerde maand februari 2021 mag het pseudo-KBO-nummer 0999.999.922 niet meer gebruikt worden en moet steeds een werkelijk KBO-nummer ingevuld worden.

Het KBO-nummer is samengesteld uit 10 cijfers en heeft de volgende structuur :

ZNNNNNNNCC met:

Z = 0 of 1

NNNNNNN = 7 cijfers van 0 tot 9

CC = check-digit (= 97 - rest van de deling waarvan het deeltal bestaat uit de eerste 8 cijfers van het KBO-nummer en de deler gelijk is aan 97).

**RUBRIEK : REFERENTIE INSTELLING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 25 A - 138**

---

De inhoud van deze zone is vrij te bepalen door de facturerende inrichting.

Zie algemene opmerking betreffende de omschrijving van de zones (laatste alinea van punt 2.a. van de bijlage 7).

**RUBRIEK : BIC FINANCIËLE REKENING A**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 11 A - 167**

---

Het gaat om de BIC van de financiële rekening van de innende instelling (waarvan het KBO-nummer vermeld is in R 10 Z 27) waarop de betaling moet verricht worden in het raam van de derdebetalersregeling.

De BIC (*Bank Identifier Code*) identificeert de bank van de begunstigde.

De BIC bestaat uit een bankcode (4 tekens), een landcode (2 letters), een plaatscode (2 tekens) en kan voor bepaalde banken aangevuld zijn met een kantoorcode (3 tekens).

De BIC moet ingevuld worden zonder spaties. Met andere woorden, er mag geen enkele ruimte zijn tussen de cijfers en letters die de BIC vormen.

De NBB publiceert voor de banken gevestigd in België de codelijst (met ondermeer BIC):  
[www.nbb.be](http://www.nbb.be) > Producten en diensten > Betalingssystemen > Secretariaat Overeenkomsten  
> Bankidentificatiecodes >>.

Vanaf gefactureerde maand januari 2011 is het mogelijk om een buitenlands rekeningnummer te gebruiken.

Indien er slechts op 1 financiële rekening moet betaald worden, dan moet de BIC van deze rekening steeds in deze zone worden vermeld.

Indien er op 2 financiële rekeningen moet betaald worden, dan moet in deze zone de BIC van de eerste financiële rekening worden vermeld; de bedragen die erop moeten worden gestort zullen de verwijzing 0 krijgen in zone 11 van het recordtype waarin ze staan vermeld.

---

**RUBRIEK : IBAN FINANCIËLE REKENING A**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 34 A - 179**

---

Het gaat om het IBAN van de financiële rekening van de innende instelling (waarvan het KBO-nummer vermeld is in R 10 Z 27) waarop de betaling moet verricht worden in het raam van de derdebetalersregeling.

Het IBAN (*International Bank Account Number*) telt maximum 34 alfanumerieke tekens. Het bestaat uit een landcode (2 letters), een controlegetal (2 cijfers) en een (voor bepaalde landen aangevuld) nationaal rekeningnummer.

Indien het om een Belgische rekening gaat, dan telt het IBAN slechts 16 posities. De laatste 18 posities worden dan opgevuld met blanco's.

Vanaf gefactureerde maand januari 2011 is het mogelijk om een buitenlands rekeningnummer te gebruiken.

Het rekeningnummerformaat IBAN is gespecificeerd in de standaard ISO 13616-1 die overeenstemt met de ECBS standaard EBS 204.

**IBAN check digits controle**

1. Als het IBAN in visueel formaat is, schrap dan alle niet-alfanumerieke tekens;
2. Verplaats de eerste 4 tekens naar uiterst rechts;
3. Converteer de letters in cijfers waarbij A=10, B=11,...Z=35;
4. De modulus 97 (rest na deling door 97) moet gelijk zijn aan 1.

*Voorbeeld van check digit controle voor IBAN: BE62 5100 0754 7061*

1. BE62510007547061
2. 510007547061 BE62
3. 510007547061111462
4. De modulus 97 (rest na deling door 97) van 510007547061111462 door 97 = 1

Het IBAN moet ingevuld worden zonder spaties. Met andere woorden, er mag geen enkele ruimte zijn tussen de cijfers en letters die het IBAN vormen.

Indien er slechts op 1 financiële rekening moet betaald worden, dan moet het IBAN van deze rekening steeds in deze zone worden vermeld.

Indien er op 2 financiële rekeningen moet betaald worden, dan moet in deze zone het IBAN van de eerste financiële rekening worden vermeld; de bedragen die erop moeten worden gestort zullen de verwijzing 0 krijgen in zone 11 van het recordtype waarin ze staan vermeld.

**RUBRIEK : BIC FINANCIËLE REKENING B**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 11 A - 219**

---

Het gaat om de BIC van de bijkomende financiële rekening waarop de betaling moet verricht worden in het raam van de derdebetalersregeling.

Indien er op twee financiële rekeningen moet betaald worden dan moet in deze zone de BIC van de tweede financiële rekening genoteerd worden; de bedragen die erop moeten worden gestort zullen de verwijzing 1 krijgen in de zone 11 van het recordtype waarin ze staan vermeld.

Deze zone kan enkel gebruikt worden door de ziekenhuizen.

Indien de zone niet ingevuld wordt, dient ze opgevuld te worden met blanco's.

Zie ook R 10 Z 31-32-33-34.

**RUBRIEK : IBAN FINANCIËLE REKENING C**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 34 A - 235**

---

Deze zone is gereserveerd (staats hervorming).

**RUBRIEK : AANDUIDING REGIO**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 270**

---

Deze zone is gereserveerd (staats hervorming).

**RUBRIEK : IBAN FINANCIËLE REKENING B**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 34 A - 271**

---

Het gaat om het IBAN van de bijkomende financiële rekening waarop de betaling moet verricht worden in het raam van de derdebetalersregeling.

Indien er op twee financiële rekeningen moet betaald worden dan moet in deze zone het IBAN van de tweede financiële rekening genoteerd worden; de bedragen die erop moeten worden gestort zullen de verwijzing 1 krijgen in de zone 11 van het recordtype waarin ze staan vermeld.

Deze zone kan enkel gebruikt worden door de ziekenhuizen.

Indien de zone niet ingevuld wordt, dient ze opgevuld te worden met blanco's.

Zie ook R 10 Z 36-37-38-39-40-41.



**RUBRIEK : BIC FINANCIËLE REKENING C**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 11 A - 305**

---

Deze zone is gereserveerd (staats hervorming).

---

**RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN HET RECORD**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349**

---

De inhoud van alle posities 1 tot en met 348 wordt opgeteld. Op het resultaat wordt de modulus 97 toegepast (rest van de deling door 97; indien de rest gelijk is aan nul, vervangen door 97). Het aldus bekomen resultaat wordt ingeschreven in deze zone.

Indien de inhoud van een positie alfanumeriek is worden de volgende numerieke waarden toegekend :

blanco	= 10
a = A	= 11
b = B	= 12
c = C	= 13
.	
.	
.	
z = Z	= 36
alle andere tekens	= 37

De numerieke waarden (ook in alfanumerieke zones) behouden steeds hun cijferwaarde van 0 tot 9.

**RUBRIEK : RECORDTYPE 20**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1**

---

Zie recordtype 10 zone 1.

**RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3**

---

Zie recordtype 10 zone 2.

---

**RUBRIEK : TOESTEMMING DERDEBETALENDE**

---

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

---

- Ingeval de uitzondering op het verbod tot derdebetalersregeling verkregen wordt via(My)CareNet (zone 316 van bericht 801900), dan moet deze zone worden ingevuld, ook als het gaat om gevallen van verplichte derdebetalen.
- Indien de inhoud van deze zone gelijk is aan 1,
  - \* mag in zone 32 van recordtype 50 de waarde nul worden vermeld, behalve ingeval van e-fac huisartsen en tandartsen;
  - \* moet er geen document ter verantwoording van de uitzondering gevoegd worden bij de papieren factuur.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0	Geen uitzondering verkregen via (My)CareNet (zone 316 van bericht 801900).
1	Uitzondering verkregen vanuit (My)CareNet (zone 316 van bericht 801900).

(7) Het verbod op derdebetalersregeling is volledig opgeheven voor prestaties verricht vanaf 01/01/2022. Bij wijze van overgangsregeling mag in deze zone tijdelijk nog een waarde  $\neq 0$  ingevuld worden. Vanaf prestatiedatum 01/05/2022 moet deze zone steeds gelijk zijn aan "0".

**RUBRIEK : UUR VAN OPNAME**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N 000UUMM - 10**

---

'000UUMM' waarde tussen '0000001' en '0002400'.

- Het uur dient vermeld te worden voor alle verblijven waarvoor het uur van opname en ontslag een invloed heeft op de facturering (factuurtype 1, 4 of 5).
- Het vermelden van het uur van opname, in geval van factuurtype 4 of 5, is enkel verplicht indien de factuur betrekking heeft op het verblijfsforfait of op het forfait voor revalidatieverstrekingen of op het forfait in het kader van de overeenkomsten MS/ALS/Huntington.
- Deze zone moet gelijk zijn aan nul in alle andere gevallen.
- In geval van verstrekking verricht voor gehospitaliseerde patiënten die elders verblijven mag deze zone gelijk zijn aan nul (factuurtype 1).

---

**RUBRIEK : DATUM VAN OPNAME**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 17**

---

Ingeval van hospitalisatiefacturen staat deze datum op de betalingsverbintenis (721 bis).

Ingeval van interne revalidatie en verblijven in RVT, ROB, PVT of BW gaat het om de datum waarop de rechthebbende in de betreffende inrichting is opgenomen.

Indien het gaat om een wederopname na onderbreking, dan moet de datum van wederopname vermeld worden.

Indien een patiënt een ambulante revalidatiebehandeling volgt en plots opgenomen wordt in het ziekenhuis dat gelinkt is met het revalidatiecentrum, dan worden er, voor de periode dat de patiënt opgenomen is, 2 facturen gemaakt : één met factuurtype 1 en R 20 Z 5 = datum van opname in het ziekenhuis en één met factuurtype 5 en R 20 Z 5 = datum van opname in het ziekenhuis en R 20 Z 20-21 = begindatum van het akkoord van de revalidatiebehandeling.

Deze zone moet vermeld worden wanneer het uitgaven betreft voor een interne patiënt die gehospitaliseerd is of verblijft in revalidatiecentrum, rust- en verzorgingstehuis, rustoord voor bejaarden, psychiatrisch verzorgingstehuis of inrichting voor beschut wonen.

Factuurtype = 1, 4 of 5.

Het vermelden van de opnamedatum, in geval van factuurtype 4 of 5, is enkel verplicht indien de factuur betrekking heeft op het verblijfsforfait of op het forfait voor revalidatieverstrekkingen of op het forfait in het kader van de overeenkomsten MS/ALS/Huntington.

Deze zone moet gelijk zijn aan nul wanneer het uitgaven betreft voor ambulante verstrekking, gipskamer, (☞ 17) ambulante dagforfait, externe revalidatie of thuishospitalisatie.

(☞ 17) Factuurtype 3, 6, 7 of 9.

In geval van verstrekkingen verricht voor gehospitaliseerde patiënten die elders verblijven (factuurtype 1) moet prioritair de opnamedatum worden vermeld; bij gebrek aan kennis van de opnamedatum (bv. aanvragen klinische biologie of anatomopathologie) mag een willekeurige datum binnen de opnameperiode worden vermeld.

---

**RUBRIEK : DATUM VAN ONTSLAG**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 25**

---

Deze zone moet worden ingevuld indien het gaat om een factuur die een verblijfsperiode, in een verplegingsinrichting, RVT, ROB, PVT, BW of revalidatieinrichting, afsluit.

Deze zone moet derhalve worden ingevuld als de "norm verpleegdag" (R 30 Z 3) gelijk is aan 2 of 9 ingeval van ziekenhuisopname.

In geval van interne revalidatie mag de datum van ontslag uit centrum niet groter zijn dan de einddatum van de periode waarvoor een akkoord werd toegestaan.

Ingeval van ziekenhuisopname bevindt de datum zich op het document van einde van hospitalisatie (vb. 727).

Deze zone, wanneer ze opgenomen wordt, mag de datum van opnemng niet voorafgaan.

Het vermelden van de datum van ontslag, in geval van factuurtype 4 of 5, is enkel verplicht indien de factuur betrekking heeft op het verblijfsforfait of op het forfait voor revalidatieverstrekingen of op het forfait in het kader van de overeenkomsten MS/ALS/Huntington en indien de verblijfsperiode wordt afgesloten.

In geval van verstrekkingen verricht voor gehospitaliseerde patiënten die elders verblijven (factuurtype 1) mag deze zone opgevuld worden met nullen.



**RUBRIEK : NUMMER ZIEKENFONDS VAN AANSLUITING****VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 33**

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  
(<http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/andere-professionals/ziekenfonds/Paginas/contacteer-ziekenfondsen.aspx>)

(☞7,16)	VI100	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
	VI200	Steeds gelijk aan "000"
	VI300	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
(☞16)	VI400	Steeds gelijk aan "000"
	VI500	Steeds gelijk aan "000"
	VI600	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
	VI900	Nummer van het Gewestelijk Geneeskundig Centrum (*)

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.

- (\*) Het regionale GGC (antwoordbericht CareNet, f kleefbriefje, 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**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 13 A – 36**

---

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

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.

Voor rechthebbende jonger dan 3 maanden of personen die recht hebben op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op basis van een Europese ziekteverzekeringskaart of S2-formulier, dienen geen records 52 (gegevens verificatie identiteit) vermeld te worden.

Deze rechthebbenden kunnen geïdentificeerd worden op basis van het identificatienummer vermeld in deze zone.

**RUBRIEK : GESLACHT RECHTHEBBENDE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 49**

---

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

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

---

**RUBRIEK : TYPE FACTUUR**


---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 50**


---

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

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

Waarde    Betekenis

- |        |   |  |
|--------|---|--|
|        | 1 | Individuele factuur hospitalisatie of chirurgisch dagziekenhuis, gipskamer, nierdialyse en forfaitaire verpleegdag overeenkomstig art. 4 van de nationale overeenkomst verplegingsinrichtingen - verzekeringsinstellingen voor gehospitaliseerden.                                       |
|        | 3 | Individuele factuur - niet gehospitaliseerd <u>en</u> anderen dan bedoeld met de codes 4, 5, 6 en 9.   |
|        | 4 | Individuele factuur - rust- en verzorgingstehuis of psychiatrische verzorgingstehuizen of rustoorden voor bejaarden, of beschut wonen.   |
|        | 5 | Interne revalidatie.   |
|        | 6 | Externe revalidatie.   |
| (☞ 14) | 7 | Thuishospitalisatie.   |
| (☞ 12) | 9 | Individuele factuur chirurgisch dagziekenhuis, forfait gipskamer, dringende verzorging of intraveneuze infusie (vroeger miniforfait), maxiforfait, (maxi-)forfait oncologie en forfaits hoofd-, hand- en voetkoeling, forfait groep 1, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis of 7, forfait chronische pijn |
| (☞ 3)  |   | 1, 2, 3, nierdialyse voor ambulante patiënten, forfait manipulatie poortkatheter, forfaitaire verpleegdag dienst A in psychiatrische ziekenhuizen of forfaits nabehandeling revalidatie.   |

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

Nierdialyse

De dialyse thuis of in centra (pseudo-codes uit overeenkomst) mag gefactureerd worden met type factuur 9, op voorwaarde dat de dienstcode (R 30 Z 13) gelijk is aan 750. Als dienstcode 990 gebruikt wordt, dan moet het type factuur gelijk zijn aan 3.

(☞ 14) Thuishospitalisatie

Het type factuur 7 dient steeds in combinatie met pseudo-dienstcode 980 gebruikt te worden.

Revalidatie

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

Opgelet: De prestaties R30-R60 (zie R 50 Z 4 V 2), de implanteerbare hartdefibrillatoren (zie R 50 Z 4 V 5 en V 6) kaderen binnen een revalidatie-overeenkomst en moeten bijgevolg onder factuurtype 5 of 6 en met dienstcode 770 gefactureerd worden.

Ook de forfaits in het kader van de (kinder)diabetesovereenkomst (zie R 50 Z 4 V 3) moeten met factuurtype 6 en dienstcode 770 gefactureerd worden.

Verpleegkundigen en medische huizen:

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

R.V.T., R.O.B., P.V.T. of I.B.W.:

- Factuurtype 4 moet gebruikt worden voor de facturatie van alle verstrekkingen en afleveringen aan patiënten die verblijven in R.V.T., R.O.B., P.V.T. of I.B.W., dus ook voor de bedragen die in het kader van de Overeenkomsten MS/ALS/Huntington door een ziekenhuis aangerekend worden voor patiënten die in “residentiële structuren” verblijven.

Honoraria urgentiegeneeskunde (art. 25 §3bis).

- (☞ 10) - Voor de prestaties in het art.25 §3bis bestaan geen gehospitaliseerde codes. Deze prestaties moeten dus steeds gefactureerd worden via een aparte factuur met factuurtype 3. Dit geldt ook voor het geval deze prestaties gevolgd worden door een ziekenhuisopname.

Uitzondering :

Indien de betreffende prestaties gevolgd worden door een ambulante forfaitaire verpleegdag, dan mogen ze gezamenlijk met de forfaitaire verpleegdag onder het factuurtype 9 gefactureerd worden, op voorwaarde dat de dienstcode van de betreffende forfaitaire verpleegdag gebruikt wordt.

**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 of 6 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	Creditnota (- waarden)
4	Correctiefactuur (+ en - waarden) in overleg met het ziekenfonds
5	Correctiefactuur (- en + waarden) voor forfaits verpleegkundige zorgen wegens declassering na bezoek adviserend arts
6	Partiële originele factuur voor verblijf « laagvariabele zorg » met trimester- of jaarafsluiting (1 of meerdere andere partiële facturen met type 6 of de laatste factuur van het verblijf met type 7 zullen volgen)
7	Laatste factuur van verblijf « laagvariabele zorg » met trimester- of jaarafsluiting (het gaat om de laatste factuur die de partiële factuur (facturen) met type 6 volgt (volgen))

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 creditnota 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.

**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 arts. Voor de eventuele andere correcties op initiatief van de verpleegkundige wordt een creditnota (type facturering 3), gevolgd door een herinbreng (type facturering 1), gebruikt. De creditnota en de herinbreng mogen zich op hetzelfde facturatiebestand bevinden, maar de creditnota 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 verstrekingen voor die bij manuele verbetering door de mutualiteit verworpen worden (bv. omwille van attest niet bijgevoegd of foutieve prijs). Als de verstrekingen 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 verstrekingen 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 heelkundige 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 heelkundige 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 : DIENST 721 bis**

---

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

---

Voor gehospitaliseerde patiënten moet in deze zone de dienstcode worden vermeld die op het document 721 bis (zone 310 van het Carenetbericht 721000) staat (enkel ingeval van factuurtype 1).

Ingeval van prestaties gefactureerd voor gehospitaliseerde patiënten die elders verblijven, moet in deze zone de pseudo-dienstcode "002" vermeld worden.

In alle andere gevallen is deze zone gelijk aan nul.



**RUBRIEK : NUMMER FACTURERENDE INSTELLING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N – 56**

---

Met dit nummer kan men de instelling identificeren die de facturering verricht.

De inhoud van deze zone is per definitie gelijk aan de inhoud van recordtype 10 zone 14.

Zie recordtype 10 zone 14 voor de verschillende mogelijkheden.

---

**RUBRIEK :** STAMNUMMER VAN DE (VERPLEGINGS-)INRICHTING (OF REVALIDATIECENTRUM)  
WAAR DE RECHTHEBBENDE OPGENOMEN IS (VERBLIJFT)

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE :** 12 N - 68

---

In deze zone moet het identificatienummer van de verplegingsinrichting van de opname worden vermeld ingeval het gaat om een factuur betreffende een gehospitaliseerde patiënt.

Indien het gaat om facturen die betrekking hebben op een revalidatieovereenkomst (hetzij intern, hetzij extern) moet het nummer van de overeenkomst worden opgenomen.

Indien het gaat om facturen van RVT, ROB, PVT of BW moet het nummer van de betreffende inrichting worden vermeld.

Zie recordtype 10 zone 14.

Wanneer het een gehospitaliseerde patiënt betreft voor wie een gipskamer, een forfait nierdialyse of een forfaitaire verpleegdag mag gefactureerd worden samen met een werkelijke verpleegdag, dient het nummer van de verplegingsinrichting te worden vermeld waar de patiënt eerst opgenomen werd.

Indien het gaat om een gehospitaliseerde patiënt die gelijktijdig een revalidatieprogramma ondergaat dan moet de factuur verplicht opgesplitst worden in een individuele factuur hospitalisatie en een individuele factuur revalidatie.

Indien recordtype 20 zone 10 = 1 dan moet in deze zone het nummer van het ziekenhuis worden vermeld.

Indien recordtype 20 zone 10 = 5 of 6 dan moet in deze zone het nummer van het revalidatiecentrum worden vermeld.

Indien recordtype 20 zone 10 = 4 dan moet in deze zone het nummer van de betreffende inrichting worden vermeld.

In alle andere gevallen, dus ook voor de verpleegkundigen, is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

---

**RUBRIEK : CODE STUITEN VERJARINGSTERMIJN**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 80**

---

Deze zone wordt ingevuld indien het gaat om een laattijdige facturering.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
1	Verjaringstermijn (facturering na 2 jaar) voor de facturerende derde gestuit door een aangetekend schrijven.
0	Alle andere gevallen.

---

**RUBRIEK : REDEN BEHANDELING**

---

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

---

Deze zone maakt een eerste boekhoudkundige oriëntatie mogelijk.

<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
0000	Andere of niet meegedeeld

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

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

(☞7,16)	VI100	REFAC : Ziekenhuizen 710/720, verpleegkundigen, laboratoria, medische huizen, artsen/tandartsen/specialisten (e-fac), psychiatrische verzorgingstehuizen, revalidatiecentra (buiten ziekenhuis), ROB, RVT en CDV en gemengde groeperingen beginnend met 094 : nummer UCP <ul style="list-style-type: none"> <li>- 134 als het huidig UCP behoort tot Wallonië of Brussel (Franstalig)</li> <li>- 120 als het huidig UCP behoort tot Vlaanderen of Brussel (Nederlandstalig)</li> </ul> <p>Opmerking :Voor meer informatie over contactpunten, zie onze webpagina's:  <a href="https://www.mc.be/fr/professionnels/contact-prestataires">https://www.mc.be/fr/professionnels/contact-prestataires</a>  <a href="https://www.cm.be/nl/contactgegevens-voor-zorgverleners">https://www.cm.be/nl/contactgegevens-voor-zorgverleners</a></p>
	VI200	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
(☞4)	VI300	300 voor de leden van de ziekenfondsen 304, 309, 311, 319, 322 en 323. 306 voor de leden van ziekenfonds 306. Uitzonderingen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bepaalde revalidatie-overeenkomsten: 300</li> </ul>
(☞16)	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 : NUMMER OPNAME**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 88**

---

Voor gehospitaliseerde patiënten (type factuur R 20 Z 10 = 1), gaat het om het geëncrypteerd nummer van opname toegekend door de ziekenhuizen.

Ingeval van daghospitalisatie (R 20 Z 10 = 9) waarbij de factuur wordt uitgesplitst in een gedeelte ziekenhuisbeheer en een gedeelte medische raad kan de linking van beide deelfacturen vergemakkelijkt worden door de vermelding van een uniek nummer in zone 19 van beide delen.

De vermelding van een dergelijk nummer is wenselijk maar voorlopig niet verplicht.

Opmerking : Indien de facturatie wordt uitgesplitst in 2 delen (ziekenhuisbeheerder enerzijds en medische raad anderzijds) dan moet dezelfde patiënt geïdentificeerd worden door éénzelfde nummer op de 2 magnetische dragers.

Ingeval van prestaties gefactureerd voor gehospitaliseerde patiënten die elders verblijven, mag de inhoud van deze zone gelijk zijn aan nul.

Ingeval van chirurgisch dagziekenhuis (met ambulante of gehospitaliseerde code en factuurtype 1 of 9) gaat het om het geëncrypteerd nummer van opname in het chirurgisch dagziekenhuis.

Voor de verpleegkundigen is de inhoud van deze zone nul.

In alle andere gevallen is de zone gelijk aan nul.

**RUBRIEK** : DATUM AKKOORD REVALIDATIEBEHANDELING OF DATUM INSCHRIJVING FORFAIT

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE** : 8 N JJJMMDD - 100

---

Het betreft de begindatum van de periode waarvoor het akkoord van het College van Artsen-directeurs of van de Adviserend arts toelating geeft tot revalidatiebehandeling.

Ingeval de factuur betrekking heeft op een periode die door 2 afzonderlijke akkoorden wordt gedekt, dan moet de begindatum van dat akkoord worden gegeven, die juist voorafgaat aan of samenvalt met de begindatum van facturering.

Voor de medische huizen moet in deze zone de inschrijvingsdatum aan het forfait worden vermeld.

Deze zone moet worden ingevuld indien de factuur betrekking heeft op interne of externe revalidatieverstrekingen (type factuur = 5 of 6).

Indien de facturerende instelling (R 20 Z 14) een laboratorium voor klinische biologie is, dan mag deze zone gelijk zijn aan nul.

**RUBRIEK : UUR VAN ONTSLAG**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 5 N 0UUMM - 108**

---

'0UUMM' waarden tussen '00001' en '02400'.

- Het uur van ontslag moet vermeld worden wanneer zone 6a-6b werd ingevuld.
- Deze zone moet gelijk zijn aan nul in alle andere gevallen.
- Het vermelden van het uur van ontslag, in geval van factuurtype 4 of 5, is enkel verplicht indien de factuur betrekking heeft op het verblijfsforfait of op het forfait voor revalidatieverstrekingen of op het forfait in het kader van de overeenkomsten MS/ALS/Huntington en indien de verblijfsperiode wordt afgesloten.



---

**RUBRIEK : NUMMER INDIVIDUELE FACTUUR**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 115**

---

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).

Ingeval van facturatie door (groeperingen of wachtposten van) artsen of tandartsen (e-fac) 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.

**RUBRIEK : TOEPASSING SOCIALE FRANCHISE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 127**

---

Deze zone wordt voorlopig niet gebruikt, maar gereserveerd voor een mogelijke latere toepassing.

---

**RUBRIEK : CODE GERECHTIGDE 1 + 2**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 10 N - 128**

---

De verzekeringsinstellingen gebruiken een combinatie van twee nummers om het verzekeringsstatuut van de verzekerde te definiëren.

Deze nummers worden de code gerechtigde 1 en code gerechtigde 2 genoemd.

De codes zijn o.a. te vinden op de kleefvignetten, in het lidboekje en op bepaalde administratieve documenten die gebruikt worden in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Elk van deze codes bestaat uit 3 numerieke posities.

De C.G. 2 wordt vermeld in de eerste drie posities rechts en voorafgegaan door de C.G. 1 in de drie voorliggende posities.

De eerste vier posities links zijn nullen.

Vanaf 1/1/2008 hebben de zelfstandigen ook recht op de kleine risico's via de verplichte ziekteverzekering.

De betekenis van de CG2, zoals hierboven beschreven, wordt vanaf dan sterk afgezwakt en heeft enkel nog een betekenis in het kader van de internationale verdragen.

De tarificatie dient vanaf 1/1/2008 te gebeuren op basis van het 3<sup>de</sup> cijfer van de CG1: indien dit cijfer gelijk is aan 0, dan wordt getarifeerd zonder voorkeurregeling; indien dit cijfer gelijk is aan 1, dan wordt getarifeerd met voorkeurregeling.

**Code Gerechtigde 1**

De code gerechtigde 1 wordt gebruikt voor de volgende toestanden :

- alle risico's van de algemene regeling;
- alleen de grote risico's van de regeling voor de zelfstandigen (vóór 1/1/2008);
- alle risico's van de regeling voor de zelfstandigen (vanaf 1/1/2008) ;
- de internationale verdragen (identificatie van de wijze van terugbetaling waarop de verzekerde recht heeft).

Deze code is o.a. te vinden op de kennisgeving van de ziekenhuisverpleging en betalingsverbintenis (model 721 bis), in het lidboekje en op het kleefvignet.

<u>1ste cijfer</u>	<u>Regeling</u>
1	Algemene regeling
4	Regeling der zelfstandigen
0	Ondefinieerbare toestanden of geen recht

<u>2de cijfer</u>	<u>Categorie</u>
0	Niet beschermde personen
1	Actieven
2	Invaliden en minder-validen
3	Gepensioneerden
4	Weduwen, weduwnaars
5	Wezen
7	Kloostergemeenschappen
8	Internationale verdragen

<u>3de cijfer</u>	<u>Voorkeurregeling of niet</u>
0	Geen voorkeurregeling
1	Wel voorkeurregeling

**Code Gerechtigde 2**

De code gerechtigde 2 wordt gebruikt voor de volgende toestanden :

- de kleine risico's van de vrije verzekering (vóór 1/1/2008);
- de kleine risico's van de zelfstandigen met recht op vergoeding van kleine risico's via de verplichte verzekering (vóór 1/1/2008);
- de kleine risico's van de gevallen van dubbele aansluiting met de regeling voor de zelfstandigen (vóór 1/1/2008);
- de internationale verdragen : identificatie van het type van overeenkomst.

Deze code is o.a. te vinden op de kennisgeving van ziekenhuisverpleging en betalingsverbintenis (model 721 bis), in het lidboekje en op het kleefvignet.

a) Voor de vrije verzekering

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
000	Geen vrije verzekering
901	Vrije verzekerde tegen 100 % - voorkeurregeling (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
900	Vrije verzekerde tegen 75 % - geen voorkeurregeling

Vanaf 1/1/2008 bestaat de vrije verzekering niet meer. De CG2 000, 900 en 901 verliezen hun betekenis.

b) Voor de verplichte verzekering

Voor de algemene regeling : zie C.G. 1.

Voor de regeling der zelfstandigen :

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
460	Zelfstandigen met recht op kleine risico's zonder voorkeurregeling
461	Zelfstandigen met recht op kleine risico's met voorkeurregeling (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)

Voor verstrekkingen vanaf 1/1/2008 is het onderscheid tussen de algemene regeling en de regeling der zelfstandigen niet meer relevant voor de tarificatie.

c) Internationale verdragen : identificatie van het type van overeenkomst.

Opgelet ! : Nieuwe codificaties vanaf 1 januari 2004.

Ingeval van internationale verdragen kan uit de CG2 afgeleid worden of het al dan niet om een arbeidsongeval gaat (CG2 = 302, 304, 306, 308, 311, 313, 323, 325, 330, 332, 333, 606, 608 of 611).

Mogelijke codificaties Code Gerechtigde 1:

## Algemene regeling

- 101 Niet-beschermden personen met voorkeurregeling (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
- 100 Niet-beschermden personen zonder voorkeurregeling
- 111 Primaire uitkeringsgerechtigden met voorkeurregeling (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
- 110 Primaire uitkeringsgerechtigden zonder voorkeurregeling
- 121 Invaliden met voorkeurregeling (inclusief minder-validen) (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
- 120 Invaliden zonder voorkeurregeling (inclusief minder-validen)
- 131 Gepensioneerden met voorkeurregeling (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
- 130 Gepensioneerden zonder voorkeurregeling
- 141 Weduwen, weduwnaars met voorkeurregeling (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
- 140 Weduwen, weduwnaars zonder voorkeurregeling
- 151 Wezen met voorkeurregeling (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
- 150 Wezen zonder voorkeurregeling
- 181 Internationale verdragen met voorkeurregeling
- 180 Internationale verdragen zonder voorkeurregeling

## Regeling der zelfstandigen

- 411 Primaire uitkeringsgerechtigden met voorkeurregeling (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
- 410 Primaire uitkeringsgerechtigden zonder voorkeurregeling
- 421 Invaliden met voorkeurregeling (inclusief minder-validen) (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
- 420 Invaliden zonder voorkeurregeling (inclusief minder-validen)
- 431 Gepensioneerden met voorkeurregeling (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
- 430 Gepensioneerden zonder voorkeurregeling
- 441 Weduwen, weduwnaars met voorkeurregeling (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
- 440 Weduwen, weduwnaars zonder voorkeurregeling
- 451 Wezen met voorkeurregeling (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
- 450 Wezen zonder voorkeurregeling
- 471 Kloostergemeenschappen met voorkeurregeling
- 470 Kloostergemeenschappen zonder voorkeurregeling
- 481 Internationale verdragen met voorkeurregeling
- 480 Internationale verdragen zonder voorkeurregeling

**RUBRIEK : REFERENTIE INSTELLING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 25 A - 138**

---

Zie recordtype 10 zone 28.

**RUBRIEK : NUMMER VORIGE FACTUUR**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 163**

---

Deze zone moet alleen aangevuld worden indien zone 11 van recordtype 20 verschillend is van 0 of 6.

Dit nummer is gelijk aan het nummer van de corresponderende factuur (origineel of niet) van recordtype 20 zone 24-25 van de zending waarvan het nummer vermeld is in zone 34-35-36.

Het nummer van de nieuwe corresponderende factuur kan eventueel gelijk zijn aan het nummer van de vorige factuur.



**RUBRIEK : FLAG IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1N – 175**

---

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0	Aansluitingsnummer bij de VI
1	Inschrijvingsnummer bij de Sociale Zekerheid

**RUBRIEK : NUMMER VORIGE ZENDING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 177**

---

Deze zone moet alleen aangevuld worden indien zone 11 van recordtype 20 verschillend is van 0 of 6.

Dit nummer is gelijk aan het nummer van recordtype 10 zone 7 van de laatste zending waarin deze individuele factuur reeds eerder werd meegestuurd.

**RUBRIEK : NUMMER ZIEKENFONDS VORIGE FACTURERING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 180**

---

In deze zone komt het nummer van het ziekenfonds dat vermeld werd in R 20 Z 18 (nummer ziekenfonds van bestemming) van de voorafgaande factuur.

Deze zone moet alleen aangevuld worden indien zone 11 van recordtype 20 verschillend is van 0 of 6.

**RUBRIEK : REFERENTIE ZIEKENFONDS FINANCIËEL REKENINGNUMMER A**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 22 A - 183**

---

Deze referentie zal door de verzekeringsinstelling meegedeeld worden ingeval van verwerping die betrekking heeft op de financiële rekening A.

Voor de inrichtingen die werken met het afrekeningsbestand bevindt de betreffende referentie zich in zone 109 van de recordtypes 20, 30, 40, 50 of 80 van dit afrekeningsbestand.

Indien recordtype 20 zone 11 verschillend is van 1 dan wordt deze zone opgevuld met blanco's.

Vanaf 1/1/2019 is deze zone facultatief.

Indien ze niet ingevuld wordt (en dus opgevuld wordt met blanco's), zal ook zone 109 van het afrekenbestand niet ingevuld worden.

**RUBRIEK : VORIG GEFACTUREERD JAAR EN MAAND**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N JJJMM - 207**

---

In deze zone worden maand en jaar vermeld uit recordtype 10 zones 22 en 23 van de vorige magnetische drager waarop deze factuur eerder werd ingediend.

Deze zone moet alleen aangevuld worden indien zone 11 van recordtype 20 verschillend is van 0 of 6.

**RUBRIEK : REFERENTIEGEGEVENS NETWERK****VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 48 A = 32 A + 10 N + 2 N + 1 N + 3 N – 213**

Deze zone is gereserveerd voor de vermelding van de gegevens van de netwerkconsultatie ((My)Carenet).

Indien geen vervangingsattest werd voorgelegd, noch een netwerk werd geconsulteerd, dan is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

De inhoud van deze zone is als volgt gestructureerd :

RRNNNNNNNNNNNNVVVA000

waarbij R = 32 alfanumerieke posities voor het nummer van akkoord betalingsverbintenis (ingeval van netwerkconsultatie).

N = 10 numerieke posities voor het kaartnummer

V = 2 numerieke posities voor het versienummer

A = 1 numerieke positie

A = 1 : vervangingsattest

A = 2 : netwerkconsultatie

0 = 3 numerieke reserveposities, opgevuld met nullen.

Indien positie A = 1, dan worden de posities N en V vanaf het vervangingsattest ingevuld; de posities R zullen in dit geval gelijk zijn aan nul.

(☞2) Indien positie A = 2, dan worden de posities R ingevuld vanuit de zone 333, 344, 355, 366 of 377 van het (My)Carenetbericht 801900 of vanuit *paymentApproval* uit MDA (Member Data). De posities N en V zijn gelijk aan nul.

---

**RUBRIEK : DATUM VAN FACTURERING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD – 262**

---

Deze zone dient enkel ingevuld te worden door de ziekenhuizen en de revalidatiecentrum. In de andere gevallen is de invulling van deze zone facultatief.

Deze zone bevat de datum van opmaak/afwerking van de betreffende factuur (= datum waarop de berekeningen voor de betreffende factuur gebaseerd zijn).

Op basis van deze datum bepaalt de verzekeringsinstelling met welke (My)Carenetberichten 730000 rekening moet gehouden worden bij de controle van de verzekeraarbaarheid en de MAF-100%-facturatie.

Deze datum wijzigt niet wanneer van een verworpen bestand een nieuwe versie wordt aangemaakt.

Deze datum wijzigt wel wanneer het gaat om een herindiening van een (gedeeltelijk) verworpen of gecrediteerde factuur, maar wel mits in achtneming van de regels opgenomen in bijlage 19 (MAF 100% facturatie) en in Omz. Zh. 2012/6 (Psy 2012/5) (Omz. VI 2012/125) (ambulante betalingsverbintenis).

De datum van facturering mag niet groter zijn dan de huidige datum.

**RUBRIEK : REFERENTIE ZIEKENFONDS FINANCIËEL REKENINGNUMMER B**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 22 A - 271**

---

Deze referentie zal door de verzekeringsinstelling meegedeeld worden ingeval van verwerping die betrekking heeft op de financiële rekening B.

Voor de inrichtingen die werken met het afrekeningsbestand bevindt de betreffende referentie zich in zone 110 van de recordtypes 20, 30, 40, 50 of 80 van dit afrekeningsbestand.

Indien recordtype 20 zone 11 verschillend is van 1 dan wordt deze zone opgevuld met blanco's.

Vanaf 1/1/2019 is deze zone facultatief.

Indien ze niet ingevuld wordt (en dus opgevuld wordt met blanco's), zal ook zone 110 van het afrekenbestand niet ingevuld worden.



**RUBRIEK : OPNAMENUMMER MOEDER**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N – 293**

---

Indien het gaat om een factuur voor een pasgeborene, dan wordt in deze zone het opnamenummer van de moeder ingevuld.

Deze zone moet verplicht ingevuld worden indien de pasgeborene tijdens zijn verblijf uitsluitend op dienst 170 en/of 180 verblijft.

Indien de pasgeborene tijdens zijn verblijf ook op andere diensten verblijft (190, 270,...), dan is de invulling van deze zone facultatief.

---

**RUBRIEK : BEGINDATUM PERIODE VERZEKERBAARHEID**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8N JJJMMDD - 305**

---

Deze zone moet ingevuld worden indien men een betalingsverbintenis gekoppeld aan de raadpleging van de verzekeraargegevens via (My)Caret wil laten gelden (positie A van R 20 Z 42-45 gelijk aan 2).

Ze moet ingevuld worden op basis van wat door de VI meegedeeld wordt in de zones 325, 336, 347, (2) 358 of 369 van het (My)Caretbericht 801900 of in *SubjectConfirmationData NotBefore* in MDA (Member Data).

---

**RUBRIEK : EINDDATUM PERIODE VERZEKERBAARHEID**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8N JJJMMDD - 313**

---

Deze zone moet ingevuld worden indien men een betalingsverbintenis gekoppeld aan de raadpleging van de verzekeraarheidsgegevens via (My)Caret wil laten gelden (positie A van R 20 Z 42-45 gelijk aan 2).

- (☞13) Ze moet ingevuld worden met de datum meegedeeld in de zones 326, 337, 348, 359 of 370 van het
- (☞2) (My)Caretbericht 801900 of met de datum *SubjectConfirmationData NotOnOrAfter* meegedeeld in MDA (Member Data) – 1 dag.

---

**RUBRIEK : DATUM MEDEDELING INFORMATIE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8N JJJMMDD - 321**

---

Deze zone moet ingevuld worden indien men een betalingsverbintenis gekoppeld aan de raadpleging van de verzekeraarheidsgegevens via (My)Caret wil laten gelden (positie A van R 20 Z 42-45 gelijk aan 2).

Ze moet ingevuld worden met de datum waarop de VI de (verzekeraarheids)informatie meegedeeld (2) heeft via het (My)Caretbericht 801900 of via MDA (Member Data). Deze datum is terug te vinden (2) in de zones 334, 345, 356, 367 of 378 van het bericht 801900 of in *communicationDate* in MDA.

**RUBRIEK : MAF LOPEND JAAR**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 4N JJJ - 329**

---

Deze zone moet ingevuld worden indien men een betalingsverbintenis gekoppeld aan de raadpleging van de verzekeraarheidsgegevens via (My)Caret wil laten gelden (positie A van R 20 Z 42-45 gelijk aan 2).

Ze wordt ingevuld op basis van wat door de VI meegedeeld wordt in de zone 321 van het (2)(My)Caretbericht 801900 of in *maxInvoiced* in MDA (Member Data).

**RUBRIEK : MAF LOPEND JAAR - 1**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 4N JJJ - 333**

---

Deze zone moet ingevuld worden indien men een betalingsverbintenis gekoppeld aan de raadpleging van de verzekeraarheidsgegevens via (My)Caret wil laten gelden (positie A van R 20 Z 42-45 gelijk aan 2).

Ze wordt ingevuld op basis van wat door de VI meegedeeld wordt in de zone 322 van het (2)(My)Caretbericht 801900 of in *maxInvoiced* in MDA (Member Data).

**RUBRIEK : MAF LOPEND JAAR - 2**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 4N JJJ - 337**

---

Deze zone moet ingevuld worden indien men een betalingsverbintenis gekoppeld aan de raadpleging van de verzekeraarheidsgegevens via (My)Caret wil laten gelden (positie A van R 20 Z 42-45 gelijk aan 2).

Ze wordt ingevuld op basis van wat door de VI meegedeeld wordt in de zone 323 van het (2)(My)Caretbericht 801900 of in *maxInvoiced* in MDA (Member Data).

**RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN HET RECORD**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349**

---

Zie recordtype 10 zone 99.



**RUBRIEK : RECORDTYPE 21**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1**

---

Zie recordtype 10 zone 1.

**RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3**

---

Zie recordtype 10 zone 2.

**RUBRIEK : UUR VAN LEZING VAN HET ELEKTRONISCH IDENTITEITSDOCUMENT**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 4 N UUMM - 9**

---

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

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

Het uur van lezing van het identiteitsdocument van de patiënt is vermeld in deze zone.

(☞ 15) Deze zone moet steeds ingevuld worden.

---

**RUBRIEK : PRESTATIEDATUM OF OPNAMEDATUM WAAROP LEZING BETREKKING HEEFT**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 13**

---

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

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

In deze zone wordt de datum vermeld waarop de lezing (of manuele invoering) betrekking heeft.

Voor ambulante facturen (inclusief dagziekenhuis) betreft het de prestatiedatum waarop de record 21 betrekking heeft (algemene regel: één R21 per prestatiedatum). Voor gehospitaliseerde facturen betreft het de opnamedatum (algemene regel: één R21 per opname).

Deze zone moet steeds ingevuld worden.

Deze datum is gelijk aan de datum in R 21 Z 11, behalve in de volgende gevallen:

- A posteriori lezing of a posteriori manuele invoering (R 21 Z 5 = 4, 5, 6 of 8)
- Hospitalisatiefacturen: maximum 3 dagen verschil
- Recurrente behandelingen
- Ambulante factuur met ontslagmedicatie (R 40 Z 12 = 1)
- Passage spoed of daghospitalisatie verspreid over 2 dagen (R 21 Z 10 = 1): maximum 1 dag verschil

---

**RUBRIEK : TYPE VAN LEZING IDENTITEITSDOCUMENT**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A - 21**

---

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

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

Deze code maakt het onderscheid tussen verschillende types van lezing van het identiteitsdocument.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
1	Lezing van de chipkaart
2	Lezing van de streepjescode
(☞11) 3	Lezing damatrix
4	A posteriori lezing chip Indien deze waarde gebruikt wordt, dan moet de reden vermeld worden in R 21 Z 8 (waarde 4, 5 of 6 in R 21 Z 8).
5	A posteriori lezing streepjescode Indien deze waarde gebruikt wordt, dan moet de reden vermeld worden in R 21 Z 8 (waarde 4, 5 of 6 in R 21 Z 8).
(☞11) 6	A posteriori lezing datamatrix Indien deze waarde gebruikt wordt, dan moet de reden vermeld worden in R 21 Z 8 (waarde 4, 5 of 6 in R 21 Z 8).
7	Manuele invoering Indien deze waarde gebruikt wordt, dan moet de reden vermeld worden in R 21 Z 8 (waarde 1, 2, 3 of 7 in R 21 Z 8).
(☞14)	
8	A posteriori manuele invoering Indien deze waarde gebruikt wordt, dan moet de reden vermeld worden in R 21 Z 8 (waarde 4, 5, 6 of 7 in R 21 Z 8).
(☞14)	
(☞1) A	Elektronische invoering (itsme®)
(☞1) B	Inschrijving via applicatie ziekenhuis (enkel voor ambulante patiënten)

---

**RUBRIEK : TYPE VAN DRAGER VAN IDENTITEITSDOCUMENT**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A - 22**

---

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

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

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

	<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
(☞ 14)	0	Geen identiteitsdocument (zoals bedoeld in artikel 3 van het KB van 18/09/2015)
(☞ 20)		Deze waarde kan enkel gebruikt worden indien R 21 Z 5 = 7 (manuele invoering) of 8 (a posteriori manuele invoering) en R 21 Z 8 (reden manuele invoering) = 4 of 7.
	1	Belgische elektronische identiteitskaart (of Kids-id)
	2	Elektronische vreemdelingenkaart of elektronisch verblijfsdocument
	3	ISI+ kaart
	4	Een vignet met streepjescode Bij gebruik van deze waarde, moet in R 21 Z 7 de reden vermeld worden.
	5	Attest van sociaal verzekerde
	6	Attest van verlies of diefstal van Belgische elektronische identiteitskaart, elektronische vreemdelingenkaart of elektronisch verblijfsdocument
(☞ 1)	A	Elektronische invoering (Itsme®)
(☞ 1)	B	Inschrijving via applicatie ziekenhuis (enkel voor ambulante patiënten)

---

**RUBRIEK : REDEN GEBRUIK VIGNET**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 23**

---

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

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

Deze code geeft aan waarom een vignet gebruikt werd.

Deze zone moet verplicht ingevuld worden indien R 21 Z 6 = 4.

(5) De factuur mag niet worden verworpen indien deze zone is ingevuld terwijl het niet verplicht is.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0	Geen gebruik van het vignet
1	Rechthebbende niet aanwezig tijdens verstrekking en gelijktijdige aanwezigheid van rechthebbende en zorgverlener niet reglementair vereist
2	Rechthebbende bezit geen identiteitsdocument

**RUBRIEK : REDEN MANUELE INVOERING OF A POSTERIORI LECTUUR****VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 24**

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

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

Deze zone moet verplicht ingevuld worden indien R 21 Z 5 = 4, 5, 6, 7 of 8.

(☞5) De factuur mag niet worden verworpen indien deze zone is ingevuld terwijl het niet verplicht is.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0	Geen manuele invoering of a posteriori lectuur
1	Manuele invoering wegens gebruik van identiteitsdocument zonder chip of met defecte chip
2	Manuele invoering wegens onbeschikbaarheid kaartlezer
(☞14) 3	Manuele invoering wegens gebrek interconnectiviteit tussen software
4	A posteriori manuele invoering of a posteriori lectuur omdat de patiënt geen geldig identiteitsdocument kon voorleggen op het ogenblik van de zorgen
5	A posteriori manuele invoering of a posteriori lectuur omwille van panne van het informaticasysteem
6	A posteriori manuele invoering of a posteriori lectuur omdat: <ul style="list-style-type: none"> <li>- de patiënt binnen gekomen is via spoed en vervolgens gehospitaliseerd werd: de identiteit van de patiënt werd gelezen binnen de 3 dagen volgend op de dag van opname (hospitalisatie)</li> <li>- de patiënt binnen gekomen is via spoed 's avonds laat vóór middernacht: de identiteit van de patiënt werd gelezen de volgende dag.</li> <li>- de prestatie verleend werd buiten de administratieve openingsuren van het ziekenhuis</li> </ul>
(☞14,19) 7	Manuele invoering omdat rechthebbende geen identiteitsdocument (zoals bedoeld in artikel 3 van het KB van 18/09/2015) kan voorleggen op ogenblik van geneeskundige verzorging maar diens identiteit werd vastgesteld



---

**RUBRIEK : SERIENUMMER DRAGER**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 15 A - 25**

---

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

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

Het serienummer van de drager (eID-kaart, ...) moet in deze zone vermeld worden.

Deze zone moet steeds ingevuld worden, ook ingeval van manuele invoering (R 21 Z 5 = 7 of 8),

(☞1,16) behalve indien R 21 Z 6 = 0, 4, 5, 6, A of B.

(☞5) De factuur mag niet worden verworpen indien deze zone is ingevuld terwijl het niet verplicht is.

(☞8) Structuur van het serienummer van de verschillende types van identiteitsdocumenten

- Belgische elektronische identiteitskaart > 12 jaar:
  - Kaartnummer bestaat uit 12 cijfers en eindigt met een check-digit (twee laatste cijfers) ;
  - Kaartnummer van oude modellen begint met 59;
  - Kaartnummer van nieuwe modellen met digitale vingerafdruk begint met 595 ;
- Kids-ID :
  - Kaartnummer bestaat uit 12 cijfers en eindigt met een check-digit (twee laatste cijfers) ;
  - Kaartnummer van oude modellen begint met 61;
  - Kaartnummer van nieuwe modellen met mogelijkheid van digitale vingerafdruk begint met 615 ;
- « Nieuwe kaarten » voor burgers van de Europese Unie :
  - Bxxxxxx-zz (B + 9 cijfers)
  - « x » zijn numerische waarden tussen 0 en 9. Ze worden toegewezen door een teller in het NHS systeem.
  - « z » zijn ook numerische waarden tussen 0 en 9. Dit is eigenlijk een check-digit die het resultaat is van modulo 97.
- “Nieuwe kaarten” die worden afgegeven aan onderdanen van derde landen (met inbegrip van familieleden van EU-burgers)::
  - xxxxxxx-zz (bestaat enkel uit 9 cijfers)
  - « x » zijn numerische waarden tussen 0 en 9. Ze worden toegewezen door een teller in het NHS systeem.
  - « z » zijn ook numerische waarden tussen 0 en 9. Dit is eigenlijk een check-digit die het resultaat is van modulo 97.
- ISI + kaart :
  - structuur in 10 cijfers = [5-9][\s][0-9]{3}[/s] [[0-9]{3}[/s] [0-9]{3}
  - 1 cijfer tussen 5 en 9
  - Spatie [/s]
  - 3 cijfers tussen 0 en 9
  - Spatie [/s]
  - 3 cijfers tussen 0 en 9
  - Spatie [/s]
  - 3 cijfers tussen 0 en 9
  - Op de kaart is het serienummer van het type : 5 958 403 552

---

**RUBRIEK : AANDUIDING SPOED/DAGHOSPITALISATIE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 40**

---

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

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

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
1	Het gaat om een passage op spoed of daghospitalisatie verpreid over 2 dagen
0	Alle andere gevallen

Indien deze zone gelijk is aan 1, dan mag er maximum 1 dag verschil zijn tussen de datum van lezing (zone 11) en de prestatiedatum (zone 4).

