

**INSTRUCTIES AAN DE VERPLEGINGSINRICHTINGEN,
AAN DE ERKENDE LABORATORIA VOOR KLINISCHE BIOLOGIE,
AAN DE VERPLEEGKUNDIGEN
EN ALLE ANDERE INRICHTINGEN OF VERSTREKKERS
DIE GEBRUIK MAKEN VAN HET SYSTEEM
VAN AFLEVERING VAN FACTURATIEBESTANDEN
EN AAN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN -
UITGAVE 2006**

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

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

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

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

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

In de hiernavolgende tekst dient te worden verstaan, onder:

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

Een facturatiebestand kan op verschillende manieren worden overgemaakt :

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

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

1. Algemene procedure.

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

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

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

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

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

(☞ 5) Basisprincipe:

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

(☞ 5) Uitzonderingen:

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

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

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

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

Voor deze inrichtingen is een facturering per kwartaal voorzien.

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

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

(☞34)

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

2. Facturatieproces

2.A. Ingeval van facturatie via magnetische drager.

2.A.1. Algemeen.

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

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

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

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

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

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

Vijf situaties kunnen zich voordoen :

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

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

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

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

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

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

2.A.3. Verantwoordelijkheden.

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

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

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

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

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

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

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

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

- de manuele correctie van de getuigschriften voor verstrekte hulp of van de verpleegnota's is niet toegelaten;
- alle aanpassingen dienen gemaakt te worden aan de hand van een correctiedocument, waar melding wordt gemaakt van de foutieve en van de verbeterde gegevens.
Er dient eveneens een referentie vermeld te worden naar het origineel document;
- het correctiedocument wordt ondertekend door diegene die het origineel foutief document heeft ondertekend.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Het facturatieproces in grote lijnen

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

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

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

- ingeval van een blokkerende fout of het aantal fouten >5% t.o.v. het aantal records van de facturatie, bezorgt de VI een foutenbestand, wat betekent dat de facturatie in haar geheel verworpen is;
 - zo er geen blokkerende fout is of het aantal fouten <5%, dan verstuurt de VI een foutenbestand dat de derdebetaler moet toelaten eventuele anomalieën in de programma's en/of refertebestanden te verbeteren tegen de volgende facturatie. In dat geval is het facturatiebestand aanvaard door de VI.
- (☞ 9)

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

Structuur van de bestanden

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

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

Inventaris van de bestanden

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

Bericht 920000

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

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

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

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

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

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

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

Bericht 931000

Dit bericht laat toe aan de bestemming van een specifiek bestand (ander dan berichten) de ontvangst van dat bepaalde bestand te bevestigen zonder dat dit meteen betekent dat dit bestand wordt aanvaard.

(☞ 23) Voorbeeld: een VI stuurt een ontvangstbewijs voor een facturatiebestand; de derdebetaler stuurt een ontvangstbewijs voor een bestand afrekening of een bestand verwerpingen.

Bericht 920098

Dit bericht wordt gebruikt in volgende gevallen:

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

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

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

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

(☞ 23) aan de derdebetaler overgemaakt.

Ter herinnering :

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

Het volstaat daarom enkel de vastgestelde fouten weer te geven.

Welke records van het facturatiebestand dienen vermeld te worden

RT 10 en 90 altijd

RT 20 en 80:

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

indien fout in 80

indien fout in 30, 40 of 50

RT 30, 40, 50 indien fout in betrokken record

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

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.