---

**RUBRIEK : DATUM VAN LEZING ELEKTRONISCH IDENTITEITSDOCUMENT**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 41**

---

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

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

In deze zone wordt de datum vermeld waarop de lezing (of manuele invoering) gebeurd is.  
Deze zone moet steeds ingevuld worden.

Deze datum is gelijk aan de datum in R 21 Z 4, behalve in de volgende gevallen:

- A posteriori lezing of a posteriori manuele invoering (R 21 Z 5 = 4, 5, 6 of 8)
- Hospitalisatiefacturen: maximum 3 dagen verschil
- Recurrente behandelingen
- Ambulante factuur met ontslagmedicatie (R 40 Z 12 = 1)
- Passage spoed of daghospitalisatie verspreid over 2 dagen (R 21 Z 10 = 1): maximum 1 dag verschil

**RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN HET RECORD**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349**

---

Zie recordtype 10 zone 99.

**RUBRIEK : RECORDTYPE 30**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1**

---

Zie recordtype 10 zone 1.

**RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3**

---

Zie recordtype 10 zone 2.

---

**RUBRIEK : NORM VERPLEEGDAG**

---

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

---

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
1	Indien het gaat om de eerste afrekening van ligdagen van de hospitalisatieperiode.
2	Indien het gaat om de enige afrekening van ligdagen van de hospitalisatieperiode.
9	Indien het gaat om de laatste afrekening van ligdagen van de hospitalisatieperiode.
0	Indien het niet gaat om een eerste, een enige of een laatste afrekening van ligdagen van de hospitalisatieperiode.

De V.I.'s moeten aan het R.I.Z.I.V. het aantal gevallen van hospitalisatie meedelen.

De norm-waarde dient alleen vermeld te worden indien het gaat om een hospitalisatiefactuur (R 20 Z 10 = 1) waarbij er minstens 1 recordtype 30 bestaat met ligdagen.

In alle andere gevallen is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

De regels voor de facturatie van het chirurgisch dagziekenhuis zijn identiek aan de regels voor (3) facturatie van miniforfait (\*) en maxiforfait en forfait groep 1, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis of 7 en forfait (12) chronische pijn 1, 2 of 3 en forfaits hoofd-, hand- en voetkoeling. Hieruit volgt dat het chirurgisch dagziekenhuis zowel in de record van het dagforfait als in de record van het opnameforfait normwaarde “nul” krijgt en dit zowel bij het gebruik van gehospitaliseerde als van ambulante codes.

Normwaarde 2 is gereserveerd voor de facturatie van een gewoon ziekenhuisverblijf dat zich beperkt tot 1 record (bv. prestatiecode 0768025).

Voor de pseudo-code 0767443 (bedrag per dag aan 0 €), is de norm verpleegdag steeds gelijk aan 9.

(\*) Miniforfait niet meer aanrekenbaar vanaf 1/1/2014, maar de pseudo-code 761213 krijgt de omschrijving “dringende verzorging of intraveneuze infusie” en wordt op de factuur vermeld met bedragzones gelijk aan nul.

**RUBRIEK : PSEUDO-CODE VERPLEEGDAG EN FORFAIT**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 10**

---

Met deze code kan de boekhouding gebeuren volgens de rubrieken die door het R.I.Z.I.V. voorzien zijn.

Opmerking : Elke record persoonlijk aandeel dient voorafgegaan te worden door een record ligdag en de aantallen van beide registraties moeten gelijk zijn.

De records « bedrag per dag » en « persoonlijk aandeel » moeten steeds samen blijven, ook ingeval van creditnota, correctiefactuur of herindiening.



RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	Code
1) Indien het gaat om het record waarbij in zone 19 het bedrag voor de volledige verpleegdagprijs wordt ingebracht zonder vermindering van de persoonlijke aandelen van de patiënt bedoeld in het K.B. van 5 maart 1997, wordt volgende code gebruikt :	
verblijf van een pasgeborene in dienst N* (n) (dienstcode 190) (= ligdag aan 0 €)	0790020
verblijf van een pasgeborene in dienst 170 of 180 (= ligdag aan 0 €)	0791560
1 bis)	
Acute ziekenhuizen :	
- bedrag per opname	0768003 (**)
- gereduceerd bedrag per opname (heropname zelfde patiënt in zelfde ziekenhuis binnen 10 dagen na vorige opname)	0767421
- bedrag per dag	0768025 (°)
Chirurgisch dagziekenhuis :	
- bedrag per opname	0768036 0768040
- bedrag per dag	0768051 0768062
AZ Sp-diensten andere dan palliatieve : bedrag per dag	0768106 (°)
Psychiatrische ziekenhuizen (7,20,***,**) : bedrag per dag	0768121
Ziekenhuis “Les Marronniers”: geïnterneerden niet-erkende bedden: bedrag per dag	0767163
AZ Palliatieve Sp-diensten : bedrag per dag	0768143
Centra voor brandwonden : bedrag per dag	0768165
Algemeen ziekenhuis: bedrag per dag aan 0 € (dag van ontslag ingeval van opname vóór 12u en ontslag na 14u)	0767443 (°)
Acute ziekenhuizen : dagprijs 100%	0768504 (*) (°)
Chirurgisch dagziekenhuis : dagprijs 100%	0768471 0768482 (*)
AZ Sp-diensten ander dan palliatieve : dagprijs 100%	0768460 (*) (°)
AZ Palliatieve Sp-diensten : dagprijs 100%	0768445 (*)
Psychiatrisch ziekenhuis : dagprijs 100%	0768423 (*)
Ziekenhuis “Les Marronniers”: geïnterneerden niet-erkende bedden: dagprijs 100%	0767185 (*)
Centra voor brandwonden : dagprijs 100%	0768401 (*)
<i>De vermelding AZ betekent dat deze pseudo-codes voorbehouden zijn voor SP-diensten in algemene ZH.</i>	
2) Indien het gaat om het record waarbij in Z 19 het persoonlijk aandeel in negatief wordt ingebracht;	
A. <u>In geval van ziekenhuisopname</u>	
a) Ziekenhuisverpleging, 1ste dag	
PUG - descendenten	0766021 (°)
PUG - gelijkgestelde werklozen + PTL	0766043 (°)
PUG met PTL of alimentatie	0766065 (°)
PUG zonder PTL	0766065 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - descendenten	0766080 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % met PTL of alimentatie	0766102 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % zonder PTL	0766102 (°)
PUG + WIGW + NBP + Kl. gem. 100 %	0766124 (°)
<b><i>Deze remgelden worden opgenomen in de remgeldteller voor de MAF.</i></b>	
b) Vanaf de 2de dag en tot en met de 90ste dag van verblijf in een algemeen ziekenhuis	
PUG - descendenten	0766220 (°)
PUG - gelijkgestelde werklozen + PTL	0766242 (°)
PUG met PTL of alimentatie	0766264 (°)
PUG zonder PTL	0766264 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - descendenten	0766286 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % met PTL of alimentatie	0766301 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % zonder PTL	0766301 (°)
PUG + WIGW + NBP + Kl. gem. 100 %	0766323 (°)
<b><i>Deze remgelden worden opgenomen in de remgeldteller voor de MAF.</i></b>	
(*) enkel te vermelden in factuur aan derden (andere dan 7 VI)	
(**) voor prestaties vanaf 1/7/2005 mag deze code niet meer gebruikt worden door geïsoleerde G-diensten	
(°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B) door de 8 geregionaliseerde “revalidatieziekenhuizen” (Sp/G ziekenhuizen) (wel nog door de andere ziekenhuizen) ; vanaf prestatiedatum 1/1/2022 kunnen ze ook niet meer via rekening C gefactureerd worden door deze 8 ziekenhuizen.	

(4)

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	Code
b) <i>bis</i> Vanaf de 2de dag tot en met de 90ste dag van verblijf in een psychiatrische instelling	
PUG - descendenten	0799422
PUG - gelijkgestelde werklozen + PTL	0799444
PUG met PTL of alimentatie	0799466
PUG zonder PTL	0799481
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - descendenten	0799503
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % met PTL of alimentatie	0799525
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % zonder PTL	0799540
PUG + WIGW + NBP + Kl. gem. 100 %	0799562
<i>Deze remgelden worden opgenomen in de remgeldteller voor de MAF.</i>	
c) Vanaf de 91ste dag tot en met de 365ste dag van verblijf in een psychiatrische instelling	
PUG - descendenten	0799584
PUG - gelijkgestelde werklozen + PTL	0799606
PUG met PTL of alimentatie	0799621
PUG zonder PTL	0799643
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - descendenten	0799665
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % met PTL of alimentatie	0799680
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % zonder PTL	0799702
PUG + WIGW + NBP + Kl. gem. 100 %	0799724
<i>Deze remgelden worden opgenomen in de remgeldteller voor de MAF.</i>	
d) Vanaf de 91ste dag van verblijf in een algemeen ziekenhuis of vanaf de 366ste dag tot de laatste dag van het 5de jaar van verblijf in een psychiatrische instelling	
PUG - descendenten	0799820 (°)
PUG - gelijkgestelde werklozen + PTL	0799842 (°)
PUG met PTL of alimentatie	0799746 (°)
PUG zonder PTL	0799761 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - descendenten	0799886 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % met PTL of alimentatie	0799783 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % zonder PTL	0799805 (°)
PUG + WIGW + NBP + Kl. gem. 100 %	0799923 (°)
<i>Voor de prestaties vanaf 1/1/2004 moeten de remgelden voor de <u>algemene</u> ziekenhuizen opgenomen worden in de remgeldteller voor de MAF.</i>	
e) Vanaf de 1ste dag van het 6de jaar van verblijf in een psychiatrische instelling	
PUG - descendenten	0766426
PUG - gelijkgestelde werklozen met PTL of alimentatie + PTL	0766441
PUG - gelijkgestelde werklozen zonder PTL	0766765
PUG met PTL of alimentatie	0766382
PUG zonder PTL	0766404
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - descendenten	0766485
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % met PTL of alimentatie	0766566
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % zonder PTL	0766581
PUG + WIGW + NBP + Kl. gem. 100 % met PTL of alimentatie + PTL	0766522
PUG + WIGW + NBP + Kl. gem. 100 % zonder PTL	0766780
<i>Deze remgelden worden <u>N</u>IE<u>T</u> opgenomen in de remgeldteller voor de MAF.</i>	
f) Persoonlijk aandeel ligdag aan 0 € (dag van ontslag ingeval van opname vóór 12u en ontslag na 14u)	0767465 (°)

(°4) (°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B) door de 8 geregionaliseerde "revalidatieziekenhuizen" (Sp/G ziekenhuizen) (wel nog door de andere ziekenhuizen) ; vanaf prestatiedatum 1/1/2022 kunnen ze ook niet meer via rekening C gefactureerd worden door deze 8 ziekenhuizen.

RUBRIEK : Code verpleegdagenOmschrijvingCodeB. Ingeval van verblijf in een revalidatie- of vakherenscholingscentrum

a) 1ste dag		
PUG - descendenten		0766625 (°)
PUG - gelijkgestelde werkloze titularis + PTL		0766640 (°)
PUG - anderen		0766662 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - descendenten		0766684 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - anderen		0766706 (°)
PUG + WIGW + NBP + Kl. gem. 100 %		0766721 (°)
b) Vanaf de 2de dag		
PUG - descendenten		0766824 (°)
PUG - gelijkgestelde werkloze titularis + PTL		0766846 (°)
PUG - anderen		0766861 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - descendenten		0766883 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - anderen		0766905 (°)
PUG + WIGW + NBP + Kl. gem. 100 %		0766920 (°)

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

Persoonlijk aandeel ongeval van gewone facturering 0765973 (°) 0765984 (°)

Persoonlijk aandeel ongeval van overschrijding "normale factureringcapaciteit" 0765995 (°) 0766006 (°)

***Opmerking : Deze pseudocodes mogen enkel gebruikt worden voor het persoonlijk aandeel voor rechthebbenden zonder voorkeurregeling (CG 1 – CG 2 = XX0).***

***Voor rechthebbenden met voorkeurregeling (CG 1 – CG 2 = XXI) mag geen record persoonlijk aandeel vermeld worden.***

D. Ingeval van verblijf in psychiatrische verzorgingstehuizen.

Persoonlijke aandelen

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

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

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

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

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

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

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

(°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B) door geregionaliseerde revalidatie-inrichtingen (wel nog door federale revalidatie-inrichtingen)

(°°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B)

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	Ambulant	Gehosp.
3) <i>Forfaitair remgeld farmaceutische producten</i>		0750002
3 bis) <i>Forfaitair remgeld voor farmaceutische producten gedurende de periode van parenterale voeding thuis van de patiënt.</i>	0750175	
3 ter) <i>Forfaitair remgeld voor farmaceutische producten voor patiënten die verblijven in PVT</i>	0751811	
4) <i>Reiskosten prematuren</i>		0773581
4 bis) <i>Vervoerskosten voor dialyse en chemotherapie vanuit psychiatrisch ziekenhuis (art. 8, §5 Overeenkomst Psy-VI)</i>		0761946
<i>vanuit gespecialiseerd algemeen ziekenhuis (art. 5 bis Overeenkomst Zh-VI)</i>		0761961
5) <i>Forfaitair honorarium voor klinische biologie betaalbaar per verpleegdag</i>		0592001
6) <i>Militair Hospitaal van Neder-Over-Heembeek</i>		
a) <i>All-in-prijs per dag van opname in de dienst voor rechthebbenden met grote brandwonden</i>		0760524
b) <i>Verpleegdagprijs voor behandeling met hyperbare zuurstoftherapie</i>		0760642
c) <i>Forfait "dagziekenhuis"</i>	0760653	0760664
7) <i>Forfaitaire verpleegdag</i>		
a) <i>Gebruik gipskamer</i>	0761036	0761040
<i>Dringende verzorging of intraveneuze infusie (vroeger miniforfait)</i>	0761213(*)	-
<i>Maxiforfait</i>	0761235	0761246
<i>Forfait oncologische basiszorg</i>	0767852	0767863
(☞ 12) <i>Forfait hoofdhuidkoeling</i>	0763932	0763943
(☞ 12) <i>Forfait hand- en voetkoeling</i>	0763954	0763965
<i>Maxiforfait monotherapie</i>	0767874	0767885
<i>Maxiforfait combitherapie</i>	0767896	0767900
<i>Maxiforfait monotherapie + pediatrie mono</i>	0767911	0767922
<i>Maxiforfait combitherapie + pediatrie combi</i>	0767933	0767944
<i>Forfait groep 1</i>	0768176	0768180
<i>Forfait groep 2</i>	0768191	0768202
<i>Forfait groep 3</i>	0768213	0768224
<i>Forfait groep 4</i>	0768235	0768246
<i>Forfait groep 5</i>	0768250	0768261
<i>Forfait groep 6</i>	0768272	0768283
(☞ 3) <i>Forfait groep 6bis</i>	0767970	0767981
<i>Forfait groep 7</i>	0768294	0768305
<i>Forfait 1 chronische pijn</i>	0768316	0768320
<i>Forfait 2 chronische pijn</i>	0768331	0768342
<i>Forfait 3 chronische pijn</i>	0768353	0768364
<i>Forfait manipulatie poortkatheter</i>	0768375	0768386
b) <i>Dienst A : verpleegdagprijs in toepassing van art. 2, § 4 van de Nationale Overeenkomst (50 % van de totale verpleegdagprijs)</i>	0761073	-

(\*) Bedragzones gelijk aan nul.

RUBRIEK : Code verpleegdagen**Omschrijving****Ambulant Gehosp.**8) *Dialyse thuis of in een centrum*

Vanaf 1/8/2016 zijn nieuwe pseudo-codes van toepassing (zie hiervoor punt B van bijlage 1 bij de Overeenkomst betreffende de financiering van dialyse).

9) *Nabehandeling revalidatie*

Bedrag per effectief gepresteerd, ondeelbaar uur  
(art. 3, § 1 van de Nationale Overeenkomst  
psychiatrische inrichtingen – V.I. vanaf 1/1/2014)

0762974 -

10) *ROB-RVT-CDV*

*Gebruikte afkortingen:* VT: volledige tegemoetkoming  
PT: partiële tegemoetkoming  
KVB: kortverblijf

*A. Rust- en verzorgingstehuizen*

- forfait categorie B in RVT (VT) 0763033 (°°) -
- forfait categorie C in RVT (VT) 0763055 (°°) -
- forfait categorie Cdem in RVT (VT) 0763070 (°°) -
- forfait categorie B in RVT (PT) 0763114 (°°) -
- forfait categorie C in RVT (PT) 0763136 (°°) -
- forfait categorie Cdem in RVT (PT) 0763151 (°°) -

*B. Rustoorden voor bejaarden*

- geregistreerde niet-erkende inrichtingen 0764411 (°°) -
- forfait categorie O in ROB (VT) 0763195 (°°) -
- forfait categorie A in ROB (VT) 0763210 (°°) -
- forfait categorie B in ROB (VT) 0763232 (°°) -
- forfait categorie C in ROB (VT) 0763254 (°°) -
- forfait categorie Cdem in ROB (VT) 0763276 (°°) -
- forfait categorie D in ROB (VT) 0763696 (°°) -
- forfait categorie O in ROB (PT) 0763291 (°°) -
- forfait categorie A in ROB (PT) 0763313 (°°) -
- forfait categorie B in ROB (PT) 0763335 (°°) -
- forfait categorie C in ROB (PT) 0763350 (°°) -
- forfait categorie Cdem in ROB (PT) 0763372 (°°) -
- forfait categorie D in ROB (PT) 0763711 (°°) -

(°°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B)

- forfait categorie O in ROB (VT) - KVB	0763394 (°°)	-
- forfait categorie A in ROB (VT) - KVB	0763416 (°°)	-
- forfait categorie B in ROB (VT) - KVB	0763431 (°°)	-
- forfait categorie C in ROB (VT) - KVB	0763453 (°°)	-
- forfait categorie Cdem in ROB (VT) - KVB	0763475 (°°)	-
- forfait categorie D in ROB (VT) - KVB	0763733 (°°)	-
- forfait categorie O in ROB (PT) - KVB	0763490 (°°)	-
- forfait categorie A in ROB (PT) - KVB	0763512 (°°)	-
- forfait categorie B in ROB (PT) - KVB	0763534 (°°)	-
- forfait categorie C in ROB (PT) - KVB	0763556 (°°)	-
- forfait categorie Cdem in ROB (PT) - KVB	0763571 (°°)	-
- forfait categorie D in ROB (PT) - KVB	0763755 (°°)	-
<i>C. Dagverzorgingscentra</i>		
Forfait F	0764514 (°°)	-
Forfait Fp	0764912 (°°)	-
Forfait D	0764934 (°°)	-
Forfait Fd	0764956 (°°)	-
<i>D. ROB-RVT: Korting op de gesolidariseerde kost van het incontinentiemateriaal</i>		
Coma-patiënten	0763976 (*)	-
MS/ALS/Huntington-patiënten	0763991 (*)	-
Andere patiënten	0763593 (°°)	-

(°°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B)

RUBRIEK : Code verpleegdagen

<b>Omschrijving</b>	<b>Ambulant</b>	<b>Gehosp.</b>
11) <i>Initiatieven van beschut wonen</i>	0762576 (°°)	-
12) <i>Psychiatrische verzorgingstehuizen</i>		
a) Totale opnemingsprijs per dag voor		
- psychiatrische patiënt, zonder nabehandeling revalidatie	0762510 (°°)	-
- psychiatrische patiënt, met nabehandeling revalidatie	0762532 (°°)	-
- mentaal gehandicapte, zonder nabehandeling revalidatie	0762554 (°°)	-
- mentaal gehandicapte, met nabehandeling revalidatie	0762591 (°°)	-
b) Dagen onbetaald verlof	0791512 (°°)	-
c) Dagen individueel betaald verlof		
- psychiatrische patiënt, zonder nabehandeling revalidatie	0791814 (°°)	-
- psychiatrische patiënt, met nabehandeling revalidatie	0791836 (°°)	-
- mentaal gehandicapte, zonder nabehandeling revalidatie	0791851 (°°)	-
- mentaal gehandicapte, met nabehandeling revalidatie	0791873 (°°)	-
d) Dagen verblijf in collectieve vakantiecampen		
- psychiatrische patiënt, zonder nabehandeling revalidatie	0791711 (°°)	-
- psychiatrische patiënt, met nabehandeling revalidatie	0791733 (°°)	-
- mentaal gehandicapte, zonder nabehandeling revalidatie	0791755 (°°)	-
- mentaal gehandicapte, met nabehandeling revalidatie	0791770 (°°)	-
e) Bijkomende forfaitaire tegemoetkoming door de ziekteverzekering ter verbetering van de betaalbaarheid in PVT (art. 4, §2 overeenkomst PVT-VI)		
- rechthebbende uit categorie a)	0763770 (°°)	-
- rechthebbende uit categorie b)	0763792 (°°)	-
- rechthebbende uit categorie c)	0763814 (°°)	-
- rechthebbende uit categorie d)	0763836 (°°)	-
- rechthebbende uit categorie e)	0763851 (°°)	-
- rechthebbende uit categorie f)	0763873 (°°)	-
- rechthebbende uit categorie g)	0763895 (°°)	-
- rechthebbende uit categorie h)	0763910 (°°)	-
Het bedrag van deze tegemoetkoming moet in positief vermeld worden in R 30 Z 19 en in negatief in R 30 Z 27.		
13) <i>Psychiatrische ziekenhuizen en diensten</i>		
<u>Diensten A2 en T2</u> : gedeeltelijke ziekenhuisopname 's nachts		
in algemeen ziekenhuis :		
- bedrag per opname	-	0793203
- gereduceerd bedrag per opname (heropname zelfde patiënt in zelfde ziekenhuis binnen 10 dagen na vorige opname)	-	0767480
in algemeen ziekenhuis en in psychiatrisch ziekenhuis : bedrag per dag		
a) Onbezoldigde activiteit of geen activiteit: zonder persoonlijk aandeel	-	0793225
b) Bezoldigde activiteit in een beschutte werkplaats :		
pers. aandeel voor de eerste 180 dagen eveneens van toepassing vanaf de 181ste en 366ste dag	-	0793240
c) Anders bezoldigde activiteit : pers. aandeel gewone patiënten	-	0793262
in algemeen ziekenhuis en in psychiatrisch ziekenhuis : dagprijs 100%	-	0793505(**)

(\*\*) enkel te vermelden in factuur aan derden (andere dan 7 V.I.)

(°°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B)

RUBRIEK : Code verpleegdagen

<b>Omschrijving</b>	<b>Ambulant</b>	<b>Gehosp.</b>
<u>Hospitalisatie in geval van gezinsverpleging</u> alleen in psychiatrisch ziekenhuis		
<u>Dienst Tp</u> : prijs in geval van gezinsverpleging in een gezin		0793306
<u>Afwezigheid voor therapeutische doeleinden uit ziekenhuis (onbetaald)</u> (in algemeen en psychiatrisch ziekenhuis). Een afzonderlijk recordtype 30 vormen met vermelding van de periode van afwezigheid met begin- en einddatum. (art. 7, § 7 van de Verordening van 28/07/2003).		0791604
<u>Onbetaald verlof</u>	0791490(*) <sup>(°)</sup>	0791501 <sup>(°)</sup>
Onbetaald verlof binnen een revalidatieperiode		0792503 <sup>(°)</sup>
<u>Verpleegdagprijs voor verblijven in collectieve vakantiecampen</u> (art. 5 van de Nationale Overeenkomst psychiatrische inrichtingen – verzekeringsinstelling)		
• Voor patiënten die in volledig verblijf psychiatrie (dag en nacht) zijn opgenomen		
- alle diensten met uitzondering van dienst Tp (gezinsverpleging thuis)		0793321
- dienst Tp		0793343
• Voor patiënten die in deeltijds verblijf psychiatrie (dag of nacht) zijn opgenomen		
- alle diensten in psychiatrie		0793365
<i>15) Supplement voor één persoonskamer</i>	0761633 <sup>(°)</sup>	0761644 <sup>(°)</sup>

Indien er geen kamersupplement aangerekend wordt, dan wordt er geen record “supplement kamer” aangemaakt.

In de zone betreffende verstrekking van de record “bedrag per dag” (en in sommige gevallen ook in de record “bedrag per opname”) moet wel het type kamer aangeduid worden waar de patiënt werkelijk verblijft. Zie hiervoor lijst betreffende verstrekking.

(\*) deze pseudo-code wordt gebruikt voor afwezigheden in ROB-RVT

(°4) (°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B) door geregionaliseerde inrichtingen (wel nog door federale inrichtingen) ; vanaf prestatiedatum 1/1/2022 kunnen ze ook niet meer via rekening C gefactureerd worden door deze 8 ziekenhuizen.



RUBRIEK : Code verpleegdagen**Omschrijving** **Ambulant** **Gehosp.**16) *Revalidatie en herscholing - Type overeenkomsten*

- Langdurige zuurstoftherapie thuis (*) met een vaste zuurstofconcentrator	0797252	
met een vaste zuurstofconcentrator met vulcompressor	0797274	
met een vaste en een draagbare zuurstofconcentrator	0797296	
met vloeibare zuurstof (**)	0797311	
met een vaste zuurstofconcentrator en kleine zuurstofflesjes	0797333	
met uitsluitend draagbare zuurstofconcentrator	0797370	
- Cardiorespiratoire monitoring thuis bij pasgeborenen en zuigelingen.		
- Categorie 1 (art. 3)	0779133	
- Categorie 2 (art. 3)	0779155	
- Categorie 3 (art. 3)	0779170	
- ALTE (art. 4)	0779192	
- Follow-up van ernstig prematuur geboren kinderen:		
- Volledige prestatie		
Bilanverstreking A (groep 1)	0784674	0784685
Bilanverstreking A (groep 2)	0784696	0784700
Bilanverstreking B (groep 1)	0784711	
Bilanverstreking B (groep 2)	0784733	
Bilanverstreking C (groep 1)	0784755	
Bilanverstreking C (groep 2)	0784770	
Bilanverstreking D (groep 1)	0784792	
Bilanverstreking D (groep 2)	0784814	
- Halve prestatie		
Bilanverstreking A (groep 1)	0784836	0784840
Bilanverstreking A (groep 2)	0784851	0784862
Bilanverstreking B (groep 1)	0784873	
Bilanverstreking B (groep 2)	0784895	
Bilanverstreking C (groep 1)	0784910	
Bilanverstreking C (groep 2)	0784932	
Bilanverstreking D (groep 1)	0784954	
Bilanverstreking D (groep 2)	0784976	
- Opvolging van onverwacht en medisch onverklaard overlijden van een kind van minder dan 18 maanden		
- Transport van overleden kind met oog op autopsie	0775316	0775320
- Autopsie door patholoog-anatoom volgens standaardprocedure	0775294	0775305
- Psychologische ondersteuning van ouders en familieleden	0775331	0775342

(\*) Indien de forfaits aangerekend worden voor een elders gehospitaliseerde (zie art.14 van de overeenkomst), dan wordt er gefactureerd met de ambulante pseudo-codes op een externe revalidatiefactuur (factuurtype 6) met de pseudo-dienstcode 770.

(\*\*) De farmaceutische specialiteit "vloeibare zuurstof" wordt gefactureerd in recordtype 40 onder de pseudo-code 751052 en een CNK-code uit de lijst bij het KB van 21/12/2001. Ze mag opgenomen worden op dezelfde factuur als het forfait (factuurtype 6) of op een aparte ambulante factuur (factuurtype 3).

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	Ambulant	Gehosp.
- Continue insuline- infusie-therapie thuis met behulp van een draagbare insulinepomp	0772450	0772461
- Zelfregulatie van diabetes-mellituspatiënten (*) (**)		
- Verwijzing naar derdelijns curatieve diabetische voetkliniek	0770070	
- Ambulante educatie van een zorgtrajectpatiënt		
a) gewoon jaarforfait	0786015	
b) verhoogd jaarforfait voor patiënten die starten met zelfregulatie	0786030	
- Zelfregulatieprogramma voor een gehospitaliseerde patiënt die start met zelfregulatie en die de intentie heeft om een zorgtrajectcontract te sluiten na de hospitalisatie:		
a) materiaalforfait (materiaal voor periode van 6 maanden)(eenmalig)		0786100
- Dag van verstrekking groep A – vingerpriktest	0788756	
- Dag van verstrekking groep B – vingerpriktest	0788793	
- Dag van verstrekking groep C – vingerpriktest	0788830	
- Dag van verstrekking groep 1A van de vorige overeenkomst voor rechthebbenden met een lopend akkoord	0788874	
- Dag van verstrekking groep 1B van de vorige overeenkomst voor rechthebbenden met een lopend akkoord	0788896	
- Dag van verstrekking groep 2 van de vorige overeenkomst voor rechthebbenden met een lopend akkoord	0788911	
- Dag van verstrekking groep 3A van de vorige overeenkomst voor rechthebbenden met een lopend akkoord	0788933	
- Dag van verstrekking groep 3B van de vorige overeenkomst voor rechthebbenden met een lopend akkoord	0788955	
(☞4) - Continue glucosemonitoring bij diabetespatiënten		
- verstrekking tijdens de proefperiode	0784630***	0784641***
- verstrekking tijdens de latere fasen	0784652***	0784663***
(☞8) - GDT-diabetesovereenkomst		
- Tandem t:slim X2 en Dexcom G6	0784991	0785002
- GDT Accu-chek Insight en Dexcom G6 en DBLG1	0786133	0786144
- Kinderdiabetesovereenkomst (*) (**)		
- Verplaatsingskosten voor het geven van informatie en begeleiding in de leefomgeving van de rechthebbende		0775493

Dag van verstrekking voor een rechthebbende <18 jaar met diabetes type 1 – met draagbare insulinepomp – methode vingerpriktest	0785573
Dag van verstrekking voor een rechthebbende <18 jaar met diabetes type 1 – zonder draagbare insulinepomp – methode vingerpriktest	0785610
Dag van verstrekking voor een rechthebbende <18 jaar zonder diabetes type 1 – met draagbare insulinepomp – methode vingerpriktest	0785654
Dag van verstrekking voor een rechthebbende <18 jaar zonder diabetes type 1 – zonder draagbare insulinepomp – methode vingerpriktest	0785691
Dag van verstrekking voor een rechthebbende ≥18 jaar – groep A volwassenenovereenkomst – met draagbare insulinepomp – methode vingerpriktest	0785735
Dag van verstrekking voor een rechthebbende ≥18 jaar – groep A volwassenenovereenkomst – zonder draagbare insulinepomp – methode vingerpriktest	0785772
Dag van verstrekking voor een rechthebbende ≥18 jaar – groep B volwassenenovereenkomst – met draagbare insulinepomp – methode vingerpriktest	0785816
Dag van verstrekking voor een rechthebbende ≥18 jaar – groep B volwassenenovereenkomst – zonder draagbare insulinepomp – methode vingerpriktest	0785853
Dag van verstrekking voor een rechthebbende ≥18 jaar – groep C volwassenenovereenkomst – met draagbare insulinepomp – methode vingerpriktest	0785890
Dag van verstrekking voor een rechthebbende ≥18 jaar – groep C volwassenenovereenkomst – zonder draagbare insulinepomp – methode vingerpriktest	0785934

(\*) Indien de forfaits aangerekend worden voor een gehospitaliseerde patiënt, dan wordt er gefactureerd met de ambulante pseudo-codes op een externe revalidatiefactuur (factuurtype 6) met pseudo-dienstcode 770.

(\*\*) Zie ook pseudo-codes in verband met sensor-meting in R 50 Z 4 V 3

(\*\*\*) Vanaf 1/10/21 worden deze pseudo-codes geschrapt.

Dag van verstrekking van het insulinepompprogramma van de vorige overeenkomst voor een rechthebbende <18 jaar met een lopend akkoord – met draagbare insulinepomp	0789751
Dag van verstrekking van het zelfregulatieprogramma van de vorige overeenkomst voor een rechthebbende <18 jaar met een lopend akkoord – zonder draagbare insulinepomp	0789773
Dag van verstrekking van het zelfregulatieprogramma van de vorige overeenkomst voor een rechthebbende ≥18 jaar met een lopend akkoord – groep 1A volwassenenovereenkomst – zonder draagbare insulinepomp	0789795
Dag van verstrekking van het zelfregulatieprogramma van de vorige overeenkomst voor een rechthebbende ≥18 jaar met een lopend akkoord – groep 1B volwassenenovereenkomst – zonder draagbare insulinepomp	0789810
Dag van verstrekking van het zelfregulatieprogramma van de vorige overeenkomst voor een rechthebbende ≥18 jaar met een lopend akkoord – groep 2 volwassenenovereenkomst – zonder draagbare insulinepomp	0789832
Dag van verstrekking van het zelfregulatieprogramma van de vorige overeenkomst voor een rechthebbende ≥18 jaar met een lopend akkoord – groep 3 volwassenenovereenkomst – zonder draagbare insulinepomp	0789854
Dag van verstrekking van het insulinepompprogramma van de vorige overeenkomst voor een rechthebbende ≥18 jaar met een lopend akkoord – groep 1A volwassenenovereenkomst – met draagbare insulinepomp	0789876
Dag van verstrekking van het insulinepompprogramma van de vorige overeenkomst voor een rechthebbende ≥18 jaar met een lopend akkoord – groep 1B volwassenenovereenkomst – met draagbare insulinepomp	0789891
Dag van verstrekking van het insulinepompprogramma van de vorige overeenkomst voor een rechthebbende ≥18 jaar met een lopend akkoord – groep 2 volwassenenovereenkomst – met draagbare insulinepomp	0789913
Dag van verstrekking van het insulinepompprogramma van de vorige overeenkomst voor een rechthebbende ≥18 jaar met een lopend akkoord – groep 3 volwassenenovereenkomst – met draagbare insulinepomp	0789935

- Overeenkomst diabetische voetklinieken
  - Interdisciplinaire raadpleging 0773393
  - Ondersteuningszitting 0773496
- Mucoviscidose:
  - Uitvoering revalidatieprogramma 0775913 0775924
  - Vergadering met huisarts of huispediater 0775935 0775946
  - Uitvoering revalidatieprogramma – neuromusculaire ziekten 0775950 0775961
- Ernstige chronische ademhalingsstoornissen:
  - Verstrekking uitgevoerd door een kinesitherapeut(e), een ergotherapeut(e) en/of een sociaal assistent(e) of sociaal verpleger (verpleegster), in de woonplaats van de rechthebbende met het oog op een aanpassing van de woning aan zijn fysieke mogelijkheden. (Art. 11 §1, 2de lid) 0777512 0777523
  - Individuele revalidatieverstrekking van minimum twee uur door 2 hulpverleners van verschillende discipline, die over een volledige dag kan worden gespreid. (Art. 12, §1) 0777534 0777545
  - Elke revalidatieverstrekking van minimum 2 uur waarbij tijdens de volledige duur, het aantal rechthebbenden gelijk is aan het aantal hulpverleners die effectief tussenkomen. (Art. 12, §2) 0777556 0777560
  - Verstrekkingen van minimum 2 uur, uitsluitend bestemd voor de opleiding van rechthebbenden en hun familie, gelijktijdig verricht voor een groep van meer dan 5 rechthebbenden. (Art. 12, §3) 0777571 0777582
  - Honorarium voor de medewerking van de algemeen geneeskundige of van de specialist die de onderhoudsbehandeling verzekert. (Art. 13, §4) 0777593 0777604

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	Ambulant	Gehosp.
- Refractaire epilepsie:		
- Module met preheelkundige evaluatie met niet invasieve video-EEG-studie	0777711	0777722
- Module met complementaire preheelkundige evaluatie met invasieve video-EEG-studie	0777733	0777744
- Revalidatiemodule na epilepsie-heelkunde of na implantatie van een nervus vagus stimulator	0777755	0777766
- WADA-test	0777770	0777781
- Inter-multidisciplinaire teams besprekingen	0777792	0777803
- Opstellen van multidisciplinaire functioneringsrapporten in het raam van de nomenclatuur van de mobiliteitshulpmiddelen :		
- Functioneringsrapport voor gehospitaliseerde rechthebbenden of rechthebbenden die binnen het revalidatiecentrum een revalidatieprogramma volgen, voor de overeenkomsten 790.1	0770276 <sup>(°)</sup>	0770280 <sup>(°)</sup>
- Functioneringsrapport voor de rechthebbenden die geen revalidatieprogramma in de instelling of een andere instelling volgen voor de overeenkomsten 790.1	0770291 <sup>(°)</sup>	0770302 <sup>(°)</sup>
- Functioneringsrapport voor gehospitaliseerde rechthebbenden of rechthebbenden die binnen het revalidatiecentrum een revalidatieprogramma volgen, voor de overeenkomsten 790.0	0770313 <sup>(°)</sup>	0770324 <sup>(°)</sup>
- Functioneringsrapport voor de rechthebbenden die geen revalidatieprogramma in de instelling of een andere instelling volgen, voor de overeenkomsten 790.0	0770335 <sup>(°)</sup>	0770346 <sup>(°)</sup>
- Functioneringsrapport voor gehospitaliseerde rechthebbenden of rechthebbenden die binnen het revalidatiecentrum een revalidatieprogramma volgen, voor de overeenkomsten 790.2	0770350 <sup>(°)</sup>	0770361 <sup>(°)</sup>
- Functioneringsrapport voor de rechthebbenden die geen revalidatieprogramma in de instelling of een andere instelling volgen, voor de overeenkomsten 790.2	0770372 <sup>(°)</sup>	0770383 <sup>(°)</sup>

(°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B)

RUBRIEK : Code verpleegdagen**OHS-OVEREENKOMST**

OHS-overeenkomst				Pseudocodes		
				Ambulant	Gehosp	
<b>Normaal vergoedbare verstrekking in het kader van de OHS-overeenkomst : ademhalingsondersteuning's nachts via continue positieve druk op twee niveaus voor SOH-patiënten</b>				<b>788012</b>	<b>788023</b>	
<b>Andere AOT-behandelingen, uitsluitend vergoedbaar voor patiënten die reeds vóór 1/1/2008 door dezelfde inrichting op die manier werden behandeld (in het kader van de toenmalige overeenkomst)(overgangsmaatregel met uitdovend karakter)</b>						
continue beademing	tracheotomie	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788034	788045	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788056	788060	
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788071	788082	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788093	788104	
	niet invasieve methode	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788115	788126	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788130	788141	
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788152	788163	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788174	788185	
discontinue beademing	tracheotomie	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788196	788200	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788211	788222	
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788233	788244	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788255	788266	
	niet invasieve methode	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788270	788281	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788292	788303	
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788314	788325	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788336	788340	
	continue positieve druk op twee niveaus (kind < 5 jaar)	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788351	788362	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788373	788384	
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788395	788406	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788410	788421	
	beademing 's nachts	tracheotomie	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788432	788443
				geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788454	788465
			geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788476	788480
				geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788491	788502
niet invasieve methode		intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788513	788524	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788535	788546	
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788550	788561	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788572	788583	
continue positieve druk op twee niveaus		intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788594	788605	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788616	788620	
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788631	788642	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788653	788664	
negatieve perithoracale druk		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788675	788686	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788690	788701	
		<b>intrapulmonale percussie</b>		hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788712	788723
				geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788734	788745

RUBRIEK : Code verpleegdagen**AOT-OVEREENKOMST**

AOT-overeenkomst				Pseudocodes		
				Ambulant	Gehosp	
continue beademing	tracheotomie	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789014	789025	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789036	789040	
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789051	789062	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789073	789084	
	niet invasieve methode	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789095	789106	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789110	789121	
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789132	789143	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789154	789165	
discontinue beademing	tracheotomie	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789176	789180	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789191	789202	
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789213	789224	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789235	789246	
	niet invasieve methode	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789250	789261	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789272	789283	
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789294	789305	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789316	789320	
	continue positieve druk op twee niveaus (kind < 5 jaar)	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789331	789342	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789353	789364	
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789375	789386	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789390	789401	
	beademing 's nachts	tracheotomie	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789412	789423
				geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789434	789445
			geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789456	789460
				geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789471	789482
niet invasieve methode		intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789493	789504	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789515	789526	
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789530	789541	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789552	789563	
continue positieve druk op twee niveaus		intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789574	789585	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789596	789600	
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789611	789622	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789633	789644	
negatieve perithoracale druk		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789655	789666	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789670	789681	
		intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789692	789703	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789714	789725	
<b>Hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie</b>				789736	789740	

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	Ambulant	Gehosp.
- Medisch-psycho-sociale revalidatieovereenkomsten met aids/HIV-referentiecentra:		
- jaarlijks basisforfait	0787754	0787765
- verhoogd jaarforfait	0787776	0787780
- Specifiek forfait ingeval van zwangerschap	0787975	0787986
- PrEP-jaarforfait	0787990	0788001
- Metabole ziekte		
- eerste revalidatiezitting	0775832	0775843
- tweede revalidatiezitting	0775854	-
- aanwezigheid huisarts/pediater	0775876	0775880
(6) - Medisch-psycho-sociale begeleiding		
(6) - eerste forfait begeleiding	0755132	-
(6) - tweede forfait begeleiding	0775154	-
- Functionele revalidatie van rechthebbenden die aan een gezichtsstoornis lijden (969)		
- Initieel bilan	0771234(°°)	0771245(°°)
- Tussentijds bilan	0771256(°°)	0771260(°°)
- Zitting in	0771271(°°)	0771282(°°)
- Zitting out	0771293(°°)	0771304(°°)
- Groepszitting	0771315(°°)	0771326(°°)
- Cerebral Palsy - referentiecentra		
- Verstrekking art. 7, 1)	0783510	0783521
- Verstrekking art.7, 2)	0783532	0783543
- Verstrekking art.7, 3)	0783554	0783565
- Verstrekking art.13, §4, 1ste lid	0783576	0783580
- Verstrekking art.13, §4, 2de lid	0783591	0783602
- Spina Bifida - referentiecentra		
- Verstrekking art.12bis, §2, 1): jaarforfait rechthebbende < 3j	0783650	0783661
- Verstrekking art.12bis, §2, 2): jaarforfait rechthebbende 3 tem 18j	0783672	0783683
- Verstrekking art.12bis, §2, 3): jaarforfait rechthebbende 19j of ouder	0783694	0783705
- Verstrekking art.13, §4, 1ste lid: deelname van behandelend arts aan multidisciplinaire teamvergadering	0783716	0783720
- Verstrekking art.13, §4, 2de lid: deelname van behandelend kinesitherapeut aan multidisciplinaire teamvergadering	0783731	0783742
- Referentiecentra voor autismespectrumstoornissen (774-6)		
- diagnostische zitting (1 uur)	0784571(°°)	0784582(°°)
- coördinatiezitting	0783635(°°)	0783646(°°)
- Referentiecentra voor kindernefrologie		
- jaarlijkse verstrekking	0787511	0787522
- Geheugenkliniek		
- Zitting in de kliniek	0784512	0784523
- Zitting thuis (1 <sup>ste</sup> zitting)	0784534	-
- Zitting thuis (2 <sup>de</sup> zitting dezelfde dag)	0784556	-
- Medische en psychosociale begeleiding bij behandeling gevolgen vrouwelijke genitale verminkingen		
- Zitting	0784593	0784604
- Reconstructieve operatie (met inbegrip van de algemene anesthesie)	0784615	0784626
- Transgenderzorg		
- Zitting	0787916	0787920
- Gesprek	0787931	0787942
- Geneesmiddelenforfait	0787953	0787964
- Familiale zitting	0791571	0791582
- Groepszitting (prijs per rechthebbende die aan de zitting deelneemt)	0791792	0791803
- Coördinatiecentrum voor hemofilie	0787813	0787824
- Referentiecentrum voor hemofilie	0787791	0787802
- Centra lymfoedeem: behandelingsdag	0779973	0779984

(°°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B)

RUBRIEK : Code verpleegdagen

<b>Omschrijving</b>	<b>Ambulant</b>	<b>Gehosp.</b>
- Multidisciplinair diagnostisch centrum voor CVS		
- Multidisciplinair bilan	0787835	0787846
- Behandelingsopvolging	0787850	0787861
<i>17) Revalidatie en herscholing – Specifieke overeenkomsten</i>		
<u>Gewone facturering</u>		
Omscholing (770)	0772015(°°)	0772026(°°)
Motorische revalidatie (771)	0772030 (°)	0772041 (°)
Psychosociale revalidatie (772)	0772052(°°)	0772063(°°)
Revalidatie voor alcoholici en druggebruik (773)	0772074(°°)	0772085(°°)
Revalidatie voor psychotici (774)	0772096(°°)	0772100(°°)
Revalidatieprogramma voor vroegtijdige stoornissen van de interactie ouders/kind (774-5)	0773371(°°)	0773382(°°)
Revalidatie voor epileptici (776-5)	0772133(°°)	0772144(°°)
Revalidatie voor slechthorenden (779)	0772192(°°)	0772203(°°)
Revalidatie kinderen/adolescenten neurologische stoornissen	0775213	0775224
Revalidatie voor hersenverlamden (784)	0772295(°°)	0772306(°°)
Revalidatie voor mishandelde kinderen	-	0772402
Revalidatie voor mucoviscidose patiënten (776-5)	0772413(°°)	0772424(°°)
Herfacturering revalidatie	0774012	0774023
Respijteenheden (776-7)	-	0776705(°°)
Pediatrie revalidatie (776-6)	0777291	0777302
VZW “La Porte Ouverte” – Blicquy – Revalidatiedag	-	0777685
Chronisch vermoeidheidssyndroom		
- volledig bilanrevalidatieprogramma	0777836	0777840
- onvolledig bilanrevalidatieprogramma	0777851	0777862
- maandelijks forfait specifiek interdisciplinair revalidatieprogramma	0777873	0777884
- vergoeding huisarts	0777954	0777965
- vergoeding teamleden	0777976	0777980
<u>Overschrijding van de “normale factureringcapaciteit” (facturering aan een verminderde prijs)</u>		
Omscholing (770)	0775596(°°)	0775600(°°)
Motorische revalidatie (771)	0775611(°)	0775622 (°)
Psychosociale revalidatie (772)	0775633(°°)	0775644(°°)
Revalidatieprogramma voor alcoholici en druggebruikers (773)	0775515(°°)	0775526(°°)
Revalidatieprogramma voor psychotici (774)	0775530(°°)	0775541(°°)
Revalidatieprogramma voor vroegtijdige stoornissen van de interactie ouders/kind (774-5)	0776451(°°)	0776462(°°)
Revalidatieprogramma voor epileptici (776-5)	0775552(°°)	0775563(°°)
Revalidatieprogramma voor slechthorenden (779)	0775670(°°)	0775681(°°)
Revalidatieprogramma hersenverlamden (784)	0775574(°°)	0775585(°°)
Revalidatieprogramma voor mishandelde kinderen	-	0775740
Revalidatieprogramma voor mucoviscoïdosis (776-5)	0775751(°°)	0775762(°°)
Respijteenheden (776-7)	-	0776801(°°)
Pediatrie revalidatie (776-6)	0777313	0777324
VZW “La Porte Ouverte” – Blicquy – Revalidatiedag	-	0777700
Chronisch vermoeidheidssyndroom		
- volledig bilanrevalidatieprogramma	0777895	0777906
- onvolledig bilanrevalidatieprogramma	0777910	0777921
- maandelijks forfait specifiek interdisciplinair revalidatieprogramma	0777932	0777943

**Opmerking:** De dagen boven de maximale capaciteit moeten niet op de factuur vermeld worden.

(°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B) door de geregionaliseerde 771-instellingen (wel nog door de 4 federaal gebleven 771-instellingen)

(°°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B)



RUBRIEK : Code verpleegdagen

<b>Omschrijving</b>	<b>Ambulant</b>	<b>Gehosp.</b>
Algemene centra (950)	0773614	0773625
	0773673	0773684
	0773732	0773743
	0773754	0773765
	0773776	0773780
	0773791	0773802
	0773813	0773824
	0773872	0773883
 Palliatieve verzorging		
- eenmalig forfaitair bedrag	0774056 (°°)	-
- verminderd forfaitair bedrag	0774071 (°°)	-
 Dagen betaald verlof binnen een revalidatieperiode	-	0772004(°°)
 Dagen betaald verlof binnen een revalidatieperiode ingeval van overschrijding van de normale facturatiecapaciteit	-	0771002(°°)

(°°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B)

RUBRIEK : Code verpleegdagen

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

(°°) al deze pseudo-codes kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B)

RUBRIEK : Code verpleegdagen**Pseudo-nomenclatuur-  
codenummer****Ambulant Gehosp.**Inhaalforfaits revalidatie-overeenkomsten

Revalidatiecentrum van hersenverlamden Arthur Regnier (770)	0784114(°°)	0784125(°°)
Inrichtingen voor motorische revalidatie (771)	0784136 (°)	0784140 (°)
Inrichtingen voor psychosociale revalidatie van volwassen psychiatrische patiënten (772)	0783893(°°)	0783904(°°)
Inrichtingen voor verslaafden (773)	0783915(°°)	0783926(°°)
Inrichtingen voor psychosociale revalidatie van kinderen en adolescenten met ernstige psychische aandoeningen (774)	0784151(°°)	0784162(°°)
Inrichtingen voor revalidatie van vroegtijdige stoornissen van de interactie ouders-kind (774-5)	0784173(°°)	0784184(°°)
Inrichtingen voor revalidatie van kinderen met respiratoire aandoeningen (776-5)	-	0777280(°°)
Inrichtingen voor pediatrie revalidatie (776-6)	0777335	0777346
Geheugenklinieken (778-1)	0785551	0785562
Inrichtingen voor revalidatie van gehoorstoorden (779)	0784210(°°)	0784221(°°)
Inrichtingen voor revalidatie van hersenverlamden (784)	0784232(°°)	0784243(°°)
Revalidatie-inrichtingen voor kinderneuropsychiatrie (784-5)	0784254	0784265
Referentiecentra voor CVS (789-4)	0784276	0784280
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 (774-6)	0785514(°°)	-
Inrichting "Centre neurologique de réadaptation fonctionnelle" te Fraiture	0785536(°°)	0785540(°°)
C.A.R-overeenkomst (953/965)	0784490(°°)	0784501(°°)

18) *Overeenkomsten Verzekeringscomité*MS/ALS/Huntington (facturatie door ziekenhuis)

Art.12 in ziekenhuis MS		0764562
Art. 12 in ziekenhuis ALS		0764584
Art. 12 in ziekenhuis Huntington		0764606
Art.12 ambulant MS	0770136	-
Art. 12 ambulant ALS	0770151	-
Art. 12 ambulant Huntington	0770173	-
Art.13 ambulant MS	0764853	-
Art.13 ambulant ALS	0764816	-
Art.13 ambulant Huntington	0764831	-

Coma (facturatie door RVT)

Tegemoetkoming voor coma-patiënten	0770092	
------------------------------------	---------	--

(°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B) door de geregionaliseerde 771-instellingen (wel nog door de 4 federaal gebleven 771-instellingen)

(°°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B)

**RUBRIEK : DATUM EERSTE GEFACTUREERDE DAG (DIE MAG GEFACTUREERD WORDEN)****VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 17**

Het is de datum van de eerste dag die in deze record gefactureerd is.  
(1ste dag van de periode in geval van forfait gekoppeld aan een bepaalde periode).