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

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

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

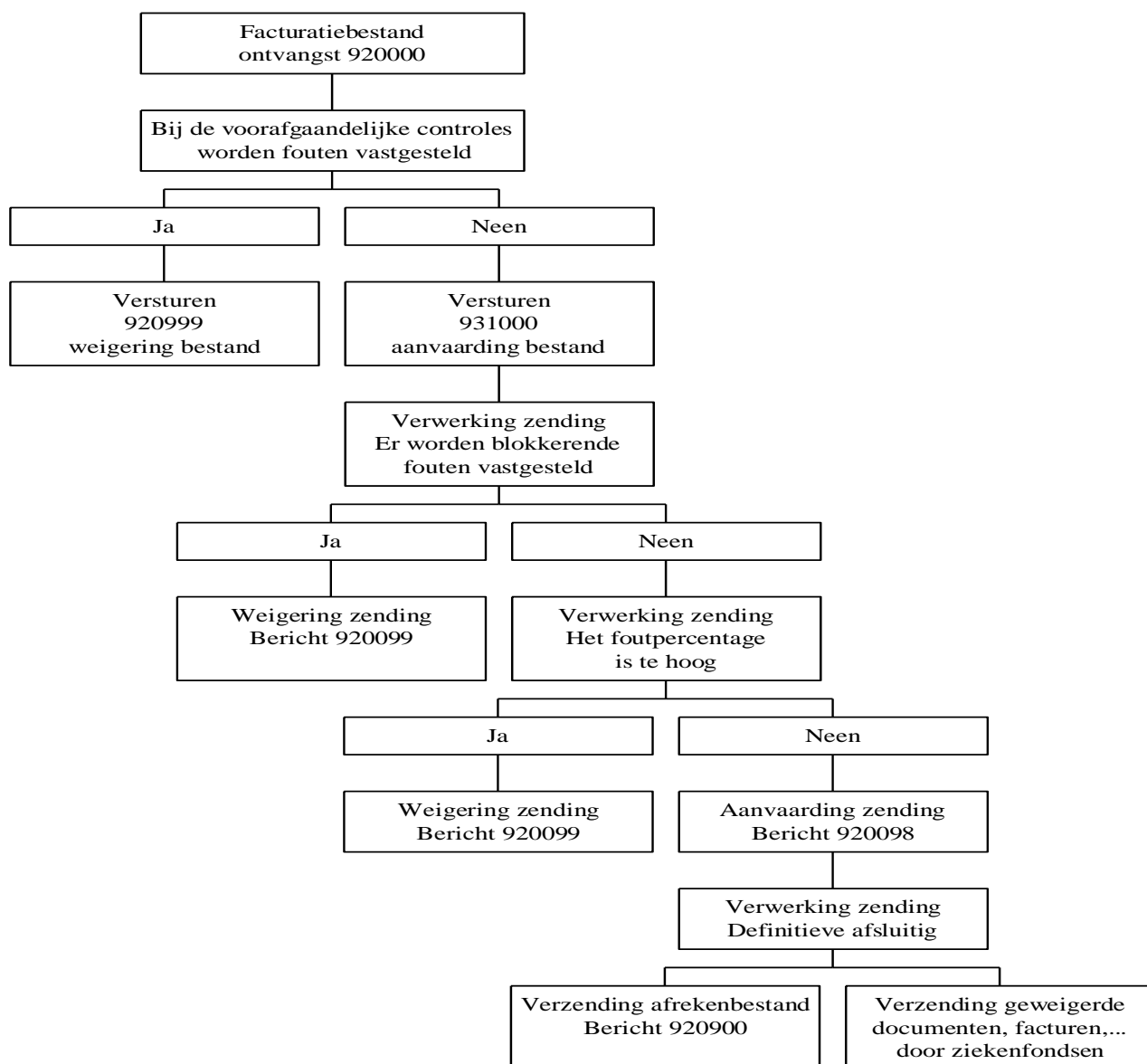
Bericht 920900

(☞ 9) 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)

(☞ 9) **Schematisch overzicht van de verwerking van een facturatie via Carenet/ MyCareNet.**



(☞ 20) **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 (Carenet)	TFAC	92	9991999	Test-gateway	9991999

(☞ 9) **A. Planning invoering van gegevensuitwisseling facturatie via CareNet**

Opmerking :

Het is belangrijk te signaleren dat elk ziekenhuis zal kunnen overgaan tot gegevensuitwisseling voor facturatie via CareNet volgens de hieronder vermelde planning, zelfs al gebruikt het op dat ogenblik de berichten met betrekking tot de hospitaaladministratie nog niet.

De invoering van de gegevensoverdracht voor de facturatie voorziet 2 fasen.

Fase 1 houdt het doorsturen in door de verzorgingsinstelling van een facturatiebestand aan de betrokken verzekeringsinstelling

Via een eerste nauwgezette validiteitcontrole leidt deze fase :

- of tot een globale ontvangst van het facturatiebestand (ontvangst betekent niet aanvaarding) via het bericht 931000;
- of tot mededeling van de vastgestelde fouten op niveau van de eerste controle van de detail van de factuur via het bericht 920098;
- of tot mededeling van alle blokkerende fouten of waarvan het aantal de 5% overschrijdt via het bericht 920099;
- of tot een totale verwerping als gevolg van vastgestelde fouten op niveau van samenvattende records (via het bericht 920999).

Tijdstip van in productie nemen :

1^{ste} semester 2004 (februari), in functie van het resultaat van de testen die zullen gerealiseerd worden tussen de 3 pilootziekenhuizen en het geheel van verzekeringsinstellingen.