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

Medisch-psychosociale revalidatieovereenkomst met de HIV/aids-referentiecentra.

- Vanaf 1/8/2014 wordt de datum van het eerste origineel contact (= dag x) vermeld in deze zone. Voor de jaarlijkse periodes die volgen wordt de dag x van het 1<sup>ste</sup> origineel contact (dag x van elke jaarlijkse periode) vermeld in deze zone.

De prestatiecode 0762974 (revalidatie nabehandeling) dient dag per dag te worden geregistreerd.

Bedrag per opname (0768003, 0767421, 0793203, 0767480): opnamedatum of datum van opname in de 1<sup>ste</sup> dienst die in aanmerking komt voor aanrekening van het bedrag per opname

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

- (☞10) Vanaf een nog te bepalen datum is deze afwijking voor pasgeborenen niet meer van toepassing. Er is namelijk een aparte facturatie op naam van de pasgeborene en er wordt telkens een verpleegdag geregistreerd (hetzij een verpleegdag 768025, hetzij een verpleegdag 790020 of 791560 aan 0 €).

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 : DATUM LAATSTE GEFACTUREERDE DAG (DIE MAG GEFACTUREERD WORDEN)****VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 25**

Het is de datum van de laatste dag die in deze record gefactureerd is.  
(laatste dag van de periode in geval van forfait gekoppeld aan een bepaalde periode).

Medisch-psychosociale revalidatieovereenkomst met de HIV/aids-referentiecentra :

- Dag (x-1) van het 1<sup>ste</sup> contact vermeld in zone 5 + 12 maanden wordt in deze zone vermeld.

Cardiorespiratoire monitoring thuis bij pasgeborenen en zuigelingen : indien het forfait gefactureerd wordt vóór het einde van de periode van monitoring, dan wordt in deze zone de datum van facturering (= R 20 Z 47) vermeld in plaats van de einddatum van de monitoring.

Opmerking : Tijdens een afgerekende periode (1 recordtype 30) mag slechts 1 ligdagprijs of persoonlijk aandeel geldig zijn. Zoniet dient die periode in 2 of meerdere periodes uitgesplitst te worden.

Indien het gaat om een forfait per opname dan moet de opname datum vermeld worden in deze zone.

De datum van ontslag moet worden meegedeeld indien er effectief een onderbreking van het verblijf is geweest.

In geval van verlenging van het akkoord moet geen datum van ontslag worden gemeld.

Ingeval meerdere records met verblijfskosten elkaar opvolgen, bijvoorbeeld ingeval van verandering van het terugbetalingstarief, van kamer of van dienst, dan moet de einddatum van de eerste periode gelijk zijn aan de datum die voorafgaat aan de begindatum van de 2de periode.

Ingeval van verandering van dienst, vermeldt men in deze zone de datum van verandering indien de transfert plaats heeft vanaf 12 uur of de datum die voorafgaat aan de datum van de transfert indien de transfert plaats heeft voor 12 uur.

Deze datum is steeds kleiner dan of gelijk aan de huidige datum en de gefactureerde maand, behalve voor de volgende revalidatie-forfaits die mogen gefactureerd worden vóór het einde van de periode waarop ze betrekking hebben:

- de revalidatie-inrichtingen voor medico-psycho-sociale revalidatie (7.76.0xx.xx)
- de referentiecentra voor metabole ziekten (7.89.0xx.xx)
- de referentiecentra voor mucoviscidose (7.89.1xx.xx)
- de referentiecentra voor neuromusculaire ziekten (7.89.2xx.xx)
- de referentiecentra voor spina bifidapatiënten (7.89.55x.xx)
- de referentiecentra voor kindernefrologie (7.89.7xx.xx)
- zelfregulatie diabetes-mellitus-patiënten: pseudo-codes 786015, 786030, 786052 en 786100
- nationaal coördinatiecentrum en referentiecentra hemofilie (7.89.8xx.xx)

Bijzondere regels met betrekking tot de maandforfaits in het kader van de diabetesovereenkomst

De einddatum is altijd gelijk aan “dag x-1 van de daaropvolgende maand”, behalve:

als begindatum = 30/1/yyyy, dan is einddatum 28/2/yyyy (in een schrikkeljaar 29/2/yyyy)

als begindatum = 31/1/yyyy, dan is einddatum 28/2/yyyy (in een schrikkeljaar 29/2/yyyy)

als begindatum = 1/mm/yyyy, dan is de einddatum de laatste dag van de maand

**Voorbeeld van facturatie van een gewoon ziekenhuisverblijf.**

Opname 26/03/2003 om 11.00 uur in dienst 210  
 Ontslag 10/04/2003 om 10.00 uur in dienst 210  
 Transfert 28/03/2003 om 02.19 uur naar dienst 490  
 Transfert 30/03/2003 om 10.57 uur naar dienst 210  
 Verlof 01/04/2003 om 00.01 uur tot 03/04/2003 08.00 uur  
 Terug 03/04/2003 om 08.00 uur in dienst 210  
 Ontslag 10/04/2003 om 10.00 uur uit dienst 210

Verblijf in dienst 210 = 2 persoonskamer

Verblijf in dienst 490 = gemeenschappelijke kamer

Opname forfait = 77,85 EUR  
 Dagforfait = 9,58 EUR  
 Prijs 100% = 199,68 EUR  
 PA 1ste dag = 39,34 EUR  
 PA volgende dagen = 12,07 EUR  
 Supplement kamer = 18,95 EUR  
 Forfait klinische bio = 15,07 EUR  
 Forfait geneesmiddelen = 0,62 EUR

## RECORDTYPE 30 ZONE 5 EN 6A-6B vervolg 2

recordtype			20	30	30	30	30	30	30	30	
zone	lengte	posities	aanvang factuur	bedrag per opname	bedrag per dag	persoonlijk aandeel	bedrag per dag	persoonlijk aandeel	bedrag per dag	persoonlijk aandeel	
1	2 n	1-2	20	30	30	30	30	30	30	30	
2	6 n	3-8	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	
3	1 n	9-9	waarde	0	1	0	0	0	0	0	
4	7 n	10-16	0001100	768003	768025	766102	768025	766301	768025	766301	
5	8 n	17-24	20030326	20030326	20030326	20030326	20030327	20030327	20030328	20030328	
6 a	4 n	25-28	20030410	20030326	20030326	20030326	20030327	20030327	20030329	20030329	
6 b	4 n	29-32									
7	3 n	33-35	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	
8 a	12 n	36-47	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	
8 b	1 n	48-48									
9	1 n	49-49	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	
10	1 n	50-50	1	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	
11	1 n	51-51	waarde	verwijzing	verwijzing	verwijzing	verwijzing	verwijzing	verwijzing	verwijzing	
12	1 n	52-52	0	0	0	0	0	0	0	0	
13	3 n	53-55	210	210	210	210	210	210	490	490	
14	12 n	56-67	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	
15	12 n	68-79	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	
16	1 n	80-80	waarde	0	0	0	0	0	0	0	
17	4 n	81-84	waarde	0	0761622	0	0761622	0	0761600	0	
18	3 n	85-87	nummer								
19	12 n	88-99	nummer	+77,85	+9,58	-39,34	+9,58	-12,07	+19,16	-24,14	
20	7 n	100-106	0	0	0	0	0	0	0	0	
21	1 n	107-107		0	0	0	0	0	0	0	0
22	5 n	108-112	01000	+1	+1	+1	+1	+1	+2	+2	
23	2 n	113-114	0	0	0	0	0	0	0	0	
24	5 n	115-119	nummer	+0	+199,68	+0	+199,68	+0	+399,36	+0	
25	7 n	120-126									
26	1 n	127-127	0	0	0	0	0	0	0	0	
27	10 n	128-137	code	+0	+0	+39,34	+0	+12,07	+0	+24,14	
28	25 a	138-162	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	
29	2 n	163-164	0	0	0	0	0	0	0	0	
30	2 n	165-166		+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0
31	8 n	167-174									
32	1 n	175-175	0	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	
33	1 n	176-176	0	0	0	waarde	0	waarde	0	waarde	
34	1 n	177-177	0	0	0	0	0	0	0	0	
35	1 n	178-178		0	0	0	0	0	0	0	0
36	1 n	179-179		0	0	0	0	0	0	0	0
37	3 n	180-182		0	0	0	0	0	0	0	0
38	12 n	183-194	0	0	0	0	0	0	0	0	
39	10 n	195-204		0	0	0	0	0	0	0	0
40	2 n	205-206		0	0	0	0	0	0	0	0
41	6 n	207-212	0	0	0	0	0	0	0	0	
42	6 n	213-218	referentie gegevens netwerk	0	0	0	0	0	0	0	
43	12 n	219-230		0	0	0	0	0	0	0	0
44	4 n	231-234		0	0	0	0	0	0	0	0
45	26 n	235-260		0	0	0	0	0	0	0	0
46	1 n	261-261		0	0	0	0	0	0	0	0
47	8 n	262-269	0	0	0	0	0	0	0	0	
48	1 n	270-270	0	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	
49	12 n	271-282	0	0	0	0	0	0	0	0	
50	4 n	283-286		0	0	0	0	0	0	0	0
51	6 n	287-292		0	0	0	0	0	0	0	0
52	54 n	293-346		0	0	0	0	0	0	0	0
98	2 n	347-348	0	0	0	0	0	0	0	0	
99	2 n	349-350	c.c. record	c.c. record	c.c. record	c.c. record	c.c. record	c.c. record	c.c. record	c.c. record	

## RECORDTYPE 30 ZONE 5 EN 6A-6B vervolg 3

recordtype			30	30	30	30	30	30	30	30
zone	lengte	posities	bedrag per dag	persoonlijk aandeel	onbetaald verlof	bedrag per dag	persoonlijk aandeel	supplement kamer	supplement kamer	supplement kamer
1	2 n	1-2	30	30	30	30	30	30	30	30
2	6 n	3-8	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
3	1 n	9-9	0	0	0	9	0	0	0	0
4	7 n	10-16	768025	766301	791501	768025	766301	761622	761622	761622
5	8 n	17-24	20030330	20030330	20030401	20030403	20030403	20030326	20030330	20030403
6 a	4 n	25-28	20030331	20030331	20030402	20030409	20030409	20030327	20030331	20030409
6 b	4 n	29-32								
7	3 n	33-35	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
8 a	12 n	36-47	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
8 b	1 n	48-48								
9	1 n	49-49	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde
10	1 n	50-50	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde
11	1 n	51-51	verwijzing	verwijzing	verwijzing	verwijzing	verwijzing	verwijzing	verwijzing	verwijzing
12	1 n	52-52	0	0	0	0	0	0	0	0
13	3 n	53-55	210	210	0	210	210	0	0	0
14	12 n	56-67	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
15	12 n	68-79	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
16	1 n	80-80	0	0	0	0	0	0	0	0
17	4 n	81-84	0761622	0	0	0761622	0	0	0	0
18	3 n	85-87								
19	12 n	88-99	+19,16	-24,14	+0	+67,06	-84,49	+0	+0	+0
20	7 n	100-106	0	0	0	0	0	0	0	0
21	1 n	107-107	0	0	0	0	0	0	0	0
22	5 n	108-112	+2	+2	+2	+7	+7	+2	+2	+7
23	2 n	113-114	0	0	0	0	0	0	0	0
24	5 n	115-119	+399,36	+0	+0	+1397,76	+0	+0	+0	+0
25	7 n	120-126								
26	1 n	127-127	0	0	0	0	0	0	0	0
27	10 n	128-137	+0	+24,14	+0	+0	+84,49	+0	+0	+0
28	25 a	138-162	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling
29	2 n	163-164	0	0	0	0	0	0	0	0
30	2 n	165-166	+0	+0	+0	+0	+0	+37,90	+37,90	+132,65
31	8 n	167-174								
32	1 n	175-175	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde
33	1 n	176-176	0	waarde	0	0	waarde	0	0	0
34	1 n	177-177	0	0	0	0	0	0	0	0
35	1 n	178-178	0	0	0	0	0	0	0	0
36	1 n	179-179	0	0	0	0	0	0	0	0
37	3 n	180-182	0	0	0	0	0	0	0	0
38	12 n	183-194	0	0	0	0	0	0	0	0
39	10 n	195-204	0	0	0	0	0	0	0	0
40	2 n	205-206	0	0	0	0	0	0	0	0
41	6 n	207-212	0	0	0	0	0	0	0	0
42	6 n	213-218	0	0	0	0	0	0	0	0
43	12 n	219-230	0	0	0	0	0	0	0	0
44	4 n	231-234	0	0	0	0	0	0	0	0
45	26 n	235-260	0	0	0	0	0	0	0	0
46	1 n	261-261	0	0	0	0	0	0	0	0
47	8 n	262-269	0	0	0	0	0	0	0	0
48	1 n	270-270	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde
49	12 n	271-282	0	0	0	0	0	0	0	0
50	4 n	283-286	0	0	0	0	0	0	0	0
51	6 n	287-292	0	0	0	0	0	0	0	0
52	54 n	293-346	0	0	0	0	0	0	0	0
98	2 n	347-348	0	0	0	0	0	0	0	0
99	2 n	349-350	c.c. record	c.c. record	c.c. record	c.c. record	c.c. record	c.c. record	c.c. record	c.c. record



RECORDTYPE 30 ZONE 5 EN 6A-6B vervolg 4

recordtype			30	30	30	30	30	30
zone	lengte	posities	forfait klinische bio	forfait klinische bio	forfait klinische bio	forfait klinische bio	forfait geneesmiddelen	forfait geneesmiddelen
1	2 n	1-2	30	30	30	30	30	30
2	6 n	3-8	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
3	1 n	9-9	0	0	0	0	0	0
4	7 n	10-16	592001	592001	592001	592001	750002	750002
5	8 n	17-24	20030326	20030328	20030330	20030403	20030326	20030403
6 a	4 n	25-28	20030327	20030329	20030331	20030409	20030331	20030409
6 b	4 n	29-32						
7	3 n	33-35	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
8 a	12 n	36-47	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
8 b	1 n	48-48						
9	1 n	49-49	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde
10	1 n	50-50	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde
11	1 n	51-51	verwijzing	verwijzing	verwijzing	verwijzing	verwijzing	verwijzing
12	1 n	52-52	0	0	0	0	0	0
13	3 n	53-55	210	490	210	210	0	0
14	12 n	56-67	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
15	12 n	68-79	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
16	1 n	80-80	0	0	0	0	0	0
17	4 n	81-84	0	0	0	0	0	0
18	3 n	85-87						
19	12 n	88-99	+30,14	+30,14	+30,14	+105,49	+0	+0
20	7 n	100-106	0	0	0	0	0	0
21	1 n	107-107	0	0	0	0	0	0
22	5 n	108-112	+2	+2	+2	+7	+6	+7
23	2 n	113-114	0	0	0	0	0	0
24	5 n	115-119	+0	+0	+0	+0	+0	+0
25	7 n	120-126						
26	1 n	127-127	0	0	0	0	0	0
27	10 n	128-137	+0	+0	+0	+0	+3,72	+4,34
28	25 a	138-162	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling
29	2 n	163-164	0	0	0	0	0	0
30	2 n	165-166	+0	+0	+0	+0	+0	+0
31	8 n	167-174						
32	1 n	175-175	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde
33	1 n	176-176	0	0	0	0	0	0
34	1 n	177-177	0	0	0	0	0	0
35	1 n	178-178	0	0	0	0	0	0
36	1 n	179-179	0	0	0	0	0	0
37	3 n	180-182	0	0	0	0	0	0
38	12 n	183-194	0	0	0	0	0	0
39	10 n	195-204	0	0	0	0	0	0
40	2 n	205-206	0	0	0	0	0	0
41	6 n	207-212	0	0	0	0	0	0
42	6 n	213-218	0	0	0	0	0	0
43	12 n	219-230	0	0	0	0	0	0
44	4 n	231-234	0	0	0	0	0	0
45	26 n	235-260	0	0	0	0	0	0
46	1 n	261-261	0	0	0	0	0	0
47	8 n	262-269	0	0	0	0	0	0
48	1 n	270-270	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde
49	12 n	271-282	0	0	0	0	0	0
50	4 n	283-286	0	0	0	0	0	0
51	6 n	287-292	0	0	0	0	0	0
52	54 n	293-346	0	0	0	0	0	0
98	2 n	347-348	0	0	0	0	0	0
99	2 n	349-350	c.c. record	c.c. record	c.c. record	c.c. record	c.c. record	c.c. record

**RUBRIEK : NUMMER ZIEKENFONDS VAN AANSLUITING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 33**

---

Zie recordtype 20 zone 7.

Het nummer van het ziekenfonds dient te worden ingevuld in deze zone ongeacht het type van factuur zoals dat is gecodeerd in recordtype 20 zone 10.

**RUBRIEK : IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 13 A - 36**

---

Zie recordtype 20 zone 8a-8b.

**RUBRIEK : GESLACHT RECHTHEBBENDE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 49**

---

Zie recordtype 20 zone 9.

---

**RUBRIEK : BEVALLING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 50**

---

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0	Er is geen bevalling geweest.
1	Er is een bevalling geweest.

Ingeval dienstcode 190 wordt vermeld in zone 13 dan moet de waarde "0" worden vermeld.

- (☞ 10) Vanaf een nog te bepalen datum is deze zone enkel nog noodzakelijk in de uitzonderlijke gevallen waarin er geen aparte factuur op naam van de pasgeborene kan opgemaakt worden (bv. doodgeboren baby). Ingeval van aparte facturatie voor moeder en baby mag de zone facultatief ingevuld worden.

---

**RUBRIEK : VERWIJZING FINANCIËEL REKENINGNUMMER**

---

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

---

Door middel van een code dient te worden aangeduid op welke financiële rekening het bedrag uit zone 19 moet gestort worden.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0	Het verschuldigde bedrag moet worden gestort op de financiële rekening A (zie R 10 Z 31-32-33-34, Z 36-37-38-39-40-41).
1	Het verschuldigde bedrag moet worden gestort op de financiële rekening B (zie R 10 Z 43a, Z 49-50-51-52).
3	Gereserveerde waarde (staatshervorming).

Waarde 1 mag alleen gebruikt worden door de ziekenhuizen.

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

Zie codificatietabel in recordtype 50 zone 13 vervolg 1 en vervolg 2.

Het betreft de dienstcode (\*) van de dienst waar de patiënt verblijft om 12u 's middags op de datum vermeld in zone 5 of de pseudo-dienstcode ingeval van gebruik gipskamer, dringende verzorging of  
 (☞ 12) intraveneuze infusie (vroeger miniforfait), maxiforfait, (maxi-)forfait oncologie, forfaits hoofd-, hand- en voetkoeling, nierdialyse in ziekenhuis (ambulante code), forfaitaire dagprijs psychiatrie, revalidatie  
 (☞ 3) (intern en extern), forfait groep 1, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis of 7, forfait chronische pijn 1, 2 of 3 of andere ambulante prestaties.

Ingeval van forfaitaire verpleegdagen en chirurgisch dagziekenhuis voor elders gehospitaliseerden (gehospitaliseerde code), moet de pseudo-dienstcode 002 worden vermeld.

Indien het gaat om ambulante verstrekkingen (andere dan diegene die hierboven werden geciteerd), moet pseudo-dienstcode 990 worden vermeld.

Voor patiënten die verblijven in RVT, ROB, PVT of BW, moet eveneens pseudo-dienstcode 990 worden vermeld.

Wanneer het record betrekking heeft op de supplementen in verband met het typekamer, farmaceutisch forfait (750002), dagen onbetaald verlof of dagen afwezigheid voor therapeutische doeleinden wordt deze zone op nul gezet.

Farmaceutische forfaits 750175 en 751811: dienstcode 990.

Bedrag per opname (0768003, 0767421, 0793203, 0767480): opnamedienst of 1ste dienst die in aanmerking komt voor aanrekening van het bedrag per opname

Reiskosten prematuren : dienstcode 270.

Eenheden voor zware brandwonden : dienstcode 290.

Nierdialyse thuis of in centra (t.e.m. 31/7/2016: pseudo-codes 0761493, 0761456, 0761515, 0761552, 0761530, 0761471, 0761574, 0761655, 0761670, 0761596; vanaf 1/8/2016: pseudo-codes uit overeenkomst): dienstcode 750 of 990 volgens het type factuur vermeld in R 20 Z 10.

Forfaitaire verpleegdagen dienst A (0761073) en forfait voor nabehandeling revalidatie (0762974) : dienstcode 760.

Chirurgisch dagziekenhuis met ambulante codes : dienstcode 320.

Verpleegdag collectieve vakantiecampen (793321, 793343 en 793365): dienstcode van de dienst waar de patiënt verbleef voor zijn vertrek op collectief vakantiecamp.

Militair hospitaal (0760524, 0760642, 0760653 en 0760664) : dienstcode = 000

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

Voorbeelden van facturatie van verpleegdagen (bedrag per opname en bedrag per dag)  
(geldig voor opnames tot en met 31/12/2013)

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<sup>ste</sup> 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<sup>ste</sup> 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

Voorbeelden van facturatie van verpleegdagen (bedrag per opname en bedrag per dag)  
(geldig voor opnames vanaf 1/1/2014)

Voorbeeld 7

Opname in dienst D (220) op 22/9 om 8u; transfert naar dienst C (210) op 23/9 om 9u; ontslag op 24/9 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

Facturatie bedrag per dag (0767443) (aan 0 €)

Z 5 (datum) = 24/9

Z 13 (dienstcode) = 210

Voorbeeld 8

Opname in dienst D (220) op 22/9 om 8u; transfert naar dienst C (210) op 22/9 om 11u; ontslag op 24/9 om 10u

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 9

Opname in dienst D (220) op 22/9 om 8u; transfert naar dienst C (210) op 22/9 om 15u; ontslag op 24/9 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) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025)

Z 5 (datum) = 23/9

Z 13 (dienstcode) = 210

Voorbeeld 10

Opname in dienst D (220) op 22/9 om 16u; transfert naar dienst C (210) op 23/9 om 9u; ontslag op 24/9 om 12u

Facturatie bedrag per opname (0768003):

Z 5 (datum) = 22/9

Z 13 (dienstcode) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025) (1<sup>ste</sup> factureerbare dag = 23/9)

Z 5 (datum) = 23/9

Z 13 (dienstcode) = 210

Facturatie bedrag per dag (0768025)

Z 5 (datum) = 24/9

Z 13 (dienstcode) = 210

Voorbeeld 11

Opname in Sp-dienst (610) op 22/9 om 16u, transfert naar dienst C (210) op 23/9 om 9u; ontslag op 24/9 om 15u

Facturatie bedrag per opname (0768003):

Z 5 (datum) = 23/9

Z 13 (dienstcode) = 210

Facturatie bedrag per dag (0768025) (1<sup>ste</sup> factureerbare dag = 23/9)

Z 5 (datum) = 23/9

Z 13 (dienstcode) = 210

Facturatie bedrag per dag (768025)

Z 5 (datum) = 24/9

Z 13 (dienstcode) = 210

Voorbeeld 12

Opname in Sp-dienst (610) op 22/9 om 8u, transfert naar dienst C (210) op 23/9 om 9u; ontslag op 24/9 om 15u

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

Facturatie bedrag per dag (0767443) (aan 0 €)

Z 5 (datum) = 24/9

Z 13 (dienstcode) = 210

---

**RUBRIEK : PLAATS VAN VERSTREKKING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 56**

---

Overeenkomst betreffende de financiering van dialyse

Vanaf 1/7/2018: Nummer ziekenhuis + 560 voor alle forfaitaire tegemoetkomingen uit de overeenkomst dialyse

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 : IDENTIFICATIE OVEREENKOMST / INRICHTING VAN VERBLIJF**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 68**

---

In geval van verstrekkingen verricht in het kader van een revalidatieovereenkomst (type factuur = 5 of 6), dient het identificatienummer van de overeenkomst opgenomen te worden.

In geval van behandeling RVT, ROB, PVT of BW (type factuur = 4) moet in deze zone het nummer van de betreffende inrichting worden vermeld.

In geval van prestaties (pseudo-codes 764562 ,764584 of 764606) van een overeenkomst MS/ALS/Huntington (type factuur 1), moet in deze zone het nummer van het ziekenhuis worden vermeld.

In de andere gevallen dient deze zone op nul te worden gezet.

**RUBRIEK : BETREKKELIJKE VERSTREKKING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 81**

---

**WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :**

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.

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.

---

**RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING**

---

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

---

Het betreft het door de verzekeringsinstelling terugbetaald bedrag.

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.

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

De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal.

Voor prestaties vanaf 1/1/2008 moet de tarificatie gebaseerd worden op de Code Gerechtigde 1.

Indien het 3<sup>de</sup> cijfer van de CG1 gelijk is aan 0, dan wordt er getarifeerd zonder voorkeurregeling.

Indien het 3<sup>de</sup> cijfer van de CG1 gelijk is aan 1, dan wordt er getarifeerd met voorkeurregeling.

### Revalidatieforfaits

Indien het gaat om een forfaitaire vergoeding die aan een bepaalde periode gekoppeld is (weekforfait, maandforfait, kwartaalforfait, jaarforfait), moet het vermelde tarief in overeenstemming zijn met een datum vermeld in de periode die gedefinieerd wordt in R 30 Z 5 en Z 6.

De instelling mag dus het meest gunstige tarief toepassen.

### Uitzonderingen:

- Overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging (9.68.0xx.xx) (tarief = tarief dat van toepassing is op de datum van de 1<sup>ste</sup> tussenkomst van de equipe)
- Diabeteszelfregulatieovereenkomst (7.86.0xx.xx of 7.86.1xx.xx) en overeenkomst kindernefrologie (7.89.7xx.xx) en overeenkomst hemofilie (7.89.8xx.xx) (tarief = tarief dat van toepassing is op de einddatum van de periode waarop het forfait betrekking heeft of op de datum van facturering vermeld in R 20 Z 47 indien vóór de einddatum gefactureerd wordt)
- Medisch-psychosociale overeenkomst met de HIV/aids-referentiecentra (7.76 vanaf 1/8/2014): tarief = tarief dat van toepassing is op de begindatum (= dag x van elke jaarlijkse periode = dag 1<sup>ste</sup> origineel contact).
- Cardiorespiratoire monitoring thuis bij pasgeborenen en zuigelingen (7.83.5 vanaf 1/4/2015): tarief = tarief dat van toepassing is op de begindatum

Het bedrag van het eventuele persoonlijk aandeel dat in mindering gebracht wordt, moet op dezelfde datum bepaald worden als het tarief van het revalidatieforfait zelf.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.1.

**RUBRIEK** : TEKEN + AANTAL GEFACUREERDE DAGEN, VERLOFDAGEN OF FORFAITS

---

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

---

Het betreft het aantal gefactureerde dagen, verlofdagen of het aantal gefactureerde forfaits (ingeval van forfait revalidatie) dat in deze record wordt opgenomen.

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.

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

Deze zone mag geen decimalen bevatten.

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

Revalidatie nabehandeling:

code 0762974 : aantal uren

Ingeval van reiskosten voor prematuren (0773581) of vervoerskosten voor dialyse en chemotherapie vanuit een psychiatrisch ziekenhuis (0761946) of vanuit een gespecialiseerd algemeen ziekenhuis (0761961) moet hier het aantal kilometer vermeld worden.



---

**RUBRIEK : TEKEN + INDICATIEF BEDRAG GROOTTE ORDE VERBLIJFSKOSTEN**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 115**

---

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.

Deze zone wordt enkel ingevuld indien zone 4 = 0767163, 0768025, 0768051, 0768062, 0768106, 0768121, 0768143, 0768165, 0793041, 0793063, 0793100, 0793122, 0793166, 0793181, 0793225, 0793240, 0793262 of 0793284.

Deze zone bevat een indicatief gegeven, nl. een bedrag dat de grootte orde van de verblijfskosten aanduidt.

Dit bedrag is gelijk aan de dagprijs aan 100% (bedoeld in art. 104 ter van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987) vermenigvuldigd met het aantal dagen vermeld in zone 22.

Gezinsverpleging thuis en collectieve vakantiecampen vallen buiten de financiering via begrotingstwaalfden.

Er is derhalve geen informatieve vermelding van een dagprijs aan 100 % noodzakelijk.

---

**RUBRIEK : TEKEN + PERSOONLIJK AANDEEL PATIENT**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 9 N - 128**

---

In deze zone moeten de werkelijk aangerekende reglementaire persoonlijke aandelen worden vermeld. De inhoud van deze zone is belangrijk in het kader van de berekening van het jaarbedrag aan persoonlijke aandelen.

Indien het reglementair persoonlijk aandeel slechts gedeeltelijk wordt aangerekend, dan komt in deze zone het werkelijk aangerekend bedrag (mogelijk zelfs nul) met vermelding van waarde 1 in zone 33.

Het reglementair persoonlijk aandeel (of aangerekend deel ervan) moet ook in deze zone worden vermeld als het (rechtstreeks) ten laste werd genomen door een OCMW of privé-verzekeringsmaatschappij.

Bij de herindiening van een verworpen prestatie, moet de zone “persoonlijk aandeel patiënt” opnieuw ingevuld worden, zelfs indien het bedrag ondertussen werd gefactureerd aan en betaald door de patiënt.

Ingeval in zone 19 het wettelijk persoonlijk aandeel op de verpleegdagprijs in negatief wordt vermeld moet in deze zone de positieve waarde worden opgenomen, voor zover het persoonlijk aandeel effectief werd aangerekend aan de patiënt.

Indien het gaat om persoonlijke aandelen in geval van opname in een ziekenhuis in toepassing van het K.B. van 5 maart 1997 en art. 37bis van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 moet de record met de persoonlijke aandelen onmiddellijk voorafgegaan worden door een record met het corresponderend bedrag per ligdag (pseudocodes 0768025, 0768106, 0768121, 0768143 of 0768165). De records met de persoonlijke aandelen volgen dezelfde opsplitsing als de records met bedragen per ligdag.

Voor het chirurgisch dagziekenhuis worden geen persoonlijke aandelen aangerekend voor het verblijf.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.1.

**RUBRIEK : REFERENTIE INSTELLING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 25 A - 138**

---

Zie recordtype 10 zone 28.

**RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG SUPPLEMENT**

---

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

---

In deze zone worden de supplementen vermeld, die bovenop het reglementair persoonlijk aandeel (zie zone 27), aan de patiënt worden aangerekend of rechtstreeks ten laste worden genomen door een OCMW of privé-verzekeringsmaatschappij.

De terug te betalen bedragen aan de patiënt in het kader van thuisdialyse moeten in negatief in deze zone worden vermeld.

Ingeval in zone 4 de pseudo-code 0761633 - 0761644 wordt vermeld, moet in deze zone het supplement betreffende het type kamer worden opgenomen.

Het eventuele supplement dat in het kader van de (kinder)diabetesovereenkomst aan de patiënt aangerekend wordt (omdat deze toch het materiaal voor sensor-meting wenst te gebruiken) moet in deze zone vermeld worden.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.1.

**RUBRIEK : UITZONDERING DERDEBETALERSREGELING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 175**

---

Vanaf gefactureerde maand januari 2015 is deze zone steeds gelijk aan nul.

**RUBRIEK : CODE FACTURERING PERSOONLIJK AANDEEL OF SUPPLEMENT****VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 176**

(9) In deze zone kan worden aangeduid of het persoonlijk aandeel, dat normaal moet vermeld worden in zone 27, of het supplement, dat normaal vermeld wordt in zone 30-31, niet of slechts gedeeltelijk ten laste werd gelegd van de patiënt.

Waarde	Betekenis
--------	-----------

	1	Persoonlijk aandeel en/of supplement werd geheel of gedeeltelijk ten laste gelegd van de verstrekker/instelling zelf of van een wetgeving buiten de ZIV (inhoud zone 27 en/of zone 30-31 kleiner dan verwacht bedrag of gelijk aan nul).
(9)	2	Remgelden gedragen in het kader van de reglementering arbeidsongevallen internationale verdragen
(9)	3	Remgelden gedragen in het kader van de reglementering MAF Deze waarde kan enkel gebruikt worden door ziekenhuizen voor gehospitaliseerde patiënten. (*)
	4	Mededeling MAF-recht ontvangen maar 100% facturatie niet toegepast omdat de patiëntenfactuur en/of de factuur aan de VI reeds opgemaakt was op het ogenblik van de mededeling of omdat het gaat om een correctie, herfacturatie of herindiening van een gewone (niet 100%) factuur. Deze waarde kan enkel gebruikt worden door ziekenhuizen voor gehospitaliseerde patiënten. (*)
	6 **	Geplaatste geïnterneerde (facturatie zoals voor een gewone verzekerde, maar patiëntenfactuur wordt aan de FOD Justitie geadresseerd)
(9)	7 **	Geplaatste geïnterneerde waarvoor remgelden gedragen worden in het kader van de reglementering MAF Deze waarde kan enkel gebruikt worden door ziekenhuizen voor gehospitaliseerde patiënten. (*)
	8 **	Geplaatste geïnterneerde waarvoor mededeling MAF-recht ontvangen werd maar 100% facturatie niet toegepast werd omdat de patiëntenfactuur en/of de factuur aan de VI reeds opgemaakt was op het ogenblik van de mededeling of omdat het gaat om een correctie, herfacturatie of herindiening van een gewone (niet 100%) factuur. Deze waarde kan enkel gebruikt worden door ziekenhuizen voor gehospitaliseerde patiënten. (*)
(9)	9	Specifieke sociale categorie (***)
	0	In alle andere gevallen, ook als persoonlijk aandeel en/of supplement (rechtstreeks) ten laste genomen wordt van het OCMW of een privé-verzekeringsmaatschappij (persoonlijk aandeel moet vermeld worden in zone 27; supplement moet vermeld worden in zone 30-31)

Reglementaire persoonlijke aandelen die niet worden aangerekend door de verstrekker: Z 27 = 0 en Z 33 = 1.

(9) Opgelet: waarden 3, 4, 6, 7, 8 en 9 primeren op waarde 1. Waarde 9 primeert ook op waarden 3 en 4.

In zone 27 en in zone 30-31 komen de bedragen die effectief worden aangerekend aan de patiënt of die (rechtstreeks) ten laste worden genomen door het OCMW of een privé-verzekeringsmaatschappij.

Bedragen die (rechtstreeks) ten laste worden genomen door de verstrekker/instelling zelf of door een andere wetgeving buiten de ZIV komen niet op de factuur.

Ingeval van pseudo-code 767465 (persoonlijk aandeel ligdag aan 0 €), is deze zone steeds gelijk aan 0.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.

(\*) De waarde 3, 4, 7 of 8 moet ook gebruikt worden voor prestaties zonder persoonlijk aandeel. De waarde 3, 4, 7 of 8 mag evenwel niet gebruikt worden ingeval van facturatie van het persoonlijk aandeel in de ligdagprijs vanaf de 366<sup>ste</sup> dag opname in een psychiatrisch ziekenhuis (zie pseudo-codes in R 30 Z 4 V 2, punt d) en e)) en ingeval van facturatie van kamersupplementen (pseudo-codes 0761622, 0761644)

(9) (\*\*) Deze waarde wordt geschrapt vanaf prestatiedatum 1/1/2023. Voor de geplaatste geïnterneerden zullen dezelfde regels van toepassing zijn als voor de gedefinieerden (waarde 9).

(9) (\*\*\*) Het betreft gedefinieerden waarvoor het remgeld ten laste genomen wordt door de ziekteverzekering.

**Voorbeeld**Gewone facturering

Z 4	Z19	Z 22	Z 24-25	Z 27	Z 30-31	Z 33	
pseudo-code	ZIV-tegemoetkoming	Aantal	Bedrag 100%	PA	Supplement	Code facturering PA of supplement	
768003	+77,85	+1	+0	+0	+0	0 of 4	Bedrag/opname
768025	+9,58	+1	+199,68	+0	+0	0 of 4	Bedrag/dag
766102	-40,08	+1	+0	+40,08	+0	0 of 4	Persoonlijk aandeel
750002	+0	+1	+0	+0,62	+0	0 of 4	Forfaitair remgeld geneesmiddelen
761622	+0	+1	+0	+0	+18,95	0	Kamersupplement
768121	+613,87	+ 23	+4442,22	+0	+0	0 of 4	Bedrag/dag Psy
766780	-312,57	+ 23	+0	+312,57	+0	0	PA (na 366° dag)
750002	+0	+ 23	+0	+18,40	+0	0 of 4	Forfaitair remgeld geneesmiddelen

Facturering aan 100% (remgelden gedragen in het kader van de reglementering arbeidsongevallen internationale verdragen of in het kader van de reglementering MAF)

Z 4	Z19	Z 22	Z 24-25	Z 27	Z 30-31	Z 33	
pseudo-code	ZIV-tegemoetkoming	Aantal	Bedrag 100%	PA	Supplement	Code facturering PA of supplement	
768003	+77,85	+1	+0	+0	+0	2 of 3	Bedrag/opname
768025	+9,58	+1	+199,68	+0	+0	2 of 3	Bedrag/dag
766102	+0	+1	+0	+0	+0	2 of 3	Persoonlijk aandeel
750002	+0,62	+1	+0	+0	+0	2 of 3	Forfaitair remgeld geneesmiddelen
761622	+0	+1	+0	+0	+18,95	0	Kamersupplement
768121	+613,87	+ 23	+4442,22	+0	+0	2 of 3	Bedrag/dag Psy
766780	-312,57	+ 23	+0	+312,57	+0	0	PA (na 366° dag)
750002	+18,40	+ 23	+0	+0	+0	2 of 3	Forfaitair remgeld geneesmiddelen

(9) Facturering aan 100% omwille van specifieke sociale categorie

Z 4	Z19	Z 22	Z 24-25	Z 27	Z 30-31	Z 33	
pseudo-code	ZIV-tegemoetkoming	Aantal	Bedrag 100%	PA	Supplement	Code facturering PA of supplement	
768003	+77,85	+1	+0	+0	+0	9	Bedrag/opname
768025	+9,58	+1	+199,68	+0	+0	9	Bedrag/dag
766102	+0	+1	+0	+0	+0	9	Persoonlijk aandeel
750002	+0,62	+1	+0	+0	+0	9	Forfaitair remgeld geneesmiddelen
768121	+613,87	+ 23	+4442,22	+0	+0	9	Bedrag/dag Psy
766780	+0	+ 23	+0	+0	+0	9	PA (na 366° dag)
750002	+18,40	+ 23	+0	+0	+0	9	Forfaitair remgeld geneesmiddelen

**RUBRIEK : DATUM AKKOORD VERSTREKKING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 262**

---

In deze zone wordt de begindatum vermeld van de periode waarvoor het akkoord van de adviserend arts of college van artsen-directeurs met betrekking tot de verstrekking (of product) vermeld in deze recordtype, van toepassing is.

Deze zone moet enkel worden ingevuld wanneer de uitvoering en/of facturering van de betreffende verstrekking (of product) afhankelijk is van een voorafgaandelijk akkoord van de adviserend arts of college van artsen-directeurs.

Ingeval van revalidatieverstrekingen (factuurtype 5 of 6) is deze zone gelijk aan R 20 Z 20-21.



---

**RUBRIEK : TRANSPLANTATIE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 270**

---

Deze zone moet worden ingevuld in het kader van de orgaan- of beenmergtransplantaties.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0	Er is geen orgaan- of beenmergtransplantatie verricht.
1	Er werd een orgaan- of beenmergtransplantatie verricht en de prestaties hebben betrekking op de ontvanger.
2	Er werd een orgaan- of beenmergtransplantatie verricht (of voorbereid) en de prestaties hebben betrekking op de (potentiële) donor.

**RUBRIEK : ZIEKENHUISSITE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 287**

---

In deze zone wordt het nummer vermeld van de site waar de prestatie verricht werd.

Deze zone moet enkel ingevuld worden voor prestaties verricht in het kader van een associatie “zorggebied”.

In alle andere gevallen is deze zone gelijk aan nul.

Een ziekenhuis dat prestaties verricht in het kader van een associatie “zorggebied” op een site zonder bedden (dus zonder sitenummer) (bv. polikliniek), kan voor deze site een nummer aanvragen bij de FOD Volksgezondheid.

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

**RUBRIEK : IDENTIFICATIE ASSOCIATIE ZORGGEBIED**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 293**

---

In deze zone wordt het identificatienummer van de associatie “zorggebied” vermeld.  
Dit nummer moet vermeld worden voor alle prestaties die in het kader van een dergelijke associatie verricht werden.

Het identificatienummer van een associatie “zorggebied” bestaat uit 11 posities en wordt voorafgegaan door nul.

De eerste 3 posities zijn “716”, de volgende 3 posities vormen een volgnummer, de volgende 2 posities een check-digit en de laatste 3 posities een kwalificatiecode.

**RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN HET RECORD**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349**

---

Zie recordtype 10 zone 99.

**RUBRIEK : RECORDTYPE 40**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1**

---

Zie recordtype 10 zone 1.

**RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3**

---

Zie recordtype 10 zone 2.

---

**RUBRIEK : NORM VERSTREKKING**

---

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

---

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
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, Bgc, Br of Fb, afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden buiten het toepassingsgebied van de forfaitarisering, waarbij het theoretisch persoonlijk aandeel reeds eerder werd in mindering gebracht voor dezelfde patiënt en binnen dezelfde dienst (theoretisch persoonlijk aandeel = 0)
2	In geval van facturering van geneesmiddelen van categorie B, Bgc, Br of Fb, afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden buiten het toepassingsgebied van de forfaitarisering, 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.

Zie uitgewerkte voorbeelden in bijlage 14.

---

**RUBRIEK : PSEUDO-CODE CATEGORIE GENEESMIDDEL**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 10**

---

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

- 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, 3, 4 en 5;
- 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;
- ° 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.



Omschrijving	Code	
	Ambulant	Gehosp.
1. Specialiteiten afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden in psychiatrische ziekenhuizen en chronische ziekenhuizen (geïsoleerde Sp- en G-diensten) (= ziekenhuizen buiten forfaitarisering)		
categorie SA	-	0750724
categorie SA <sub>gc</sub>	-	0750842
categorie SA <sub>r</sub>	-	0753723
categorie SB	-	0750746
categorie SB <sub>gc</sub>	-	0750864
categorie SB <sub>r</sub>	-	0753745
categorie SC	-	0750761
categorie SC <sub>gc</sub>	-	0750886
categorie SC <sub>r</sub>	-	0753760
categorie SC <sub>s</sub>	-	0750783
categorie SC <sub>s</sub> <sub>gc</sub>	-	0750901
categorie SC <sub>s</sub> <sub>r</sub>	-	0753782
categorie SC <sub>x</sub>	-	0750805
categorie SC <sub>x</sub> <sub>gc</sub>	-	0750923
categorie SC <sub>x</sub> <sub>r</sub>	-	0753804
categorie van alle niet terugbetaalbare geneesmiddelen	-	0750820
categorie SF <sub>a</sub>	-	0757606
categorie SF <sub>b</sub>	-	0757621
contrastmiddelen categorie B, B <sub>gc</sub> , B <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)(ATC-klasse V08)	-	0757945
categorie A, A <sub>gc</sub> , A <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759021
categorie B, B <sub>gc</sub> , B <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759043
categorie C, C <sub>gc</sub> , C <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759625
categorie C <sub>s</sub> , C <sub>s</sub> <sub>gc</sub> , C <sub>s</sub> <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759640
categorie C <sub>x</sub> , C <sub>x</sub> <sub>gc</sub> , C <sub>x</sub> <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759662
categorie Fa aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759065
categorie Fb aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759080
(☞8) niet-vergoedbare contraceptiva afgeleverd aan rechthebbenden < 25 jaar of met recht op verhoogde tegemoetkoming)	-	0795023
2. Specialiteiten afgeleverd aan niet ter verpleging opgenomen rechthebbenden		
categorie SA	0750912	-
categorie SA <sub>gc</sub>	0750853	-
categorie SA <sub>r</sub>	0753911	-
categorie SB	0750934	-
categorie SB <sub>gc</sub>	0750890	-
categorie SB <sub>r</sub>	0753933	-
categorie SC	0750956	-
categorie SC <sub>gc</sub>	0750875	-
categorie SC <sub>r</sub>	0753955	-
categorie SC <sub>s</sub>	0750971	-
categorie SC <sub>s</sub> <sub>gc</sub>	0750831	-
categorie SC <sub>s</sub> <sub>r</sub>	0753970	-
categorie SC <sub>x</sub>	0750993	-
categorie SC <sub>x</sub> <sub>gc</sub>	0750816	-
categorie SC <sub>x</sub> <sub>r</sub>	0753992	-
categorie van alle niet terugbetaalbare geneesmiddelen	0751015	-
Zuurstofgas	0751030	-
Vloeibare zuurstof	0751052	-
categorie SF <sub>a</sub>	0757632	-
categorie SF <sub>b</sub>	0757654	-
contrastmiddelen cat. B, B <sub>gc</sub> , B <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019) (ATC-klasse V08)	0757912	-
(☞8) vergoedbare contraceptiva afgeleverd aan rechthebbenden < 25 jaar of met recht op verhoogde tegemoetkoming	0757956	-
(☞8) niet-vergoedbare contraceptiva afgeleverd aan rechthebbenden < 25 of met recht op verhoogde tegemoetkoming	0757971	-
categorie A, A <sub>gc</sub> , A <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	0759091	-
categorie B, B <sub>gc</sub> , B <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	0759113	-
categorie C, C <sub>gc</sub> , C <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	0759673	-
categorie C <sub>s</sub> , C <sub>s</sub> <sub>gc</sub> , C <sub>s</sub> <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	0759695	-
categorie C <sub>x</sub> , C <sub>x</sub> <sub>gc</sub> , C <sub>x</sub> <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	0759710	-
categorie Fa aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	0759135	-
categorie Fb aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	0759150	-

Omschrijving	Code	
	Ambulant	Gehosp.
3. Magistrale bereidingen afgeleverd aan niet ter verpleging opgenomen rechthebbende		
categorie 1	0750035	-
categorie 2	0750050	-
categorie 3	0750072	-
categorie 4	0750094	-
categorie van alle niet terugbetaalbare magistrale bereidingen	0750116	-
detailrecord betreffende magistrale bereiding	0750212	-
4.1. Parafarmaceutische producten voor mobiliteits-/immobilisatiehulpmiddelen	0960374	0960385
Andere parafarmaceutische producten	0960396	0960400
4.2. Arbeidsongevallen Internationale verdragen :		
Niet vergoedbare geneesmiddelen en producten	0961015	0961026
Het gaat om oorspronkelijk niet-vergoedbare geneesmiddelen en producten die ten laste genomen worden van het buitenland. Het bedrag wordt vermeld in <u>Z 19</u> .		

Omschrijving	Code	
	Ambulant	Gehosp.
5. Dieetvoeding voor medisch verbruik afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden :		
categorie DA	-	0755521
categorie DB	-	0755543
categorie DC	-	0755565
categorie DCs	-	0755580
categorie DCx	-	0755602
6. Dieetvoeding voor medisch verbruik afgeleverd aan niet ter verpleging opgenomen rechthebbenden :		
categorie DA	0755613	-
categorie DB	0755635	-
categorie DC	0755650	-
categorie DCs	0755672	-
categorie DCx	0755694	-
7. Diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden :		
categorie MA	-	0755720
categorie MB	-	0755742
categorie MC	-	0755764
categorie MCs	-	0755786
categorie MCx	-	0755801
Hypertonische natriumchloride Inhalatieoplossing	-	0753465
(☞ 8) niet-vergoedbare contraceptiva afgeleverd aan rechthebbenden < 25 jaar of met recht op verhoogde tegemoetkoming	-	0795045
8. Diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen afgeleverd aan niet ter verpleging opgenomen rechthebbenden :		
categorie MA	0755812	-
categorie MB	0755834	-
categorie MC	0755856	-
categorie MCs	0755871	-
categorie MCx	0755893	-
actieve verbandmiddelen (KB 23/3/2019, BS 15/4/2019)	0795071	-
draagbare diffusors/cassettes (afdeling 7)	0754390	-
Hypertonische natriumchloride Inhalatieoplossing	0753454	-
(☞ 8) vergoedbare contraceptiva afgeleverd aan rechthebbenden < 25 jaar of met recht op verhoogde tegemoetkoming	0753631	-
(☞ 8) niet-vergoedbare contraceptiva afgeleverd aan rechthebbenden < 25 jaar of met recht op verhoogde tegemoetkoming	0753653	-
voorgevulde draagbare diffusors (muco) (afdeling 11)	0759496	-
voorgevulde cassettes (muco) (afdeling 11)	0759511	-
lege draagbare diffusors (muco) (afdeling 11)	0759533	-
lege cassettes (muco) (afdeling 11)	0759555	-
medische hulpmiddelen voor toediening en verzorging (muco) (afdeling 11)	0759570	-
vullingshonoraria (muco) (afdeling 11)	0759592	-
9a. <u>Honoraria en forfaits</u>		
Installatie en levering van medische gasvormige zuurstof en toebehoren (KB 24/10/2002, deel I, hfdst. 2, afd. 10)	0755952	-
Honorarium voor coördinatie en begeleiding van medische gasvormige zuurstofbehandeling (KB 24/10/2002, deel I, hfdst. 2, afd. 10)	0757455	-
Zuurstofconcentrator (KB 24/10/2002, deel I, hfdst. 2, afd. 6)	0757470	-
Honorarium zuurstofconcentrator (KB 24/10/2002, deel I, hfdst. 2, afd. 6)	0757831	-
Honoraria en forfaits methadon	0755974	-

Omschrijving	Code	
	Ambulant	Gehosp.
<u>9b.Zorgtrajecten</u>		
Zorgtraject diabetes – strips en lancetten	0757352	
Zorgtraject diabetes – bloedglucosemeter	0757374	
Programma ‘educatie en zelfzorg’ – strips en lancetten	0757396	
Programma ‘educatie en zelfzorg’ – bloedglucosemeter	0757411	
Zorgtraject chronische nierinsufficiëntie - bloeddrukmeter	0757433	

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

**Omschrijving****Ambulant Gehosp.****10. Specialiteiten afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden in acute ziekenhuizen (\*):**

10.1 Forfait per opname	-	0756000
Gereduceerd forfait per opname (heropname zelfde patiënt in zelfde ziekenhuis binnen 10 dagen na vorige opname)	-	0767502

**10.2 Geforfaitariseerde geneesmiddelen afgeleverd aan patiënten die in eigen ziekenhuis gehospitaliseerd zijn (\*\*):**

categorie SA	-	0756022
categorie SA <sub>gc</sub>	-	0756044
categorie SA <sub>r</sub>	-	0756066
categorie SB	-	0756081
categorie SB <sub>gc</sub>	-	0756103
categorie SB <sub>r</sub>	-	0756125
categorie SC	-	0756140
categorie SC <sub>gc</sub>	-	0756162
categorie SC <sub>r</sub>	-	0756184
categorie SC <sub>s</sub>	-	0756206
categorie SC <sub>s</sub> <sub>gc</sub>	-	0756221
categorie SC <sub>s</sub> <sub>r</sub>	-	0756243
categorie SC <sub>x</sub>	-	0756265
categorie SC <sub>x</sub> <sub>gc</sub>	-	0756280
categorie SC <sub>x</sub> <sub>r</sub>	-	0756302
categorie SF <sub>a</sub>	-	0757680
categorie SF <sub>b</sub>	-	0757702
contrastmiddelen cat. B, B <sub>gc</sub> , B <sub>r</sub> aan 85% (ATC-klasse V08)	-	0757864
categorie A, A <sub>gc</sub> , A <sub>r</sub> aan 85%	-	0759183
categorie B, B <sub>gc</sub> , B <sub>r</sub> aan 85%	-	0759205
categorie C, C <sub>gc</sub> , C <sub>r</sub> aan 85%	-	0759743
categorie C <sub>s</sub> , C <sub>s</sub> <sub>gc</sub> , C <sub>s</sub> <sub>r</sub> aan 85%	-	0759765
categorie C <sub>x</sub> , C <sub>x</sub> <sub>gc</sub> , C <sub>x</sub> <sub>r</sub> aan 85%	-	0759780
categorie Fa aan 85%	-	0759220
categorie Fb aan 85%	-	0759242

**10.3 Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen:**

categorie SA	-	0756324
categorie SA <sub>gc</sub>	-	0756346
categorie SA <sub>r</sub>	-	0756361
categorie SB	-	0756383
categorie SB <sub>gc</sub>	-	0756405
categorie SB <sub>r</sub>	-	0756420
categorie SC	-	0756442
categorie SC <sub>gc</sub>	-	0756464
categorie SC <sub>r</sub>	-	0756486
categorie SC <sub>s</sub>	-	0756501
categorie SC <sub>s</sub> <sub>gc</sub>	-	0756523
categorie SC <sub>s</sub> <sub>r</sub>	-	0756545

(\*) De forfaitarisering heeft enkel betrekking op :

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

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

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

Omschrijving	Ambulant	Gehosp.
categorie SCx	-	0756560
categorie SCxgc	-	0756582
categorie SCxr	-	0756604
categorie D	-	0756626
Niet-terugbetaalbare geneesmiddelen hoofdstuk IV buiten indicatie en met informatie aan adviserend arts (**)	-	0757245
Niet-terugbetaalbare geneesmiddelen hoofdstuk IV buiten indicatie en zonder informatie aan adviserend arts (***)	-	0757260
categorie SFa	-	0757724
categorie SFB	-	0757746
categorie A, A <sub>gc</sub> , A <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759264
categorie B, B <sub>gc</sub> , B <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759286
categorie C, C <sub>gc</sub> , C <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759802
categorie Cs, Cs <sub>gc</sub> , Cs <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759824
categorie Cx, Cx <sub>gc</sub> , Cx <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759846
categorie Fa aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759301
categorie Fb aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759323
(8) niet-vergoedbare contraceptiva afgeleverd aan rechthebbenden < 25 jaar of met recht op verhoogde tegemoetkoming	-	0795060

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

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

Omschrijving	Code	
	Ambulant	Gehosp.

10.4 Geforfaitariseerde geneesmiddelen afgeleverd aan patiënten die in een <u>ander acuut</u> ziekenhuis gehospitaliseerd zijn:		
categorie SA	-	0756641
categorie SA <sub>gc</sub>	-	0756663
categorie SA <sub>r</sub>	-	0756685
categorie SB	-	0756700
categorie SB <sub>gc</sub>	-	0756722
categorie SB <sub>r</sub>	-	0756744
categorie SC	-	0756766
categorie SC <sub>gc</sub>	-	0756781
categorie SC <sub>r</sub>	-	0756803
categorie SC <sub>s</sub>	-	0756825
categorie SC <sub>sgc</sub>	-	0756840
categorie SC <sub>sr</sub>	-	0756862
categorie SC <sub>x</sub>	-	0756884
categorie SC <sub>xgc</sub>	-	0756906
categorie SC <sub>xr</sub>	-	0756921
categorie SF <sub>a</sub>	-	0757761
categorie SF <sub>b</sub>	-	0757783
contrastmiddelen cat. B, B <sub>gc</sub> , B <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019) (ATC-klasse V08)	-	0757886
categorie A, A <sub>gc</sub> , A <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759345
categorie B, B <sub>gc</sub> , B <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759360
categorie C, C <sub>gc</sub> , C <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759861
categorie C <sub>s</sub> , C <sub>sgc</sub> , C <sub>sr</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759883
categorie C <sub>x</sub> , C <sub>xgc</sub> , C <sub>xr</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759905
categorie Fa aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759382
categorie Fb aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759404

10.5 Geforfaitariseerde geneesmiddelen afgeleverd aan patiënten die in een <u>ander psychiatrisch of chronisch</u> ziekenhuis gehospitaliseerd zijn:		
categorie SA	-	0756943
categorie SA <sub>gc</sub>	-	0756965
categorie SA <sub>r</sub>	-	0756980
categorie SB	-	0757002
categorie SB <sub>gc</sub>	-	0757024
categorie SB <sub>r</sub>	-	0757046
categorie SC	-	0757061
categorie SC <sub>gc</sub>	-	0757083
categorie SC <sub>r</sub>	-	0757105
categorie SC <sub>s</sub>	-	0757120
categorie SC <sub>sgc</sub>	-	0757142
categorie SC <sub>sr</sub>	-	0757164
categorie SC <sub>x</sub>	-	0757186
categorie SC <sub>xgc</sub>	-	0757201
categorie SC <sub>xr</sub>	-	0757223
categorie SF <sub>a</sub>	-	0757805
categorie SF <sub>b</sub>	-	0757820
contrastmiddelen cat. B, B <sub>gc</sub> , B <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019) (ATC-klasse V08)	-	0757901
categorie A, A <sub>gc</sub> , A <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759426
categorie B, B <sub>gc</sub> , B <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759441
categorie C, C <sub>gc</sub> , C <sub>r</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759920
categorie C <sub>s</sub> , C <sub>sgc</sub> , C <sub>sr</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759942
categorie C <sub>x</sub> , C <sub>xgc</sub> , C <sub>xr</sub> aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759964
categorie Fa aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759463
categorie Fb aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759485

(☞ 18) 11. Forfaitaire tegemoetkoming voor de behandeling van vruchtbaarheidsstoornissen.

MBV1	0757293
MBV2	0757315
MBV3	0757330

**Mededeling CNK-codes voor de magistrale bereidingen.**

Indien de inhoud van zone 4 gelijk is aan 0750035, 0750050, 0750072, 0750094 of 0750116 dan moet in zone 19 het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming worden vermeld, in zone 22 het aantal modules en in zone 27 het persoonlijk aandeel; de eenheid in zone 23 en de productcode in zone 40-41 is dan gelijk aan nul.

Indien de inhoud van zone 4 gelijk is aan 0750035, 0750050, 0750072 of 0750094, dan moet de galenische vorm in de zone 37 worden vermeld.

Indien de inhoud van deze zone gelijk is aan 0750212 en bijgevolg verwijst naar het detail van een magistrale bereiding dan is de inhoud van zone 19, zone 27 en zone 37 gelijk aan nul, zone 22 vermeldt de totale hoeveelheid van het product vermeld in zone 40-41, zone 23 duidt de eenheid aan waarin de hoeveelheid (vermeld in zone 22) wordt uitgedrukt, in zone 40-41 komt de CNK-code van het betreffende product.

In de overige zones, met uitzondering van de zone 2 (volgnummer record) en zone 99 (controle cijfer record), worden de waarden uit de voorafgaande record met de categoriecode van het magistraal product overgenomen.

Bij elke facturatie van een vergoedbare magistrale bereiding, moet minstens één detailrecord volgen. Per magistrale bereiding worden de werkzame bestanddelen meegedeeld in records met zone 4 = 0750212 (zie Hoofdstuk I tot IV van de bijlage bij het KB van 12/10/2004 + referentiebestand op de website van het RIZIV)

([http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/magistrale/Paginas/default.aspx#Detailregistratie\\_-\\_Referentiebestand](http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/magistrale/Paginas/default.aspx#Detailregistratie_-_Referentiebestand)).

Het aantal detailrecords dat volgt op een basisrecord van een magistrale bereiding is niet vooraf te bepalen.

Ingeval van specialiteiten verwerkt in een magistrale bereiding, dan moeten in de detailrecords van de magistrale bereiding de CNK-codes van de betreffende specialiteiten vermeld worden.

Indien het gaat om een magistrale bereiding zonder werkzame bestanddelen, dan moet in de detailrecord de “generieke” CNK-code voor een zalfbasis (0586784) vermeld worden.

Indien het om de één of andere reden absoluut onmogelijk is om een detailrecord op te maken, dan kan een zogenaamde “pseudo-detailrecord” meegegeven worden. In deze record wordt in Z 40-41 de pseudo-CNK-code 0589002 vermeld. In de zone 23 wordt een willekeurige eenheid gekozen. De hoeveelheid in zone 22 wordt op 1 gezet.

De vermelding van de detailrecords (0750212) is verplicht vanaf 1/1/2009.

Er wordt geen tariefcontrole gedaan op basis van de elementen in de detailrecords.

Ingeval van verwerping van één record uit het blok « facturatierecord + detailrecords », moet het volledige blok verworpen worden.



**Vergoedingsregels magistrale bereidingen** (art. 22 van het KB van 12-10-2004)

Deze bladzijde is louter informatief.

De tegemoetkoming in de magistrale recepten wordt berekend op grond van:

1° de vergoedingsbasis, vermeld in de lijst van de werkzame bestanddelen of, als het om een farmaceutische specialiteit gaat, de vergoedingsbasis vermeld op de als bijlage I bij voornoemd koninklijk besluit van 21 december 2001 gevoegde lijst.

De vergoedingsbasis van elk bestanddeel wordt afgerond op de naastliggende eurocent, de afronding wordt berekend op de manier die in de software van de computers ingebouwd is;

2° de vergoedingsbasis van het bindmiddel voor crèmes, gels, zalven of pasta's, afgerond zoals omschreven onder 1°, die uitgedrukt wordt in P-waarde per module en als volgt wordt geforfaitariseerd: P 0,01

3° het honorarium voor het bereiden of afleveren, berekend overeenkomstig de bepalingen van artikel 21, §§ 1 en 2, afgerond zoals omschreven onder 1°;

4° Voor de rectiolen mag het volgende element aan de verzekering worden aangerekend tot een bedrag van de in P-waarde uitgedrukte maximum vergoedingsbasis: stuk: P 0,20.

**In de praktijk:**

- De som van punten 1° tot 3° geeft de vergoedingsbasis van de bereiding (met uitzondering van rectiolen) waarvan het persoonlijk aandeel van de rechthebbende wordt afgetrokken om het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming te krijgen.
- De som van punten 1° tot 4° geeft de vergoedingsbasis van de bereiding (in het geval van rectiolen) waarvan het persoonlijk aandeel van de rechthebbende wordt afgetrokken om het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming te krijgen.

**Voorbeelden op 1/1/2014** (rechthebbende zonder voorkeurregeling)

Waarde van de letter P op 01.01.2014 = 1,826737

**Voorbeeld 1**

Betamethasonvaleraat 0,121 g

Paraffine vloeibare 30 g

Vaseline witte ad 100 g

Grondstof : Betamethasonvaleraat

Hulpstof : Paraffine vloeibare + Vaseline witte

Om 100 g zalf te krijgen moet er 69,879 g witte vaseline aan de 30 g vloeibare paraffine toegevoegd worden , zijnde 99,879 g hulpstoffen.

Prijs van de hulpstoffen :  $99,879 \times P0,01 = 1,82$  euro

Tarifering van de bereiding

Prijs van de grondstof : 2,46 euro

**Prijs van de hulpstoffen : 1,82 euro**

Honorarium : 17,04 euro

TOTAAL : 21,32 euro

→ aandeel van de rechthebbende : 2,40 euro

→ aandeel van de verzekering : 18,92 euro

**Voorbeeld 2**

Erythromycine 200 mg

Dt 20 capsules met maagsapresistent omhulsel

Grondstof : Erythromycine

Prijs van de grondstof : 1,91 euro

Prijs van de hulpstoffen : 0,37 euro (capsules) + 0,37 euro (maagsapresistent omhulsel)

Honorarium : 9,13 euro

TOTAAL : 11,78 euro

→ aandeel van de rechthebbende : 2,40 euro

→ aandeel van de verzekering : 9,38 euro

**Voorbeelden op 1/4/2014** (rechthebbende zonder voorkeurregeling)

Waarde van de letter P op 01.04.2014 = 1,826737

**Voorbeeld 1**

Betamethasonvaleraat 0,121 g

Paraffine vloeibare 30 g

Vaseline witte ad 100 g

Grondstof : Betamethasonvaleraat

Hulpstof : Paraffine vloeibare + Vaseline witte

Om 100 g zalf te krijgen moet er 69,879 g witte vaseline aan de 30 g vloeibare paraffine toegevoegd worden , zijnde 99,879 g hulpstoffen.

Prijs van de hulpstoffen :  $99,879 \times P0,01 = 1,82$  euro

Tarifering van de bereiding

Prijs van de grondstof : 2,46 euro

**Prijs van de hulpstoffen : 1,82 euro**

Honorarium : 21,03 euro

TOTAAL : 25,31 euro

→ aandeel van de rechthebbende : 2,40 euro

→ aandeel van de verzekering : 22,91 euro

Voorbeeld 2

Erythromycine 200 mg

Dt 20 capsules met maagsapresistent omhulsel

Grondstof : Erythromycine

Prijz van de grondstof : 1,91 euro

Honorarium en hulpstoffen: 12,93 euro

Maagsapresistent omhulsel: 3,29 euro

TOTAAL : 18,13 euro

→ aandeel van de rechthebbende : 2,40 euro

→ aandeel van de verzekering : 15,73 euro

Opmerking:

Deze voorbeelden zijn louter informatief. Ze kunnen niet gebruikt worden voor exacte tariefcontroles.

## INHOUD VAN DE ZONES OP ELEKTRONISCHE DRAGER (vanaf 1/4/2014)

Zone 1	Zone 4	Zone 19	Zone 22	Zone 23	Zone 27	Zone 37	Zone 40-41
Record code	Code cat.	Bedrag V.I.	Hoeveelheid	Eenheid	Bedrag pat.	Galen. vorm	Code product
20					110110		
40	750035	22,91	2	0	2,40	032	0
40	750212	0	121	02	0	0	0570333
40	750035	15,73	2	0	2,40	071	0
40	750212	0	4000	02	0	0	0521427
80		38,64			4,80		

---

**RUBRIEK : DATUM EERSTE GEFACTUREERDE DAG**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 17**

---

- *in geval van forfait per opname voor geneesmiddelen die geforfaitariseerd zijn (pseudo-code 0756000 of 0767502) : datum van opname.*  
Het gaat om de datum van opname in het ziekenhuis.  
Het forfait voor geneesmiddelen (0756000 of 0767502) 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.*
- *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).*

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).

---

**RUBRIEK : DATUM LAATSTE GEFACTUREERDE DAG**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 25**

---

- *in geval van forfait per opname voor geneesmiddelen die geforfaitariseerd zijn (pseudo-code 0756000 of 0767502) : datum van opname;*
- *voor de andere producten : einddatum van afleveringsperiode of datum van aflevering.*
- *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).*

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).

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

**RUBRIEK : NUMMER ZIEKENFONDS VAN AANSLUITING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 33**

---

Zie recordtype 20 zone 7.

Het nummer van het ziekenfonds dient te worden vermeld in deze zone ongeacht het type van factuur zoals dat is gecodeerd in recordtype 20 zone 10.

**RUBRIEK : IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 13 A - 36**

---

Zie recordtype 20 zone 8a-8b.

**RUBRIEK : GESLACHT RECHTHEBBENDE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 49**

---

Zie recordtype 20 zone 9.



---

**RUBRIEK : BEVALLING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 50**

---

Zie recordtype 30 zone 10.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0	Er is geen bevalling geweest.
1	Er is een bevalling geweest en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de moeder.
2	Er is een bevalling geweest en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de pasgeborene, terwijl de moeder in het ziekenhuis verblijft.
3	Er is een bevalling geweest van meerlingen en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de pasgeborene(n), terwijl de moeder in het ziekenhuis verblijft.
4	Er is een bevalling geweest en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de pasgeborene en de moeder is ambulantly bevalen (factuurtype 3 of 9).
5	Er is een bevalling geweest van meerlingen en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de pasgeborene(n) en de moeder is ambulantly bevalen (factuurtype 3 of 9).
6	Er is een bevalling geweest en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de moeder die ambulantly bevalen is (factuurtype 3 of 9).

(☞ 10) Vanaf een nog te bepalen datum is deze zone enkel nog noodzakelijk in de uitzonderlijke gevallen waarin er geen aparte factuur op naam van de pasgeborene kan opgemaakt worden (bv. doodgeboren baby). Ingeval van aparte facturatie voor moeder en baby mag de zone facultatief ingevuld worden.

**RUBRIEK : VERWIJZING FINANCIËEL REKENINGNUMMER**

---

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

---

Zie recordtype 30 zone 11.

---

**RUBRIEK : AANDUIDING MEDICATIE IN HET KADER VAN LECTUUR EID**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 52**

---

In deze zone kunnen specifieke situaties aangeduid worden (ontslagmedicatie, medicatie tijdens recurrenente behandelingen of tijdens MUG-transport) die afwijkende controles in het kader van lectuur eID vereisen.

Zie ook bijlage 25.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
1	Het betreft medicatie tijdens MUG-transport waarbij de patiënt niet naar het ziekenhuis van de MUG gebracht wordt (patiënt overlijdt thuis of onderweg of patiënt wordt naar een ander ziekenhuis gebracht).
2	Het betreft medicatie die kadert binnen een recurrenente behandeling.
3	Het betreft ontslagmedicatie (medicatie die met de patiënt meegegeven wordt op het einde van een hospitalisatie en via een aparte ambulante factuur afgerekend wordt).
0	In alle andere gevallen.

Controles lectuur eID:

- Indien deze zone gelijk is aan 1, dan is er geen R 21 nodig  
Opgelet: indien de patiënt wél naar het ziekenhuis van de MUG gebracht wordt en daar gehospitaliseerd wordt, dan is deze zone gelijk aan nul en dient er a posteriori verificatie toegepast te worden (zie punt 2.1 in bijlage 25.2).
- Indien deze zone gelijk is aan 2, dan is er geen lectuur eID per dag nodig, maar volstaat 1 lectuur per factuur.
- Indien deze zone gelijk is aan 3, dan mogen de leesgegevens van de opname herhaald worden op de ambulante factuur met ontslagmedicatie.

**RUBRIEK : DIENSTCODE**

---

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

---

Zie recordtype 30 en 50 zone 13.

In geval van niet-vergoedbare parafarmaceutische producten (0960374-0960385 of 0960396-0960400) moet deze zone op nul worden gezet.

In geval van het forfait per opname voor geneesmiddelen (0756000 of 0767502), moet in deze zone de opnamedienst vermeld worden.

---

**RUBRIEK : PLAATS VAN VERSTREKKING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 56**

---

Ingeval van geneesmiddelen afgeleverd in het kader van de dialyse-conventie (zowel ambulante als gehospitaliseerde code) moet hier het identificatienummer van het dialysecentrum worden vermeld.

Ingeval van forfaitaire verpleegdagen in een ander ziekenhuis dan het ziekenhuis van verblijf moet hier het identificatienummer van het ziekenhuis van prestatie worden vermeld.

Ingeval geneesmiddelen worden afgeleverd aan patiënten die een revalidatiebehandeling volgen, kunnen deze alleen worden gefactureerd door de erkende tarifieringsdienst van het ziekenhuis van aflevering en wordt hier het nummer van het ziekenhuis vermeld.

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

Voor facturen opgemaakt met als nummer derdebetalende het identificatienummer van een erkende tarifieringsdienst van een ziekenhuis komt hier het nummer van het ziekenhuis of het nummer van de erkende tarifieringsdienst bij ontstentenis ervan.

Ingeval de forfaits 0757293 of 0757315 worden aangerekend, dan moet in deze zone het erkenningsnummer van het zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde A of B worden vermeld (nummer ziekenhuis + 140 of 141).

**RUBRIEK : IDENTIFICATIE OVEREENKOMST / INRICHTING VAN VERBLIJF**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 68**

---

In geval van behandeling in een revalidatiecentrum (type factuur = 5 of 6), dient het identificatienummer van de overeenkomst opgenomen te worden.

In geval van aflevering van geneesmiddelen door ziekenhuisofficina aan patiënten die verblijven in RVT, ROB, PVT of BW (type factuur = 4) moet in deze zone het nummer van de betreffende inrichting waar de patiënt verblijft worden vermeld.

In de andere gevallen dient deze zone op nul te worden gezet.

---

**RUBRIEK : GRATIS GENEESMIDDELEN**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 80**

---

Het is mogelijk dat de patiënt bepaalde geneesmiddelen niet hoeft te betalen en dat het ziekenhuis (of de farmaceutische firma) de kost volledig op zich neemt. In dat geval mogen deze geneesmiddelen als gratis geneesmiddelen beschouwd worden.

Gratis geneesmiddelen worden dus niet aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering, noch aan de patiënt. Ze kunnen op het facturatiebestand vermeld worden ter informatie of om de facturatie van een forfaitaire verpleegdag te verantwoorden.

Een gratis geneesmiddel kan aanleiding geven tot het aanrekenen van een miniforfait(\*) of maxiforfait.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
1	Het betreft gratis geneesmiddelen, alle bedragzones (Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 39) gelijk aan nul.
0	In alle andere gevallen niet vermeld onder waarde 1.

(\*) Miniforfait niet meer aanrekenbaar vanaf 1/1/2014, maar de pseudo-code 761213 krijgt de omschrijving “dringende verzorging of intraveneuze infusie” en wordt op de factuur vermeld met bedragzones gelijk aan nul.

**RUBRIEK : BETREKKELIJKE VERSTREKKING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 81**

---

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.

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.



---

**RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING**

---

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

---

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.

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

De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal.

Het betreft het bedrag dat door de verzekeringsinstelling terugbetaald wordt.

Algemeen : zie artikel 95 § 1 en § 3 van het K.B. van 21 december 2001 voor de ter verpleging opgenomen rechthebbenden, § 2 a) voor de afleveringen aan niet ter verpleging opgenomen personen en § 2 b) voor rechthebbenden die verblijven in rust- en verzorgingstehuizen.

De tarificatie moet gebaseerd worden op de Code Gerechtigde 1.

Indien het 3<sup>de</sup> cijfer van de CG1 gelijk is aan 0, dan wordt er getarifeerd zonder voorkeurregeling.

Indien het 3<sup>de</sup> cijfer van de CG1 gelijk is aan 1, dan wordt er getarifeerd met voorkeurregeling.

- Indien Z 4 = 0756000 (of 0767502), dan is deze zone gelijk aan het (gereduceerd) bedrag van het forfait.
- (☞20) Indien Z 4 = een pseudo-code uit punt 10.2 of punt 10.4, dan is deze zone gelijk aan 25% van de vergoedingsbasis voor opnames die gestart zijn vóór 1/7/2024 en gelijk aan 0€ voor opnames die gestart zijn vanaf 1/7/2024.
- Indien Z 4 = 0757293, 0757315 of 0757330, dan is deze zone gelijk aan de prijs van het forfait zoals vermeld in art. 2, 3 of 4 van het KB van 6/10/2008 (BS 14/10/2008), verminderd met het persoonlijk aandeel voorzien in art. 6, 7 of 8 van hetzelfde KB.
- Voor de geneesmiddelen afgeleverd aan patiënten uit het chirurgisch dagziekenhuis en patiënten waarvoor een forfaitaire verpleegdag mag worden aangerekend, wordt het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming berekend volgens de regels die gelden voor ambulante patiënten.
- Voor de niet vergoedbare geneesmiddelen is de verzekeringstegemoetkoming 0.
- Voor de geneesmiddelen, afgeleverd aan gehospitaliseerde patiënten, binnen het kader van een forfaitaire verpleegdag, in een ander ziekenhuis dan het ziekenhuis van verblijf (= forfaits met gehospitaliseerde code), dienen de regels i.v.m. verzekeringstegemoetkoming en remgelden van de ter verpleging opgenomen rechthebbenden te worden toegepast.
- Indien het een detailrecord van een magistrale bereiding betreft (zone 4 = 0750212) dan is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.
- Voor de contrastmiddelen (ATC-klasse V08) en andere geneesmiddelen aan 85% wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd met 15%.
- Indien Z 4 = 0753631 of 0757956, dan is deze zone gelijk aan de tegemoetkoming voorzien in het KB van 21/12/2001 vermeerderd met de specifieke tegemoetkoming voorzien in het KB van 16/9/2013 (BS 20/9/2013).  
Indien Z 4 = 0753653, 0757971, 0795023, 0795045, 0795060 dan is deze zone gelijk aan de specifieke tegemoetkoming voorzien in het KB van 16/9/2013 (BS 20/9/2013).

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.2.

**RUBRIEK : DATUM VOORSCHRIFT      GERESERVEERDE ZONE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 100**

---

Deze zone wordt gereserveerd maar voorlopig niet gebruikt.

**RUBRIEK : TEKEN + AANTAL EENHEDEN****VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 4 N – 108**

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.

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

Deze zone mag geen decimalen bevatten.

In deze zone moet het aantal afgeleverde eenheden worden vermeld; dit komt overeen met het aantal keer dat het eenheidstarief werd aangerekend.

Indien het aantal eenheden in een tube, flacon, ampule,... gedeeld door de eenheid waarin de prijs uitgedrukt is geen geheel getal is, dan moet het aantal eenheden naar beneden afgerond worden.

Voorbeeld 1: Replagal 797-381

Prijs \* en \*\* geldt per 0,2 ml

1 ampule bevat 3,5 ml, dus 17,5 eenheden (3,5/0,2)

Bij aflevering van 1 ampule, kunnen 17 eenheden aangerekend worden.

Bij aflevering van 3 ampulen, kunnen 51 (= 3\*17) eenheden aangerekend worden.

Voorbeeld 2: Gyno-daktarin 0708-164

Prijs \* en \*\* geldt per 5 g

1 tube bevat 78 g, dus 15,6 eenheden (78/5)

Bij aflevering van 1 tube, kunnen 15 eenheden aangerekend worden.

- In geval van een forfait is de inhoud van deze zone steeds gelijk aan 1.
- Voor geneesmiddelen afgeleverd door ziekenhuisofficina aan patiënten die verblijven in R.V.T., R.O.B., P.V.T. of I.B.W. zie eenheid naast de codes aangeduid met "\*" in het K.B. 21/12/2001.
- Indien het gaat om de specialiteit Inomax, dan is het aantal eenheden vermeld in deze zone uitgedrukt in uren.
- Indien het gaat om magistrale bereidingen (zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072, 0750094 of 0750116) dan wordt hier het aantal modules vermeld.  
Indien het gaat om een bestanddeel van een magistrale bereiding (zone 4 = 0750212) dan komt hier de *totale hoeveelheid* van het product vermeld in zone 40-41, uitgedrukt in de *meest passende eenheid* volgens de code vermeld in zone 23, met een maximum van 4 significante cijfers.  
Indien de hoeveelheid, uitgedrukt in de kleinst mogelijke eenheid, toch nog kleiner is dan 1, dan wordt naar boven afgerond (dus hoeveelheid = 1).  
*Totale hoeveelheid = totale hoeveelheid aanwezig in de volledige bereiding zoals gefactureerd in de hoofdrecord 40.*  
*Meest passende eenheid = de eenheid die toelaat om de grootste precisie te hebben in de overgemaakte gegevens door maximum 4 significante cijfers te gebruiken (zonder decimalen).*
- Ingeval zone 4 = 0755952 of 0757455, dan is deze zone gelijk aan 1.
- Ingeval zone 4 = 0755974, dan komt hier het aantal behandelingsdagen.
- Ingeval zone 4 = 0757352, 0757374, 0757396, 0757411 of 0757433, dan is deze zone gelijk aan 1.

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

---

**RUBRIEK : EENHEID**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 113**

---

In deze zone wordt door middel van een code de eenheid aangeduid waarin de hoeveelheid vermeld in zone 22 wordt uitgedrukt.

Deze zone moet enkel worden ingevuld indien zone 4 = 0750212.

In alle andere gevallen is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
02	mg
03	microgram
05	1000 eenheden
08	stukken
10	gram
11	10.000 eenheden
12	100.000 eenheden
14	eenheden

---

**RUBRIEK : IDENTIFICATIE VOORSCHRIJVER**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 115**

---

Deze zone moet worden ingevuld indien het gaat om geneesmiddelen afgeleverd aan niet ter verpleging opgenomen rechthebbenden.

Deze zone is gelijk aan nul indien het gaat om geneesmiddelen of producten afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden (R 40 Z 4 = pseudo-code uit punt 1, punt 8, punt 10 of punt 13 of pseudo-code 0960385 of 0960400).

Indien een identificatienummer voorschrijver wordt vermeld, mag alleszins geen fout aangerekend worden.

Deze zone is eveneens gelijk aan nul indien het gaat om niet-vergoedbare geneesmiddelen, magistrale bereidingen of producten afgeleverd zonder voorschrift, aan ambulante patiënten (R 40 Z 4 = 0751015, 0750116, 0961015, 0960374 of 0960396).

Voor de 3 pseudocodes 0757293, 0757315 en 0757330 moet de voorschrijver (arts-specialist in gynaecologie-verloskunde) vermeld worden.

---

**RUBRIEK : TEKEN + PERSOONLIJK AANDEEL PATIËNT**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 9 N - 128**

---

In deze zone wordt het werkelijk aangerekend reëel en reglementair persoonlijk aandeel vermeld.

Zie art. 2. 1° en 2° a) van het K.B. van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de, in het raam van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, vergoedbare farmaceutische verstrekkingen.

Deze zone wordt enkel gebruikt voor niet ter verpleging opgenomen patiënten, patiënten uit het chirurgisch dagziekenhuis, patiënten waarvoor een forfaitaire verpleegdag wordt aangerekend en patiënten die verblijven in RVT, ROB of IBW.

Indien het reglementair persoonlijk aandeel slechts gedeeltelijk wordt aangerekend, dan komt in deze zone het werkelijk aangerekend bedrag (mogelijk zelfs nul) met vermelding van waarde 1 in zone 33.

Het reglementair persoonlijk aandeel (of aangerekend deel ervan) moet ook in deze zone worden vermeld als het (rechtstreeks) ten laste werd genomen door een OCMW of privé-verzekeringsmaatschappij.

Bij de herindiening van een verworpen prestatie, moet de zone “persoonlijk aandeel patiënt” opnieuw ingevuld worden, zelfs indien het bedrag ondertussen werd gefactureerd aan en betaald door de patiënt.

Indien zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072 of 0750094 dan komt hier het persoonlijk aandeel van de magistrale bereiding.

Indien zone 4 = 0750212 dan is deze zone = 0.

Indien zone 4 = 0755974 dan is deze zone = 0.

Voor ambulante afgeleverde geneesmiddelen aan patiënten die in PVT verblijven en voor farmaceutische specialiteiten die verwerkt worden in een oplossing van parenterale voeding is deze zone = 0. In zone 39 wordt het theoretisch persoonlijk aandeel vermeld.

Indien zone 4 = 0757352, 0757374, 0757396, 0757411 of 0757433 dan is deze zone = 0.

Indien Z 4 = 0753631 of 0757956, dan is deze zone gelijk aan het persoonlijk aandeel voorzien in het KB van 7 mei 1991 verminderd met de specifieke tegemoetkoming voorzien in het KB van 16/09/2013 (BS 20/09/2013).

Indien Z 4 = 0753653, 0757971, 0795023, 0795045, 0795060 dan is deze zone gelijk aan nul.

Indien Z 4 = 0795071, dan is deze zone gelijk aan het persoonlijk aandeel voorzien in het KB van 23 maart 2019 (actieve verbandmiddelen).

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.2.

**RUBRIEK : REFERENTIE INSTELLING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 25 A - 138**

---

Zie recordtype 10 zone 28.

---

**RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG SUPPLEMENT OF BEDRAG VOOR NIET-VERGOEDBARE PRODUCTEN**


---

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


---

In deze zone worden de bedragen vermeld die buiten het kader van de verplichte ziekteverzekering worden aangerekend aan de patiënt of rechtstreeks ten laste worden genomen door een OCMW of privé-verzekeringsmaatschappij. Het gaat dus niet over de niet vergoedbare geneesmiddelen afgeleverd aan gehospitaliseerde patiënten in psychiatrische ziekenhuizen (zie R 40 Z 39).

- Het betreft
- niet terugbetaalbare specialiteiten afgeleverd aan patiënten die verblijven in een algemeen ziekenhuis : 0750820;
  - niet terugbetaalbare niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen afgeleverd aan patiënten die verblijven in een acuut ziekenhuis: 0756626;
  - niet terugbetaalbare specialiteiten afgeleverd aan niet ter verpleging opgenomen patiënten : 0751015;
  - niet terugbetaalbare magistrale bereidingen afgeleverd aan niet ter verpleging opgenomen patiënten : 0750116;
  - niet-terugbetaalbare parafarmaceutische producten: 0960374-0960385, 0960396-0960400;
  - niet-terugbetaalbare geneesmiddelen hoofdstuk IV buiten indicatie en met informatie aan adviserend arts: 0757245;  
Opmerking: Indien er geen informatie wordt gegeven aan de adviserend arts (0757260) ten laatste op het moment van facturatie (zie KB van 7 mei 1991), dan mogen de geneesmiddelen niet aangerekend worden aan de patiënt en is deze zone gelijk aan nul.
  - eventueel supplement ingeval van aflevering van een bloeddrukmeter in het kader van het zorgtraject “chronische nierinsufficiëntie”: 0757433.
  - eventueel supplement ingeval van aflevering van toebehoren voor medische gasvormige zuurstof door de leverancier-niet apotheker: 0755952.
  - verschil tussen de prijs en de specifieke tegemoetkoming voorzien in het KB van 16/9/2013 (BS 20/9/2013) ingeval van niet-vergoedbare contraceptiva afgeleverd aan rechthebbenden < 25 jaar of met recht op verhoogde tegemoetkoming: 0753653, 0757971, 0795023, 0795045, 0795060.

(8)

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.2.



**RUBRIEK : UITZONDERING DERDEBETALERSREGELING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 175**

---

Zie recordtype 30 zone 32.

**RUBRIEK : CODE FACTURERING PERSOONLIJK AANDEEL OF SUPPLEMENT****VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 176**

Zie recordtype 30 zone 33.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
1	Persoonlijk aandeel en/of supplement werd geheel of gedeeltelijk ten laste gelegd van de verstrekker/instelling zelf of van een wetgeving buiten de ZIV (inhoud zone 27 en/of zone 30-31 kleiner dan verwacht bedrag of gelijk aan nul).
2	Remgelden gedragen in het kader van de reglementering arbeidsongevallen internationale verdragen (inhoud zone 27 gelijk aan nul, remgeld wordt vermeld in zone 19)
6 *	Geplaatste geïnterneerde (facturatie zoals voor een gewone verzekerde, maar patiëntenfactuur wordt aan de FOD Justitie geadresseerd)
(☞9) 9	Specifieke sociale categorie (**) (inhoud zone 27 gelijk aan nul, remgeld wordt vermeld in zone 19)
0	In alle andere gevallen, ook als persoonlijk aandeel en/of supplement (rechtstreeks) ten laste genomen wordt van het OCMW of een privé-verzekeringsmaatschappij (persoonlijk aandeel moet vermeld worden in zone 27; supplement moet vermeld worden in zone 30-31)

Reglementaire persoonlijke aandelen die niet worden aangerekend door de verstrekker: Z 27 = 0 en Z 33 = 1.

In zone 27 en in zone 30-31 komen de bedragen die effectief worden aangerekend aan de patiënt of die (rechtstreeks) ten laste worden genomen door het OCMW of een privé-verzekeringsmaatschappij. Bedragen die (rechtstreeks) ten laste worden genomen door de verstrekker/instelling zelf of door een andere wetgeving buiten de ZIV komen niet op de factuur.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.

- (☞9) (\*) Deze waarde wordt geschrapt vanaf prestatiedatum 1/1/2023. Voor de geplaatste geïnterneerden zullen dezelfde regels van toepassing zijn als voor de gedetineerden (waarde 9).
- (☞9) (\*\*) Het betreft gedetineerden waarvoor het remgeld ten laste genomen wordt door de ziekteverzekering.
- (☞11) Deze waarde mag niet gebruikt worden voor geneesmiddelen afgeleverd aan een pasgeborene die op naam van de (gedetineerde) moeder gefactureerd worden (R 40 Z 10 = 2, 3, 4 of 5).
- (☞15) Deze waarde mag ook niet gebruikt worden voor niet-vergoedbare geneesmiddelen (bv. pseudo-codes 750820, 960396, ...)

**RUBRIEK : CODE UITZONDERING PROFYLAXIE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 177**

---

Deze zone is steeds gelijk aan nul.

---

**RUBRIEK : FLAG INN**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1N – 179**

---

In deze zone wordt meegedeeld of het geneesmiddel voorgeschreven is onder zijn merknaam of onder zijn INN (international non proprietary name) (= algemene benaming).

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0	geneesmiddel voorgeschreven onder zijn merknaam
1	geneesmiddel voorgeschreven onder zijn INN

---

**RUBRIEK : GALENISCHE VORM MAGISTRALE BEREIDING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 3 N - 180**

---

Deze zone moet verplicht ingevuld worden indien de inhoud van zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072, 0750094.

Indien zone 4 = 0750116, dan mag deze zone ingevuld worden (facultatief).

In alle andere gevallen is deze zone gelijk aan nul.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
01	gelulen
08	suppo volwassenen
09	suppo kinderen
10	ovulen
11	rectiolen
13	ampullen
15	te verdelen poeders
20	oplossingen inwendig gebruik
21	oplossingen uitwendig gebruik
27	oogdruppels
28	ooglotion
30	zalven
31	oogzalven
40	gemengde poeders of planten
71	gelulen omhuld
90	afleveringen als dusdanig (vb. zuurstof)
91	geprefabriceerde preparaten

Indien er een bijkomend honorarium aangerekend wordt, wordt de waarde voorafgegaan door "1".

In alle andere gevallen wordt de waarde voorafgegaan door "0".

Vanaf 1/4/2014 is de eerste positie van deze zone steeds gelijk aan nul. Er is immers enkel nog een bijkomend honorarium voorzien voor omhulde gelulen ("71").

**RUBRIEK : NUMMER TARIFERINGSDIENST**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 12 N - 183**

---

In deze zone komt het identificatienummer van de erkende tariferingsdienst van de ziekenhuisofficina die de geneesmiddelen heeft afgeleverd (zie K.B. 23 november 1995, B.S. 11 januari 1996).

---

**RUBRIEK : TEKEN + THEORETISCH PERSOONLIJK AANDEEL PATIENT**

---

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

---

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.

Vergoedbare geneesmiddelen

## a) Aflevering aan gehospitaliseerde patiënten

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) (\*).

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.

## 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.

Uitzondering: voor specialiteiten van categorie Fa of Fb mag het eventuele verschil tussen prijs en vergoedingsbasis niet in deze zone opgenomen worden.

Niet vergoedbare geneesmiddelen

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.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.2.

(\* ) Deze definitie is niet geldig voor contrastmiddelen en andere geneesmiddelen aan 90% (85% vanaf 1/4/2019), waarvoor de tegemoetkoming verminderd wordt met 10% (15% vanaf 1/4/2019).

---

**RUBRIEK : NUMMER PRODUCT**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N – 205**

---

Hier komt de individuele code van het farmaceutisch product.

Deze zone moet steeds worden ingevuld, behalve indien het gaat om magistrale bereidingen afgeleverd aan ambulante patiënten, het forfait per opname voor geneesmiddelen (0756000 of 0767502) en de forfaitaire tegemoetkomingen 0757293, 0757315 en 0757330. In dit geval dient de zone op nul te worden gezet.

1. Terugbetaalbare geneesmiddelen van categorie A, B, C, Cs en Cx.

Zie bijlage bij het K.B. van 1 februari 2018 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.

De individuele code van het product (publieke CNK-code) wordt vermeld; indien er echter een individuele code terugbetaalbaar product (CNK-code 07xxxxxx/7xxxxxx) bestaat, dan moet deze worden vermeld.

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

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

De niet terugbetaalbare afleveringen, andere dan geneesmiddelen specialiteiten, waarvoor geen CNK-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.



3. Magistrale bereidingen.

Indien zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072, 0750094 of 0750116 is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

Indien zone 4 = 0750212 dan wordt in deze zone een CNK-code vermeld.

4. Materialen en verzorgingsproducten voor de verzorging ten huize van rechthebbenden die lijden aan mucoviscidose.

CNK-codes uit de lijst (afdeling 7 KB 24/10/2002).

- |   |          |
|---|----------|
| - forfait voor de medische hulpmiddelen voor toediening en verzorging | 07100068 |
| - vullingshonoraria   | 07100076 |

5. Honoraria voor de levering en installatie van zuurstof bij de rechthebbende thuis.Toebehoren en installatie

Door apotheker:

- |          |   |
|----------|---|
| 07107949 | eerste installatie                      |
| 07107006 | huursom voor flessen en ontspanner      |
| 07105752 | zuurstofmaskers en/of zuurstofbrillen   |
| 07106545 | zuurstofslangen                         |
| 07106784 | luchtbevochtigers voor éénmalig gebruik |

Door leverancier-niet apotheker:

- |          |   |
|----------|---|
| 07109218 | eerste installatie                      |
| 07109226 | huursom voor flessen en ontspanner      |
| 07109234 | zuurstofmaskers en/of zuurstofbrillen   |
| 07109242 | zuurstofslangen                         |
| 07109259 | luchtbevochtigers voor éénmalig gebruik |

In R 40 Z 4 worden deze pseudo-CNK-codes gegroepeerd onder de pseudo-categoriecode 0755952.

Honorarium voor coördinatie en begeleiding

- |  |          |
|--|----------|
| - coördinatie en begeleiding van gasvormige zuurstoftherapie | 07105745 |
|--|----------|

In R 40 Z 4 wordt bij deze pseudo-CNK-code de pseudo-categoriecode 0757455 gebruikt.

6. Zorgtrajecten

Zorgtraject diabetes – strips en lancetten - materiaalkost	07104656
Zorgtraject diabetes – strips en lancetten - honorarium	07104664
Zorgtraject diabetes – bloedglucosemeter - materiaalkost	07104672
Zorgtraject diabetes – bloedglucosemeter - honorarium	07104680
Programma ‘educatie en zelfzorg’ – strips en lancetten - materiaalkost	07104698
Programma ‘educatie en zelfzorg’ – strips en lancetten – honorarium	07105372
Programma ‘educatie en zelfzorg’ – bloedglucosemeter - materiaalkost	07105380
Programma ‘educatie en zelfzorg’ – bloedglucosemeter - honorarium	07105398
Zorgtraject chronische nierinsufficiëntie – bloeddrukmeter - honorarium	07105406

Op de website van het RIZIV zal een lijst gepubliceerd worden met bloeddrukmeters die in aanmerking komen voor terugbetaling in het kader van dit zorgtraject.

De materiaalkost dient gefactureerd te worden onder de specifieke CNK-code uit bovenvermelde lijst

**RUBRIEK : OMSCHRIJVING PRODUCT**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 48 A - 213**

---

Indien in deze recordtype 40 zone 40-41, de code 07799976, 07799984 of 07799992 wordt vermeld, moet in deze zone de omschrijving van het betreffende product worden gegeven.

Indien in deze recordtype 40 zone 4 de pseudocode 0960374-0960385 of 0960396-0960400 wordt vermeld, moet in deze zone de omschrijving van het betreffende product worden gegeven.

**RUBRIEK : DATUM AKKOORD VERSTREKKING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 262**

---

Zie recordtype 30 zone 47.

Voor geneesmiddelen die binnen de forfaitarisering vallen, is er geen akkoord van de adviserend arts nodig en is deze zone gelijk aan nul.

Bij de pseudocodes 0757293, 0757315, 0757330 moet de datum van het akkoord van de adviserend arts ingevuld worden.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.

**RUBRIEK : TRANSPLANTATIE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 270**

---

Zie recordtype 30 zone 48.

---

**RUBRIEK : NUMMER APOTHEKER TITULARIS**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 271**

---

In deze zone wordt de apotheker titularis geïdentificeerd aan de hand van zijn R.I.Z.I.V.-identificatienummer.

Het betreft het identificatienummer van de apotheker-titularis die de verzamelfactuur (betreffende de gefactureerde maand vermeld in R 10 Z 22-23), ondertekend heeft.

A	B	C					D		E		
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	<u>11</u>	<u>12</u>
<u>0</u>	<u>2</u>										

A : De eerste positie is steeds 0.

B : De tweede positie is steeds 2.

C : Volgnummer, toegekend door het R.I.Z.I.V. (positie 3 tot en met 9).

D : Controlecijfer

E : De drie laatste posities hebben de volgende betekenis :

001    titularis

**RUBRIEK : GEBOORTEJAAR**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 4 N - 283**

---

Het gebruik van deze zone is voorlopig facultatief.

In deze zone wordt het geboortejaar vermeld van de rechthebbende in zone 8.

**RUBRIEK : ZIEKENHUISSITE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 287**

---

Zie Recordtype 30 Zone 51



**RUBRIEK : IDENTIFICATIE ASSOCIATIE ZORGGEBIED**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 293**

---

Zie Recordtype 30 Zone 52

---

**RUBRIEK : FLAG BTW**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 347**

---

In deze zone wordt aangegeven of het al dan niet gaat om een verstrekking/levering waarop BTW verschuldigd is.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
(7) 01	verstrekkingen/leveringen die volledig aan de patiënt aangerekend worden en waarop BTW verschuldigd is
02	verstrekkingen/leveringen die volledig aan de patiënt aangerekend worden met vrijstelling van BTW
00	Alle andere gevallen

**RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN HET RECORD**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349**

---

Zie recordtype 10 zone 99.

**RUBRIEK : RECORDTYPE 50**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1**

---

Zie recordtype 10 zone 1.

**RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3**

---

Zie recordtype 10 zone 2.

---

**RUBRIEK : NORM VERSTREKKING (PERCENTAGE)**

---

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

---

De code geeft informatie die nodig is voor de tarifiering.

Waarde   Betekenis

- 1      Operatieve hulp bij eerste heelkundige ingreep
- 2      Operatieve hulp bij tweede of volgende heelkundige ingreep.
- 3      Gereduceerd forfaitair honorarium per opname voor medische beeldvorming, voor klinische biologie of voor permanentie (in geval van een heropname van dezelfde patiënt in hetzelfde ziekenhuis binnen een termijn van 10 dagen na een vorige opname).
- 4      Raadplegingen, bezoeken, bijkomende honoraria voor dringende verstrekkingen en bijkomende verplaatstingsvergoeding in het kader van de vaccinatie tegen de griep AH1N1, waarbij het remgeld ten laste genomen wordt door de verplichte ziekteverzekering (volledig honorarium in Z 19; Z 27 gelijk aan nul)
- 5      Voor de chirurgische interventie of interventies uitgevoerd tijdens eenzelfde zitting in velden, duidelijk onderscheiden van deze waarin de voornaamste ingreep is opgenomen, of voor verstrekkingen die slechts aan 50 % mogen aangerekend worden.
- 6      Materialen uit art. 28 of uit “De Lijst” (KB 25/6/2014) waarvoor de aankoopprijs onder de RIZIV-prijs ligt en derhalve slechts getarifeerd worden ten belope van het factuurbedrag.
- 7      Prestaties die buiten de derdebetalersregeling vallen, maar pro memorie op het elektronisch facturatiebestand staan en er volgt een factuur VI via contante betaling.
- 8      Voor de chirurgische ingre(e)p(en) uitgevoerd tijdens eenzelfde operatiezitting in dezelfde opereerstreek als de hoofdingreep en die niet geattesteerd kan (kunnen) worden omdat het niet om de hoofdingreep gaat.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.

- 9 - Voor de radiotherapieverstrekkingen die over meerdere zittingen zijn gespreid, moet de prestatiecode zo dikwijls worden herhaald als er zittingen zijn geweest; naast iedere prestatiecode moet de datum van de zitting worden vermeld (dwz. begindatum = einddatum = prestatiedatum). Het tarief moet worden vermeld in de record van de laatste prestatiecode (met normcode 0, of 5 in geval van herhaling); voor alle andere prestatiecodes wordt normcode 9 gebruikt en wordt zone 19 (bedrag VI) op nul gezet. Voor de tandprothesen moet de record met de prestatiecode voorafgegaan worden door records met pseudo-codes die de fases van vervaardiging aanduiden. In deze records moet de datum van elke fase ingevuld worden (Z 5 = Z 6). De normcode is gelijk aan 9. De bedragzones zijn gelijk aan nul.
- De records met normcode 9 moeten in een aaneensluitende reeks worden vermeld en onmiddellijk gevolgd worden door de laatste prestatiecode met norm 0.
- Bijzondere gevallen:
- Indien de situatie van de patiënt ambulant-gehospitaliseerd wijzigt tijdens de periode van verstrekking dan volgt de prestatiecode (in Z 4) het statuut van de patiënt. Het factuurtype (ambulant of gehospitaliseerd) wordt bepaald door het statuut van de patiënt op de laatste dag van de periode (= record met normcode 0). De dienstcode in de records met norm 9 mag bepaald worden ofwel door het statuut van de patiënt op datum van de zitting, ofwel door het statuut op de laatste dag van de periode. Voor de eventuele bijkomende honoraria bij een bestralingsreeks (bv. 444496) wordt het factuurtype bepaald door het statuut van de patiënt op de datum waarop het bijkomend honorarium wordt aangerekend. Het is dus mogelijk dat het forfait voor de bestralingsreeks aangerekend wordt op een gehospitaliseerde factuur en het bijkomend honorarium op een ambulante factuur, of omgekeerd.
  - Indien de verzekeraarbaarheid van de patiënt wijzigt tijdens de periode van verstrekking (wijziging CG1/CG2, wijziging mutualiteit van aansluiting), dan worden alle records met norm 9 alsook de facturatierecord met norm 0 op éénzelfde factuur vermeld. Op deze factuur wordt de verzekeraarbaarheidstoestand van de patiënt vermeld op datum van de laatste prestatie.
- Voor de *forfaitaire honoraria* voor verpleegkundige zorgen A, B, C, PA, PB, PC, PP moet het record met de nomenclatuurcode van het forfait worden voorafgegaan door een reeks records waarin, door pseudo-codes (zie art. 8, § 5, 3°, c van de nomenclatuur), de basisverstrekkingen en de technisch verpleegkundige verstrekkingen, die gedurende de betreffende verzorgingsdag werden verricht, worden aangeduid. In voorkomend geval, worden daarnaast ook records met pseudo-codes uit art. 8, § 5 bis, 5°, d van de nomenclatuur vermeld.
- Voor het *supplementair honorarium PN* worden, in voorkomend geval, records met pseudo-codes uit art. 8, § 5 bis, 5°, d van de nomenclatuur vermeld.
- Voor de *verstrekkingen 427534, 427556, 427571 en 429251* worden, in voorkomend geval, records met pseudo-codes uit art. 8, § 9 van de nomenclatuur vermeld.
- Al deze records met bovenvernoemde pseudo-codes moeten worden aangeduid met norm 9; zone 19, zone 27 en zone 30-31 zijn dan steeds gelijk aan nul en zone 17-18 vermeldt respectievelijk de nomenclatuurcode van het bijhorend forfaitair honorarium of van het supplementair honorarium PN of de nomenclatuurcode 427534, 427556, 427571 of 429251.
- De inhoud van de zones 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 en 14 is identiek in alle op elkaar volgende records met norm 9 en tevens gelijk aan de corresponderende zones in de facturatierecord met norm 0.