Fase 2 houdt de overdracht in door de verzekeringsinstelling van alle informatie die voortkomt uit de definitieve controles op de detailgegevens van de facturen.

Het voorziene bestand in deze fase is :

- het bestand 920900 : mededeling van de aanvaarde bedragen en de vastgestelde verwerpingen

Tijdstip van in productie nemen :

Het productief zetten hangt af van de mogelijkheden van elke verzekeringsinstelling.

Sommige verzekeringsinstellingen kondigden het productief zetten van deze tweede fase aan vanaf de ontvangst van een facturatie via CareNet, andere voor later.

(☞ 9) **B. Planning invoering gegevensuitwisseling facturatie via MyCareNet**

01/01/2009: geselecteerde Piloot-groepen in PRODUCTIE.

Na een inlooffase: toegankelijk voor alle verpleegkundigen.

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

3.1. Magnetische drager : diskette of CD-Rom.

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

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

- (☞ 7) **OPGELET: van zodra de mogelijkheid bestaat om via MyCarenet te factureren, zal het gebruik van diskettes niet meer toegelaten zijn.**

3.1.1. Voor diskettes gelden de volgende normen :

Alleen nog diskettes van het type 3 ½ inch (720 KB of 1,4 MB) worden aanvaard.

Deze diskettes moeten voldoen aan de volgende normen :

- 3 ½ inch, dubbelzijdige densiteit, IBM-compatible, soft-sectored, MS/DOS, ASCII, maximum 1,4 Megabyte.
- 9 sectoren per track
- sequentiële records van 350 karakters zonder (speciaal) teken tussen elk record
- naam = 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 verzamelfactuur)
- pos 7 - 8 = vrij te gebruiken 00
- pos 9 = vrij te gebruiken punt
- pos 10 - 12 = zo 1 bestand op 1 diskette staat = 000
zo 1 bestand op meerdere diskettes staat =
 - eerste diskette = 001
 - tweede diskette = 900

- (☞ 7) Multi-volume 3 ½ inch worden vanaf 1 juli 2008 niet meer aanvaard.

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

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

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

3.4. **Recordtekening.**

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

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

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

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

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

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

Het gaat om de volgende elementen :

1) Nummer van het ziekenfonds

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

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

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de procedures per VI.

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

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

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

(☞ 34) Deze wijziging is van toepassing voor de ziekenhuizen (710/720) en de verpleegkundigen.

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

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

(☞ 30) Voor de Socialistische mutualiteit moet in R 20 Z 18 (mutualiteit van bestemming) het nummer van de mutualiteit van aansluiting hernomen worden behalve voor bepaalde revalidatie-overeenkomsten die men moet aanduiden met het nummer 300.

Hieronder vindt u een tabel terug met een samenvatting van de revalidatie-overeenkomsten waarvoor het nummer 300 moet vermeld worden als nummer van mutualiteit van bestemming:

TYPE	OMSCHRIJVING
7.20	Nabehandeling – psychiatrische ziekenhuizen
7.70	Professionele revalidatie
7.71	Motorische revalidatie
7.72	Psychosociale revalidatie
7.73	Alcoholici en toxicomanen
7.74	Psychoten – schoolgaand
7.74.5	Vroegtijdige en ernstige interactieve problemen kinderen/ouders
7.74.6	Referentiecentra voor autismespectrumstoornissen
7.76.0	Medische psychosociale revalidatie – HIV - AIDS.
7.76.5	Revalidatie mucoviscidose patiënten (ademhalingsstoornissen)
7.76.6	Kinderen met een chronische ziekte
7.76.7	Respijteenheden
7.78.1	Geheugenklinieken
7.79	Slechthorenden
7.81.5	Ernstige chronische ademhalingsaandoeningen
7.82.5	Medische-psycho-sociale revalidatie (ongewenste zwangerschappen)
7.84	Hersenverlamden
7.84.5	Kinderneuropsychiatrie
7.85	Ademhalingsondersteuning obstructieve slaapapneu (nCPAP)
7.85.2	Ademhalingsondersteuning thuis (AOT)
7.85.3	Ademhalingsondersteuning bij obesity hypoveventilation syndrome (OHS)
7.86.5	Doorlopende insuline-infusietherapie thuis met behulp van een draagbare insulinepomp
7.86.7	Zelfregulatie van diabetes mellitus (circ. 370/568) bij kinderen en adolescenten
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
9.50	Revalidatie en fysische geneeskunde
9.51	Functionele revalidatie R 30 / R 60
9.69	Functionele revalidatie ten gevolge van een visuele handicap

(☞ 33) Opgelet : een aantal revalidatie centra (<http://www.inami.fgov.be/care/all/revalidatie/general-information/contacts/pdf/790.pdf>) mogen de pseudo-codes gelinkt aan het opstellen van een multidisciplinair functioneringsrapport in het kader van de mobiliteitshulpmiddelen gebruiken (770276, 770280, 770291, 770302, 770313, 770324, 770335, 770346, 770350, 770361, 770372, 770383).
Voor de facturatie van deze pseudo-codes moet in R 20 Z18 het nummer van de mutualiteit van aansluiting hernomen worden.