- Voor de coronaire stents (158992-159003), coronaire of drug eluting stents (159036-159040) of drug eluting stents (159014-159025) en voor de verstrekingen betreffende endoprothesen (161114 t.e.m. 161420) gebeurt de facturatie als volgt :
    - \* het aantal opeenvolgende records (reeks) is gelijk aan het aantal verschillende types stents/drug eluting stents of aantal gebruikte elementen + 1;
    - \* de eerste record(s) (aantal gelijk aan aantal stents/drug eluting stents of gelijk aan aantal gebruikte elementen) moet(en) worden aangeduid met norm 9; de zones 19, 27 en 30-31 zijn steeds gelijk aan nul en de zone 22 is steeds gelijk aan "+0001", de zone 43 bevat de identificatiecode van de stent/drug eluting stent of het gebruikte element;
    - \* het laatste record van de reeks wordt aangeduid met norm 0; zone 19 bevat het forfaitair bedrag; zone 22 is steeds gelijk aan "+0001", de zones 27, 30-31 en 43 zijn steeds gelijk aan nul;
    - \* de inhoud van de zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25, 27, 30-31 is identiek in alle op elkaar volgende records met norm 9 en tevens gelijk aan de corresponderende zones in het laatste record (norm 0) van de reeks, waarin het forfaitair bedrag wordt gefactureerd;
- Opgelet: inplanting op verschillende dagen: zie instructies R 50 Z 3 V 4 en Z 4 V 18



- Voor de andere implantaten met lijst van aangenomen producten en een terugbetaling voor een geheel van materiaal, gebeurt de facturatie als volgt :
  - \* het aantal opeenvolgende records (reeks) is gelijk aan het aantal gebruikte elementen + 1;
  - \* de eerste 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;
  - \* het laatste record van de reeks wordt aangeduid met norm 0 of norm 6; zone 19 bevat het bedrag van de tegemoetkoming; zone 22 is steeds gelijk aan "+0001", zone 43 is steeds gelijk aan nul;
  - \* de inhoud van de zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25 is identiek in alle op elkaar volgende records met norm 9 en tevens gelijk aan de corresponderende zones in het laatste record (norm 0 of norm 6) van de reeks, waarin het bedrag wordt gefactureerd;

De verstrekkingen met lijst van aangenomen producten en een terugbetaling voor een geheel van materiaal zijn aangeduid met waarde "1" in de kolom "type implantaat" in het tabblad "Z 43" van de lijst implantaten gepubliceerd op de site van het RIZIV (op de pagina "Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager") (bijgewerkt tot en met 30/6/2014 en blijft geldig voor pseudo-codes in het kader van akkoordverklaringen en in het kader van de overeenkomst "implanteerbare hartdefibrillatoren) of met waarde 2 in de zone "identificationZone43" van het referentiebestand "LIST" (vanaf 1/7/2014).
  
- 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 of norm 6; zone 19 bevat het bedrag van de tegemoetkoming; zone 55-56 is steeds gelijk aan nul;
  - \* de inhoud van de zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 24-25 is identiek in alle op elkaar volgende records met norm 9 en tevens gelijk aan de corresponderende zones in het laatste record (norm 0 of norm 6) 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 (bijgewerkt tot en met 30/6/2014 en blijft geldig voor pseudo-codes in het kader van de overeenkomst "implanteerbare hartdefibrillatoren") of met waarde 2 in de zone "notificationZone55" van het referentiebestand "LIST" (vanaf 1/7/2014)

Een concreet voorbeeld is uitgewerkt in R 50 Z 4 V 21 en 22.
  
- Voor de verstrekkingen 180235-180246 en 180250-180261 gebeurt de facturatie als volgt:
  - \* het aantal opeenvolgende records is gelijk aan het aantal gebruikte elementen + 1;
  - \* de eerste record(s) (aantal gelijk aan aantal drug-gecoate ballonnen) moet(en) worden aangeduid met norm 9; de zones 19, 27 en 30-31 zijn steeds gelijk aan nul, de zone 43 bevat de identificatiecode van het gebruikte element;
  - \* de volgende record(s) (aantal gelijk aan aantal stents) 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 of norm 6; zone 19 bevat het bedrag van de tegemoetkoming; de zones 43 en 55-56 zijn gelijk aan nul;
  - \* de inhoud van de zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 24-25 is identiek in alle op elkaar volgende records met norm 9 en tevens gelijk aan de corresponderende zones in het laatste record (norm 0 of norm 6) van de reeks, waarin het bedrag wordt gefactureerd;

Deze verstrekkingen worden in het referentiebestand "LIST" met waarde "2" aangeduid, zowel in de zone "identificationZone43" als in de zone "notificationZone55".

0 Alle andere toestanden...

### **Plaatsing van stents op verschillende dagen**

Vanaf 1/7/2014:

Vergoedingsvoorwaarde F-§05, punt 5.1 voorziet dat slechts één van de verstrekkingen 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040, 158970-158981 en 170656-170660 in aanmerking kan komen voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering per opname.

Er bestaan dus twee mogelijkheden :

- 1) Meerdere coronaire/ drug eluting 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 18.

- 2) Meerdere coronaire/ drug eluting 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.

### Opmerking:

Deze werkwijze geldt niet voor de verstrekking 158970-158981: voor deze verstrekking moet noch een identificatiecode, noch een notificatiecode vermeld worden; er zijn dus geen statistische records met norm 9.

**RUBRIEK : NOMENCLATUURCODE OF PSEUDO-NOMENCLATUURCODE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 10**

---

Het is de code van de verrichte verstrekking.

In het algemeen zijn die codes opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en worden ze voorafgegaan door een nul.

Er werden pseudocodenummers ingevoerd :

- voor uitgaven die in de nomenclatuur zijn omschreven maar niet zijn gecodeerd;
- voor uitgaven die niet in de nomenclatuur maar in akkoorden of overeenkomsten zijn omschreven;
- enz...

Deze worden hierna meegedeeld.

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode	
	Ambulant	Gehosp.
1. Reiskosten van de artsen		
a) Gewone vergoeding voor specialisten in kindergeneeskunde	0109911	-
b) Bijkomende vergoeding voor algemeen geneeskundigen in de plattelandstreken	0109955	-
c) Kilometervergoeding voor specialisten	0109970	-
2. Reiskosten van verpleegkundigen en vroedvrouwen		
a) verpleegkundigen	0418913	-
b) vroedvrouwen	0422973	-
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 artsen	0109616	-
- forfait kinesitherapeuten	0509611	-
- forfait verpleegkundigen	0409614	-
(☞18) - opvolging diabetes patiënt type 2 (tot en met 31/12/2023)	0109594	-
(☞18) - opstarttraject diabetes patiënt type 2 (vanaf 1/1/2024)	0400396	-
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
C) Individuele revalidatie		
a) - Orthoptische behandeling	0771536	0771540
- Individuele revalidatiezitting door orthoptist (minstens 60 minuten)	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 Artsen-directeurs aangenomen revalidatieverstrekingen, bepaald in de artikelen 27, 29 en 31 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen, met uitzondering van artikel 29, § 12	0771772	0771783

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode	
	Ambulant	Gehosp.
c) Verstrekkingen voor revalidatie van hartpatiënten		
- Individuele pluridisciplinaire revalidatiezitting (minimum 30 minuten)	-	0771201
- Collectieve pluridisciplinaire revalidatiezitting (minimum 60 minuten)	0771212	0771223
d) Diëtetiek- en podologieverstrekingen		
(☞18) - individuele diëtistische evaluatie en/of interventie (t.e.m. 31/12/2023)	0771131	-
(☞18) - individuele diëtistische evaluatie en/of interventie (vanaf 1/1/2024)	0771816	-
- individueel podologisch onderzoek of behandeling	0771153	-
- individuele diëtistische indicatiestelling voor kind met overgewicht of obesitas (minimum 60 minuten)	0794916	-
- individuele diëtistische evaluatie en/of interventie voor kind met overgewicht of obesitas (minimum 30 minuten)	0794931	-
e) Revalidatieverstrekingen naar aanleiding van de inwerkingtreding van de zorgtrajecten		
(☞18) - diëtetiek (vanaf 1/1/2024 enkel nog in kader van zorgtraject nierinsufficiëntie)	0794010	-
(☞18) - diëtetiek in kader van zorgtraject diabetes (vanaf 1/1/2024)	0771794	-
- podologie	0794032	-
- educatieverstrekingen die verband houden met de verstreking "opvolging"		
- individuele zitting door diabeteseducator	0794253	-
- individuele zitting door diëtist	0794275	-
- individuele zitting door verpleegkundige	0794312	-
- groepszitting door diabeteseducator	0794334	-
- groepszitting door diëtist	0794356	-
- groepszitting door kinesitherapeut	0794393	-
- educatieverstrekingen die kaderen in het zorgtraject diabetes		
- individuele zitting door diabeteseducator in praktijkkamer	0794415	-
- individuele zitting door diabeteseducator bij rechthebbende thuis	0794430	-
- groepszitting door diabeteseducator	0794452	-
f) Ergotherapieverstrekingen		
- Observatiebilan	0784291	0784302
- Oefensessie	0784313	-
- Informatie-, advies- en opleidingssessie	0784335	-
- Functioneel eindbilan	0784350	-
D) Reiskosten		
- 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(°)	0773161(°)
- Geïndividualiseerd vervoermiddel, aangepast aan handicap (overeenkomst mobiliteitshulpmiddelen (7.90))		
- Voertuig van de inrichting of privé transporteur	0770394(°°)	0770405(°°)
- Aangepast voertuig van de rechthebbende	0770416(°°)	0770420(°°)
5bis. Verstrekkingen R30-R60 in het kader van revalidatieovereenkomst 9.50		
- multidisciplinaire revalidatie 60 minuten	0776156	0776160
- multidisciplinaire revalidatie 120 minuten	0776171	0776182
(☞7) - bijkomend honorarium bij sommige forfaits 776171-776182 (groep A2)	0776193	0776204
Verstrekingen R30-R60 in het kader van revalidatieovereenkomst 9.51		
- multidisciplinaire revalidatie 60 minuten	0776473	0776484
- multidisciplinaire revalidatie 120 minuten	0776495	0776506
(☞7) - bijkomend honorarium bij sommige forfaits 776495-776506 (groep A2)	0776230	0776241
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.		
5ter. Participatiehonoraria in kader van overeenkomst met multidisciplinair diagnostisch centrum voor CVS		
- participatiehonorarium huisarts	0787894	0787905
Deze prestatie kadert binnen een revalidatie-overeenkomst en dient derhalve onder het factuurtype 5 of 6 (R 20 Z 10) en de dienstcode 770 (R 50 Z 13) gefactureerd te worden.		

(°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B) door geregionaliseerde instellingen (wel nog door federaal gebleven instellingen)

(°°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B)

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode	
	Ambulant	Gehosp.
5quater. (Kinder)diabetesovereenkomst (methode sensor-meting):		
Dag van verstrekking groep C – sensor-meting	0788852	
Dag van verstrekking groep B – sensor-meting	0788815	
Dag van verstrekking groep A – sensor-meting	0788771	
Dag van verstrekking rechthebbende $\geq 18$ jaar – groep A volwassenenovereenkomst – met draagbare insulinepomp – methode sensor-meting	0785750	
Dag van verstrekking rechthebbende $\geq 18$ jaar – groep A volwassenenovereenkomst – zonder draagbare insulinepomp – methode sensor-meting	0785794	
Dag van verstrekking rechthebbende $\geq 18$ jaar – groep B volwassenenovereenkomst – met draagbare insulinepomp – methode sensor-meting	0785831	
Dag van verstrekking rechthebbende $\geq 18$ jaar – groep B volwassenenovereenkomst – zonder draagbare insulinepomp – methode sensor-meting	0785875	
Dag van verstrekking rechthebbende $\geq 18$ jaar – groep C volwassenenovereenkomst – met draagbare insulinepomp – methode sensor-meting	0785912	
Dag van verstrekking rechthebbende $\geq 18$ jaar – groep C volwassenenovereenkomst – zonder draagbare insulinepomp – methode sensor-meting	0785956	
Dag van verstrekking rechthebbende $< 18$ jaar zonder diabetes type 1 – zonder draagbare insulinepomp – methode sensor-meting	0785713	
Dag van verstrekking rechthebbende $< 18$ jaar zonder diabetes type 1 – met draagbare insulinepomp – methode sensor-meting	0785676	
Dag van verstrekking rechthebbende $< 18$ jaar met diabetes type 1 – zonder draagbare insulinepomp – methode sensor-meting	0785632	
Dag van verstrekking rechthebbende $< 18$ jaar met diabetes type 1 – met draagbare insulinepomp – methode sensor-meting	0785595	
(14) <u>Tijdelijke forfaits 1/7/2023 tot en met 30/6/2024:</u>		
Diabetesovereenkomst volwassenen:		
Tijdelijk dagforfait groep B materiaal sensor-meting met supplement ten laste van patiënt	0786155	
Kinderdiabetesovereenkomst:		
Tijdelijk dagforfait materiaal sensor-meting met supplement ten laste van patiënt – patiënt $< 18$ jaar – zonder diabetes type 1 - met draagbare insulinepomp	0787010	
Tijdelijk dagforfait materiaal sensor-meting met supplement ten laste van patiënt – patiënt $< 18$ jaar – zonder diabetes type 1 - zonder draagbare insulinepomp	0787032	
Tijdelijk dagforfait materiaal sensor-meting met supplement ten laste van patiënt – patiënt $\geq 18$ jaar - gelijkgesteld met groep B volwassenenovereenkomst – met draagbare insulinepomp	0787054	
Tijdelijk dagforfait materiaal sensor-meting met supplement ten laste van patiënt – patiënt $\geq 18$ jaar - gelijkgesteld met groep B volwassenenovereenkomst – zonder draagbare insulinepomp	0787076	
Deze prestaties kaderen binnen een revalidatie-overeenkomst en dienen derhalve onder het factuurtype 6 en met dienstcode 770 gefactureerd te worden.		
5quinquies. OSAS-overeenkomst		
MRA-startforfait voor rechthebbende die voor het eerst een MRA gebruikt	0779870	
MRA-startforfait voor rechthebbende van wie het MRA vernieuwd moet worden	0779892	
MRA-basisforfait	0779914	
nCPAP-startforfait	0779936	
nCPAP-basisforfait	0779951	
Persoonlijk aandeel nCPAP (KB 29/4/1996)	0765951	
Persoonlijk aandeel MRA-startforfait (KB 29/4/1996)	0765811	
Deze prestaties kaderen binnen een revalidatie-overeenkomst en dienen derhalve onder het factuurtype 6 en met dienstcode 770 gefactureerd te worden. Ook ingeval van tijdelijke hospitalisatie worden de ambulante pseudo-codes gebruikt (onder factuurtype 6 en met dienstcode 770).		
Het persoonlijk aandeel is enkel van toepassing voor rechthebbenden zonder voorkeurregeling. Voor rechthebbenden met voorkeurregeling mag geen record persoonlijk aandeel vermeld 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		
Zakken “op maat” voor volwassenen	0751354	-
Zakken “op maat” voor kinderen	0751376	-
Industriële pre-mengsels	0751391	-
Zakken “perdialyse”	0751413	-
Forfait per dag voor toediening van elektrolyten	0751951	-
c) Steriele insulinespuiten	0754736	-

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode	
	Ambulant	Gehosp.

d) Enterale voeding die ten huize van de patiënt via sonde wordt toegediend		
- Toediening van een polymeer product	0751251	-
- Toediening van een semi-elementair product	0751273	-
- Toediening van materiaal zonder pomp	0751295	-
- Toediening van materiaal met pomp	0751310	-
- Toediening pomp	0751332	-
e) Haarprothese in geval van kaalhoofdigheid door		
- radiotherapie en/of antimitotische chemotherapie	0755414	0755425
- alopecia areata	0755436	0755440
- cicatriciële alopecia van fysisch-chemische, traumatische of inflammatoire oorsprong	0755451	0755462
- cicatriciële alopecia van radiotherapeutische oorsprong	0754154	0754165
f) Overeenkomsten		
- behandeling kinderen met ernstige afkeer van orale voeding		-
- tijdens de eerste 3 maanden	0751914	-
- vanaf de vierde maand en tijdens de volgende maanden	0751936	-
- opleiding en opvolging parenterale voeding thuis		
- opleiding (eerste 3 maanden) kinderen van 0 tot en met 17 jaar	0751833	-
- opleiding (eerste 3 maanden) andere rechthebbenden	0751870	-
- opvolging (vanaf 4 <sup>de</sup> maand) kinderen van 0 tot en met 17 jaar	0751855	-
- opvolging (vanaf 4 <sup>de</sup> maand) andere rechthebbenden	0751892	-
7. Forfaitair persoonlijk aandeel inzake speciale medisch-technische prestaties	-	0700000
8. a) Afleveringsmarge van implantaten (deze marge moet gefactureerd worden op het zelfde moment van de corresponderende verstrekkingen)		
• <u>Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen vanaf 1/7/2014</u>		
- implantaten en invasieve medische hulpmiddelen uit “de lijst”	0619673	0619684
- voor spraakprothesen	0785352 (*)	0785363 (*)
- in geval van begrenzing per kalenderjaar	0619710	0619721
• <u>Implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes (vanaf 1/1/2014)</u>		
- implanteerbare (vervangings)hartdefibrillator binnen de enveloppe	0680374	0680385
- elektrode voor implanteerbare (vervangings)hartdefibrillator	0680190	0680201
- implanteerbare (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
- elektrode implanteerbare (vervangings)hartdefibrillator na volledige vereffening van de enveloppe of bij de enveloppeschijf ter waarde van het restbedrag van de enveloppe	0704955	0704966

Het bedrag van de afleveringsmarge wordt geplafonneerd.

Ingeval het grensbedrag van toepassing is op de som van de afleveringsmarges berekend op meerdere codes dan moet door middel van de normwaarde 8 of 7 in recordtype 50 zone 46 worden meegedeeld of het bedrag in zone 27 het resultaat is van de exacte berekening op de verkoopprijs (zone 19 + zone 27 van de bijhorende record 50), ofwel het verschil is tussen de plafondwaarde en de som van de afleveringsmarges in de voorafgaande recordtypes 50 met vermelding van norm 8.

Het record waarmee het plafondbedrag wordt bereikt en het bedrag in zone 27 derhalve kleiner is dan de normale afleveringsmarge wordt aangeduid met norm 7.

Indien het grensbedrag bereikt is en er geen afleveringsmarge meer kan aangerekend worden, dan wordt een record “afleveringsmarge” aangemaakt met het bedrag in zone 27 gelijk aan nul en met norm 7.

(\*) Deze afleveringsmarge is ten laste van de verplichte ziekteverzekering (zie overeenkomst verstrekkers van implantaten). Het bedrag moet dus in zone 19 vermeld worden.

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode	
	Ambulant	Gehosp.
b) Implanteerbare hartdefibrillatoren		
Enveloppeschijf voor implanteerbare hartdefibrillator	0704815	0704826
Enveloppeschijf voor implanteerbare vervangingshartdefibrillator	0704830	0704841
Enveloppeschijf voor elektrode voor implanteerbare (vervangings)hartdefibrillator	0704896	0704900
Enveloppeschijf voor implanteerbare vervangingshartdefibrillator, in geval van voortijdige vervanging om patiëntgebonden redenen	0705095	0705106
Enveloppeschijf voor implanteerbare hartdefibrillator ter waarde van restbedrag van de enveloppe	0704970	0704981
Enveloppeschijf voor implanteerbare vervangingshartdefibrillator ter waarde van restbedrag van de enveloppe	0704992	0705003
Enveloppeschijf voor elektrode voor implanteerbare (vervangings)hartdefibrillator ter waarde van restbedrag van de enveloppe	0705036	0705040
Enveloppeschijf voor implanteerbare vervangingshartdefibrillator in geval van voortijdige vervanging om patiëntgebonden redenen ter waarde van restbedrag van de enveloppe	0705154	0705165
Implanteerbare hartdefibrillator na volledige vereffening van de enveloppe	0704852	0704863
Implanteerbare vervangingshartdefibrillator na volledige vereffening van de enveloppe	0704874	0704885
Elektrode implanteerbare (vervangings)hartdefibrillator na volledige vereffening van de enveloppe	0704911	0704922
Implanteerbare vervangingshartdefibrillator in geval van voortijdige vervanging om patiëntgebonden redenen na volledige vereffening van de enveloppe	0705110	0705121
Implanteerbare vervangingshartdefibrillator in geval van voortijdige vervanging omwille van end-of-life	0694993	0695004
Inhaalbedrag voor de enveloppeschijf voor implanteerbare hartdefibrillator	0705176	0705180
Inhaalbedrag voor de enveloppeschijf voor implanteerbare vervangingshartdefibrillator	0705191	0705202
Inhaalbedrag voor de enveloppeschijf voor elektrode voor implanteerbare (vervangings)hartdefibrillator	0705213	0705224
Inhaalbedrag voor de enveloppeschijf voor implanteerbare vervangingshartdefibrillator, in geval van voortijdige vervanging om patiëntgebonden redenen	0705235	0705246
Inhaalbedrag voor de enveloppeschijf voor implanteerbare hartdefibrillator verminderd met de waarde van het restbedrag van de enveloppe	0705250	0705261
Inhaalbedrag voor de enveloppeschijf voor implanteerbare vervangingshartdefibrillator verminderd met de waarde van het restbedrag van de enveloppe	0705272	0705283
Inhaalbedrag voor de enveloppeschijf voor elektrode voor implanteerbare (vervangings-) hartdefibrillator verminderd met de waarde van het restbedrag van de enveloppe	0705294	0705305
Inhaalbedrag voor de enveloppeschijf voor implanteerbare vervangingshartdefibrillator in geval van voortijdige vervanging om patiëntgebonden redenen verminderd met de waarde van het restbedrag van de enveloppe	0705316	0705320

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.

De LCM en het NVSM verwerken deze revalidatie-overeenkomst op nationaal niveau. De papieren facturatie-documenten dienen dus naar de Landsbond gestuurd te worden (zie p. 14 en R 20 Z 18).

Voor de LCM moeten de documenten, in het kader van REFAC, naar het uniek contactpunt gestuurd worden.



Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode	
	Ambulant	Gehosp.
c) Veiligheidsgrens van implantaten (vanaf 1/7/2014)(*). De veiligheidsgrens moet via een afzonderlijke record gefactureerd worden. Het bedrag wordt in Z 27 vermeld. De (pseudo-)code van het implantaat wordt meegedeeld als betrekkelijke verstrekking. Indien er geen veiligheidsgrens is, dan wordt er geen record "veiligheidsgrens" aangemaakt.	0619695	0619706
(☞ 14) d) Art. 56 overeenkomst voor de financiering van mechanische trombectomie Geheel van materiaal nodig voor de endovasculaire verwijdering van een trombus door aspiratie en/of mechanische trombectomie in geval van		
- arteriële trombose	0184693	0184704
- diep-veneuze trombose	0184715	0184726
- arterioveneuze fistels bij een hemodialysepatiënt	0184730	0184741
- longembolie	0184752	0184763
Deze pseudo-codes worden gefactureerd zoals verstrekkingen van "De Lijst", maar zonder records "afleveringsmarge" en "veiligheidsgrens".		
9. Forfaitaire honoraria voor verpleegkundige zorgen zie recordtype 50 zone 3 naast normwaarde "9".		
10. Globaal prospectief bedrag (zie pseudo-codes in bijlage bij het KB tot uitvoering van de wet betreffende de gebundelde financiering van ziekenhuisactiviteiten).		

(\*) Supplement dat aan de rechthebbende wordt aangerekend als veiligheidsgrens, zoals gedefinieerd in het KB van 24/6/2014.

**Codificatie van gipsbanden en ander gipsmateriaal, van bloed en bloedplasma voor transfusie en van moedermelk.**

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode	
	Ambulant	Gehospitaliseerd
<u>GIPS- OF ORTHOPEDISCH TOESTEL</u>		
a) Hoofd :		
Schedelhelm	0690012	0690023
b) Hals :		
- Halsband van Schanz	0690034	0690045
- Minerve-halsband	0690056	0690060
- Minerve met thoraxkorset	0690071	0690082
c) Romp :		
- Korset tot onder de schouderbladen	0690093	0690104
- Korset voor gans de romp zonder de schouders tot onder de schouderbladen met sternumsteun hyperextensie brace	0690115	0690126
- Harnaskorset met gevormd schouderstuk met drukkussentje of/en regelbaar deel (Stagnara-Hessin)	0690130	0690141
- Lumbostaat	0690152	0690163
- Milwaukee en volledig korset met minerve	0690174	0690185
- Gipsbed dat halsgewrichten tot de heupgewrichten omvat	0690196	0690200
- Gipsschaal	0690211	0690222
- Gipsschaal tot aan de bilplooï met schouderstuk	0690233	0690244
d) Bovenste ledematen (de segmenten worden samengeteld) :		
- Vinger afzonderlijk	0690255	0690266
- Hand	0690270	0690281
- Hand en vingers	0690292	0690303
- Pols en onderarm	0690314	0690325
- Arm	0690336	0690340
- Arm en schouder	0690351	0690362
- Aeroplane	0690373	0690384
- Thorax	0690395	0690406
- Thoracobrachiaal	0690410	0690421

e) Onderste ledematen (de segmenten worden samengeteld) :

- Voet	0690432	0690443
- Voet en been tot de helft van het been	0690454	0690465
- Voet en been tot en met de tibiaplateaus	0690476	0690480
- Been en dij	0690491	0690502
- Dij en heupbeen tot en met de voet	0690513	0690524
- Bekken tot en met voet, enkelvoudig	0690535	0690546
- Bekken tot en met voet, dubbel	0690550	0690561
- Thorax tot en met voet, enkelvoudig	0690572	0690583
- Thorax tot en met voet, dubbel	0690594	0690605
- Bekken, één dij (broek)	0690616	0690620
- Bekken, beide dij (broek)	0690631	0690642

Prothese :

- Materiaal voor laars van una voor extensie	0690653	0690664
--	---------	---------

AFGIETSEL

a) Hoofd :

- Schedelhelm	0690675	0690686
- Schedelplaat	0690690	0690701

b) Hals :

- Halsband van Schanz	0690712	0690723
- Minerve-halsband	0690734	0690745
- Minerve met thoraxcorselet	0690756	0690760

c) Romp :

- Korset tot onder de schouderbladen	0690771	0690782
- Korset voor gans de romp zonder de schouders tot onder de schouderbladen met sternumsteun hyperextensie brace	0690793	0690804
- Harnaskorset met gevormd schouderstuk met drukkussentje of/en regelbaar deel (Stagnara-Hessin)	0690815	0690826
- Lumbostaat	0690830	0690841
- Milwaukee en volledig korset met minerve	0690852	0690863
- Gipsbed dat halsgewrichten tot de heupgewrichten omvat	0690874	0690885
- Gipsschaal	0690896	0690900
- Gipsschaal tot aan de bilplooï met schouderstuk	0690911	0690922

## d) Bovenste ledematen (de segmenten worden samengeteld) :

- Vinger afzonderlijk	0690933	0690944
- Hand	0690955	0690966
- Hand en vingers	0690970	0690981
- Pols en onderarm	0690992	0691003
- Arm	0691014	0691025
- Arm en schouder	0691036	0691040
- Aeroplane	0691051	0691062
- Thorax	0691073	0691084
- Thoracobrachiaal	0691095	0691106

## Prothesen :

- Volledige of gedeeltelijke amputatie van de hand	0691110	0691121
- Polsexarticulatie	0691132	0691143
- Amputatie van de onderarm	0691154	0691165
- Elleboogexarticulatie	0691176	0691180
- Amputatie van arm	0691191	0691202
- Schouderexarticulatie	0691213	0691224

## e) Onderste ledematen (de segmenten worden samengeteld) :

- Voet	0691235	0691246
- Voet en been tot de helft van het been	0691250	0691261
- Voet en been tot en met de tibiaplateaus	0691272	0691283
- Been en dij	0691294	0691305
- Dij en heupbeen tot en met de voet	0691316	0691320
- Bekken tot en met voet, enkelvoudig	0691331	0691342
- Bekken tot en met voet, dubbel	0691353	0691364
- Thorax tot en met voet, enkelvoudig	0691375	0691386
- Thorax tot en met voet, dubbel	0691390	0691401
- Bekken, één dij (broek)	0691412	0691423
- Bekken, beide dij (broek)	0691434	0691445

## Prothesen :

- Gedeeltelijke amputatie van voet	0691456	0691460
- Amputatie Chopart, Ricard, Pyrogoff, Syme	0691471	0691482
- Klassieke amputatie van tibia en P.T.B.	0691493	0691504
- Knieëxarticulatie	0691515	0691526
- Amputatie van het been onder de gebogen knie	0691530	0691541
- Amputatie van de dij	0691552	0691563
- Heupexarticulatie	0691574	0691585
- Orthopedische schoeisels, per voet	0691596	0691600
- Orthopedische zolen, per voet	0691611	0691622

<u>Omschrijving</u>	<u>Pseudo-nomenclatuurcode</u>	
	<u>Ambulant</u>	<u>Gehosp.</u>
<u>Tegemoetkoming in de kosten van menselijk volbloed en sommige labiele bloedproducten</u> (K.B. 20/04/2010)		
Ingeval van toediening in een verplegingsinrichting, gebeurt de facturatie door deze verplegingsinrichting.		
<u>Menselijk vol bloed</u>		
per eenheid menselijk vol bloed	0752113	0752124
<u>Gedeleucocyteerd erythrocytenconcentraat</u>		
a) eenheid "volwassene" : per eenheid "volwassene" gedeleucocyteerd erythrocytenconcentraat, filter inbegrepen	0752452	0752463
b) eenheid "zuigeling" : per eenheid "zuigeling" gedeleucocyteerd erythrocytenconcentraat, filter inbegrepen	0752474	0752485
c) autologe eenheid: per afgenomen eenheid	0752555	0752566
<u>Gedeleukocyteerd erythrocyten-concentraat bestraald</u>		
a) eenheid « volwassene »: per eenheid	0752570	0752581
b) eenheid « zuigeling »: per eenheid	0752592	0752603
<u>Gedeleucocyteerd bloedplaatjesconcentraat</u>		
a) per geheel veelvoud van de eenheid die minstens $0,5 \cdot 10^{11}$ bloedplaatjes bevat en waarvan het aantal leucocyten niet hoger ligt dan $1 \cdot 10^6$ in het eindproduct, filter inbegrepen	0752496	0752500
b) per eenheid van minimaal $4 \times 10^{11}$ bloedplaatjes	0752614	0752625
<u>Gedeleukocyteerd bloedplaatjes-concentraat bestraald</u>		
a) per eenheid van $0,5 \times 10^{11}$ bloedplaatjes	0752636	0752640
b) per eenheid van minimaal $4 \times 10^{11}$ bloedplaatjes	0752651	0752662
<u>Gedeleukocyteerd bloedplaatjes-concentraat pathogeengereduceerd</u>		
a) per eenheid van $0,5 \times 10^{11}$ bloedplaatjes	0752673	0752684
b) per eenheid van minimaal $4 \times 10^{11}$ bloedplaatjes	0752695	0752706
<u>Leucocytenconcentraat</u>		
per eenheid leucocytenconcentraat	0752393	0752404
<u>Vers ingevroren menselijk plasma bestemd om te worden gebruikt voor geprogrammeerde autologe transfusies</u>		
per eenheid vers ingevroren menselijk plasma	0752415	0752426
<u>Vers ingevroren menselijk plasma virus geïnactiveerd</u>		
per eenheid vers ingevroren menselijk plasma virus geïnactiveerd	0752430	0752441
(☞16) <u>Moedermelk</u>	0695052	0695063

Codificatie van de therapeutisch aangewende radiofarmaceutische producten (zie KB 22/5/2014, BS 28/5/2014)

Deze pseudo-codes zijn gepubliceerd via een Excel-bestand op de website van het RIZIV (<http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/radiopharma/Paginas/default.aspx>)

Codificatie van de diagnostisch aangewende radiofarmaceutische producten (zie KB 22/5/2014, BS 28/5/2014).

Deze pseudo-codes zijn gepubliceerd worden via een Excel-bestand op de website van het RIZIV (<http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/radiopharma/Paginas/default.aspx>)

Voor de diagnostisch aangewende radio-isotopen zijn de afrondingsregels voor geneesmiddelen van categorie B uit bijlage 14 van toepassing. Het persoonlijk aandeel wordt dus afgerond naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar onder afgerond.

Er dient ook rekening gehouden te worden met de plafondbedragen, zoals voorzien in hoofdstuk VI, §3 van het KB van 21/12/2001 (t.e.m. 31/5/2015) of zoals voorzien in art. 27 van het KB van 22/5/2014 (BS 28/5/2014) (vanaf 1/6/2015).

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

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

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

RIZIV-forfait PET (Art. 27/1 van KB 22 mei 2014): 747913-747924

KB van 20 september 2012 tot wijziging van art. 20, §1, f) van de nomenclatuur

De waarde van de verstrekkingen 477116-477120, 477131-477142 en 478096-478100 wordt verhoogd met 50% wanneer ze uitgevoerd worden op een opgenomen patiënt in een erkende functie voor intensieve zorg. In dit geval moeten onderstaande pseudo-codes gebruikt worden voor de facturering:

478166 : verstrekking 477120 uitgevoerd op een opgenomen patiënt in een erkende functie voor intensieve zorg

478181 : verstrekking 477142 uitgevoerd op een opgenomen patiënt in een erkende functie voor intensieve zorg

478203 : verstrekking 478100 uitgevoerd op een opgenomen patiënt in een erkende functie voor intensieve zorg

KB van 27/2/2019 (BS 13/3/2019) tot wijziging van art. 17bis en 17quater van de nomenclatuur

De waarde van sommige zwangerschapsechografieën uit art.17bis en art.17quater wordt verhoogd met 50% in geval van meerlingenzwangerschappen. In dat geval moeten de volgende pseudo-codes gebruikt worden:

461856 - 461860: verstrekking 461731 - 461742 ingeval van meerlingenzwangerschap

461871 - 461882: verstrekking 461753 - 461764 ingeval van meerlingenzwangerschap

461893 - 461904: verstrekking 461775 - 461786 ingeval van meerlingenzwangerschap

461915 - 461926: verstrekking 461790 - 461801 ingeval van meerlingenzwangerschap

461930 - 461941: verstrekking 461812 - 461823 ingeval van meerlingenzwangerschap

461952 - 461963: verstrekking 461834 - 461845 ingeval van meerlingenzwangerschap

468856 - 468860: verstrekking 468731 - 468742 ingeval van meerlingenzwangerschap

468871 - 468882: verstrekking 468753 - 468764 ingeval van meerlingenzwangerschap

468893 - 468904: verstrekking 468775 - 468786 ingeval van meerlingenzwangerschap

468915 - 468926: verstrekking 468790 - 468801 ingeval van meerlingenzwangerschap

468930 - 468941: verstrekking 468812 - 468823 ingeval van meerlingenzwangerschap

468952 - 468963: verstrekking 468834 - 468845 ingeval van meerlingenzwangerschap

Alle nomenclatuurregels die van toepassing zijn op de betreffende nomenclatuurcodes zijn eveneens van toepassing op de bijhorende pseudo-codes.

Overeenkomst “genetic counseling”

589750-589761: forfait voor de standaard “genetic counseling”

589772-589783: forfait voor de complexe “genetic counseling”

589794-589805: tijdelijk negatief inhaalforfait

Overeenkomsten borstreconstructie en complexe chirurgie

De pseudo-codes (en bijhorende tarieven) zijn opgenomen in de overeenkomst tussen het Verzekeringscomité van het RIZIV en de erkende verplegingsinrichting.

Overeenkomst oncofreezing

De pseudo-codes (en bijhorende tarieven) van de vergoedbare verstrekkingen zijn opgenomen in de overeenkomst tussen het Verzekeringscomité van het RIZIV en de erkende verplegingsinrichting.

De pseudo-codes 96xxxx voor de bedragen ten laste van de rechthebbende zijn opgenomen in R 50 Z 4 V 15.

(☞ 12) Overeenkomsten “mobiele teams” en “eerstelijns psychologische zorg”(\*)

De pseudo-codes (en bijhorende tarieven) van de vergoedbare verstrekkingen (respectievelijk huisbezoeken door psychiaters en psychologische sessies door psychologen of orthopedagogen) zijn opgenomen in de betreffende overeenkomsten.

Kinesitherapie : toeslag “dossieropstart”

639855-639866 Toeslag voor de verstrekkingen 560011, 560114, 560210, 560313 en 560501.

639892 Toeslag voor de verstrekkingen 560416, 564395 en 560571

639870 – 639881 Toeslag voor de verstrekking 560534-560545

(☞ 12) (\*) Sinds 01/09/2021 gebeurt de facturatie van de verstrekkingen in het kader van de overeenkomst “eerstelijns psychologische zorg” niet meer via het reguliere facturatiecircuit

**Ambulant    Gehosp.**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°

In vitro fertilisatie

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

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

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

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

(14) Overeenkomst “thuishospitalisatie”

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

Overeenkomst “mobiele teams”

Begin tenlasteneming in mobiel team 2a	0793715
Einde tenlasteneming in mobiel team 2a	0793730
Begin tenlasteneming in mobiel team 2b	0793752
Einde tenlasteneming in mobiel team 2b	0793774

Forfaitair bedrag per half uur voor de tussenkomst van een Belgische MUG op Frans grondgebied in het kader van de <u>Frans-Belgische overeenkomst inzake dringend ziekenvervoer</u>	0793553
---	---------

Forfaitair bedrag per half uur voor de tussenkomst van een Belgische ambulance/MUG in Nederland in het kader van de <u>Benelux beschikking m.b.t. het grensoverschrijdend spoedeisend ambulancevervoer</u> (van toepassing vanaf 1/10/2013)	0793575
---	---------

Dringend ziekenvervoer

Forfait voor de eerste 10 km	0784416 (*)	0784420 (*)
Tegemoetkoming vanaf 11 <sup>de</sup> t.e.m. 20 <sup>ste</sup> km	0784431 (*)	0784442 (*)
Tegemoetkoming vanaf de 21 <sup>ste</sup> km	0784453 (*)	0784464 (*)
Tegemoetkoming per paar elektroden	0784475 (*)	0784486 (*)

Conventie leverdialyse

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

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

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

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

Begin van tenlasteneming	0799956	0799960
Einde van de tenlasteneming	0799971	0799982

(\*) vanaf prestatiedatum 1/1/2019 mogen deze codes enkel nog gefactureerd worden voor rechthebbenden die met de helikopter van CHU Sart Tilman of AZ St. Jan Brugge getransporteerd worden in het kader van dringende geneeskundige hulpverlening.



**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
(☞7)	0961251	0961262	Niet vergoedbare ingrepen zonder therapeutisch doel

Overeenkomst oncofreezing

	0961376	0961380	Jaarlijkse bijdrage voor oncofreezing (maximum 50 EUR) ten laste van de rechthebbende, zoals voorzien in <u>artikel 12</u> van de overeenkomst (rechthebbende had reeds een contract op het ogenblik van in voege treden van de overeenkomst)
	0961391	0961402	Jaarlijkse bijdrage voor oncofreezing (maximum 50 EUR) ten laste van de rechthebbende, zoals voorzien in <u>artikel 13</u> van de overeenkomst (verlenging van de bewaring na de periode van 10 jaar).

Implantaten en andere producten

	0960234	0960245	Niet vergoedbare notificatieplichtige implantaten
	0960536	0960540	Niet vergoedbare niet-notificatieplichtige implantaten
	0961236	0961240	Niet vergoedbare radiofarmaceutische producten
	0961295	0961306	Materiaal vingerpriktest ten laste van de patiënt in het kader van de diabetesovereenkomst
	0961310	0961321	Materiaal vingerpriktest ten laste van de patiënt in het kader van de kinderdiabetesovereenkomst
	0961332	0961343	Materiaal sensor-meting ten laste van de patiënt in het kader van de diabetesovereenkomst
	0961354	0961365	Materiaal sensor-meting ten laste van de patiënt in het kader van de kinderdiabetesovereenkomst

(☞18) Niet-vergoedbare verstrekkingen in het kader van de transparantie

	0384016	0384020	Verstrekkingen die niet vergoedbaar zijn en waarvoor geen nomenclatuurcode bestaat.
	0384031	0384042	Verstrekkingen die vergoedbaar zijn, maar waarvoor niet voldaan is aan de vergoedingsvoorwaarden.
	0384053	0384064	Materiaal, techniek of instrumentarium dat niet vergoedbaar is en waarvoor geen nomenclatuurcode bestaat of waarvoor de basisverstrekking vergoedbaar is

In R 50 Z 17-18 moet detailinformatie meegegeven worden (zie Excel-lijst “betreffelijke verstrekking”).

	0961273	0961284	Totaal bedrag <u>BTW</u>
--	---------	---------	--------------------------

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

(\*) Het forfaitair bedrag (60 €) dat vanaf 1/1/2019 aan de patiënt kan aangerekend worden voor dringend ambulancevervoer tengevolge van een oproep 100/112 wordt eveneens onder deze pseudo-code vermeld.

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.

Voorbeeld in EUR over de opeenvolging van de records die betrekking hebben op de implantaten.

Intra-oculaire lens : 682754/765 U 97  
 Prijs € 152,40 - afleveringsmarge € 15,24

Terugbetaling € 100,18 – aandeel patiënt € 67,46  
 Geconventioneerde verstrekker.

	R 50	R 50	R 50	R 50
Zone		implantaat	veiligheidsgrens	afleveringsmarge
1	RECORDTYPE	50	50	50
4	(PSEUDO-) NOMENCLATUURNUMMER	0682765	0618741	0685823
5	BEGINDATUM	20080301	20080301	20080301
6	EINDDATUM	20080301	20080301	20080301
15	VERSTREKKER	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300
16	NORM VERSTREKKER	1	1	1
17	BETREKKELIJKE VERSTREKKING	0	0682765	0682765
18				
19	BEDRAG V.I.	+00000010018	+00000000000	+00000000000
20	DATUM VOORSCHRIFT	20080110	00000000	00000000
22				
23	AANTAL VERSTREKKINGEN	+0001	+0001	+0001
24	IDENTIFICATIE VOORSCHRIJVER	01/XXXXXX/CC/KKK	000000000000	000000000000
25				
27	PERSOONLIJK AANDEEL	+000000000	+000005222	+000001524
30-31	BEDRAG SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	0XXXYYYZZZZC	000000000000	000000000000

De overige zones dienen te worden vervolledigd conform de R.I.Z.I.V.-richtlijnen.

Voorbeeld in EUR over de opeenvolging van de records die betrekking hebben op de coronaire stents.

coronaire stent : 0687875-0687886 U1985

Terugbetaling (forfait) : € 2050,16

Afleveringsmarge : € 148,74

Geconventioneerde verstrekker

a) 2 stents worden ingeplant :

- 1 stent van het type : 0XXXYYYAAAAAC
- 1 stent van het type : 0XXXYYYBBBBBC

R	50	50	50	50	50
ZONE	VERSTREKKINGEN				
1	RECORDTYPE	50	50	50	50
3	NORM VERSTREKKING	9	9	0	0
4	PSEUDO-NOMENCLATUURNUMMER	0687886	0687886	0687886	0685823
5	BEGINDATUM VERSTREKKING	20040405	20040405	20040405	20040405
6	EINDDATUM VERSTREKKING	20040405	20040405	20040405	20040405
15	VERSTREKKER	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300
16	NORM VERSTREKKER	1	1	1	1
17	BETREKKELIJKE				
18	VERSTREKKING	0589024	0589024	0589024	0687886
19	BEDRAG V.I.	+00000000000	+00000000000	+00000205016	+00000000000
20	DATUM VOORSCHRIFT	20040331	20040331	20040331	00000000
21					
22	AANTAL VERSTREKKINGEN	+0001	+0001	+0001	+0001
23					
24	IDENTIFICATIE VAN DE	01/XXXXXX/CC/KKK	01/XXXXXX/CC/KKK	01/XXXXXX/CC/KKK	00000000000
25	VOORSCHRIJVER				
27	PERSOONLIJK AANDEEL	+000000000	+000000000	+000000000	+000014874
30-31	BEDRAG SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	0XXXYYYAAAAAC	0XXXYYYBBBBBC	0000000000000	000000000000

De overige zones dienen te worden vervolledigd conform de R.I.Z.I.V.-richtlijnen.

## RECORDTYPE 50 ZONE 4 VERVOLG 18

b) 4 stents worden ingeplant :

- 1 stent van het type : 0XXXYYYAAAAAC, op 5/4/2004
- 3 stents van het type : 0XXXYYYBBBBBC, op 12/4/2004

R	50	50	50	50	50 (X 3)
ZONE	VERSTREKKINGEN				
1	RECORDTYPE	50	50	50	50
3	NORM VERSTREKKING	9	0	0	9
4	PSEUDO-NOMENCLATUURNUMMER	0687886	0687886	0685823	0687886
5	BEGINDATUM VERSTREKKING	20040405	20040405	20040405	20040412
6	EINDDATUM VERSTREKKING	20040405	20040405	20040405	20040412
15	VERSTREKKER	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300
16	NORM VERSTREKKER	1	1	1	1
17	BETREKKELIJKE VERSTREKKING	0589024	0589024	0687886	0589024
18					
19	BEDRAG V.I.	+0000000000	+00000205016	+0000000000	+0000000000
20	DATUM VOORSCHRIFT	20040331	20040331	00000000	20040331
21					
22	AANTAL VERSTREKKINGEN	+0001	+0001	+0001	+0001
23					
24	IDENTIFICATIE VAN DE VOORSCHRIJVER	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	0000000000	01/XXXXX/CC/KKK
25					
27	PERSOONLIJK AANDEEL	+00000000	+00000000	+000014874	+00000000
30-31	BEDRAG SUPPLEMENT	+00000000	+00000000	+00000000	+00000000
43	CODE IMPLANT	0XXXYYYAAAAAC	000000000000	000000000000	0XXXYYYBBBBBC

De overige zones dienen te worden vervolledigd conform de R.I.Z.I.V.-richtlijnen.

Onderstaand voorbeeld is geldig voor prestaties verricht vanaf 1/04/2011.

Voorbeeld over de opeenvolging van de records die betrekking hebben op de drug eluting stents (DES)

Drug eluting stents : 0680315-0680326 U2047

Tegemoetkoming (forfait) : € 2114,19

Afleveringsmarge : € 148,74

Geconventioneerde verstrekker

2 drug eluting stents worden ingeplant:

- 1 DES van het type: 0XXXYYYYAAAAAC
- 1 DES van het type: 0XXXYYYYBBBBBC

R	50	50	50	50	50
ZONE	VERSTREKKINGEN				
1	RECORDTYPE	50	50	50	50
3	NORM VERSTREKKING	9	9	0	0
4	PSEUDO- NOMENCLATUURNUMMER	0680326	0680326	0680326	0685823
5	BEGINDATUM VERSTREKKING	20110701	20110701	20110701	20110701
6	EINDDATUM VERSTREKKING	20110701	20110701	20110701	20110701
15	VERSTREKKER	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300
16	NORM VERSTREKKER	1	1	1	1
17	BETREKKELIJKE				
18	VERSTREKKING	0589024	0589024	0589024	0680326
19	BEDRAG V.I.	+000000000000	+000000000000	+00000211419	+000000000000
20	DATUM VOORSCHRIFT				
21	DATUM VOORSCHRIFT	20110630	20110630	20110630	00000000
22	AANTAL VERSTREKKINGEN				
23	AANTAL VERSTREKKINGEN	+0001	+0001	+0001	+0001
24	IDENTIFICATIE VAN DE				
25	VOORSCHRIJVER	01/XXXXXX/CC/KKK	01/XXXXXX/CC/KKK	01/XXXXXX/CC/KKK	000000000000
27	PERSOONLIJK AANDEEL	+000000000	+000000000	+000000000	+000014874
30-31	BEDRAG SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	0XXXYYYYAAAAAC	0XXXYYYYBBBBBC	000000000000	000000000000
46	NORM PLAFOND	0	0	0	7

De overige zones dienen te worden vervolledigd conform de R.I.Z.I.V.-richtlijnen.

Voorbeeld van opeenvolging van de records die betrekking hebben op de implantaten, ingeval het plafond op de afleveringsmarge van toepassing is op som van de afleveringsmarges die elk individueel op de bijhorende nomenclatuurwaarden worden berekend.

688634 - 688645: Steel voor revisie en voor plaatsing met cement en gebruikt tijdens de verstrekking 293436-293440 inclusief de eventuele centralizer - U 1238

Code implant 115007000017 :

Honorarium: € 1278,64

Het ziekenhuis rekent aan: € 1470,31

Veiligheidsgrens 15%, max. prijs 115% = € 1470,44 → Concrete veiligheidsgrens: (1470,31-1278,64) = 191,67

Afleveringsmarge : € 147,03

Terugbetaling V.I. = € 1278,64

688774 - 688800: Kop voor heupsteel en bestemd om te worden gebruikt zonder acetabulaire cupula - U 185

Code implant 115014000017

Honorarium: 191,07

Het ziekenhuis rekent aan : € 206,54

Veiligheidsgrens = 10%, max.prijs 110% = € 210,18 → Concrete veiligheidsgrens: (206,54-191,07) = 15,47

Afleveringsmarge = 10% = € 20,65

Tussenkost V.I. : € 191,07

-> De afleveringsmarge is geplafonneerd op € 148,74

Zone		Implantaat	Veiligheidsgrens	Afleveringsmarge	Implantaat	Veiligheidsgrens	Afleveringsmarge
1	Recordtype	50	50	50	50	50	50
3	Norm verstrekking	0	0	0	0	0	0
4	Nomenclatuurnummer	0688645 (steel)	0618741	0685823	0688800 (kop)	0618741	0685823
5	Begindatum	20080801	20080801	20080801	20080801	20080801	20080801
6	Einddatum	20080801	20080801	20080801	20080801	20080801	20080801
15	Verstrekker	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300
16	Norm verstrekker	1	1	1	1	1	1
17-18	Betrekkelijke verstrekking	0293440	0688645	0688645	0	0688800	0688800
19	Bedrag VI	+00000127864	+000000000000	+000000000000	+00000019107	+000000000000	+000000000000
20	Datum voorschrift	20080730	00000000	00000000	20080730	00000000	00000000
22	Aantal	+00001	+0001	+00001	+00001	+0001	+00001
24-25	Identificatie voorschrijver	01/xxxxx/cc/kkk	0	0	01/xxxxx/cc/kkk	0	0
27	Persoonlijk aandeel	+000000000	+000019167	+000014703	+000000000000	+00000001547	+00000000171
30-31	Supplement	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	Code implant	115007000017	0	0	115014000017	0	0
46	Norm plafond	0	0	8	0	0	7

Norm 8 moet worden gebruikt ingeval de afleveringsmarge berekend op de voorafgaande record 50 met de nomenclatuurprestatie en eventueel gesommeerd met de afleveringsmarges van de voorafgaande records met normwaarde 8 kleiner is dan het grensbedrag.

Norm 7 moet worden gebruikt ingeval het bedrag vermeld in zone 27 van het record met de afleveringsmarge het resultaat is van het verschil tussen het grensbedrag en de som van de voorafgaande afleveringsmarges die werden aangeduid met norm 8.

Voorbeeld van opeenvolging van de records die betrekking hebben op de implantaten, ingeval het plafond op de afleveringsmarge van toepassing is op som van de afleveringsmarges die elk individueel op de bijhorende nomenclatuurwaarden worden berekend.

Bijzonder geval waarbij voor één van de verstrekkingen statistische records moeten meegegeven worden.

2x { 637910 – 637921 : Schacht met glad oppervlak. (Elektrolytisch polijsten. Het snijden van schroefdraad of inkepen wordt niet beschouwd als een behandeling van het oppervlak)  
- Y 63  
Notificatiecode implant: 000006527407:  
Prijs: € 285,06  
Het ziekenhuis rekent aan: € 285,06  
Patiënt betaalt supplement: 285,06 – 65,07 = € 219,99  
Afleveringsmarge : 10 % van prijs = € 28,50  
Tussenkost VI = € 65,07

4x { 638234 – 638245 : Samengesteld implantaat (éénverankeringsimplantaat (gesteelde of corporeale schroef, stift met schroefdraad, gesteelde of lamaire haak, agrafe,...) met alle  
stukken voor vasthechten, aanpassing, repositie en blokkering van dit éénverankeringsimplantaat aan het hoofdimplantaat) – Y 300  
Notificatiecode implant: 000006524635:  
Prijs: € 260,53  
Het ziekenhuis rekent aan: € 260,53  
Notificatiecode implant: 000006521071:  
Prijs: € 272,38  
Het ziekenhuis rekent aan: € 272,38  
Notificatiecode implant: 000006718734:  
Prijs: € 68,16  
Het ziekenhuis rekent aan: € 68,16  
  
Patiënt betaalt supplement: (260,53 + 272,38 + 68,16) – 309,85 = € 291,22  
Afleveringsmarge : 10 % van prijs = 10% van (260,53 + 272,38 + 68,16) = € 60,10  
Tussenkost VI = € 309,85

Totale afleveringsmarge: (2 x 28,50) + (4 x 60,10) = 297,40 → wordt geplafonneerd op € 148,74

→ Afleveringsmarge bij samengesteld implantaat wordt beperkt tot € 91,74



## RECORDTYPE 50 ZONE 4 VERVOLG 22

Zone		Implantaat 1 (2 stuks)	Afleveringsmarge	Implantaat 2 (4 stuks) (stat. record)	Implantaat 2 (4 stuks) (stat. record)	Implantaat 2 (4 stuks) (stat. record)	Implantaat 2 (4 stuks) (fact. record)	Afleveringsmarge
1	Recordtype	50	50	50	50	50	50	50
3	Norm verstreking	0	0	9	9	9	0	0
4	Nomenclatuurnummer	0637921	0618726	0638245	0638245	0638245	0638245	0618726
5	Begindatum	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801
6	Einddatum	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801
15	Verstrekker	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300
16	Norm verstrekker	1	1	1	1	1	1	1
17-18	Betrekkelijke verstreking	0000000	0637921	0000000	0000000	0000000	0000000	0638245
19	Bedrag VI	+00000013014	+00000000000	+00000000000	+00000000000	+00000000000	+00000123940	+00000000000
20	Datum voorschrift	20100730	00000000	20100730	20100730	20100730	20100730	00000000
22	Aantal	+0002	+0002	+0004	+0004	+0004	+0004	+0004
24-25	Identificatie voorschrijver	01/xxxxx/cc/kkk	0	01/xxxxx/cc/kkk	01/xxxxx/cc/kkk	01/xxxxx/cc/kkk	01/xxxxx/cc/kkk	0
27	Persoonlijk aandeel	+000000000	+000005700	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000009174
30-31	Supplement	+000043998	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000116488	+000000000
43	Code implant	000000000000	000000000000	000000000000	000000000000	000000000000	000000000000	000000000000
46	Norm plafond	0	8	0	0	0	0	7
55-56	Notificatiecode	000006527407	000000000000	000006524635	000006521071	000006718734	000000000000	000000000000

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

	Kolom 1	Kolom 2	Kolom 3	Kolom 4	Kolom 5	Kolom 6	Kolom 7	Kolom 8	Kolom 9	Kolom 10	Kolom 11
Record 50	50	52	50	50	50	50	50	52	50	50	52
Z	Omschrijving	(5) (10)	(5) (10)	(5)	(5)		(9)	(11)	(11)	(11)	(11)
1	RECORDTYPE	50	52	50	50	50	50	52	50	50	52
3	NORM	9		9	9	0	9	0		0	0
4	(PSEUDO-) CODE	0426635		pseudo-code (4) art 8, § 5, 3°	pseudo-code (4) art 8, § 5bis, 5°d)	forfait (1)	pseudo-code art 8, § 9	specifieke technische zorgen + eventueel bezoek referentieverpleegkundige wondzorg (424395, 424690, 424852, 427991), verpleegkundig consult (429015), herhaaldelijke noodzakelijke verstrekkingen bij zeer afhankelijke patiënten (428035, 428050, 428072, 429273, 430511), bijkomende verstrekking complexe wondzorg (429295, 429310, 429332, 429413, 429435, 429450, 429516, 429531, 429553, 429612, 429634, 429656, 429715, 429730, 429752, 430275, 430290, 430312)	rurale reis	Diabetes-nomenclatuur of diabeteseducatie Hfdst. V van KB van 10/1/1991 of forfaits thuishospitalisatie	
5	BEGIN DATUM	dag 1		dag 1	dag 1	dag 1	Indien uitgevoerd dag 1	indien uitgevoerd dag 1	indien uitgevoerd dag 1	indien uitgevoerd dag 1	
15	VERSTREKKER	04XXXXCC4XX		04XXXXCC4XX	04XXXXCC4XX	04XXXXCC4XX (3)	04XXXXCC4XX	04XXXXCC4XX	04XXXXCC4XX	04XXXXCC4XX	
17-18	BETR. VERSTR.	forfait (1)		forfait (1)	forfait (1')	426613 (2) of pseudo-code bijlage 87 Verordening (2')	427534, 427556, 427571, 429251 of 430496	0 of pseudo-code bijlage 87 Verordening (2') of nomenclatuurcode "complexe wondzorg" (12)	0	0	
19	BEDRAG V.L.	0		0	0	bedrag	0	bedrag	bedrag	bedrag	
20-21	DATUM VOORSCHRIFT	0		indien vereist	0	datum (6)	vereist	vereist (7)	0	vereist (8)	
22-23	AANTAL	1		1	1	1	1	1	1	1	
24-25	VOOR-SCHRIJVER	0		indien vereist	0	indien vereist	vereist	vereist (7)	0	vereist (8)	
27	PERSOONLIJK AANDEEL	0		0	0	bedrag	0	bedrag	bedrag	Bedrag (indien nomenclatuur) of 0 (indien forfait thuishospitalisatie)	

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

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

(2) mogelijk, niet noodzakelijk.

(2') enkel voor verstrekkingen uit art. 8, §1, 3°

(3) identiek aan (statistische) record 1<sup>sc</sup> basisverstrekking, behalve indien verstrekker 1<sup>sc</sup> basisverstrekking niet gekwalificeerd is om forfait te attesteren.

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

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

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

(7) behalve voor 424395, 424690, 424852, 427991 en 429295, 429310, 429332, 429413, 429435, 429450, 429516, 429531, 429553, 429612, 429634, 429656, 429715, 429730, 429752, 430275, 430290, 430312 en 429015 en 428035, 428050, 428072, 429273, 430511 waar geen doktersvoorschrift vereist is.

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

(9) deze statistische records moeten, in voorkomend geval, vermeld worden indien er een facturatierecord met de prestatie 427534, 427556, 427571, 429251 of 430496 volgt.

(10) Vanaf 1/10/2017 geeft elk bezoek aanleiding tot de lectuur van het identiteitsdocument en tot de vermelding van een record 52. De record 50 met een basisverstrekking moet steeds gevolgd worden door een record 52. Dit blok van records herhaalt zich evenveel keer als het aantal bezoeken gedurende de betreffende verzorgingsdag.

(11) Vanaf 1/10/2017 moet voor de verstrekkingen die geen bezoek met zich meebrengen (bv.: consultatie,...) waarde 7 vermeld worden in R 52 Z 10 en waarde 1 in R 52 Z 11. De R 52 volgt de betreffende R 50 en vormt er een blok mee.

(12) enkel voor verstrekkingen 429295, 429310, 429332, 429413, 429435, 429450, 429516, 429531, 429553, 429612, 429634, 429656, 429715, 429730, 429752, 430275, 430290, 430312

B. Voorbeeld over de opeenvolging van de records die betrekking hebben op verpleegkundige zorgen, in geval van geen forfait in de verpleging (volgorde voor 1 patiënt).

<b>Record</b>	<b>dag</b>	<b>nomenclatuur</b>	<b>opmerking</b>
50	1	palliatieve pseudo-code voorafgegaan met normcode "9" in zone 3 meerdere palliatieve pseudo-codes mogelijk	indien PN aangerekend en prestatie van art 8, §5bis,5°,d)
50	1	supplementair honorarium PN	indien palliatieve patiënt 1 per dag
50	1	basisverstrekking	verplicht
52 (*)	1	basisverstrekking	verplicht vanaf 1/10/2017
50	1	zorgen	verplicht, indien geen STV
50	1	zorgen	indien uitgevoerd
50	1	zorgen	indien uitgevoerd
...		max 6 zorgen-records	
...			
...		meerdere blokken basis + zorgen toelaten	
...			
(☞20) 50	1	pseudo-code(s) met normcode "9" in zone 3	indien 427534, 427556, 427571, 429251, 430496 aangerekend en prestatie van art. 8, §9
(☞11) 50	1	specifieke technische zorgen + eventueel bezoek referentieverpleegkundige wondzorg (424395, 424690, 424852, 427991), wekelijkse voorbereiding van geneesmiddelen (424874), verpleegkundig advies en overleg i.f.v. wekelijkse voorbereiding van geneesmiddelen (424896), bijkomende verstrekking complexe wondzorg (429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656, 429752, 430275, 430290, 430312), verpleegkundig consult (429015)	indien uitgevoerd
(☞20) 52 (**)	1	424395, 424690, 424852, 427991, 424896, 429015	indien uitgevoerd
50	1	rurale reis meerdere records rurale reis mogelijk	indien uitgevoerd
50	1	diabetesnomenclatuur of diabeteseducatie hoofdstuk V van KB 10/1/1991 of forfaits thuishospitalisatie	indien uitgevoerd
(☞14) 52 (**)	1	diabetesnomenclatuur of diabeteseducatie hoofdstuk V van KB 10/1/1991 of forfaits thuishospitalisatie	indien uitgevoerd
(☞14)			
<b>OPGELET</b> : volgende verstrekkingen kunnen volledig autonoom voorkomen, d.w.z. zonder voorafgaande of volgende records 50:			
		- alle diabetesnomenclatuur behalve 423231/334 (opvolgingshonorarium diabetes), die altijd gepaard gaat met minstens een insuline-injectie	
		- diabeteseducatie hoofdstuk V van KB van 10/1/1991.	
		- de codes 424395, 424690, 424852, 427991 (bezoek referentieverpleegkundige wondzorg).	
		- code 429015 (verpleegkundig consult).	
		- code 424896 (verpleegkundig advies en overleg i.f.v. de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen).	
(☞14)		- forfaits thuishospitalisatie.	
...			
50	2	palliatieve pseudo-code voorafgegaan	...
enz...			

(\*) Vanaf 1/10/2017 geeft elk bezoek aanleiding tot de lectuur van het identiteitsdocument en tot de vermelding van een record 52. De record 50 met een basisverstrekking moet steeds gevolgd worden door een record 52. Dit blok van records herhaalt zich evenveel keer als het aantal bezoeken gedurende de betreffende verzorgingsdag.

(\*\*) Vanaf 1/10/2017 moet voor de verstrekkingen die geen bezoek met zich meebrengen (bv.: advies en overleg voorbereiding geneesmiddelen,...) waarde 7 vermeld worden in R 52 Z 10 en waarde 1 in R 52 Z 11. Als de verstrekking autonoom voorkomt, dan volgt een R 52 de betreffende R 50.

Toelichting bij de facturering van verpleegkundige zorgen.1ste mogelijkheid : Behandeling forfaitairen.**Basisverstrekking (kolom 1 op schema in R 50 Z 4 V 27).**

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 attesteert
norm verstrekker	:	1 of 2
datum voorschrift	:	steeds 0
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	steeds 0
norm voorschrijver	:	steeds 0

Vanaf 1/10/2017 geeft elk bezoek aanleiding tot de lectuur van het identiteitsdocument en tot de vermelding van een record 52. De record 50 met een basisverstrekking moet steeds gevolgd worden door een record 52.

**Technische prestatie (kolom 3).**

Er zijn 3 gevallen mogelijk:

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

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking attesteert
norm verstrekker	:	1 of 2
datum voorschrift	:	datum MyCareNetbericht 410000 (toilet-aanvraag of gecombineerde toilet - forfait aanvraag)
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	steeds 0
norm voorschrijver	:	steeds 0

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

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking attesteert
norm verstrekker	:	1 of 2
datum voorschrift	:	datum voorschrift
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
(☞1) voorschrijver	:	arts/tandarts
norm voorschrijver	:	steeds 1

\* prestatie behoort tot groep 7 (bijkomende zorg K.B. 18.06.90)

Invulling

verstrekker : verpleegkundige die verstrekking attesteert  
 norm verstrekker : 1 of 2  
 datum voorschrift : steeds 0  
 aantal verstrekkingen : steeds 1  
 voorschrijver : steeds 0  
 norm voorschrijver : steeds 0

**Prestatie behoort tot groep palliatieve pseudo-codes (kolom 4).**

Invulling

(☞18) verstrekker : verpleegkundige die verstrekking attesteert  
 norm verstrekker : 1 of 2  
 datum voorschrift : steeds 0  
 aantal verstrekkingen : steeds 1  
 voorschrijver : steeds 0  
 norm voorschrijver : steeds 0

*opmerking :*

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

**Forfaitair honorarium (kolom 5).**

Het forfait wordt steeds door een verpleegkundige aangevraagd via het MyCareNetbericht 410000 .

Invulling

(☞18) verstrekker : verpleegkundige van de eerste basisverstrekking.  
 Indien niet gekwalificeerd voor aanrekening van het forfait dan gaat het om de 1<sup>ste</sup> verpleegkundige die de nodige kwalificatie bezit.  
 In uitzonderlijke gevallen van opname in een verzorgingsinstelling of overlijden van de patiënt kan een palliatief forfait ook geattesteerd worden door een ziekenhuisassistent of een verpleegassistent.

norm verstrekker : waarde 1, 2 of 9(\*)  
 datum voorschrift : datum MyCareNetbericht 410000 (forfait-aanvraag)  
 aantal verstrekkingen : steeds 1  
 voorschrijver : • indien er enkel basisverstrekkingen en technische prestaties uit groep 1 of groep 7 werden verricht dan 0 (norm voorschrijver = 0)  
 • indien er technische prestaties uit groep 2 tot en met groep 6 worden verricht dan moet 1 van de voorschrijvers van deze prestaties worden vermeld (norm voorschrijver = 1 of 9).

norm voorschrijver : waarde 0, 1 of 9

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

Pseudo-code toezicht en opvolging pompsysteem chronische analgesie (art. 8, § 9) (kolom 6).Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking heeft verricht
norm verstrekker	:	steeds 1
datum voorschrift	:	datum voorschrift
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
(☞1) voorschrijver	:	arts/tandarts
norm voorschrijver	:	steeds 1

(☞20) *Opmerking: de kolom 6 wordt zoveel maal herhaald als dat er verschillende verpleegkundige aktes worden verricht in het kader van de verstrekking 427534, 427556, 427571, 429251 of 430496.*

Specifieke technische prestatie (kolom 7).

- (☞11) Steeds op doktersvoorschrift, behalve voor bezoek referentieverpleegkundige wondzorg (424395, 424690, 424852, 427991), bijkomende verstrekking complexe wondzorg (429295, 429310, 429332, 429413, 429435, (☞20) 429450, 429516, 429531, 429553, 429612, 429634, 429656, 429715, 429730, 429752, 430275, 430290, 430312), verpleegkundig consult (429015) en herhaaldelijke noodzakelijke verstrekking bij zeer afhankelijke patiënt (☞20) (428035, 428050, 428072, 429273, 430511) waar geen doktersvoorschrift vereist is.
- (☞11) De codes voor bezoek referentieverpleegkundige wondzorg, bijkomende verstrekking complexe wondzorg, verpleegkundig consult en herhaaldelijke noodzakelijke verstrekking bij zeer afhankelijke patiënt worden ook in deze rubriek opgenomen gezien ze (analoog aan een STZ) bovenop het dagplafond betaald worden.

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking heeft verricht
(☞3) norm verstrekker	:	waarde 1, 2(**) of 9 (*)
datum voorschrift	:	datum voorschrift
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
(☞1) voorschrijver	:	arts/tandarts
norm voorschrijver	:	steeds 1

- (\*) *De norm 9 moet gebruikt worden indien er in de voorafgaande statistische records (ingeval van verstrekking (☞20) 427534, 427556, 427571, 429251 of 430496) verschillende verstrekkers voorkomen.*
- (☞3,20) (\*\*) *Alleen voor prestaties 428035, 428050, 428072, 429273 en 430511.*

Rurale reisvergoeding (kolom 9).

Is gebonden aan huisbezoek (wordt niet voorgeschreven).

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking heeft verricht
norm verstrekker	:	1 of 2
datum voorschrift	:	steeds 0
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	steeds 0
norm voorschrijver	:	steeds 0

Diabetesnomenclatuur of diabeteseducatie hoofdstuk V van KB 10/1/1991(☞14) of forfaits thuishospitalisatie (kolom 10).

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

Invulling

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

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

(☞18) verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking heeft geattesteerd
(☞18) norm verstrekker	:	1 of 2
betrekkelijke verstrekking	:	steeds 0
datum voorschrift	:	steeds 0
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	steeds 0
norm voorschrijver	:	steeds 0

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

verstrekker	:	1 <sup>ste</sup> verpleegkundige die de nodige kwalificatie bezit voor aanrekening van het honorarium
(☞18) norm verstrekker	:	waarde 1, 2 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

(☞18) verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking heeft geattesteerd
(☞18) norm verstrekker	:	1 of 2
betrekkelijke verstrekking	:	met de volgende hiërarchie: code PN (indien gefactureerd) of pseudo-code uit bijlage 87 van de Verordening (ingeval van verstrekking uit art. 8, §1, 3 <sup>o</sup> ) 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

Vanaf 1/10/2017 geeft elk bezoek aanleiding tot de lectuur van het identiteitsdocument en tot de vermelding van een record 52. De record 50 met een basisverstrekking moet steeds gevolgd worden door een record 52.

**Technische prestatie.**

Er zijn 2 gevallen mogelijk :

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

**Invulling**

(☞18) verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking heeft geattesteerd
(☞18) norm verstrekker	:	1 of 2
betrekkelijke verstrekking	:	met de volgende hiërarchie: code PN (indien gefactureerd) of pseudo-code uit bijlage 87 van de Verordening (ingeval van verstrekking uit art. 8, §1, 3 <sup>o</sup> ) of 426613 (indien hospitalisatie) of 0 (in de andere gevallen)
datum voorschrift	:	datum 703 of MyCareNetbericht 410000 (toilet aanvraag)
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	steeds 0
norm voorschrijver	:	steeds 0

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

**Invulling**

(☞18) verstrekker	:	verpleegkundige die prestatie heeft geattesteerd
(☞18) norm verstrekker	:	1 of 2
betrekkelijke verstrekking	:	met de volgende hiërarchie: code PN (indien gefactureerd) of pseudo-code uit bijlage 87 van de Verordening (ingeval van verstrekking uit art. 8, §1, 3 <sup>o</sup> ) of 0426613 (indien hospitalisatie) of 0 (in de andere gevallen)
datum voorschrift	:	datum voorschrift
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
(☞1) voorschrijver	:	arts/tandarts
norm voorschrijver	:	steeds 1

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

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



**Specifieke technische prestatie.**

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

**Invulling**

- |                                  |   |  |
|----------------------------------|---|--|
| verstrekker                      | : | verpleegkundige die prestatie heeft verricht   |
| (☞18,20) norm verstrekker        | : | waarde 1 of 9(*)   |
| (☞11) betrekkelijke verstrekking | : | pseudo-code uit bijlage 87 van de Verordening (ingeval van verstrekking uit art. 8, §1, 3 <sup>o</sup> ) of nomenclatuurcode “complexe wondzorg” (ingeval van bijkomend honorarium complexe wondzorg, behalve 429516, 429531 en 429553) of 0 (in de andere gevallen) |
| datum voorschrift                | : | datum voorschrift  |
| aantal verstrekkingen            | : | steeds 1   |
| (☞1) voorschrijver               | : | arts/tandarts  |
| norm voorschrijver               | : | steeds 1   |

- (\*) *De norm 9 moet gebruikt worden indien er in de voorafgaande statistische records (ingeval van (☞20) verstrekking 427534, 427556, 427571, 429251 of 430496) verschillende verstrekkers voorkomen.*

**Rurale reisvergoeding.**

Is gebonden aan een huisbezoek (wordt niet voorgeschreven).

**Invulling**

(☞ 18) verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking heeft geattesteerd
(☞ 18) norm verstrekker	:	1 of 2
betrekkelijke verstrekking	:	steeds 0
datum voorschrift	:	steeds 0
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	steeds 0
norm voorschrijver	:	steeds 0

**DIABETES-nomenclatuur of zorgtraject diabetes of diabeteseducatie hoofdstuk V van KB 10/1/1991****(☞ 14) of forfaits thuishospitalisatie**

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

**Invulling**

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

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

*Uitzondering hierop moet worden gemaakt voor de specifieke technische prestaties (en aanverwante), de rurale reisvergoeding, de diabetesnomenclatuur, het zorgtraject diabetes en (☞ 14) diabeteseducatie (hoofdstuk V van het KB van 10/1/1991) en de forfaits thuishospitalisatie die, indien verricht, als laatste records van de betreffende verzorgingsdag moeten worden vermeld en de palliatieve zorgen die als eerste records van de betreffende verzorgingsdag moeten worden vermeld, indien verricht.*

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

1. enkel om organisatorische redenen

basisverstrekking week  
nomenclatuur week - tarief week  
plafond week

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

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

b) gemengd tijdens 1 zitting verantwoord en om organisatorische redenen

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

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

**RUBRIEK : DATUM EERSTE VERRICHTE VERSTREKKING****VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 17**

Het gaat om de datum waarop de verstrekking is verricht of waarop een reeks verstrekkingen is aangevangen.

De facturatie van eenzelfde behandeling via één recordtype 50 is enkel toegestaan voor toezichtshonoraria (art. 25, §1). Andere reeksen van eenzelfde behandeling moeten steeds lijn per lijn gefactureerd worden (aparte record per prestatie en begindatum = einddatum en aantal eenheden = 1).

In geval van forfaitaire vergoeding voor bepaalde periode (vb. revalidatieforfaits), moet de begindatum van de periode worden meegegeven.

Voor klinische biologie, nucleaire geneeskunde in vitro, pathologische anatomie en genetische onderzoeken (zowel voor de forfaitaire honoraria per datum van staalafname (KB 24/9/1992) als voor de technische prestaties), moet in deze zone de datum van afname van het staal worden vermeld.  
Uitzondering: Indien datum van staalafname < datum voorschrift, dan is deze zone gelijk aan de datum van ontvangst van het voorschrift (deze uitzondering geldt niet voor klinische biologie).

Voor de forfaits « genetic counseling » moet de datum van het eindverslag vermeld worden.

Voor de forfaits “oncofreezing” moet de datum van afname vermeld worden.

Medische huizen :

- (☞ 18) Voor de (pseudo-)codes 0109616, 0509611, 0409614, 0109594 (t.e.m. 31/12/2023) en 0400396 (vanaf 1/1/2024) moet de eerste dag van de gefactureerde maand (JJJJMM01) in deze zone worden vermeld.
- (☞ 12) Voor de prestaties per akte moet de prestatiedatum worden vermeld.

Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen

0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016 : datum voorschrift;

forfaitaire honoraria klinische biologie per opname of per dag die recht geeft op maxiforfait of dagziekenhuisforfait (art. 24, §2 van de nomenclatuur) : opnamedatum of datum van opname (transfer) in de eerste dienst die in aanmerking komt voor de aanrekening van het forfait of datum maxiforfait of dagziekenhuisforfait;

0590310, 0590332: datum maxiforfait of dagziekenhuisforfait of chirurgisch dagziekenhuis;

0590181, 0590203, 0460703, 0460821, 0460784, 0700000 : opnamedatum of datum opname (transfer) in de eerste acute dienst die in aanmerking komt voor de aanrekening van het forfait;

0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : prestatiedatum.

Globaal prospectief bedrag: opnamedatum.

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

Datum van gebruik als greffe (= datum van inplanting)

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

Factuurdatum (*invoice date*) van factuur van organisme dat typering en/of vervoer verricht heeft.

Uitzondering: datum van overlijden indien de patiënt overleden is op *invoice date*.

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

- (☞ 14) Overeenkomsten “thuishospitalisatie” en “psychiatrische functie binnen mobiele teams”: pseudo-codes aan 0 €: begin/einddatum tenlasteneming  
 Overeenkomst “thuishospitalisatie”: forfaits:
  - Forfaits per behandeldag: prestatiedatum
  - Forfaits voor het initiëren van de thuishospitalisatie: een datum die valt binnen de periode van thuishospitalisatie (die afgebakend wordt door middel van de pseudo-codes voor begin en einde tenlasteneming)
- (☞ 17) Overeenkomst “obesitas bij kinderen”  
 Trimestrieel forfait (400632-400643): laatste dag van de periode waarop het forfait betrekking heeft  
 Jaarforfait voor de huisarts of pediater (400654): een willekeurige datum in het kalenderjaar  
 Advies/ondersteuning aan niveau 1 (400676-400680): datum van het verstrekken van het advies  
 Intake door pediater (104090): datum van de intake  
 Forfait bijkomend advies kine, psycholoog, diëtist (400691): datum van het advies van de laatste zorgverstrekker
- (☞ 18) Overeenkomst “zorgpad pre- en rehabilitatie abdominale transplantatie”  
 (P)rehabilitatieoverleg, forfait (p)rehabilitatie assessment: datum van het (p)rehabilitatieoverleg
- (☞ 19) Intakeforfait : datum  $\geq$  datum van het (p)rehabilitatieoverleg  
 Jaarforfait (p)rehabilitatie: datum  $>$  datum (p)rehabilitatieoverleg  
 Forfait inhoudelijke coördinatie (p)rehabilitatieproces: zelfde datum als jaarforfait (p)rehabilitatie  
 Individuele kinesitherapiezitting: datum van de zitting of van de 3de 15 minuten indien modulair

**RUBRIEK : DATUM LAATSTE VERRICHTE VERSTREKKING****VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 25**

Het gaat om de datum waarop een reeks verstrekkingen is geëindigd.

Reeksen van eenzelfde behandeling moeten steeds lijn per lijn gefactureerd worden (aparte record per prestatie en begindatum = einddatum en aantal eenheden = 1).

De facturatie van eenzelfde behandeling via één recordtype 50 is enkel toegestaan voor toezichtshonoraria (art. 25, §1). Indien in dat geval de eenheidsprijs van tegemoetkoming wijzigt gedurende de periode (begindatum – einddatum), dan dient die behandeling in twee of meer records opgesplitst te worden nl. per eenheidsprijs.

In geval van forfaitaire vergoeding voor bepaalde periode (vb. revalidatieforfaits), moet de einddatum van de periode worden meegegeven.

Indien het gaat om klinische biologie, pathologische anatomie, nucleaire geneeskunde in vitro en genetische onderzoeken (zowel voor de forfaitaire honoraria per datum van staalafname (KB 24/9/1992) als voor de technische prestaties) moet in deze zone de datum van afname van het staal worden vermeld. Uitzondering: Indien datum van staalafname < datum voorschrift, dan is deze zone gelijk aan de datum van ontvangst van het voorschrift (deze uitzondering geldt niet voor klinische biologie).

Voor de forfaits « genetic counseling » moet de datum van het eindverslag vermeld worden.

Voor de forfaits “oncofreezing” moet de datum van afname vermeld worden.

Medische huizen :

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

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

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

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

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

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

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

einddatum = begindatum.

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

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

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

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

Opmerking :

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

**RUBRIEK : NUMMER ZIEKENFONDS VAN AANSLUITING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 33**

---

Zie recordtype 20 zone 7.

**RUBRIEK : IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 13 A - 36**

---

Zie recordtype 20 zone 8a-8b.

**RUBRIEK : GESLACHT RECHTHEBBENDE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 49**

---

Zie recordtype 20 zone 9.



---

**RUBRIEK : BEVALLING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 50**

---

Zie recordtype 30 zone 10.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0	Er is geen bevalling geweest.
1	Er is een bevalling geweest en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de moeder.
2	Er is een bevalling geweest en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de pasgeborene, terwijl de moeder in het ziekenhuis verblijft.
3	Er is een bevalling geweest van meerlingen en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de pasgeborene(n), terwijl de moeder in het ziekenhuis verblijft..
4	Er is een bevalling geweest en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de pasgeborene en de moeder is ambulantly bevalen (factuurtype 3 of 9).
5	Er is een bevalling geweest van meerlingen en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de pasgeborene(n) en de moeder is ambulantly bevalen (factuurtype 3 of 9).
6	Er is een bevalling geweest en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de moeder die ambulantly bevalen is (factuurtype 3 of 9).

Voor de verpleegkundigen is deze zone steeds gelijk aan nul.

- (☞ 10) Vanaf een nog te bepalen datum is deze zone enkel nog noodzakelijk in de uitzonderlijke gevallen waarin er geen aparte factuur op naam van de pasgeborene kan opgemaakt worden (bv. doodgeboren baby). Ingeval van aparte facturatie voor moeder en baby mag de zone facultatief ingevuld worden.

**RUBRIEK : VERWIJZING FINANCIËEL REKENINGNUMMER**

---

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

---

Zie recordtype 30 zone 11.

---

**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 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.

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

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

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

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

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

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

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

\* Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen :

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

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

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

\* Globaal prospectief bedrag: opnamedienst

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

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

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

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

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

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

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

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

(☞14) \* Overeenkomst thuishospitalisatie:

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

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

## CODIFICATIETABEL VAN DE ZIEKENHUISDIENSTEN

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

(10) (\*) Vanaf een nog te bepalen datum wordt dienstcode 190 enkel nog gebruikt voor het verblijf van een pasgeborene op N\* indien de moeder het ziekenhuis verlaten heeft. Indien de moeder nog in het ziekenhuis verblijft, wordt de pseudo-dienstcode 180 gebruikt.

## CODIFICATIETABEL VAN DE PSEUDO-DIENSTENCODES

Lijst van de diensten voor patiënten die behandeld worden in een afdeling van dagverpleging en voor ambulante patiënten		
RIZIV-codes	Type ziekenhuis	Omschrijving
002	Gen.	Prestaties verricht voor elders gehospitaliseerden
710	Gen.	Gipskamer
720 (*)	Gen.	Dringende verzorging of intraveneuze infusie (vroeger miniforfait) + forfait oncologische basiszorg
(☞12) 730	Gen.	Maxiforfait + maxiforfait oncologie + forfaits hoofd-, hand- en voetkoeling
750	Gen.	Nierdialyse
760	Psy.	Psychiatrische forfaitaire verpleegdag + nabehandeling revalidatie
770		Revalidatie
(☞3) 840	Gen.	Forfait groep 1, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis of 7 + forfait chronische pijn 1, 2 of 3 + forfait manipulatie poortkatheter
(☞14) 980	Gen.	Thuishospitalisatie
990	Gen./Psy.	Andere ambulante patiënten of ambulante nierdialyse

Pseudo-dienstcodes pasgeborenen		
Pseudo-dienst-code RIZIV	Type ziekenhuis	Omschrijving
170	Gen.	Pasgeborene gehospitaliseerd op de kamer bij de moeder op dienst M
180	Gen.	Pasgeborene gehospitaliseerd op N* terwijl de moeder ook als patiënt aanwezig is in het ziekenhuis

## CODIFICATIE VOOR DE DIENST Sp

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

(\*) Deze pseudo-dienstcode wordt gebruikt in alle situaties die vóór 1/1/2014 aanleiding gaven tot aanrekening van het miniforfait (dringende verzorging of intraveneuze infusie) en voor het forfait voor oncologische basiszorg.

**RUBRIEK : PLAATS VAN VERSTREKKING****VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 56**

- \* Identificatienummer erkend laboratorium voor klinische biologie :
- indien het gaat om prestaties klinische biologie, nucleaire geneeskunde in vitro;
  - indien het gaat om bijkomend honorarium voor dringende verstrekkingen in deze sector;
  - in geval van forfaitaire honoraria voor ambulante klinische biologieprestaties;
  - indien het gaat om prestaties klinische biologie waarvoor de terugbetaling niet afhankelijk is van de voorwaarden opgesomd in artikel 63 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (zie KB van 31 januari 1977, BS 4 februari 1977) moet het identificatienummer van een erkend laboratorium voor klinische biologie worden vermeld, in zoverre deze prestaties worden verricht in een erkend laboratorium;
    - zo niet: - moet het identificatienummer van het ziekenhuis worden vermeld indien deze prestaties worden verricht in een verplegingsinrichting;
    - moet het identificatienummer van de inrichting van verblijf worden vermeld indien het gaat om een patiënt die verblijft in R.V.T., R.O.B., P.V.T. of I.B.W.;
    - moet het nummer van het revalidatiecentrum worden vermeld indien het gaat om patiënten die een revalidatie behandeling ondergaan (intern of extern) in een erkend centrum;
    - moet de zone op nul worden gezet in alle andere gevallen.
  - Indien het gaat om niet vergoedbare prestaties klinische biologie (960035-960046), moet het labonummer vermeld worden ingeval van facturatie door een laboratorium, anders moet het identificatienummer van het ziekenhuis vermeld worden.
- (☞ 10) - indien het gaat om prestaties van de overeenkomst opsporing apenpokken (557233-557244, 557270-557281). Een lijst met de erkende laboratoria is gepubliceerd op de website van Sciensano en de betreffende labo's hebben een specifiek attribuut.
- \* Identificatienummer van het laboratorium voor pathologische anatomie indien het gaat om verstrekkingen van art. 32 van de nomenclatuur.
- \* Identificatienummer van het laboratorium van een erkend centrum voor antropogenetica indien het gaat om forfaits "genetic counseling" (589750-589761, 589772-589783, 589794-589805) of verstrekkingen van art. 33.
- \* Identificatienummer van het revalidatiecentrum
- indien het gaat om verstrekkingen verricht aan patiënten die een revalidatie behandeling ondergaan (intern of extern) in een erkend centrum;
  - indien het gaat om bijkomend honorarium voor dringende verstrekkingen in deze sector;
  - indien het gaat om logopedieverstrekkingen verstrekt in het kader van een revalidatie-overeenkomst (711373, 712375, enz...)
- \* Identificatienummer van de bank voor menselijk lichaamsmateriaal die het materiaal afgeleverd heeft indien het gaat om een tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal (enkel ingeval van Belgisch lichaamsmateriaal of buitenlands materiaal ingevoerd van buiten de EU)

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

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

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

Pseudo-codes voor niet ingevoerd materiaal		Pseudo-codes voor ingevoerd materiaal		Verwijzing naar lijst in bijlage 1 van het KB	Erkeningsnummer
VAN	TOT	VAN	TOT		
269290	269301	271471	271482	A 53°	210
269393	269404	271493	271504	A 2°	211
269415	269426	272694	272705	A 3°	211
269496	269625	272392	272521	A 4° t.e.m. 10°	215
270351	270362	271515	271526	A 11°	212
270373	270465	272532	272602	A 54° t.e.m. 57°	216
270550	270561	271530	271541	A 12°	212 of 219
270572	270583	272635	272646	A 13°	220
270616	271062	271552	272005	A 14° t.e.m. 36°	213
271073	271084	272016	272020	A 37°	213 of 215
271095	271342	272031	272285	A 38° t.e.m. 50°	213
271353	271364	272296	272300	A 51°	213 of 215
271375	271423	272311	272366	B 1°, 2°	213
271434	271445	272370	272381	A 52°	213
272672	272683	272716	272720	A 1°	218
272731	272742	272753	272764	A 58°	220
272775	272786	272790	272801	A 59°	213

Opgelet: Voor alle prestaties onder de titel “hematologische transplantaties” in art. 20, §1, a) van de nomenclatuur wordt geen erkenningsnummer van een bank voor menselijk lichaamsmateriaal vermeld. Voor deze prestaties is de plaats van verstrekking gelijk aan het nummer van het ziekenhuis (eindigend op "000").

- \* Identificatienummer van de RVT, ROB, PVT of BW centrum indien het gaat om verstrekkingen verricht in RVT, ROB, PVT of BW.
- \* Identificatienummer van de verplegingsinrichting waar de prestatie werd verricht
  - indien het gaat om verstrekkingen verricht op de campus van een verplegingsinrichting (zowel voor opgenomen als voor niet opgenomen patiënten, evenals voor patiënten die verblijven in RVT, ROB, PVT of BW);
  - indien het gaat om forfaitaire honoraria voor klinische biologie per opname of per maxiforfait ;
  - indien het gaat om bijkomende honoraria voor dringende verstrekkingen in deze sector;
  - indien het gaat om forfaitaire honoraria voor radiologie in de gehospitaliseerde sector;
  - indien het gaat om het forfaitair honorarium voor de medische wachtdienst in een ziekenhuis of de forfaitaire beschikbaarheidshonoraria voor de continuïteit van de verzorging in de diensten spoedgevallen en intensieve verzorging;
  - indien het gaat om het forfaitair persoonlijk aandeel inzake speciale medisch-technische prestaties;
  - indien het gaat om niet door ZIV vergoede producten, verstrekkingen of diensten (codes 096XXXX), behalve voor de codes 0961376-0961380 en 0961391-0961402 waarvoor het erkenningsnummer “nummer ziekenhuis + 191 of + 192” moet vermeld worden;
  - indien het gaat om parenterale voeding thuis.
  - indien het gaat om codes 0751833, 0751855, 0751870, 0751892, 751914, 751936.
  - indien het gaat om detoxificatie-dialyse (conventie leverdialyse) (0761972-0761983)
  - indien het gaat om een globaal prospectief bedrag.
- (☞14) - indien het gaat om pseudo-codes 0184693 t.e.m. 0184763 (overeenkomst art. 56 mechanische trombectomie)
- \* Identificatienummer van het erkend centrum voor hartrevalidatie indien het gaat om verstrekkingen voor revalidatie van hartpatiënten (0771201, 0771212, 0771223).
- \* Identificatienummer van medisch huis indien het gaat om prestaties verricht door een medisch huis.
- (☞20) \* Identificatienummer van het ziekenhuis indien het gaat om de pseudo-codes voor begin en einde tenlasteneming in het project “transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen” (799956-799960, 799971-799982).



- \* 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).
- (☞14) \* Indien het gaat om thuishospitalisatie, dan moet in deze zone het identificatienummer van het ziekenhuis worden vermeld, zowel voor de codes voor begin en einde tenlasteneming als voor de forfaits die door het ziekenhuis gefactureerd worden. Voor de forfaits gefactureerd door huisarts of verpleegkundige, is deze zone gelijk aan nul.
- \* Overeenkomst “mobiele teams”:  
Pseudo-codes in/out (793715, 793730, 793752, 793774): nummer netwerk geestelijke gezondheidszorg.  
Pseudo-codes huisbezoek (104473, 104495): nummer mobiel team
- (☞19) \* Overeenkomst “eetstoornissen”: verstrekkingen diëtetiek (401332 en 401354): nummer netwerk geestelijke gezondheidszorg kinderen jongeren.
- \* 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.
- \* Ingeval van reiskosten artsen (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
- \* 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.
- \* Nummer ziekenhuis + 000 indien het gaat om een SPECT-onderzoek uitgevoerd intra-muros met een hybride toestel SPECT-CT
- \* Indien het gaat om een SPECT-onderzoek uitgevoerd extra-muros met een hybride toestel SPECT-CT, wordt deze zone op nul gezet.

### Radiofarmaceutische producten

- \* Nummer ziekenhuis + 112 (PETscan) indien het gaat om verstrekkingen uit de paragrafen 10001 en 10002 van Hoofdstuk II van de lijst bij het KB van van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten.
- \* Nummer ziekenhuis + 112 (PETscan) indien het gaat om forfait 747913-747924

### KB 26/5/2016 (BS 31/5/2016)

- \* Identificatienummer van het laboratorium van een erkend centrum voor antropogenetica indien het gaat om verstrekkingen van art. 33 van de nomenclatuur (565014 t.e.m. 565600, 588674-588685, 588711-588722)
- (☞6) \* Nummer ziekenhuis + 110 (transversale axiale tomograaf) indien het gaat om verstrekkingen 457855 t.e.m. 457903, 457973-457984, 458452-458463, 458570 t.e.m. 458603, 458673-458684, 458732-458743, 458813 t.e.m. 458905, 458953-458964, 458990-459001, 459351-459362, 459373-459384, 459550 t.e.m. 459642, 459675-459701
- (☞15) \* Opgelet: de verstrekking 457973-457984 enkel mag aangerekend worden als het ziekenhuis ook beschikt over het globaal zorgprogramma “cardiale pathologie” B (erkenning 120).
- \* Nummer ziekenhuis + 110 (transversale axiale tomograaf) of + 112 (PET scan) indien het gaat om verstrekkingen 459874 t.e.m. 459922
- (☞2) \* Nummer ziekenhuis + 111 (nucleaire magnetische resonantietomograaf) indien het gaat om verstrekkingen 457914 t.e.m. 457962, 459395 t.e.m. 459546, 459830-459841, 458975-458986.
- \* Nummer ziekenhuis + 112 (PETscan) indien het gaat om verstrekkingen 442676 t.e.m. 442761, 442971- 442982
- \* Nummer ziekenhuis + 113 (dienst radiotherapie) indien het gaat om verstrekkingen 444113 t.e.m. 444242, 444290 t.e.m. 444323, 444356 t.e.m. 444603
- (☞6) \* Nummer ziekenhuis + 120 (globaal zorgprogramma “cardiale pathologie” B) indien het gaat om verstrekkingen 229655-229666, 589190-589201, 589632-589643, 590236-590240.

- (☞17) \* Nummer ziekenhuis + 120 (globaal zorgprogramma “cardiale pathologie” B) of nummer ziekenhuis + 127 (deelprogramma’s B1 en B2) indien het gaat om verstrekkingen 453552 t.e.m. 453600, 464155 t.e.m. 464203, 589013-589046, 589153-589164, 589735-589746, 590251-590262 en 590273-590284
- (☞8) \* Nummer ziekenhuis + 122 (erkenning cardiale pathologie T) indien het gaat om verstrekkingen 181473-181484, 181554-181565, 183610, 183632 en 476652-476663
- \* Nummer ziekenhuis + 124 (erkenning cardiale pathologie E + B3) indien het gaat om verstrekkingen 589551 – 589562
- \* Nummer ziekenhuis + 124 (erkenning cardiale pathologie E + B3) of nummer ziekenhuis + 125 (erkenning cardiale pathologie E zonder B3) indien het gaat om verstrekkingen 475952-475963, 476276-476280, 476630-476641, 589492 t.e.m. 589540, 589573-589584
- \* Nummer ziekenhuis + 131 (gespecialiseerde spoedgevallenzorg) indien het gaat om verstrekkingen 590181, 590310, 590516 t.e.m. 590995
- \* Nummer ziekenhuis + 131 (gespecialiseerde spoedgevallenzorg) of nummer ziekenhuis + 130 (eerste opvang van spoedgevallen) indien het gaat om verstrekkingen 212015 en 214012
- \* Nummer ziekenhuis + 131 (gespecialiseerde spoedgevallenzorg) of nummer ziekenhuis + 130 (eerste opvang van spoedgevallen) indien het gaat om verstrekking 211013 indien deze werd uitgevoerd in een erkende functie spoedgevallen.
- \* Nummer ziekenhuis + 132 (functie mobiele urgentiegroep) indien het gaat om verstrekkingen 590413-590424, 590435, 590446 of 590472.
- \* Nummer ziekenhuis + 134 (zorgprogramma oncologie) indien het gaat om verstrekking 350291-350302.
- (☞13) \* Nummer ziekenhuis + 136 (coördinerende borstkliniek) indien het gaat om verstrekkingen ...[*verstrekkingen voorzien in KB art.64, vanaf een nog nader te bepalen datum*]...
- \* Nummer ziekenhuis + 141 (centrum voor reproductieve geneeskunde B) indien het gaat om verstrekkingen 432714 t.e.m. 432725, 559812 t.e.m. 559860
- \* Nummer ziekenhuis + 155 (expertisecentrum voor comapatiënten) indien het gaat om verstrekking 477606
- \* Identificatienummer van het nierdialysecentrum indien het gaat om verstrekkingen 470374-470385, 470400, 470422, 470433-470444, 470470-470481, 474714-474725 (geschrapt vanaf 1/2/2020) of honoraria uit de overeenkomst dialyse.

#### Overeenkomst betreffende de financiering van dialyse

Nummer ziekenhuis + 560 voor alle verstrekkingen uit de overeenkomst dialyse

#### Implantaten

- (☞3) \* Nummer ziekenhuis + 120 (globaal zorgprogramma cardiale pathologie B) indien het gaat om verstrekkingen 172594-172605, 158815 t.e.m. 158863, 180810 t.e.m. 180843, 181915 t.e.m. 181941
- (☞17) \* Nummer ziekenhuis + 122 (cardiale pathologie T) indien het gaat om verstrekkingen 159574-159585, 172793 t.e.m. 172933, 180331 t.e.m. 180471, 181414 t.e.m. 181580
- \* Nummer ziekenhuis + 123 (cardiale pathologie C) indien het gaat om verstrekkingen 159471-159482, 172955 t.e.m. 173003
- (☞13) \* Nummer ziekenhuis + 124 (cardiale pathologie E + B3) indien het gaat om verstrekkingen 158933-158944 en 182851 t.e.m. 183002

- \* Nummer ziekenhuis + 124 (cardiale pathologie E +B3) of nummer ziekenhuis + 125 (erkenning cardiale pathologie E zonder B3) indien het gaat om verstrekkingen 158550 t.e.m. 158642, 158734 t.e.m. 158760, 158874 t.e.m. 158922, 158955 t.e.m. 158966, 170590 t.e.m. 170623, 172572-172583
- (☞12) \* Nummer ziekenhuis + 126 (cardiale pathologie P) indien het gaat om verstrekkingen 158653 t.e.m. 158723, 172395 t.e.m. 172465, en 184015-184026
- (☞9) \* Nummer ziekenhuis + 135 (erkenning van het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor
- (☞13) borstkanker) indien het gaat om verstrekkingen 161991-162002 en 182836-182840 (t.e.m. xx/xx/202x; vanaf xx/xx/202x: 136 of 137)
- \* Nummer ziekenhuis + 150 (centrum voor robotchirurgie) indien het gaat om verstrekkingen 777114-777125 (tot en met 29/2/2016)
- \* Nummer ziekenhuis + 151 (centrum voor endoprothesen zonder erkenning cardiale pathologie B3) of + 152 (centrum voor endoprothesen met erkenning cardiale pathologie B3) indien het gaat om verstrekkingen 161114 t.e.m. 161206, 161210-161221, 161350 t.e.m. 161405, 161453-161464, 180493-180504, 180515-180526, 180854 t.e.m.180880
- \* Nummer ziekenhuis + 152 (centrum voor endoprothesen met erkenning cardiale pathologie B) indien het gaat om verstrekkingen 161232 t.e.m. 161346, 161416 t.e.m. 161442, 172690 t.e.m. 172723
- \* Nummer ziekenhuis + 156 (centrum “coronaire en drug eluting stent”) indien het gaat om verstrekkingen 158970 t.e.m. 158981, 158992 t.e.m. 159040, 159552 t.e.m. 159563, 170656 t.e.m. 170660
- \* Nummer ziekenhuis + 161 (centrum “neurostimulatoren en toebehoren in geval van Parkinson en essentiële tremor”) indien het gaat om verstrekkingen 151454 t.e.m. 151981
- \* Nummer ziekenhuis + 163 (centrum “percutane herstelling van mitralisklepbladen”) indien het gaat om verstrekkingen 172491-172502 en 172513-172524
- \* Nummer ziekenhuis + 164 (centrum “radiofrequentie ablatie slokdarm”) indien het gaat om verstrekkingen 172616-172620, 172631-172642 en 172653-172664
- (☞11) \* Nummer ziekenhuis + 165 (centrum “neurostimulatoren obsessieve-compulsieve stoornis”) indien het gaat om verstrekkingen 173014 t.e.m. 173541 en 183654 t.e.m. 183982
- \* Nummer ziekenhuis + 166 (centrum “neurostimulatoren bewegingsstoornissen”) indien het gaat om verstrekkingen 173552 t.e.m. 173902.
- (☞13) \* Nummer ziekenhuis + 167 (centrum “percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie”) indien het gaat om verstrekkingen 172734-172745 en 181952-181963.  
Voor 01/05/23 : nummer ziekenhuis + 167 of + 120 indien het gaat om verstrekkingen 172756-172760, 172771-172782.  
Vanaf 01/05/23 : nummer ziekenhuis + 167 indien het gaat om verstrekkingen 172756-172760, 172771-172782.
- \* Nummer ziekenhuis + 168 (centrum “verankeringsimplantaat voor externe prothese” (Opra)) indien het gaat om verstrekkingen 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 en 181252-181263.
- (☞11) \* Nummer ziekenhuis + 169 (centrum “percutane sluiting van het linker harttoortje in geval van niet-valvulaire voorkamerfibrillatie”) indien het gaat om verstrekkingen 180272-180283 en 180294-180305(\*).
- \* Nummer ziekenhuis + 170 (centrum “magnetisch verlengbare staven” (Magec)) indien het gaat om verstrekkingen 182210-182221, 182232-182243,182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 en 182313-182324.
- (☞17) \* Nummer ziekenhuis + 171 (centrum “implanteerbare sensor voor de continue meting van het glucoseniveau”) indien het gaat om verstrekkingen 174370 t.e.m. 174521 (t.e.m. 31/10/2023).
- (☞11) (\*) Deze verstrekking is geschapt vanaf 01/12/22.

- \* Nummer ziekenhuis + 172 (centrum “neurostimulatoren van de dorsale wortel ganglion en toebehoren in geval van CRPS”) indien het gaat om verstrekkingen 174532 t.e.m. 174661.
- \* Nummer ziekenhuis + 173 (centrum “endobronchiale éénrichtingskleppen”) indien het gaat om de verstrekkingen 180773–180784 en 180795-180806.

(☞9) \* Nummer ziekenhuis + 174 (centrum “implantaten voor de behandeling van fecale incontinentie”) indien het gaat om de verstrekkingen 157533-157544, 157555-157566, 181591-181602, 157570-157581, 157592-157603, 157614-157625, 181613-181624, 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646, 157673-157684, 157695-157706, 157710-157721, 157732-157743, 157754-157765, 157776-157780, 181650-181661, 157511-157522, 181672-181683, 181694-181705, 182733-182744, 182755-182766, 182770-182781, 182792-182803 en 182814-182825.

(☞7) \* Nummer ziekenhuis + 175 (centrum “neurostimulatoren voor dysfuncties van de lage urinewegen”) indien het gaat om de verstrekkingen 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582, 182512-182523, 182534-182545, 182593-182604, 155050-155061, 155072-155083, 155094-155105, 155116-155120, 155131-155142, 155153-155164, 182630-182641, 182556-182560 en 182615-182626.

(☞13) \* Nummer ziekenhuis + 176 (centrum “hypoglossale neurostimulatie bij obstructief slaapapneu”) indien het gaat om de verstrekkingen 184030-184041, 184052-184063, 184074-184085, 184096-184100, 184111-184122, 184133-184144 en 184155-184166.

(☞20) \* Nummer ziekenhuis + 177 (centrum “neurostimulatie van de occipitale zenuwen bij clusterhoofdpijn”) indien het gaat om de verstrekkingen 184973-184984, 184995-185006, 185010-185021, 185032-185043, 185054-185065, 185076-185080, 185091-185102, 185113-185124, 185135-185146, 185150-185161 en 185172-185183.

(☞20) \* Nummer ziekenhuis + 178 (centrum “percutane coronaire rotationele atherectomie”) indien het gaat om de verstrekkingen 184936-184940 en 184951-184962.

\* Het erkenningsnummer van het referentiecentrum voor refractaire epilepsie indien het gaat om verstrekkingen 170892 t.e.m. 171080, 152773 t.e.m. 152924, 171496 t.e.m. 171824

\* Het identificatienummer van het erkend centrum voor de implantatie van hartdefibrillatoren indien het gaat om implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes.

Overeenkomst borstreconstructie: nummer ziekenhuis + 190

(☞20) Overeenkomst complexe chirurgie pancreas + 185231-185242: nummer ziekenhuis + 193

Overeenkomst complexe chirurgie slokdarm: nummer ziekenhuis + 194

Deze erkenningsnummers moeten vermeld worden voor alle pseudo-codes uit de overeenkomsten, ook voor de codes “*Deelname aan het multidisciplinair consult door de verwijzende arts-specialist die niet behoort tot de staf van het centrum*” en “*Deelname aan het multidisciplinair consult door de behandelende huisarts*”, die eventueel door de betreffende arts-specialist of huisarts zelf gefactureerd worden en niet door het ziekenhuis.

Overeenkomst oncofreezing (ook voor de 96-codes):

- rechthebbende vanaf 16 jaar: nummer ziekenhuis + 191 of + 192
- rechthebbende jonger dan 16 jaar (ongeacht de verstrekking): nummer ziekenhuis + 192

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

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

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

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

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

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

**RUBRIEK : IDENTIFICATIE VERSTREKKER****VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 68**

Voor de structuur van de RIZIV-nummers van zorgverstrekkers: zie bijlage 16.

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

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.

De specifieke regels voor verpleegkundigen zijn opgenomen in R 50 Z 4 V 27 en volgende.

- (☞ 18) Uitzonderlijk moeten de medische huizen, in geval van facturatie van de (pseudo-)code 0109594 (t.e.m. 31/12/2023) of 0400396 (vanaf 1/1/2024), hun identificatienummer in deze zone vermelden.

Deze zone is gelijk aan nul voor de forfaits 0109616, 0509611 en 0409614.

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

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.

Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen

0460784, 0591076, 0591080, 0591091, 0591102, 0591603, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146, 700000, pseudo-codes oncofreezing en pseudo-codes globaal prospectief bedrag: pseudo-nummer verstrekker 01.00001.06.999

- (☞ 8) 0590181, 0590203, 0590310 en 0590332: identificatienummer van de hoofdarts die verantwoordelijk is voor de wacht.

forfaitaire honoraria per datum van staalafname voor ambulante klinische biologie (KB 24/9/1992), 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.

- (☞ 10) 0641524 : nummer van de bandagist

Tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal

Identificatienummer van de arts 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

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

Implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes: Nummer van de verstrekker van implantaten.

- (☞ 14) Materiaal mechanische trombectomie (overeenkomst art. 56): Nummer van de verstrekker van implantaten (die actief is in een verplegingsinrichting die de overeenkomst heeft ondertekend).

Gips, moedermelk en desinfecterende baden bij brandwonden

Bij facturering van verbanden en andere gipsstoffen, moedermelk en de desinfecterende baden bij brandwonden dient deze zone op nul te worden gezet.

Niet door Z.I.V.-vergoede producten, verstrekkingen of diensten

Voor niet door Z.I.V.-vergoede producten, verstrekkingen of diensten is deze zone gelijk aan nul.

Uitzondering: voor pseudo-code 960035-960046 (niet-vergoedbare laboratoriumonderzoeken) moet de verstrekker verplicht vermeld worden.

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

Parenterale voeding

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

Verstrekkingen R30-R60 in het kader van revalidatieovereenkomsten

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

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

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

OSAS-overeenkomst (vanaf 1/1/2018)

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

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

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

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

Frans-Belgische overeenkomst inzake dringend ziekenvervoer (0793553), Benelux beschikking m.b.t. grensoverschrijdend spoedeisend ambulancevervoer (0793575) en dringend ziekenvervoer (0784416 t.e.m. 0784486): de inhoud van deze zone is gelijk aan nul.

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

Tegemoetkoming in de kosten van menselijk volbloed en labiele bloedproducten

Identificatienummer van de verantwoordelijke arts van de bloedinstelling.

Opmerking : Voor Rode Kruis Vlaanderen is dit de “lokale” verantwoordelijke arts.

Overeenkomst “genetic counseling”: Identificatienummer van de arts-specialist die gemachtigd is om de forfaits te attesteren.

Overeenkomst borstreconstructie: identificatienummer van de arts-specialist die gemachtigd is om de verstrekkingen te attesteren (zie lijst van gemachtigde verstrekkers op website RIZIV).

Overeenkomsten complexe chirurgie: identificatienummer arts-specialist in de heelkunde

(☞ 14) Thuishospitalisatie

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

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

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

Overeenkomst “mobiele teams”:

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

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

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

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

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

(☞ 17) Overeenkomst obesitas bij kinderen

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

Jaarforfait (400654): identificatienummer huisarts of pediater

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

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

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

Individuele kinesiotherapie-zitting: identificatienummer kinesiotherapeut

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

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

	<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
	0	Er wordt geen verstrekkers meegegeeld in zone 15.
	1	Verstrekking of reeks van verstrekkingen die kan toegeschreven worden aan één enkele verstrekkers die ze heeft verricht.
(☞8)	2	Verstrekking of reeks van verstrekkingen geattesteerd door verpleegkundige maar verricht door zorgkundige Verstrekking geattesteerd door tandheerkundige of stomatoloog maar verricht door mondhygiënist
	3	Verstrekking fysiotherapie (art. 22) die (gedeeltelijk) verricht werd door een (of meerdere) kinesitherapeut(en) onder toezicht van een arts-specialist die de verstrekking heeft geattesteerd.
	4 **	Letter "G" op getuigschrift voor verstrekte hulp (arts heeft toegang tot de gegevens van het GMD, maar is niet de beheerder ervan).
(☞2)	5	Verstrekking geattesteerd door de stagemester maar verricht door een stagedoende arts (enkel in het kader van e-fac huisartsen, niet voor artsen-specialisten of tandartsen)
	9	Verstrekking of reeks van verstrekkingen die niet kan toegeschreven worden aan één enkele verstrekkers, 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;

(☞8) 0590181, 0590203, 0590310 en 0590332, 0460703, 0460784, 0460821, 0641465(\*\*\*), 0641480(\*\*\*), 0641502(\*\*\*), 0641524, 0656165, 0656180: moeten steeds worden vermeld met waarde 9;  
0591076, 0591080, 0591091, 0591102, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146, 0591603, 0700000 en pseudo-codes oncofreezing: moeten steeds vermeld worden met waarde 1.

(☞3) Verpleegkundige prestaties waarvoor statistische records met pseudocodes nodig zijn (\*) :

- Indien alle zorgen in het kader van een van deze prestaties door 1 verpleegkundige uitgevoerd werden:  
Prestatie + alle pseudo-codes: norm 1
- Indien alle zorgen in het kader van een van deze prestaties door 1 zorgkundige uitgevoerd werden:  
Prestatie + alle pseudo-codes: norm 2
- Indien de zorgen door meerdere verpleegkundigen en/of zorgkundigen uitgevoerd werden:  
Prestatie: norm 9  
Pseudo-codes: norm 1 bij de verstrekkingen die door een verpleegkundige werden uitgevoerd; norm 2 bij de verstrekkingen die door een zorgkundige werden uitgevoerd

Overeenkomsten complexe chirurgie

Steeds norm 9 (want de verstrekkingen moeten verricht worden door twee artsen-specialisten in de heelkunde).

- (☞3) (\*) Forfait A, B, C, PA, PB, PC, PP, prestaties 427534, 427556, 427571 of 429251 en supplementair honorarium PN.  
(\*\*) 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).
- (☞8) (\*\*\*)Geschrapt vanaf 01/04/2022.



---

**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.

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.

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 éézelfde dag de hoedanigheid van gehospitaliseerde en ambulante patiënt cumuleren, en voor zover de code PN of een pseudo-code uit bijlage 87 van de Verordening nog niet vermeld is in de zone, mag de zorgverstrekker de code 0426613 vermelden bij wijze van inlichting voor de verzekeringsinstellingen.

- (9) Wat de tandheelkundige zorg betreft, moeten alle verstrekkingen van artikel 5 van de nomenclatuur die buiten een vaste praktijk worden uitgevoerd en die geen andere betrekkelijke verstrekking vereisen, met een pseudocode “betrekkelijke verstrekking” 389933-389944 worden aangeduid zoals bepaald in artikel 6, §20 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Indien de verstrekking van artikel 5 reeds de vermelding van een andere betrekkelijke verstrekking vereist, blijft deze met voorrang gebruikt.

---

**RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING**

---

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

---

Het betreft het bedrag dat wordt terugbetaald door de verzekeringsinstelling.

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.

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

De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal.

Voor prestaties vanaf 1/1/2008 moet de tarificatie gebaseerd worden op de Code Gerechtigde 1.

Indien het 3<sup>de</sup> cijfer van de CG1 gelijk is aan 0, dan wordt er getarifeerd zonder voorkeurregeling.

Indien het 3<sup>de</sup> cijfer van de CG1 gelijk is aan 1, dan wordt er getarifeerd met voorkeurregeling.

Dringend ziekenvervoer (\*)

De tegemoetkoming bedraagt 50% van het gefactureerde bedrag, deze wordt afgerond naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar boven afgerond.

Honoraria voor prestaties ambulante klinische biologie gefactureerd aan de rechthebbenden zelf : altijd nul.

Forfaitair persoonlijk aandeel inzake speciale medisch-technische prestaties, pseudo-nomenclatuurcode 0700000 vermelden met negatieve waarde.

(\*) Vanaf prestatiedatum 1/1/2019 is er enkel nog een tegemoetkoming voor rechthebbenden die met de helikopter van CHU Sart Tilman of AZ St. Jan Brugge getransporteerd worden in het kader van dringende geneeskundige hulpverlening.

Implantaten (vanaf 1/7/2014) (KB van 25/6/2014):

Categorie I = implantaten, Categorie II = invasieve medische hulpmiddelen

- Categorie A : vergoed op basis van de individuele prijs als opgenomen op een nominatieve lijst  
 Categorie B : niet-forfaitaire tegemoetkoming zonder opname op een nominatieve lijst en indien prijs de veiligheidsgrens niet overschrijdt.  
 Categorie C : niet-forfaitaire tegemoetkoming als opgenomen op een nominatieve lijst (er is een veiligheidsgrens vastgesteld)  
 Categorie D : forfaitaire tegemoetkoming zonder opname op een nominatieve lijst  
 Categorie E : forfaitaire tegemoetkoming als opgenomen op een nominatieve lijst  
 Categorie F : tegemoetkoming op basis van de verkoopprijs incl BTW (vastgesteld door CGD)  
 Categorie G : tegemoetkoming in het kader van een « Beperkte Klinische Toepassing ».  
 Categorie H : tegemoetkoming in het kader van een contract afgesloten met het RIZIV

Statistische informatie betreffende forfaitaire honoraria voor verpleegkundige zorgen, ingeval van pseudo-codes uit art. 8, § 5, 3°, c met normwaarde 9 is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

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

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

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

Moedermelk (pseudo-code 695052-695063).

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

(☞ 16) **Vóór 1/9/2023**

*De tegemoetkoming in de kosten van moedermelk is als volgt vastgesteld:*

- a) voor een hoeveelheid van 200 ml of minder, vergoedt de ziekteverzekering het verschil tussen de basisprijs, die 0,32 EUR/10 ml bedraagt, en het forfaitair aandeel van 0,30 EUR ten laste van de rechthebbende;*  
*b) per bijkomende schijf van 20 ml, is de tegemoetkoming van de verzekering vastgesteld op 0,62 EUR.*

Berekeningsregels

- Het aantal milliliter wordt afgerond naar beneden per schijf :  
 bv 188 ml → voor de berekening : 180ml : 18 schijven van 10ml (8ml is onvoldoende voor de volgende schijf)  
 bv 233 ml → voor de berekening : 220ml : 20 schijven van 10ml en 1 schijf van 20ml (13ml is onvoldoende voor de volgende schijf)  
 Onder de 200ml zijn er dus schijven van 10ml en boven de 200ml schijven van 20ml.
- Het persoonlijk aandeel is 0,30 € voor de eerste schijf van 200ml en 0,02 € voor elke bijkomende schijf van 20ml
- Bijzonder geval : hoeveelheid > 9999 ml : de facturatie moet opgesplitst worden in meerdere records (aangezien de zone 22 slechts 4 posities telt)

Voorbeeld 1

Er wordt 556 ml gefactureerd → zone 22 = 556

556 ml → 20 \* 10 ml + 17 \* 20 ml = 540 ml (16 ml is onvoldoende voor de volgende schijf van 20 ml)

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

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

Voorbeeld 2

Er wordt 173 ml gefactureerd → zone 22 = 173

173 ml →  $17 * 10 \text{ ml} = 170 \text{ ml}$  (3 ml is onvoldoende voor de volgende schijf van 10 ml)

Terugbetaling (Z 19) =  $(17 * 0,32 \text{ €}) - 0,30 \text{ €} = 5,14 \text{ €}$

Persoonlijk aandeel (Z 27) = 0,30 €

Voorbeeld 3

Er wordt 10 173 ml gefactureerd

1<sup>st</sup>e record → zone 22 = 9 980

9 980 ml →  $20 * 10 \text{ ml} + 489 * 20 \text{ ml}$

Terugbetaling (Z 19) =  $(20 * 0,32 \text{ €}) - 0,30 \text{ €} + (489 * 0,62 \text{ €}) = 309,28 \text{ €}$

Persoonlijk aandeel (Z 27) =  $0,30 \text{ €} + (489 * 0,02 \text{ €}) = 10,08 \text{ €}$

2<sup>de</sup> record → zone 22 = 193

193 ml →  $19 * 10 \text{ ml}$

Terugbetaling (Z 19) =  $(19 * 0,32 \text{ €}) - 0,30 \text{ €} = 5,78 \text{ €}$

Persoonlijk aandeel (Z 27) = 0,30 €

**(☞ 16) Vanaf 1/9/2023**

*De tegemoetkoming in de kosten van moedermelk is vastgesteld op € 0,60 per 10 ml.*

Berekeningsregels

- Het aantal milliliter wordt afgerond naar beneden per schijf van 10ml:  
bv 188 ml → voor de berekening : 180ml : 18 schijven van 10ml (8ml is onvoldoende voor de volgende schijf)
- Er is geen persoonlijk aandeel.
- Het probleem van hoeveelheden > 9999 stelt zich niet meer (want de hoeveelheid wordt uitgedrukt in cl).

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.3.

**RUBRIEK : DATUM VOORSCHRIFT**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 100**

---

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

Forfaitaire honoraria voor verpleegkundige zorgen + bijhorende statistische records :

In het record van de forfaitaire honoraria moet de datum van de forfaitaanvraag op document 703ter of MyCareNetbericht 410000 worden vermeld.

In de statistische records moet de datum van het voorschrift worden vermeld, voor zover de nomenclatuur een voorschrift vereist; indien het gaat om hygiënische zorgen, bevat deze zone de datum van de toiletaanvraag op het document 703ter of MyCareNetbericht 410000; indien het gaat om basisverstrekkingen is deze zone steeds 0.

Implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes :

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

Tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal

Deze zone is gelijk aan nul.

Tegemoetkoming in de kosten van menselijk volbloed en labiele bloedproducten

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

Echelonnering

De datum van het verwijfsformulier van de huisarts moet in deze zone vermeld worden.

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

**RUBRIEK : TEKEN + AANTAL EENHEDEN****VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 4 N - 108**

Deze zone bevat:

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

OF

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

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.

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

Deze zone mag geen decimalen bevatten.

Reeksen van eenzelfde behandeling moeten lijn per lijn gefactureerd worden (aparte record per prestatie met begindatum = einddatum en aantal eenheden = 1), behalve de toezichtshonoraria (art. 25, §1), die wel in reeks mogen gefactureerd worden.

Opmerkingen:

- Voor verpleegkundige zorgen en de medische huizen is het aantal verstrekingen steeds gelijk aan 1;
- voor verbanden en andere gipsstoffen dient het aantal eenheden vermeld te worden;
- voor de isotopen dient het aantal keer te worden vermeld dat het tarief in rekening werd gebracht;
- bloed en bloedplasma dient te worden uitgedrukt in eenheid van aflevering;
- voor het menselijk lichaamsmateriaal (KB 2/6/2010) moet het aantal keer vermeld worden dat het eenheidstarief in rekening werd gebracht; ingeval van vergoeding per cm (57° ader-allogreffe), per cm<sup>2</sup> (11° in vloeibare stikstof dan wel in glycerol bewaarde huid, 12° keratinocyten, 58° amnionmembraan voor dermatologisch gebruik) of per cm<sup>3</sup> (59° corticaal beenpoeder met osteoinductiecapaciteit) moet dus het aantal cm, cm<sup>2</sup> of cm<sup>3</sup> vermeld worden;
- (☞ 16) - voor moedermelk :
  - Vóór 1/9/2023 : aantal ml (zie ook rekenregels in Z 19 V 1 en V 2);
  - Vanaf 1/9/2023 : aantal cl (= aantal keer dat het eenheidstarief in rekening werd gebracht).
- forfaitaire honoraria of globaal prospectief bedrag: aantal is steeds 1;
- voor de reiskosten in geval van revalidatieverstrekingen en voor de reiskosten van de vroedvrouwen (422973) moet het aantal kilometers heen en terug worden vermeld.
- voor de reiskosten van artsen in plattelandsstreken (109955) is deze zone gelijk aan (afstand in km x 2).
- voor de diverse kosten in ziekenhuizen (zie R 50 Z 4 V 14) mag het aantal eenheden groter zijn dan 1.
- Voor de tussenkomst van een Belgische MUG op Frans grondgebied in het kader van de Frans-Belgische overeenkomst inzake dringend ziekenvervoer (pseudo-code 793553) en voor de tussenkomst van een Belgische ambulance/MUG in Nederland in het kader van de Benelux beschikking m.b.t. grensoverschrijdend spoedeisend ambulancevervoer (pseudo-code 793575) (forfaitair bedrag per half uur) dient in deze zone het aantal begonnen halve uren vermeld te worden.
- dringend ziekenvervoer: aantal kilometer (ingeval van pseudo-codes 784416 t.e.m. 784464) of aantal paar gebruikte elektroden (ingeval van pseudo-code 784475-784486).

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

Implantaten

- het aantal identieke implantaten die tijdens 1 ingreep werden gebruikt mogen via 1 recordtype worden gefactureerd;  
Opgelet: het aantal eenheden in de records “veiligheidsgrens” en “afleveringsmarge” moet identiek zijn aan het aantal eenheden in de record waarin de implantaten zelf gefactureerd worden.
- implantaten met een vergoeding per cm<sup>2</sup> (of per contactpunt):
  - Voor implantaten met nominatieve lijsten en zonder forfait is het aantal eenheden gelijk aan het aantal keren dat het product, zoals het op de lijst beschreven is, gebruikt wordt (dus niet het aantal cm<sup>2</sup> of het aantal contactpunten).  
Het aantal eenheden in de records “veiligheidsgrens” en “afleveringsmarge” moet identiek zijn aan het aantal eenheden in de record waarin de implantaten zelf gefactureerd worden.
  - Voor implantaten zonder nominatieve lijsten (met of zonder forfait) is het aantal eenheden gelijk aan het aantal cm<sup>2</sup>, afgerond naar het dichtstbijzijnde geheel getal (de helft van een eenheid wordt naar boven afgerond).  
Meerdere identieke implantaten kunnen niet via één record worden gefactureerd. Er moet een aparte record per implantaat worden gemaakt.  
De veiligheidsgrens en afleveringsmarge worden berekend per implantaat (en dus niet per cm<sup>2</sup>). Het aantal eenheden in de records “veiligheidsgrens” en “afleveringsmarge” is steeds gelijk aan 1 (en dus niet gelijk aan het aantal cm<sup>2</sup> en dus ook niet gelijk aan het aantal eenheden in de record waarin het implantaat zelf gefactureerd wordt).

**Voorbeelden netjes (gebaseerd op prijzen 1/12/2016)****Voorbeeld 1: 157931 - 157942 (met nominatieve lijst en zonder forfait)**

Aflevering van 1 netje met identificatiecode 320010000826 (oppervlakte = 176,63 cm<sup>2</sup>):

Record netje: Z 22 = 1; Z 19 = 529,89 EUR; Z 27 = 0

Record veiligheidsgrens: Z 22 = 1; Z 27 = 158,96 EUR

Record afleveringsmarge: Z 22 = 1; Z 27 = 68,88 EUR

Aflevering van 2 netjes met identificatiecode 320010000826:

Record netje: Z 22 = 2; Z 19 = 1059,78 EUR; Z 27 = 0

Record veiligheidsgrens: Z 22 = 2; Z 27 = 2 \* 158,96 = 317,92 EUR

Record afleveringsmarge: Z 22 = 2; Z 27 = 2 \* 68,88 = 137,76 EUR

**Voorbeeld 2: 158012 - 158023 (met nominatieve lijst en met forfait per netje)**

Aflevering van 2 netjes met identificatiecode 321010002530

Record netje:  $Z 22 = 2$ ;  $Z 19 = 2 * 146,40 = 292,80$  EUR;  $Z 27 = 2 * 48,80$  EUR = 97,60 EUR

Record afleveringsmarge:  $Z 22 = 2$ ;  $Z 27 = 2 * 19,52 = 39,04$  EUR

**Voorbeeld 3: 157894 - 157905 (zonder nominatieve lijst en zonder forfait)**

Aflevering van 1 netje met notificatiecode 0000011665-72 (Vicryl Mesh 13,5 x 11 CM).

De oppervlakte is 148,50 cm<sup>2</sup>. Dit wordt afgerond naar 149 cm<sup>2</sup>.

Record netje:  $Z 22 = 149$ ;  $Z 19 = 149 * 0,50 = 74,50$  EUR;  $Z 27 = 0$

Record veiligheidsgrens:  $Z 22 = 1$ ;  $Z 27 = \text{prijs} - \text{terugbetalingsbedrag}$  (74,50 EUR)  
indien prijs  $\leq 74,50 + 50\%$  van 74,50

Record afleveringsmarge:  $Z 22 = 1$ ;  $Z 27 = 10\%$  van prijs netje geplafonneerd op 148,74 EUR

Aflevering van 1 netje met notificatiecode 0000204480-93 (Vicryl Mesh 8,5 x 10,5 CM).

De oppervlakte is 89,25 cm<sup>2</sup>. Dit wordt afgerond naar 89 cm<sup>2</sup>.

Record netje:  $Z 22 = 89$ ;  $Z 19 = 89 * 0,50 = 44,50$  EUR;  $Z 27 = 0$

Record veiligheidsgrens:  $Z 22 = 1$ ;  $Z 27 = \text{prijs} - \text{terugbetalingsbedrag}$  (44,50 EUR)  
indien prijs  $\leq 44,50 + 50\%$  van 44,50

Record afleveringsmarge:  $Z 22 = 1$ ;  $Z 27 = 10\%$  van prijs netje geplafonneerd op 148,74 EUR

Aflevering van 2 netjes met notificatiecode 0000204480-93 (Vicryl Mesh 8,5 x 10,5 CM).

De oppervlakte is 89,25 cm<sup>2</sup> per netje. Dit wordt afgerond naar 89 cm<sup>2</sup>.

Record 1<sup>ste</sup> netje:  $Z 22 = 89$ ;  $Z 19 = 89 * 0,50 = 44,50$  EUR;  $Z 27 = 0$

Record veiligheidsgrens 1<sup>ste</sup> netje:  $Z 22 = 1$ ;  $Z 27 = \text{prijs} - \text{terugbetalingsbedrag}$  (44,50)  
indien prijs  $\leq 44,50 + 50\%$  van 44,50

Record afleveringsmarge 1<sup>ste</sup> netje:  $Z 22 = 1$ ;  $Z 27 = 10\%$  van prijs netje geplafonneerd op 148,74 EUR

Record 2<sup>de</sup> netje:  $Z 22 = 89$ ;  $Z 19 = 89 * 0,50 = 44,50$  EUR;  $Z 27 = 0$

Record veiligheidsgrens 2<sup>de</sup> netje:  $Z 22 = 1$ ;  $Z 27 = \text{prijs} - \text{terugbetalingsbedrag}$  (44,50)  
indien prijs  $\leq 44,50 + 50\%$  van 44,50

Record afleveringsmarge 2<sup>de</sup> netje:  $Z 22 = 1$ ;  $Z 27 = 10\%$  van prijs netje geplafonneerd op 148,74 EUR

**Voorbeeld 4: 160495 – 160506 (zonder nominatieve lijst en met forfait per netje)**

Aflevering van 2 netjes met notificatiecode 0000027597-48 (PFTE felt 2,5 x 10,2cm)

Record netje:  $Z 22 = 2$ ;  $Z 19 = 2 * 75,08 = 150,16$  EUR;  $Z 27 = 0$

Record afleveringsmarge:  $Z 22 = 2$ ;  $Z 27 = 2 * 7,5 = 15$  EUR



---

**RUBRIEK : AFWIJ KING MAXIMAAL AANTAL OF IDENTIEKE PRESTATIE**


---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 113**


---

Voor bepaalde verstrekkingen voorzien de toepassingsregels in de nomenclatuur een maximaal aantal verstrekkingen in een bepaalde periode.

In sommige gevallen voorziet de nomenclatuur ook afwijkingen op dit maximaal aantal.

Dergelijke afwijkingen kunnen in deze zone gecommuniceerd worden via de waarden "01" en "02".

De 'bewijsstukken' voor de afwijking worden ter beschikking gehouden van de verzekeringsinstellingen voor a posteriori controles.

Deze zone wordt ook gebruikt om aan te duiden dat het wel degelijk gaat om een tweede (of derde of volgende)

(☞16) identieke verstrekking dezelfde dag door dezelfde verstreker voor prestaties zonder maximumregels (waarde "03" of "04").

(☞16) Waarden "03" en "04" moeten verplicht gebruikt worden voor verstrekkingen gefactureerd door artsen of tandartsen via e-fact of e-attest, maar kunnen uitzonderlijk ook gebruikt worden voor consultaties/bezoeken gefactureerd door andere verstrekkers/instellingen (bv. ziekenhuizen).

Op de website van het RIZIV (op de pagina "Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager") is een lijst gepubliceerd met prestaties waarvoor waarde 1 moet vermeld worden indien een uitzondering op het maximaal aantal (zoals voorzien in de nomenclatuur) van toepassing is.

Deze lijst maakt integraal deel uit van de factureringsinstructies.

Bij gebruik van waarde "02" (andere zitting/voorschrift), volstaat het om deze waarde te vermelden bij één van de verstrekkingen.

Indien een specifieke waarde in deze zone vermeld moet worden, dan volstaat het om deze waarde te vermelden bij de hoofdprestatie, ze hoeft niet overgenomen te worden bij bv. operatieve hulp, anesthesie, bijkomend honorarium dringendheid,...

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
01	Afwijking op maximaal aantal. (Er is een wettelijke beperking, maar een bepaalde afwijking is toegelaten)
02	Andere zitting/voorschrift. (Als een bepaling in de reglementering voorziet dat ze wordt toegepast per zitting of per voorschrift, kan door deze waarde aangegeven worden dat het gaat over een andere zitting/voorschrift)
(☞16) 03	2 <sup>e</sup> identieke verstrekking van de dag. (Er is geen wettelijke beperking; deze waarde geeft aan dat het NIET gaat om een onterechte dubbele facturatie van dezelfde verstrekking)
(☞16) 04	3 <sup>e</sup> of volgende identieke verstrekking van de dag. (Idem als waarde 03, maar voor meerdere prestaties.)
00	Alle andere gevallen.

---

**RUBRIEK : IDENTIFICATIE VOORSCHRIJVER**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 115**

---

- De werkwijze om het nummer van de voorschrijver te bekomen is dezelfde als de wijze waarop het identificatienummer van de verstrekker wordt bekomen (zie recordtype 50 zone 15).
- Het nummer moet vermeld worden als recordtype 50 zone 26 = 1, 2, 4, 5, 6 of 9.
- Het nummer = 0 als recordtype 50 zone 26 = 0 of 3.
- Indien het gaat om een buitenlandse voorschrijver, moet volgende pseudo-identificatiecode worden gebruikt : 01.00000.07.999

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 voorschrijver moet vermeld worden. Deze lijst wordt regelmatig geactualiseerd.

Voor prestaties die niet op de lijst staan, mag er geen voorschrijver ingevuld worden en moet deze zone dus verplicht met nullen opgevuld worden.

Forfaitaire honoraria voor verpleegkundige zorgen + bijhorende statistische records.

In de statistische records moeten de gegevens betreffende de voorschrijver worden meegedeeld in zoverre ze door de bepalingen van de nomenclatuur worden vereist.

In het record van de forfaitaire honoraria wordt één van de voorschrijvers vermeld uit de bijhorende statistische records; indien in de bijhorende statistische records geen voorschrijver wordt vermeld is deze zone eveneens gelijk aan nul.

Mammografie in het kader van een door een overheid georganiseerd bevolkingsonderzoek (0450192 - 0450203 en 0450214 – 0450225):

- Indien de prestatie werd voorgeschreven: voorschrijver moet vermeld worden.
- Indien de uitnodiging van de overheid als voorschrift geldt: pseudo-voorschrijver 01.00001.06.999 moet vermeld worden.

Tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal

Identificatienummer van de arts die het materiaal heeft aangevraagd en de transplantatie uitvoert = arts die verantwoordelijk is voor de greffe = arts die het attest betreffende het gebruik ondertekent.

Tegemoetkoming in de kosten van menselijk volbloed en labiele bloedproducten

Identificatienummer van de arts van de verplegingsinrichting die het product aangevraagd (voorgeschreven) heeft.

Echelonnering (KB 26 november 2006)

Voor raadplegingen bij artsen-specialisten die worden gefactureerd met verminderd persoonlijk aandeel (omdat de patiënt doorverwezen werd door een huisarts), moet het identificatienummer van de verwijzende huisarts in deze zone vermeld worden. In zone 26 moet in dat geval de normcode 2 vermeld worden.

---

**RUBRIEK : NORM VOORSCHRIJVER**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 127**

---

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0	Geen voorschrijver.
1	De verstrekking kan toegeschreven worden aan 1 voorschrijver.
2	Echelonnering (de verstrekking wordt gefactureerd met verminderd persoonlijk aandeel) (het identificatienummer van de verwijzende huisarts moet vermeld worden in de zone 24-25).
3	De verstrekkingen worden verricht voor eigen patiënten.
4	Het betreft toegevoegde verstrekkingen.
5	De verstrekking kan toegeschreven worden aan 1 voorschrijver en werd gesubstitueerd.
6	De verstrekking is voorgeschreven door meerdere voorschrijvers en werd gesubstitueerd.
9	De verstrekking is voorgeschreven door meerdere voorschrijvers. Het identificatienummer van één van hen wordt opgenomen in de zone van de voorschrijver (recordtype 50 zone 24-25).

Voor verpleegkundige zorgen is de norm voorschrijver gelijk aan 0, 1 of 9.

RUBRIEK : Normcode voorschrijver

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

---

Recordtype 50  
Zone 15

Recordtype 50  
Zone 26

Recordtype 50  
Zone 24-25

---

Identificatie-  
nummer van de  
verstrekker

Normcode  
Voorschrijver

Identificatie-  
nummer van de  
voorschrijver

---

De verstrekker is een specialist  
voor röntgendiagnose en

- de verstrekking is voorgeschreven

A

1 of 9

B

---

De verstrekker heeft een dubbele bekwaming  
waaronder röntgendiagnose en

- de verstrekking is voorgeschreven

A

1 of 9

B

---

(☞4) De verstrekker heeft een bekwaming  
zoals vermeld in art. 4, § 1 van  
de nomenclatuur

- de verstrekking is voorgeschreven

A

1 of 9

B

- de verstrekking is verricht

A

3

12 nullen

voor eigen patiënten

(d.w.z. zonder voorschrijver)

---

RUBRIEK : Normcode voorschrijver

Geldige combinaties voor de verstrekkingen inzake radiologie  
art. 17

	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 verstrekking is voorgeschreven en werd gesubstitueerd	A	5 of 6	B
De verstrekker heeft een dubbele bekwa- ming waaronder röntgendiagnose en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is voorgeschreven en werd gesubstitueerd	A	5 of 6	B

RUBRIEK : Normcode voorschrijverVerstrekkingsen, opgenomen in art. 17 bis - echografieën.

	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 verstrekking is voorgeschreven en werd gesubstitueerd	A	5 of 6	B
De verstrekker heeft een dubbele bekwaming waaronder röntgendiagnose en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is verricht voor zijn eigen patiënten (d.w.z. zonder voorschrijver)	A	3	12 nullen
- de verstrekking is voorgeschreven en werd gesubstitueerd	A	5 of 6	B

Verstrekkingsen, opgenomen in art. 17 quater - echografieën.

	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 arts-specialist met een andere bekwaming dan röntgendiagnose en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is verricht voor zijn eigen patiënten (d.w.z. zonder voorschrijver)	A	3	12 nullen

RUBRIEK : Normcode voorschrijverGeldige combinaties voor de verstrekking inzake radiologie art. 17 ter.

	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 arts-specialist met een andere bekwaming dan röntgendiagnose en - de verstrekking is verricht voor zijn eigen patiënten (d.w.z. zonder voorschrijver)	A	0	12 nullen

RUBRIEK : Normcode voorschrijverGeldige combinaties voor de verstrekkingen inzake klinische biologie (art. 3, 24 en 24bis) en pathologische anatomie (art. 32).

	Recordtype 50 Zone 15	Recordtype 50 Zone 26	Recordtype 50 Zone 24-25
	Identificatienummer van de verstrekker	Normcode Voorschrijver	Identificatienummer van de voorschrijver
De verstrekker is een arts, specialist voor klinische biologie (in geval van verstrekkingen uit art. 3, art. 24 en art. 24bis)			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is bijgevoegd (uitgevoerd door hem/haar zelf)	A	4	A
- de verstrekking is bijgevoegd (uitgevoerd door een andere arts-specialist in de klinische biologie)	B	4	A
- de verstrekking is voorgeschreven door de arts-specialist voor klinische biologie zelf (voor zichzelf of voor andere patiënten die hij in behandeling heeft)	A	3	12 nullen
De verstrekker is een arts, specialist voor pathologische anatomie, (in geval van verstrekkingen uit art. 32)			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is bijgevoegd	A	4	A
- de verstrekking is voorgeschreven door de arts-specialist voor pathologische anatomie zelf ( in geval van prestatie 588954-588965 of 588932-588943)	A	3	12 nullen
De verstrekker is een arts-specialist in nucleaire geneeskunde (in geval van 22 verstrekkingen uit art. 24, die analoog zijn aan de 22 verstrekkingen uit art. 18, §2 B,e) of de verstrekker heeft een dubbele bekwaming waaronder klinische biologie (in geval van verstrekkingen uit art. 3, art. 24 en art. 24bis) of pathologische anatomie (in geval van verstrekkingen uit art. 32), en :			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is bijgevoegd	A	4	A
- de verstrekking is verricht voor zijn eigen patiënten (d.w.z. zonder voorschrijver)	A	3	12 nullen
De artsen, specialist voor een andere discipline dan klinische biologie of patho- logische anatomie, en voor de zieken die zij verzorgen in het raam van hun specialisme (enkel voor verstrekkingen uit art. 3, art. 24 en art.32, niet voor art. 24bis)			
	A	3	12 nullen



RUBRIEK : Normcode voorschrijverGeldige combinaties voor de verstrekkingen inzake klinische biologie (art. 3, 24 en 24bis) en pathologische anatomie (art. 32) (vervolg).

	Recordtype 50 Zone 15	Recordtype 50 Zone 26	Recordtype 50 Zone 24-25
	Identificatienummer van de verstrekker	Normcode Voorschrijver	Identificatienummer van de voorschrijver
De algemeen geneeskundigen voor de verstrekkingen van art. 3	A	3	12 nullen
De verstrekker is een apotheker of een erkende licentiaat in de wetenschappen voor de verstrekkingen van art. 3, art. 24 en art. 24bis of een apotheker erkend vóór 1/1/1980 voor de verstrekkingen van art. 32			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 ou 9	B
- de verstrekking is bijgevoegd (uitgevoerd door hem/haar zelf)	A	4	A
- de verstrekking is bijgevoegd door een arts-specialist in klinische biologie (uitgevoerd door een apotheker of erkende licentiaat)	A	4	B (arts-specialist in klinische biologie)
- de verstrekking is bijgevoegd door de apotheker of erkende licentiaat (uitgevoerd door een andere apotheker of erkende licentiaat) (**)	A	4	B (apotheker of erkende licentiaat)

(\*) Bovendien herinneren wij eraan dat de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van de meeste verstrekkingen inzake klinische biologie krachtens het K.B. van 16 december 1982 afhankelijk is van de voorwaarde dat die verstrekkingen worden uitgevoerd in een erkend laboratorium.

(\*\*) De apotheker-bioloog of de licentiaat in de wetenschappen moet de voorafgaande toestemming van de behandelend arts verkrijgen in de gevallen waarin hij zich voorneemt de lijst van de voorgeschreven analyses te wijzigen in functie van de geschiktheid van de gebruikte techniek voor de behandeling of voor de toestand van de patiënt (zie art 24, §9, 3 van de nomenclatuur)

RUBRIEK : Normcode voorschrijverGeldige combinaties voor de verstrekkingen inzake nucleaire geneeskunde in vitro  
(art. 18, § 2, B, e).De verstrekker moet de toestemming hebben om radioactieve stoffen te bewaren en te gebruiken voor geneeskundige doeleinden.

	Recordtype 50 Zone 15	Recordtype 50 Zone 26	Recordtype 50 Zone 24-25
	Identificatie- nummer van de verstrekker	Normcode Voorschrijver voorschrijver	Identificatie- nummer van de
De verstrekker is een specialist voor radio- en radiumtherapie en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is bijgevoegd	A	4	A
- de verstrekking is verricht voor zijn eigen patiënten (d.w.z. zonder voorschrijver)	A	3	12 nullen
De verstrekker heeft een dubbele bekwaming waaronder radio- en radiumtherapie, en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is bijgevoegd	A	4	A
- de verstrekking is verricht voor zijn eigen patiënten (d.w.z. zonder voorschrijver)	A	3	12 nullen
De verstrekker is arts-specialist in de nucleaire geneeskunde en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is bijgevoegd	A	4	A
- de verstrekking is verricht voor zijn eigen patiënten (d.w.z. zonder voorschrijver)	A	3	12 nullen

RUBRIEK : Normcode voorschrijverGeldige combinaties voor de verstrekkingen inzake nucleaire geneeskunde in vitro  
(art. 18, § 2, B, e) (vervolg).De verstrekker moet de toestemming hebben om radioactieve stoffen te bewaren en te gebruiken voor geneeskundige doeleinden.

	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 apotheker of licentiaat in de wetenschappen (onder de voorwaarden in art. 19, §5bis) en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is bijgevoegd	A	4	A
De verstrekker is arts-specialist in de klinische biologie (onder de voorwaarden in art. 19, §5ter) en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is bijgevoegd	A	4	A
- de verstrekking is verricht voor zijn eigen patiënten (d.w.z. zonder voorschrijver)	A	3	12 nullen
De verstrekker is een gemachtigd arts (onder de voorwaarden in art. 19, §5 quater) en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is verricht voor zijn eigen patiënten (d.w.z. zonder voorschrijver)	A	3	12 nullen

Bovendien herinneren wij eraan dat de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van de verstrekkingen inzake nucleaire geneeskundige in vitro krachtens het K.B. van 16 december 1982 afhankelijk is van de voorwaarde dat die verstrekkingen worden uitgevoerd in een erkend laboratorium.

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
- 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
- de verstrekking is voorgeschreven door de specialist zelf voor eigen patiënten (niet mogelijk voor verstrekking 442735-442746, tenzij de specialist tevens neuroloog, psychiater, geriater of neuropsychiater is)	A	3	12 nullen

---

**RUBRIEK : TEKEN + PERSOONLIJK AANDEEL PATIENT**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 9 N - 128**

---

In deze zone moeten de werkelijk aangerekende reglementaire persoonlijke aandelen worden vermeld.  
De inhoud van deze zone is belangrijk in het kader van de berekening van het jaarbedrag aan persoonlijke aandelen.

Indien het reglementair persoonlijk aandeel slechts gedeeltelijk wordt aangerekend, dan komt in deze zone het werkelijk aangerekend bedrag (mogelijk zelfs nul) met vermelding van waarde 1 in zone 33.

Het reglementair persoonlijk aandeel (of aangerekend deel ervan) moet ook in deze zone worden vermeld als het (rechtstreeks) ten laste werd genomen door een OCMW of 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.

Bij de herindiening van een verworpen prestatie, moet de zone “persoonlijk aandeel patiënt” opnieuw ingevuld worden, zelfs indien het bedrag ondertussen werd gefactureerd aan en betaald door de patiënt.

Voor de verblijfkosten voor herscholing in het kader van de individuele revalidatie (0771050 - 0771061), komt in deze zone het bedrag dat ten laste blijft van de patiënt.

Honoraria voor prestaties ambulante klinische biologie gefactureerd aan de rechthebbenden zelf : altijd nul.

Statistische informatie betreffende forfaitaire honoraria voor verpleegkundige zorgen, ingeval van pseudo-codes uit art. 8, § 5, 3°, c met normwaarde 9 is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

Implantaten :

- Vanaf 1/7/2014: voor de verstrekkingen uit “de lijst” (bijlage bij KB van 25/06/2014) is volgend persoonlijk aandeel van toepassing (zie zone “personalContribution” in referentiebestand “LIST”):
  - voor verstrekkingen met waarde a in de zone “reimbursementSubCategory” is er geen persoonlijk aandeel
  - voor verstrekkingen met waarde b, c, d of e in de zone “reimbursementSubCategory” is in een reglementair persoonlijk aandeel voorzien
- Het bedrag van de afleveringsmarge moet vermeld worden in deze zone, behalve de afleveringsmarge voor spraakprothesen (785352/363) die in zone 19 moet vermeld worden.
- Het bedrag dat als veiligheidsgrens aan de rechthebbende aangerekend wordt (zoals gedefinieerd in “de lijst” (KB 25/06/2014), moet in deze zone vermeld worden.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.3.

**RUBRIEK : REFERENTIE INSTELLING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 25 A - 138**

---

Zie recordtype 10 zone 28.

---

**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  
(<http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/individuele-verzorging/honoraire/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.

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 OF BEDRAG VOOR NIET-VERGOEDBARE PRODUCTEN, VERSTREKKINGEN OF DIENSTEN**

---

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

---

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

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.

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

De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal.

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

Dringend ziekenvervoer vanaf 1/1/2019

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

Implantaten :

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

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

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

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

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

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

Tandartsen:

De bedragen die (aan de patiënt) aangerekend worden voor mechanische verankering, bij gebruik van bioactief dentinesubstituut of bij een vergoedbare endodontische behandeling in geval van een in het dossier gedocumenteerde detiscor klasse B worden in deze zone vermeld.

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

Globaal prospectief bedrag: steeds nul.

“Nulrecords” : supplement mogelijk

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

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.3.

---

**RUBRIEK : RECHTVAARDIGING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A - 175**

---

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

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

**RUBRIEK : CODE FACTURERING PERSOONLIJK AANDEEL OF SUPPLEMENT****VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 176**

(☞9) Zie recordtype 30 zone 33.

Waarde	Betekenis
1	Persoonlijk aandeel en/of supplement werd geheel of gedeeltelijk ten laste gelegd van de verstrekker/instelling zelf of van een wetgeving buiten de ZIV (inhoud zone 27 en/of zone 30-31 kleiner dan verwacht bedrag of gelijk aan nul).
2	Remgelden gedragen in het kader van de reglementering arbeidsongevallen internationale verdragen (inhoud zone 27 gelijk aan nul, remgeld wordt vermeld in zone 19)
3	Remgelden gedragen in het kader van de reglementering MAF (inhoud zone 27 gelijk aan nul, remgeld wordt vermeld in zone 19) Deze waarde kan enkel gebruikt worden door ziekenhuizen voor gehospitaliseerde patiënten. (*)
4	Mededeling MAF-recht ontvangen maar 100% facturatie niet toegepast omdat de patiëntenfactuur en/of de factuur aan de VI reeds opgemaakt was op het ogenblik van de mededeling of omdat het gaat om een correctie, herfacturatie of herindiening van een gewone (niet 100%) factuur. Deze waarde kan enkel gebruikt worden door ziekenhuizen voor gehospitaliseerde patiënten. (*)
5	Honorariumsupplement aangerekend door geconventioneerde (tand)arts omwille van bijzondere eisen van de patiënt, zoals voorzien in het akkoord (tand)artsen-ziekenfondsen (Z 35 = 1 en Z 30-31 ≠ 0)
6 **	Geplaatste geïnterneerde (facturatie zoals voor een gewone verzekerde, maar patiëntenfactuur wordt aan de FOD Justitie geadresseerd)
7 **	Geplaatste geïnterneerde waarvoor remgelden gedragen worden in het kader van de reglementering MAF (inhoud zone 27 gelijk aan nul, remgeld wordt vermeld in zone 19) Deze waarde kan enkel gebruikt worden door ziekenhuizen voor gehospitaliseerde patiënten. (*)
8 **	Geplaatste geïnterneerde waarvoor mededeling MAF-recht ontvangen werd maar 100% facturatie niet toegepast werd omdat de patiëntenfactuur en/of de factuur aan de VI reeds opgemaakt was op het ogenblik van de mededeling of omdat het gaat om een correctie, herfacturatie of herindiening van een gewone (niet 100%) factuur. Deze waarde kan enkel gebruikt worden door ziekenhuizen voor gehospitaliseerde patiënten. (*)
(☞9) 9	Specifieke sociale categorie (***) (inhoud zone 27 gelijk aan nul, remgeld wordt vermeld in zone 19)
0	In alle andere gevallen, ook als persoonlijk aandeel en/of supplement (rechtstreeks) ten laste genomen wordt van het OCMW of een privé-verzekeringsmaatschappij (persoonlijk aandeel moet vermeld worden in zone 27; supplement moet vermeld worden in zone 30-31)

Reglementaire persoonlijke aandelen die niet worden aangerekend door de verstrekker: Z 27 = 0 en Z 33 = 1.

(☞9) Opgelet : waarden 3, 4, 6, 7, 8, 9 primeren op waarde 1. Waarde 9 primeert ook op waarden 3 en 4.

In zone 27 en in zone 30-31 komen de bedragen die effectief worden aangerekend aan de patiënt of die (rechtstreeks) ten laste worden genomen door het OCMW of een privé-verzekeringsmaatschappij.

Bedragen die (rechtstreeks) ten laste worden genomen door de verstrekker/instelling zelf of door een andere wetgeving buiten de ZIV komen niet op de factuur.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.

(\*) De waarde 3, 4, 7, 8 moet ook gebruikt worden voor prestaties zonder persoonlijk aandeel. De waarde 3, 4, 7 of 8 mag evenwel niet gebruikt worden ingeval van facturatie van de verplaatsingskosten "dringend ziekenvervoer" (pseudo-codes 784416 t.e.m. 784486) of ingeval van facturatie van niet-vergoedbare verstrekkingen of diensten (960-codes).

(☞9) (\*\*) Deze waarde wordt geschrapt vanaf prestatiedatum 1/1/2023. Voor de geplaatste geïnterneerden zullen dezelfde regels van toepassing zijn als voor de gedetineerden (waarde 9).

(☞9) (\*\*\*) Het betreft gedetineerden waarvoor het remgeld ten laste genomen wordt door de ziekteverzekering.

(☞11) Deze waarde mag niet gebruikt worden voor prestaties verricht voor een pasgeborene die op naam van de (gedetineerde) moeder gefactureerd worden (R 50 Z 10 = 2, 3, 4 of 5).

(☞15) Deze waarde mag ook niet gebruikt worden voor niet-vergoedbare verstrekkingen (codes 96xxxx).

**Voorbeeld****Gewone facturering**

Z 4	Z19	Z 22	Z 27	Z 30-31	Z 33	
(pseudo) nom.code	ZIV-tegemoetkoming	Aantal	PA	Supplement	Code facturering PA of supplement	
149026	+16,69	+1	+5,56	+0	0 of 4	technische geneesk. verstr.
682765	+100,18	+1	+0	+0	0 of 4	implantaat
618741	+0	+1	+52,22	+0	0 of 4	veiligheidsgrens
685823	+0	+1	+15,24	+0	0 of 4	afleveringsmarge
700000	- 16,40	+1	+16,40	+0	0 of 4	P.A.medisch-technische prestaties
960503	+0	+1	+0	+50,00	0	diverse kosten
699123	+ 36,81	+1	+0	+0	0 of 4	radio-isotoop

Facturering aan 100% (remgelden gedragen in het kader van de reglementering arbeidsongevallen internationale verdragen of in het kader van de reglementering MAF)

Z 4	Z19	Z 22	Z 27	Z 30-31	Z 33	
(pseudo) nom.code	ZIV-tegemoetkoming	Aantal	PA	Supplement	Code facturering PA of supplement	
149026	+22,25	+1	+0	+0	2 of 3	technische geneesk. verstr.
682765	+100,18	+1	+0	+0	2 of 3	implantaat
618741	+52,22	+1	+0	+0	2 of 3	veiligheidsgrens
685823	+15,24	+1	+0	+0	2 of 3	afleveringsmarge
700000	+0	+1	+0	+0	2 of 3	P.A.medisch-technische prestaties
960503	+0	+1	+0	+50,00	0	diverse kosten
699123	+ 36,81	+1	+0	+0	2 of 3	radio-isotoop

(9) Facturering aan 100% omwille van specifieke sociale categorie

Z 4	Z19	Z 22	Z 27	Z 30-31	Z 33	
(pseudo) nom.code	ZIV-tegemoetkoming	Aantal	PA	Supplement	Code facturering PA of supplement	
149026	+22,25	+1	+0	+0	9	technische geneesk. verstr.
682765	+100,18	+1	+0	+0	9	implantaat
618741	+52,22	+1	+0	+0	9	veiligheidsgrens
685823	+15,24	+1	+0	+0	9	afleveringsmarge
700000	+0	+1	+0	+0	9	P.A.medisch-technische prestaties
960503	+0	+1	+0	+50,00	0	diverse kosten
699123	+ 36,81	+1	+0	+0	9	radio-isotoop

**RUBRIEK : BEHANDELD LID****VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 177**

In deze zone moet door middel van een code worden aangeduid of de behandeling werd verricht op een linker of een rechter lidmaat.

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

Deze zone mag ook facultatief ingevuld worden voor andere verstrekkingen dan deze die hierboven opgesomd zijn

**A. Prestaties verricht voor 01/04/2022 :**

## 1. Art. 14 :

- oftalmologische prestatie 245151-245162 uit art. 14 h), §1, I, 1° van de nomenclatuur;
- oftalmologische prestaties uit art. 14, h), §1, I, 6° van de nomenclatuur; oftalmologische prestaties voor de behandeling met lazer (art. 14, h), § 1, II, 3° van de nomenclatuur); oftalmologische prestaties 248334-248345 en 248415-248426 uit art. 14, h), §1, II, 1° van de nomenclatuur;
- de prestaties inzake bloedvatenheelkunde uit art. 14, f), 4° van de nomenclatuur, met uitzondering van 238011-238022, 238276-238280 en 238335-238346.
- de prestaties 251576-251580, 251613-251624 en 251591-251602 uit art. 14 c)

## 2. Overeenkomst borstreconstructie: de prestaties 252652-252663 en 252696-252700

## 3. Art. 17 et 17ter:

de radiografieën 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.

## 4. « De Lijst » (implantaten) :

- de prestaties 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 et 181252-181263 (verankeringsimplantaat voor externe prothese).
- de prestaties 152935-152946, 152950-152961, 152972-152983, 152994-153005, 170811-170822, 170833-170844, 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064, 153075-153086, 153090-153101, 153112-153123, 180574-180585, 180596-180600, 180611-180622, 180633-180644, 180655-180666, 180670-180681, 180692-180703, 180714-180725 (cochhleaïre implantaten)

(☞3) - de prestaties 181974-181985 voor behandeling voor glaucoom.

**B. Prestaties verricht vanaf 01/04/2022 :**

(☞7) Lateraliteit (links of rechts) moet vermeld worden voor elke lidmaat en elk paar orgaan (KB 06/09/21, BS 27/09/21). Dit heeft geen impact op de geldende toepassingsregels in de nomenclatuur. De betreffende nomenclatuurcodes worden in de Excel-lijst “Behandeld lid” opgenomen, die integraal deel uit maakt van de instructies en die, indien nodig, bijgewerkt wordt bij toekomstige nomenclatuurwijzigingen. Deze lijst bevat ook de andere verstrekkingen waarvoor de zone al moest worden ingevuld (zie punten 2, 3 en 4 hierboven).

---

**RUBRIEK : GECONVENTIONEERDE VERSTREKKER**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 178**

---

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.

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

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.

---

**RUBRIEK : UUR VAN PRESTATIE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 4 N UUMM - 179**

---

Deze zone wordt voorlopig niet gebruikt, maar gereserveerd voor een mogelijk latere toepassing.

Het is de bedoeling om op termijn, in deze zone, het beginuur te laten vermelden van een prestatie (of een afname ingeval van prestaties klinische biologie).

Het gebruik van deze zone is enkel gewettigd indien meerdere verstrekkingen op eenzelfde dag zijn verricht, of indien er zich een mogelijk probleem stelt met betrekking tot de cumulregels.

Voorbeelden waarbij het vermelden van het uur van prestatie nuttig zou kunnen zijn :

- ambulante verstrekking verricht de dag van opname of ontslag uit een verplegingsinrichting;
- verstrekkingen van meerdere zittingen per dag, 2 of meerdere malen verricht per dag;
- verstrekkingen die niet mogen gecumuleerd worden tijdens eenzelfde zitting, en die tijdens meerdere zittingen op dezelfde dag worden gepresteerd;
- verstrekkingen klinische biologie afkomstig van meerdere afnames op dezelfde dag;
- verstrekkingen die aanleiding geven tot honoraria supplementen voor dringende technische prestaties (art. 26), wanneer ze op verschillende tijdstippen gedurende de nacht worden verricht.
- ...

**RUBRIEK : IDENTIFICATIE TOEDIENAAR BLOED**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 183**

---

Ingeval van facturatie van bloed of labiele bloedproducten, dan moet in deze zone het identificatienummer vermeld worden van de arts van de verplegingsinrichting die het attest betreffende het gebruik ondertekend heeft en het bloed of de labiele bloedproducten toegediend heeft.



**RUBRIEK : NUMMER ATTEST VAN TOEDIENING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 195**

---

Ingeval van facturatie van bloed of labiele bloedproducten, moet in deze zone het nummer van het attest van toediening worden vermeld; m.a.w. het nummer van het attest waaruit blijkt dat het bloed of de labiele bloedproducten werkelijk werden toegediend.

---

**RUBRIEK : NUMMER AFLEVERINGSBON OF ZAK**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 A - 207**

---

Ingeval van facturatie van bloed of labiele bloedproducten, moet in deze zone het nummer van de afleveringsbon of zak worden vermeld.

Bepaalde bloedtransfusiecentra gebruiken een nummer van 21 posities.

Voorbeeld : B0370 02 330609.16-53

B 0370	= Bloedtransfusiecentrum Brugge;
02	= het jaar 2002;
330609.16-53	= uniek nummer van een bloedzak.

Alleen de 12 laatste posities (= uniek nummer van een bloedzak) worden vermeld in deze zone.

Andere bloedtransfusiecentra gebruiken een unitnummer met de volgende structuur:

BXXXXYYNNNNNN00

met

BXXXX: nummer bloedtransfusiecentrum

YY: jaartal

NNNNNN: volgnummer

In dat geval moeten de posities XXXXYNNNNNN van dit nummer in deze zone vermeld worden.

**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 .

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 deling waarvan deeltal bestaat uit eerste 11 cijfers van de identificatiecode en deler gelijk is aan 7).

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).

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

- (☞15) Vanaf 1/1/2024 krijgen de identificatiecodes voor implanteerbare hartdefibrillatoren ook de nieuwe structuur (10 + 2).

Verstrekkingsen waarvoor de identificatiecode moet ingevuld worden, zijn in het referentiebestand "LIST" aangeduid met waarde "1" of "2" in de zone "identificationZone43".

- (☞14) Daarnaast moet de code implant ook ingevuld worden voor de pseudo-codes uit de overeenkomst implanteerbare hartdefibrillatoren (behalve voor de elektroden, waarvoor een notificatiecode moet vermeld worden in R 50 Z 55-56) en voor de pseudo-codes uit de overeenkomst art. 56 voor de financiering van mechanische trombectomie.

Vanaf prestatiedatum 1/2/2017, wordt deze zone ook gebruikt voor de identificatiecode van de sensoren die gebruikt worden in het kader van de (kinder)diabetesovereenkomst.

De identificatiecode moet verplicht vermeld worden voor de pseudo-codes uit punt 5quater in R 50 Z 4 V 3 en voor de pseudo-codes 961332-961343 en 961354-961365 uit R 50 Z 4 V 15.

Indien ambulante prestaties van art. 27 (bandagisten) of art. 31 (audiciens) via het elektronisch facturatiebestand van het ziekenhuis gefactureerd worden en het vermelden van de identificatiecode van het product een vergoedingsvoorwaarde is, dan moet de identificatiecode in deze zone vermeld worden.  
Opgelet: het papieren getuigschrift van aflevering blijft verplicht.

- (☞1) Vanaf 1/4/2021 is een volledig nieuw systeem van toepassing voor stomamateriaal en kan dit materiaal niet meer op het elektronisch facturatiebestand van een ziekenhuis vermeld worden.

**RUBRIEK : OMSCHRIJVING PRODUCT**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 30 A - 231**

---

- (9) Indien in zone 4 een code 096XXXX wordt gebruikt voor de vermelding van supplementen voor niet door ZIV vergoede producten, verstrekkingen of diensten moet in deze zone de omschrijving van het product, de verstrekking of de dienst worden gegeven.  
Ingeval van supplementen in ROB-RVT-CDV moet enkel voor de pseudo-codes 0960691 en 0960713 een omschrijving vermeld worden.

Voor de code 0961273-0961284 en de codes 961332-961343 en 961354-961365 moet deze zone niet ingevuld worden.

---

**RUBRIEK : NORM PLAFOND**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 261**

---

Deze code geeft informatie die nodig is voor de tarifiering.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
7 of 8	<p>De behandelingen (groepen van prestatiecodes) waarvan de gezamenlijke tussenkomst een plafond bereikt, worden aangeduid met norm 7 of 8. De prestatierecords die samen het plafond van tussenkomst bereiken, moeten op de magneetband direct op elkaar volgen en aangeduid zijn met norm 8 voor zover de som van de bedragen van de verzekeringstegemoetkoming kleiner <u>of gelijk</u> blijft aan het plafondbedrag.</p> <p>De verstrekking waarmee het plafondbedrag wordt overschreden en waarvoor het bedrag aan verzekeringstegemoetkoming beperkt wordt tot het verschil tussen het plafondbedrag en de som van de bedragen in de records met norm 8, wordt aangeduid met norm 7.</p> <p>De prestatierecords die eventueel nog kunnen volgen met bedrag V.I. gelijk aan nul, krijgen eveneens norm 7.</p> <p>Ingeval het grensbedrag van de afleveringsmarge, die wordt voorzien in de overeenkomst met de verstrekkers van de implantaten, van toepassing is op de som van de afleveringsmarges van meerdere nomenclatuurprestaties, dan moet eveneens gebruik worden gemaakt van de normwaarden 7 en 8.</p> <p>De normcodes 7 en 8 moeten ook gebruikt worden in het kader van het dagplafond voor de prestaties 478052-478063, 478074-478085, 478096-478100 en 478111-478122 (art. 20, §1, f) van de nomenclatuur).</p>
0	Alle andere gevallen.

---

**RUBRIEK : BASISWAARDE VERSTREKKING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 7 N - 262**

---

- (☞12) Indien zone 54b = 1 ( “nulrecord” in het kader van een verblijf laagvariabele zorg in een ziekenhuis) en zone 30-31 (bedrag supplement) > 0, dan moet voor opnames vanaf 1/7/2019 in deze zone de basiswaarde van de verstrekking vermeld worden. Het betreft de rekenbasis voor het supplement dat in zone 30-31 vermeld wordt. De basiswaarde van de verstrekking moet  $\leq$  zijn aan het wettelijk vastgelegde honorarium.

In alle andere gevallen moet deze zone opgevuld worden met “+0000000” (of eventueel “-0000000”).

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.

---

**RUBRIEK : TRANSPLANTATIE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 270**

---

Deze zone moet worden ingevuld in het kader van de orgaan- of beenmergtransplantaties.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0	Er is geen orgaan- of beenmergtransplantatie verricht.
1	Er werd een orgaan- of beenmergtransplantatie verricht en de prestaties hebben betrekking op de ontvanger.
2	Er werd een orgaan- of beenmergtransplantatie verricht of voorbereid en de prestaties hebben betrekking op de (potentiële) donor.

Indien de (potentiële) donor ambulant is en de ontvanger gehospitaliseerd, dan mogen de prestaties verricht op de (potentiële) donor (waarde 2) op de hospitalisatiefactuur van de ontvanger gefactureerd worden onder gehospitaliseerde of ambulante codes.

Ingeval van de facturatie van transplantaties met levende donor moeten er 2 facturen opgesteld worden op naam van de acceptor :

- 1 factuur met ligdagen/prestaties van de donor, identificatiegegevens en de verzekerbareid van de acceptor (Records 20 Zones 4, 5, 6, 7, 8, 9, 19, 22, 27) en zone 48 = 2
- 1 factuur met ligdagen/prestaties van de acceptor identificatiegegevens en de verzekerbareid van de acceptor en zone 48 = 1

---

**RUBRIEK : BIJKOMENDE VERSTREKKER**


---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 271**


---

Indien het gaat om een verstrekking geattesteerd door een verpleegkundige maar verricht door een zorgkundige in het kader van art. 8 § 12 van de nomenclatuur (*Nadere bepalingen over de verstrekkingen waarbij een zorgkundige verpleegkundige activiteiten, toevertrouwd door een verpleegkundige, uitvoert*), dan wordt in deze zone het identificatienummer vermeld van de zorgkundige die de verstrekking verricht heeft.

(☞3) Verpleegkundige prestaties waarvoor statistische records met pseudocodes nodig zijn (\*) :

- Indien alle zorgen in het kader van een van deze prestaties door 1 verpleegkundige uitgevoerd werden:  
Prestatie + alle pseudo-codes: RIZIV-nummer verpleegkundige
- Indien alle zorgen in het kader van een van deze prestaties door 1 zorgkundige uitgevoerd werden:  
Prestatie + alle pseudo-codes: RIZIV-nummer zorgkundige
- Indien de zorgen door meerdere verpleegkundigen en/of zorgkundigen uitgevoerd werden:  
Prestatie : RIZIV-nummer van de verpleegkundige of zorgkundige die het 1<sup>ste</sup> bezoek afgelegd heeft  
Pseudo-codes: RIZIV-nummer van de verpleegkundige of zorgkundige die de betreffende verstrekking werkelijk uitgevoerd heeft

Indien het gaat om een verstrekking geattesteerd door een arts maar verricht door een stagedoende arts, dan wordt deze zone aangevuld met het identificatienummer van de stagedoende arts die de verstrekking verricht heeft.

Indien in R 50 Z 16 norm 4 ingevuld wordt (letter “G” op getuigschrift voor verstrekte hulp: arts heeft toegang tot de gegevens van het GMD, maar is niet de beheerder ervan), dan moet in deze zone het RIZIV-nummer van de beheerder van het GMD vermeld worden.

- (☞8) Indien het gaat om een verstrekking geattesteerd door een tandheelkundige / stomatoloog maar verricht door een mondhygiënist in het kader van de delegatie voorzien in het artikel van de nomenclatuur (*Gedetailleerde aanpassingen betreffende de verstrekkingen waarbij een mondhygiënist tandheelkundige werkzaamheden verricht, toevertrouwd door een tandheelkundige*), dan wordt in deze zone het identificatienummer vermeld van de mondhygiënist die de verstrekking verricht heeft.

Het identificatienummer bestaat uit 11 posities en wordt altijd voorafgegaan door een nul.

Deze zone moet enkel ingevuld worden indien R 50 Z 16 = 2, 4 of 5.

Uitzondering:

- (☞3) Voor verpleegkundige prestaties waarvoor statistische records met pseudocodes nodig zijn (\*), (ook in de bijhorende records met pseudo-codes) moet de zone steeds ingevuld worden (dus ook in records met norm 1 of 9).

- (☞3) (\*) Forfait A, B, C, PA, PB, PC, PP, prestaties 427534, 427556, 427571 of 429251 en supplementair honorarium PN.



---

**RUBRIEK : AANDEEL IN FORFAIT**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 283**

---

Indien de zorgen in het kader van een forfait verpleegkundige zorgen door meerdere verpleegkundigen en/of zorgkundigen uitgevoerd werden (dus indien norm verstrekker gelijk is aan 9 in de record van het forfait), dan moet in de records van de basisverstrekkingen (pseudo-codes) het aandeel vermeld worden van de verschillende verpleegkundigen/zorgkundigen in het forfait.

(☞6) Enkele voorbeelden van invulling van deze zone:

60 % → 060

10 % → 010

33 % → 033

100 % → 100 (enkel mogelijk in het geval van 1 basisverstrekking)

---

**RUBRIEK : AANDUIDING PRESTATIE IN HET KADER VAN LECTUUR EID**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 286**

---

In deze zone kan aangeduid worden dat het gaat om een prestatie verricht tijdens een MUG-transport waarbij de patiënt niet naar het ziekenhuis van de MUG gebracht wordt.

Op deze ambulante factuur moet geen R 21 vermeld worden.

Zie opsomming uitzonderingen in bijlage 25.

Opgelet: indien de patiënt wél naar het ziekenhuis van de MUG gebracht wordt en daar gehospitaliseerd wordt, dan is deze zone gelijk aan nul en dient er a posteriori verificatie toegepast te worden (zie punt 2.1 in bijlage 25.2).

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
1	Het betreft een prestatie verricht tijdens een MUG-transport waarbij de patiënt niet naar het ziekenhuis van de MUG gebracht wordt (patiënt overlijdt thuis of onderweg of patiënt wordt naar een ander ziekenhuis gebracht).
0	In alle andere gevallen.

---

**RUBRIEK : ZIEKENHUISSITE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 287**

---

In deze zone wordt het nummer vermeld van de site waar de prestatie verricht werd.

Deze zone moet ingevuld worden voor prestaties verricht in het kader van een associatie “zorggebied”. Een ziekenhuis dat prestaties verricht in het kader van een associatie “zorggebied” op een site zonder bedden (dus zonder sitenummer) (bv. polikliniek), kan voor deze site een nummer aanvragen bij de FOD Volksgezondheid.

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

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

**RUBRIEK : IDENTIFICATIE ASSOCIATIE ZORGGEBIED**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 293**

---

Zie Recordtype 30 Zone 52

**RUBRIEK : RITNUMMER****VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 11A - 305**

Ingeval van facturatie van dringend ziekenvervoer (pseudo-codes 0784416-0784420, 0784431-0784442, 0784453-0784464, 0784475-0784486) moet het ritnummer, dat toegekend werd door de oproepcentrale, in deze zone verplicht ingevuld worden.

Opgelet : Het « ritnummer » is het « nummer van de interventie » dat meegedeeld wordt door de oproepcentrale.

Indien deze zone, die alfanumeriek gedefinieerd is, niet wordt ingevuld, dan moet ze opgevuld worden met nullen. Dit vormt een uitzondering op de algemene principes (zie bijlage 7 vervolg 1).

Momenteel worden door de oproepcentrales 2 verschillende informaticaplatformen (CityGis en CAD Astrid) en 2 verschillende structuren van « ritnummer » gebruikt.

Het platform CityGis gebruikt een « ritnummer » met de volgende structuur :

PPJJDDDDMMMM

PP = provinciecode van de oproepcentrale

10 = Antwerpen	22 = Waver	50 = Bergen	80 = Aarlen
20 = Brussel	30 = Brugge	60 = Luik	90 = Namen
21 = Leuven	40 = Gent	70 = Hasselt	

JJ = jaar

DDD = dag binnen het jaar

MMMM = nummer van de missie binnen de dag (*opgelet: indien de oproepcentrale een nummer van 5 cijfers toekent, dan moet men enkel de 4 laatste cijfers van dit nummer als MMMM beschouwen*)

Voorbeelden :

- Missie 124 van 3 januari 2009 voor de provincie Antwerpen heeft als ritnummer 10090030124
- Missie 12345 van 3 januari 2009 voor de provincie Antwerpen heeft als ritnummer 10090032345

Het platform CAD Astrid gebruikt een « ritnummer » met de volgende structuur :

DSJJDDDDNNNN

D = discipline (bv. momenteel M = medisch)

S = site

A (NT) = Antwerpen	G (LIE) = Luik	N (AM) = Namen	W (VL) = West-Vlaanderen
B (XL) = Brussel	H (AI) = Henegouwen	O (V) = Oost-Vlaanderen	X (LUX) = Luxemburg
F (BRW) = Waals-Brabant	L (IM) = Limburg	V (BR) = Vlaams-Brabant	

JJ = jaar

DDD = dag binnen het jaar

NNNN = nummer van de missie binnen de dag (*opgelet: indien de oproepcentrale een nummer van 5 cijfers toekent, dan moet men enkel de 4 laatste cijfers van dit nummer als NNNN beschouwen*)

Voorbeelden :

- Missie 124 van 3 januari 2009 voor de provincie Antwerpen heeft als ritnummer MA090030124
- Missie 12345 van 3 januari 2009 voor de provincie Antwerpen heeft als ritnummer MA090032345

---

**RUBRIEK : FLAG GPS**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N – 316**

---

In deze zone wordt aangegeven of het al dan niet gaat om een “nulrecord” in het kader van een globaal prospectief bedrag (KB tot uitvoering van de wet betreffende de gebundelde financiering van ziekenhuisactiviteiten).

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
1	Het betreft een “nulrecord” in het kader van een globaal prospectief bedrag
0	Alle andere gevallen

Indien deze zone gelijk is aan 1, dan moeten de zones 19 en 27 gelijk zijn aan nul.

---

**RUBRIEK : NOTIFICATIECODE IMPLANTAAT**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 321**

---

Elk genotificeerd implantaat krijgt een unieke notificatiecode, die in deze zone moet vermeld worden voor:

- niet-vergoedbare notificatieplichtige implantaten (pseudo-code 960234-960245)
- notificatieplichtige implantaten in terugbetaling zonder nominatieve lijst

Verstrekingen waarvoor de notificatiecode moet ingevuld worden zijn in het referentiebestand “LIST” aangeduid met waarde “1” of “2” in de zone “notificationZone55”.

Daarnaast moet ook voor de pseudo-codes betreffende elektroden uit de overeenkomst “implanteerbare hartdefibrillatoren” de notificatiecode vermeld worden.

Indien voor verstrekkingen uit categorie I.D Hoofdstuk I (Pneumologie en ademhalingsstelsel) of uit categorie II.D (alle hoofdstukken) waarvoor het vermelden van een notificatiecode verplicht is (*m.a.w. verstrekkingen met waarde “1” of “2” in de zone “notificationZone55” in referentiebestand “LIST”*) een hulpmiddel op maat wordt gebruikt, dan moet de pseudo-notificatiecode 999999999850 ingevuld worden in deze zone.

In alle andere gevallen (o.a. voor implantaten met nominatieve lijsten) is deze zone gelijk aan nul.

De notificatiecode is samengesteld uit 10 cijfers + 2 check-digits : XXXXXXXXXXXX-CC.

met CC =  $97 - \text{rest van de deling waarvan het deeltal bestaat uit de eerste 10 cijfers van de notificatiecode en de deler gelijk is aan } 97$

**RUBRIEK : REGISTRATIECODE****VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 14 N - 333**

Voor bepaalde medische hulpmiddelen en bepaalde medische aktes is de tussenkomst van de ziekteverzekering ondergeschikt aan de registratie van gegevens. Om te bewijzen dat er gegevens zijn geregistreerd, moet in deze zone een registratiecode worden vermeld die is gegenereerd na registratie van de gegevens.

Deze registratiecode heeft de volgende structuur:

0XXXAAZZZZZZCC

XXX = producttype of verstrekking (zie hieronder)

AA = jaar

ZZZZZZ = serienummer

CC = check-digit (= restant van de verdeling waarin het dividend de eerste 11 cijfers van de registratiecode omvat en de deler gelijk is aan 97)

De onderstaande tabellen tonen, voor elke registratie van gegevens, de code XXX alsook de begin- en einddatum van de verplichting om de registratiecode in deze zone te vermelden.

Implantaten en medische hulpmiddelen

In het geval van facturatie van medische hulpmiddelen waarvoor de zone "Qermid" van het referentiebestand "LIST" gelijk is aan 2, moet de registratiecode in dit veld vermeld worden, behalve in statistische records (norm 9). Dit veld is gelijk aan nul voor de afleveringsmarge en de veiligheidsgrens bij materiaal met Qermid-code = 2.

In het geval van facturatie van inhaalbedragen voor de hartdefibrillatoren moet de registratiecode in deze zone worden vermeld.

	Implantaat – naam van het register	XXX	Vanaf prestatie-datum	Tot en met	Opmerking
(☞ 13)	Hartdefibrillatoren en elektroden	101	01/01/2017	prestatiedatum 31/12/2023	Enkel voor de facturatie van inhaalbedragen
(☞ 13)	Hartstimulators en elektroden	105	01/12/2018	registratiedatum 31/3/2023	
(☞ 13)	Hospitalisatie met FFR - coronaire angioplastiek	107	01/06/2019	registratiedatum 31/3/2023	Geldig voor ziekenhuizen die geen gebruik maakten van de S2S van Smals. Voor de ziekenhuizen die de S2S Smals gebruiken, is een voorlopige procedure opgezet (zie hieronder)
(☞ 13)	Hospitalisatie met PCI - coronaire angioplastiek	108	01/06/2019	registratiedatum 31/3/2023	
(☞ 13)	Hospitalisatie met PCI en FFR - coronaire angioplastiek	109	01/06/2019	registratiedatum 31/3/2023	
(☞ 13)	Kniegewrichtsprothesen - orthopride	201	01/09/2015	registratiedatum 28/2/2023	
(☞ 13)	Heupgewrichtsprothesen - orthopride	202	01/09/2015	registratiedatum 28/2/2023	
(☞ 16)	Implantaten die de verankering van een externe prothese toelaten - amputatie	203	01/02/2017	prestatiedatum 30/9/2023	
(☞ 18)	Implanteerbare netjes voor herstel van prolaps, voor plaatsing langs vaginale weg – vaginale netjes	305	01/01/2020	prestatiedatum 31/12/2023	
	Neurostimulators in geval van chronische pijn (FBSS en FNSS) - Neuro-Pain	401	01/01/2018		
	Neurostimulators DRG in geval van CRPS van de onderste ledematen - Neuro-Pain	401	01/12/2019		
(☞ 20)	Implanteerbare sensor voor de continue meting van het glucoseniveau – eerste implantatie	501	01/10/2019	prestatiedatum 31/10/2023	
(☞ 20)	Implanteerbare sensor voor de continue meting van het glucoseniveau – vervanging	502	01/10/2019	prestatiedatum 31/10/2023	



## RECORDTYPE 50 ZONE 57-58-59 VERVOLG 1

Voorlopige oplossing voor de ziekenhuizen die de S2S van Smals gebruiken voor de registratie van de coronaire dilataties totdat Healthdata zijn eigen S2S heeft:

- Facturatie van coronaire dilataties met of zonder FFR: de ziekenhuizen vermelden de code met XXX = 104 die ze ontvangen na het verzenden van de gegevens via S2S;
- Facturatie van FFR's zonder coronaire dilatatie: aangezien deze niet worden geregistreerd in het Smals-register, moeten de ziekenhuizen de registratiecode 104199999939 vermelden.

Lijst van de betrokken ziekenhuizen:

ERKENNINGS-NUMMER	CENTRUM	CAMPUS	ADRES	PC	GEMEENTE
71005780-156	Jan Yperman Ziekenhuis	Ieper	Briekestraat 12	8900	IEPER
71007760-156	CHU / UVC Brugmann	Victor Horta	Place Arthur Van Gehuchten / Arthur Van Gehuchtenplein 4	1020	BRUXELLES / BRUSSEL
71011720-156	AZ Delta	Wilgenstraat	Wilgenstraat 2	8800	ROESELARE
71012611-156	Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis	Aalst	Moorselbaan 164	9300	AALST
71014391-156	UZ Brussel		Avenue du Laerbeek / Laerbeeklaan 101	1090	BRUXELLES / BRUSSEL
71032209-156	UZ Leuven	Gasthuisberg	Herestraat 49	3000	LEUVEN
71041018-156	Centre Hopsitalier EpiCURA	Hornu	Route de Mons 63	7301	HORNU
71059527-156	AZ Nikolaas	Sint-Niklaas	Moerlandstraat 1	9100	SINT-NIKLAAS
71071801-156	CHU de Charleroi	Hôpital Civil Marie Curie	Chaussée de Bruxelles 140	6042	LODELINSART

### Pathologische anatomie en genetische onderzoeken

Onderzoek	XXX	Vanaf prestatie-datum	Tot en met	Opmerking
(€ 13,20) Companion Diagnostics (PITTER) – nomenclatuur, artikel 33ter	050	01/07/2019	registratiedatum 31/8/2023	In plaats van de werkelijke registratiecode mag ook de pseudo-registratiecode 050999999956 vermeld worden (*)

- (\*) De registratie in PITTER blijft uiteraard wel verplicht. Als de Dienst vermoedens heeft dat de labo's niet of te weinig registreren in PITTER, dan zullen de controlediensten ter plaatse komen om dit te verifiëren. Bij vaststellen van niet-naleven van de verplichting om te registreren, kan de verplichte vermelding van de registratiecode in de facturatie alsnog terug ingevoerd worden.

---

**RUBRIEK : FLAG BTW**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 347**

---

In deze zone wordt aangegeven of het al dan niet gaat om een verstrekking/levering waarop BTW verschuldigd is.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
(7) 01	verstrekkingen/leveringen die volledig aan de patiënt aangerekend worden en waarop BTW verschuldigd is
02	verstrekkingen/leveringen die volledig aan de patiënt aangerekend worden met vrijstelling van BTW
00	Alle andere gevallen

**RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN HET RECORD**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349**

---

Zie recordtype 10 zone 99.

**RUBRIEK : RECORDTYPE 51**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1**

---

Zie recordtype 10 zone 1.

Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen/wachtposten van) huisartsen of tandartsen (e-fac).

**RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3**

---

Zie recordtype 10 zone 2.

Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen/wachtposten van) huisartsen of tandartsen (e-fac).

**RUBRIEK : NOMENCLATUURCODE OF PSEUDO-NOMENCLATUURCODE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 10**

---

Zie recordtype 50 zone 4.

Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen/wachtposten van) huisartsen of tandartsen (e-fac).

**RUBRIEK : DATUM VERSTREKKING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 17**

---

Zie recordtype 50 zone 5.

Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen/wachtposten van) huisartsen of tandartsen (e-fac).

**RUBRIEK : IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 13 A - 36**

---

Zie recordtype 20 zone 8a-8b.

Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen/wachtposten van) huisartsen of tandartsen (e-fac).



**RUBRIEK : IDENTIFICATIE VERSTREKKER**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 68**

---

Zie recordtype 50 zone 15.

Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen/wachtposten van) huisartsen of tandartsen (e-fac).

**RUBRIEK** : BETREKKELIJKE VERSTREKKING

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE** : 7 N - 81

---

Zie recordtype 50 zone 17-18.

Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door tandartsen (e-fac).

**RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING**

---

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

---

Zie recordtype 50 zone 19.

Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen/wachtposten van) huisartsen of tandartsen (e-fac).

**RUBRIEK : CODE GERECHTIGDE 1 + 2**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 10 N - 128**

---

Zie recordtype 20 zone 27.

Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen/wachtposten van) huisartsen of tandartsen (e-fac).

---

**RUBRIEK: NUMMER AKKOORD TARIEFVERBINTENIS**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 48 A- 213**

---

Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen/wachtposten van) huisartsen of tandartsen (e-fac).

Deze zone is gereserveerd voor de vermelding van het nummer van het akkoord van de tariefverbintenis. De consultatie van tariefgegevens via het netwerk is enkel mogelijk voor de sectoren die hiervoor toelating hebben via MyCareNet.

Indien geen gebruik gemaakt wordt van de dienst “consultatie tarief”, zal R 51 niet aanwezig zijn.

De inhoud van deze zone is als volgt gestructureerd :

RRNNNNNNNNNNNVVA000

met :

- R = 32 alfanumerieke posities voor het nummer van het akkoord van de tariefverbintenis bekomen via de dienst “consultatie tarief”.
- N = 10 numeriek posities, opgevuld met nullen.
- V = 2 numerieke posities, opgevuld met nullen.
- A = 2 : consultatie tarief (1 numerieke positie)
- 0 = 3 numerieke reserveposities, opgevuld met nullen.

De zone wordt opgevuld met de inhoud van de zone ‘financialcontract’ (‘nummer akkoord tariefverbintenis’) van het antwoordbericht op de consultatie van het tarief.

**RUBRIEK : DATUM MEDEDELING INFORMATIE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8N JJJMMDD - 321**

---

Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen/wachtposten van) huisartsen of tandartsen (e-fac).

In deze zone wordt de datum vermeld waarop de VI de tariefgegevens meegedeeld heeft via het antwoordbericht op de consultatie van het tarief.

Deze datum bevindt zich in de zone 'kmehrmessage/transaction/date'.

**RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN HET RECORD**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349**

---

Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen/wachtposten van) huisartsen of tandartsen (e-fac).

Zie recordtype 10 zone 99.

**RUBRIEK : RECORDTYPE 52**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1**

---

Zie recordtype 10 zone 1.



**RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3**

---

Zie recordtype 10 zone 2.

---

**RUBRIEK : REDEN MANUELE INVOERING**

---

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

---

Zone facultatief tot wanneer de verificatie van de identiteit van de patiënt door de lezing van het identiteitsdocument verplicht wordt.

Voor de verpleegkundigen is de verplichting ingegaan op 1/10/2017.

Deze zone moet verplicht ingevuld worden indien R 52 Z 9 = 4.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
1	Gebruik identiteitsdocument zonder chip
2	Onbeschikbaarheid kaartlezer
3	Panne informaticasysteem (in dit geval gebeurt de invoering van de gegevens achteraf en moet datum en uur van lezing (zones 6a-6b en 12-13) niet ingevuld worden)
4	Uitgestelde verificatie zonder panne, omdat de patiënt geen geldig identiteitsdocument kon voorleggen (in dit geval gebeurt de invoering van de gegevens achteraf en moet datum en uur van lezing (zones 6a-6b en 12-13) niet ingevuld worden)
5	Uitgestelde verificatie zonder panne, omdat vergeten werd om het identiteitsdocument in te lezen (in dit geval gebeurt de invoering van de gegevens achteraf en moet datum en uur van lezing (zones 6a-6b en 12-13) niet ingevuld worden)
6	Gebrek aan interconnectiviteit tussen software (in dit geval gebeurt de invoering van de gegevens achteraf en moet datum en uur van lezing (zones 6a-6b en 12-13) niet ingevuld worden)
(☞ 15,19) 7	Manuele invoering omdat rechthebbende geen identiteitsdocument (zoals bedoeld in artikel 3 van het KB van 18/09/2015) kan voorleggen op ogenblik van geneeskundige verzorging maar diens identiteit werd vastgesteld

**RUBRIEK : NOMENCLATUURCODE OF PSEUDO-NOMENCLATUURCODE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 10**

---

Zie recordtype 50 zone 4.

**RUBRIEK : DATUM VERSTREKKING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 17**

---

Zie recordtype 50 zone 5.

**RUBRIEK : DATUM VAN LEZING ELEKTRONISCH IDENTITEITSDOCUMENT**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 25**

---

Zone facultatief tot wanneer de verificatie van de identiteit van de patiënt door de lezing van het identiteitsdocument verplicht wordt.

Voor de verpleegkundigen is de verplichting ingegaan op 1/10/2017.

De datum van lezing van het identiteitsdocument van de patiënt is vermeld in deze zone.

Deze zone moet steeds ingevuld worden, behalve indien R 52 Z 9 = 4 en R 52 Z 3 = 3, 4, 5 of 6.

**RUBRIEK : IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 13 A - 36**

---

Zie recordtype 20 zone 8a-8b.

---

**RUBRIEK : TYPE VAN LEZING IDENTITEITSDOCUMENT**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A - 49**

---

Zone facultatief tot wanneer de verificatie van de identiteit van de patiënt door de lezing van het identiteitsdocument verplicht wordt.

Voor de verpleegkundigen is de verplichting ingegaan op 1/10/2017.

Deze code maakt het onderscheid tussen verschillende types van lezing van het identiteitsdocument.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
1	Lezing van de chipkaart
2	Lezing van de streepjescode
(☞11) 3	Lezing datamatrix
4	Manuele invoering Bij gebruik van deze waarde moet in R 52 Z 3 de reden vermeld worden.
(☞1) A	Elektronische invoering (itsme®)

---

**RUBRIEK : TYPE VAN DRAGER VAN IDENTITEITSDOCUMENT**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A - 50**

---

Zone facultatief tot wanneer de verificatie van de identiteit van de patiënt door de lezing van het identiteitsdocument verplicht wordt.

Voor de verpleegkundigen is de verplichting ingegaan op 1/10/2017.

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

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
(☞15) 0	Geen identiteitsdocument (zoals bedoeld in artikel 3 van het KB van 18/09/2015) Deze waarde kan enkel gebruikt worden indien R 52 Z 3 = 7 .
1	Belgische elektronische identiteitskaart (of Kids-id)
2	Elektronische vreemdelingenkaart of elektronisch verblijfsdocument
4	ISI+ kaart
7	Een vignet met streepjescode Bij gebruik van deze waarde, moet in R 52 Z 11 de reden vermeld worden.
8	Attest van sociaal verzekerde
9	Attest van verlies of diefstal van Belgische elektronische identiteitskaart, elektronische vreemdelingenkaart of elektronisch verblijfsdocument
(☞1) A	Elektronische invoering (itsme®)

Voor de huisarts die het globaal medisch dossier beheert, gebeurt de lezing van het identiteitsdocument alleen op het moment van de raadpleging of het bezoek naar aanleiding waarvan de arts het beheer van het medisch dossier heeft geopend.



---

**RUBRIEK : REDEN GEBRUIK VIGNET**

---

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

---

Zone facultatief tot wanneer de verificatie van de identiteit van de patiënt door de lezing van het identiteitsdocument verplicht wordt.

Voor de verpleegkundigen is de verplichting ingegaan op 1/10/2017.

Deze code geeft aan waarom een vignet gebruikt werd.

Deze zone moet verplicht ingevuld worden indien R 52 Z 10 = 7.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
1	Rechthebbende niet aanwezig tijdens verstrekking en gelijktijdige aanwezigheid van rechthebbende en zorgverlener niet reglementair vereist
2	Rechthebbende bezit geen identiteitsdocument

**RUBRIEK : UUR VAN LEZING VAN HET ELEKTRONISCH IDENTITEITSDOCUMENT**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 4 N UUMM - 52**

---

Zone facultatief tot wanneer de verificatie van de identiteit van de patiënt door de lezing van het identiteitsdocument verplicht wordt.

Voor de verpleegkundigen is de verplichting ingegaan op 1/10/2017.

Het uur van lezing van het identiteitsdocument van de patiënt is vermeld in deze zone.

Deze zone moet steeds ingevuld worden, behalve indien R 52 Z 9 = 4 en R 52 Z 3 = 3, 4, 5 of 6.

**RUBRIEK : IDENTIFICATIE VERSTREKKER**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 68**

---

Zie recordtype 50 zone 15.

**RUBRIEK : SERIENUMMER DRAGER****VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 15 A - 80**

Zone facultatief tot wanneer de verificatie van de identiteit van de patiënt door de lezing van het identiteitsdocument verplicht wordt.

Voor de verpleegkundigen is de verplichting ingegaan op 1/10/2017.

Het serienummer van de drager (eID-kaart, ...) moet in deze zone vermeld worden.

Deze zone moet steeds ingevuld worden, ook ingeval van manuele invoering (R 52 Z 9 = 4), behalve (☞ 1,16) indien R 52 Z 10 = 0, 7, 8, 9 of A.

**(☞ 8) Structuur van het serienummer van de verschillende types van identiteitsdocumenten**

- Belgische elektronische identiteitskaart > 12 jaar:
  - Kaartnummer bestaat uit 12 cijfers en eindigt met een check-digit (twee laatste cijfers) ;
  - Kaartnummer van oude modellen begint met 59;
  - Kaartnummer van nieuwe modellen met digitale vingerafdruk begint met 595 ;
- Kids-ID :
  - Kaartnummer bestaat uit 12 cijfers en eindigt met een check-digit (twee laatste cijfers) ;
  - Kaartnummer van oude modellen begint met 61;
  - Kaartnummer van nieuwe modellen met mogelijkheid van digitale vingerafdruk begint met 615 ;
- « Nieuwe kaarten » voor burgers van de Europese Unie :
  - Bxxxxxxx-zz (B + 9 cijfers)
  - « x » zijn numerische waarden tussen 0 en 9. Ze worden toegewezen door een teller in het NHS systeem.
  - « z » zijn ook numerische waarden tussen 0 en 9. Dit is eigenlijk een check-digit die het resultaat is van modulo 97.
- “Nieuwe kaarten” die worden afgegeven aan onderdanen van derde landen (met inbegrip van familieleden van EU-burgers)::
  - xxxxxxx-zz (bestaat enkel uit 9 cijfers)
  - « x » zijn numerische waarden tussen 0 en 9. Ze worden toegewezen door een teller in het NHS systeem.
  - « z » zijn ook numerische waarden tussen 0 en 9. Dit is eigenlijk een check-digit die het resultaat is van modulo 97.
- ISI + kaart :
  - structuur in 10 cijfers = [5-9][\s][0-9]{3}[/s] [[0-9]{3}[/s] [0-9]{3}
    - 1 cijfer tussen 5 en 9
    - Spatie [/s]
    - 3 cijfers tussen 0 en 9
    - Spatie [/s]
    - 3 cijfers tussen 0 en 9
    - Spatie [/s]
    - 3 cijfers tussen 0 en 9
  - Op de kaart is het serienummer van het type : 5 958 403 552

**RUBRIEK : NUMMER BEWIJSSTUK**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 25 N - 95**

---

Zone facultatief tot wanneer de verificatie van de identiteit van de patiënt door de lezing van het identiteitsdocument verplicht wordt.

Voor de verpleegkundigen is de verplichting ingegaan op 1/10/2017.

Het nummer van het bewijsstuk afgeleverd aan de patiënt moet in deze zone vermeld worden.

Dit nummer moet uniek zijn en verschillend van nul.

Deze zone moet steeds ingevuld worden.

---

**RUBRIEK : UNIEK NUMMER TOESTEL MEDISCHE BEELDVORMING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 120**

---

In deze zone moet het nummer van het toestel medische beeldvorming worden ingevuld voor de prestaties vermeld in het KB van 26/5/2016 tot uitvoering van artikel 64, § 1, eerste lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (BS 31/5/2016). Het toestelnummer moet eveneens vermeld worden voor het RIZIV-forfait PET 747913-747924 (Art. 27/1 van het KB van 22/5/2014).

Het betreft een nummer van 12 posities met structuur 0YYYYYYCD000

waarbij YYYYYYCD = RIZIV-facturatienummer

YYYYYY = een betekenisloos volgnummer

CD = 2 numerieke posities (check-digit) (= 83 - rest van de deling waarvan het deeltal bestaat uit de eerste 6 cijfers YYYYYY en de deler gelijk is aan 83).

Het statuut « defect/vervanging » van het toestel wordt niet gecommuniceerd door het RIZIV.

Indien het toestel echter defect is en het onderzoek dus op een vervangtoestel uitgevoerd wordt, dan moet het identificatienummer van het toestel, toegekend door het RIZIV (“RIZIV-facturatienummer”), gevolgd worden door “001” in plaats van “000”.

---

**RUBRIEK : NUMMER AKKOORD**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 20 A - 132**

---

In deze zone moet het nummer van het akkoord, ontvangen via « eAgreement » worden ingevuld.

Het betreft een nummer van 20 posities met structuur XXXYYYYYYYYYYYYYYYYDD

waarbij XXX = Mutualiteit

YYYYYYYYYYYYYYYY = uniek nummer per VI

DD = check-digit (modulo 97).

(4) Vanaf 1/5/22, moet deze zone verplicht ingevuld worden door de kinesitherapeuten. Voor de prestaties kinesitherapie gefactureerd door een ziekenhuis moet deze zone voorlopig niet ingevuld worden.

**RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN HET RECORD**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349**

---

Zie recordtype 10 zone 99.



**RUBRIEK : RECORDTYPE 80**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1**

---

Zie recordtype 10 zone 1.

**RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3**

---

Zie recordtype 10 zone 2.

**RUBRIEK : UUR VAN OPNAME**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N 000UUMM - 10**

---

Zie recordtype 20 zone 4.

**RUBRIEK : DATUM VAN OPNAME**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 17**

---

Zie recordtype 20 zone 5.

**RUBRIEK : DATUM VAN ONTSLAG**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 25**

---

Zie recordtype 20 zone 6a-6b.

**RUBRIEK : NUMMER ZIEKENFONDS VAN AANSLUITING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 33**

---

Zie recordtype 20 zone 7.

**RUBRIEK : IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 13 A - 36**

---

Zie recordtype 20 zone 8a-8b.

**RUBRIEK : GESLACHT RECHTHEBBENDE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 49**

---

Zie recordtype 20 zone 9.



**RUBRIEK : TYPE FACTUUR**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 50**

---

Zie recordtype 20 zone 10.

**RUBRIEK : DIENST 721 bis**

---

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

---

Zie recordtype 20 zone 13.

**RUBRIEK : NUMMER FACTURERENDE INSTELLING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 56**

---

Zie recordtype 20 zone 14.

**RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG FINANCIËEL REKENINGNUMMER B**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 68**

---

Het betreft het bedrag van de factuur dat door de verzekeringsinstelling dient gestort te worden op de financiële rekening B.

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.

**RUBRIEK : REDEN BEHANDELING**

---

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

---

Zie recordtype 20 zone 17.

**RUBRIEK : NUMMER ZIEKENFONDS VAN BESTEMMING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 85**

---

Zie recordtype 20 zone 18.

**RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG FINANCIËEL REKENINGNUMMER A**

---

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

---

Het betreft het bedrag van de factuur dat door de verzekeringsinstelling dient gestort te worden op de financiële rekening A.

Zie recordtype 80 zone 15.

Voor de medische huizen moet in deze zone het totaal bedrag van de factuur worden vermeld voor de betreffende patiënt.

**RUBRIEK : FACTUURDATUM**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 100**

---

In deze zone moet de datum van de individuele factuur vermeld worden (= datum van inschrijving van de betreffende factuur in de boekhouding).

Deze zone dient enkel ingevuld te worden voor verstrekkingen (zowel ambulant als gehospitaliseerd) gefactureerd door de ziekenhuisbeheerder of door de Medische Raad (zowel ingeval van afschaffing van de papieren individuele factuur als zonder APF).

Deze zone moet dus niet ingevuld worden voor verstrekkingen gefactureerd door andere verstrekkers/instellingen.



**RUBRIEK : UUR VAN ONTSLAG**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 5 N 0UUMM - 108**

---

Zie recordtype 20 zone 22.

**RUBRIEK : NUMMER INDIVIDUELE FACTUUR**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 115**

---

Zie recordtype 20 zone 24-25.

**RUBRIEK : TEKEN + PERSOONLIJK AANDEEL PATIENT**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 9 N - 128**

---

In deze zone komt het totaal door de patiënt te betalen bedrag zonder aftrek van de eventueel reeds betaalde voorschotten.

Het betreft de som van de bedragen vermeld in de zones 27 van R 30, R 40 en R 50 die voorafgaan.

Zie recordtype 80 zone 15.

**RUBRIEK : REFERENTIE INSTELLING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 25 A - 138**

---

Zie recordtype 20 zone 28.

**RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG SUPPLEMENT**

---

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

---

Deze zone vermeldt het totaal bedrag van de supplementen te betalen door de patiënt.

Het betreft de som van de bedragen vermeld in de zones 30-31 van R 30, R 40 en R 50 die voorafgaan.

Zie recordtype 80 zone 15.

**RUBRIEK : FLAG IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1N - 175**

---

Zie recordtype 20 zone 32.

**RUBRIEK : TEKEN + VOORSCHOT FINANCIËEL REKENINGNUMMER A**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 183**

---

In deze zone komt het bedrag van het voorschot dat bestemd is voor financiële rekening A.

Zie recordtype 80 zone 15.

**RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG FINANCIËEL REKENINGNUMMER C**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 321**

---

Deze zone is gereserveerd (staats hervorming).



---

**RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN DE FACTUUR**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 347**

---

Dit controlegetal wordt als volgt berekend :

Voor de betreffende individuele factuur worden alle waarden uit de zones 4 van de recordtypes 30, 40, 50, 51 en 52, de zones 17-18 en de zones 40-41 van de recordtypes 40 opgeteld. Op het resultaat wordt de klassieke modulus 97 toegepast (rest van de deling door 97; indien de rest gelijk is aan nul, vervangen door 97). Het aldus bekomen resultaat wordt ingeschreven in deze zone.

Voorbeeld :

Indien twee op te tellen zones de waarden 101010 bevatten dan is het resultaat van de optelling zoals ze hier wordt bedoeld :

$$\begin{array}{r} 101010 \\ + 101010 \\ \hline 202020 \end{array}$$

en niet  $1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 = 6$

**RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN HET RECORD**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349**

---

Zie recordtype 10 zone 99.

**RUBRIEK : RECORDTYPE 90**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1**

---

Zie recordtype 10 zone 1.

**RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3**

---

Zie recordtype 10 zone 2.

**RUBRIEK : FINANCIËEL REKENINGNUMMER A**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 17**

---

Zie recordtype 10 zone 5-6a.

**RUBRIEK : ZENDINGSNUMMER**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 33**

---

Zie recordtype 10 zone 7.

**RUBRIEK : FINANCIËEL REKENINGNUMMER B**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 36**

---

Zie recordtype 10 zone 8a.

**RUBRIEK : NUMMER DERDEBETALENDE**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 56**

---

Zie recordtype 10 zone 14.



**RUBRIEK : TEKEN + TOTAAL BEDRAG FINANCIËEL REKENINGNUMMER B**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 68**

---

Teken en totaal bedrag van de zending dat moet gestort worden op de financiële rekening B.

Zie recordtype 80 zone 15.

**RUBRIEK : TEKEN + TOTAAL BEDRAG FINANCIËEL REKENINGNUMMER A**

---

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

---

Teken en totaal bedrag van de zending dat moet gestort worden op de financiële rekening A.

Zie recordtype 80 zone 15.

**RUBRIEK : GEFACTUREERD JAAR**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 5 N 0JJJ - 108**

---

Zie recordtype 10 zone 22.

**RUBRIEK : GEFACTUREERDE MAAND**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N MM - 113**

---

Zie recordtype 10 zone 23.

**RUBRIEK : KBO-NUMMER**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 10 N - 128**

---

Zie recordtype 10 zone 27.

**RUBRIEK : REFERENTIE INSTELLING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 25 A - 138**

---

Zie recordtype 10 zone 28.

**RUBRIEK : BIC FINANCIËLE REKENING A**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 11 A - 167**

---

Zie recordtype 10 zone 31-32-33-34.

**RUBRIEK : IBAN FINANCIËLE REKENING A**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 34 A - 179**

---

Zie recordtype 10 zone 36-37-38-39-40-41.



**RUBRIEK : BIC FINANCIËLE REKENING B**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 11 A - 219**

---

Zie recordtype 10 zone 43a.

**RUBRIEK : IBAN FINANCIËLE REKENING C**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 34 A - 235**

---

Deze zone is gereserveerd (staats hervorming).

**RUBRIEK : IBAN FINANCIËLE REKENING B**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 34 A - 271**

---

Zie recordtype 10 zone 49-50-51-52.

**RUBRIEK : BIC FINANCIËLE REKENING C**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 11 A - 305**

---

Deze zone is gereserveerd (staats hervorming).

**RUBRIEK : TEKEN + TOTAAL BEDRAG FINANCIËEL REKENINGNUMMER C**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 321**

---

Deze zone is gereserveerd (staats hervorming).

**RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN DE ZENDING**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 347**

---

Dit controlegetal wordt als volgt berekend :

De waarden uit de zones 4 van alle recordtypes 30, 40, 50, 51 en 52, de zones 17-18 en de zones 40-41 van de recordtypes 40 van de zending worden opgeteld. Op het resultaat wordt de klassieke modulus 97 toegepast (rest van de deling door 97; indien de rest gelijk is aan nul, vervangen door 97). Het aldus bekomen resultaat wordt ingeschreven in deze zone.

**RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN HET RECORD**

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349**

---

Zie recordtype 10 zone 99.