2) Identificatie van de rechthebbende

(☞) Vanaf de gefactureerde maand 01/2006 is het gebruik van het INSZ-nr. 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.

Opmerking :

(☞ 3) Ontbinding ziekenfonds MRB (107)

Op 01-01-2007 wordt het ziekenfonds MRB (**VI nr 107**), ontbonden en worden de leden, volgens hun taalrol, verdeeld tussen de volgende ziekenfondsen:

VI nr 126 (NL)	CM Sint-Michielsbond Haachtsesteenweg 1805 1130 BRUSSEL
VI nr 135 (FR)	Mutualité Saint-Michel Boulevard Anspach 111-115 1000 BRUXELLES

De SIS-kaarten van alle leden van CM 107 zullen tegen 01-01-2007 aangepast worden in functie van hun nieuwe ziekenfonds van aansluiting, en de leden zullen nieuwe gele klevers krijgen.

Alle lopende administratieve en medische akkoorden blijven gelden en worden overgedragen op de respectievelijke ziekenfondsen; hiervoor dient u zelf geen stappen te ondernemen.

Concreet: aan wie dient u uw papieren facturen op te sturen?

Voor de zorgen verstrekt in 2006, dient u de zorgen nog aan het ziekenfonds 107 aan te rekenen en de facturen op te sturen:

- tot 31-12-2006, op het volgende adres: Sint-Lazaruslaan 2 bus 2, 1210 BRUSSEL
- na 31-12-2006, op het volgende adres: Haachtsesteenweg 1805, 1130 BRUSSEL.

Voor de zorgen verstrekt in 2007, dient u de facturen op te sturen aan het ziekenfonds waarbij uw patiënt op dat ogenblik zal aangesloten zijn (naargelang van het betrokken lid: VI nr 126 of VI nr 135).

(☞ 29) **De fusie van CM Mechelen met CM Turnhout per 1 januari 2012.**

Op 1 januari 2012 zal CM Mechelen (104) met CM Turnhout (105) fuseren. De nieuwe entiteit zal bestaan onder de naam CM regio Mechelen -Turnhout met nummer 105 en adres Korte Begijnenstraat 22, 2300 TURNHOUT.

De leden behouden hun mutualistisch identificatienummer.

Vanaf 1 januari 2012 dienen alle facturen (1^{ste} facturatie of herindieningen) betreffende de verstrekkingen verricht vóór 1 januari 2012 alsmede de verschillende administratieve en medische documenten voor het ziekenfonds 104, verplicht verstuurd te worden naar het ziekenfonds 105, met de identificatiegegevens van het ziekenfonds 104.

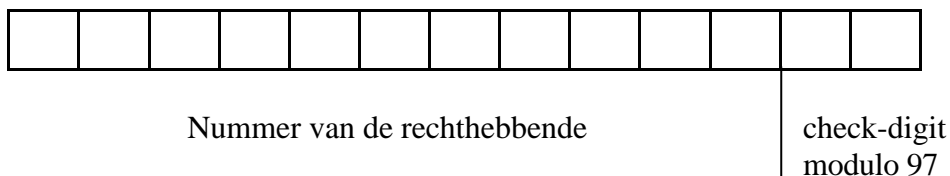
De elektronische facturatiebestanden worden altijd aan de LCM overgemaakt, met de identificatie van de verzekerden van het huidige ziekenfonds 104 in functie van de prestatiedatum, namelijk:

- prestaties verricht vóór 01.01.2012 = ziekenfonds 104
- prestaties verricht vanaf 01.01.2012 = ziekenfonds 105

Voor bijkomende praktische informatie met betrekking tot de facturatie, of met betrekking tot de boekhoudkundige aspecten in het kader van deze fusieprojecten van ziekenfondsen, verwijs ik u naar de specifieke briefwisseling die rondgestuurd wordt door de betrokken ziekenfondsen aan de instellingen en de zorgverstrekkers.

- 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).



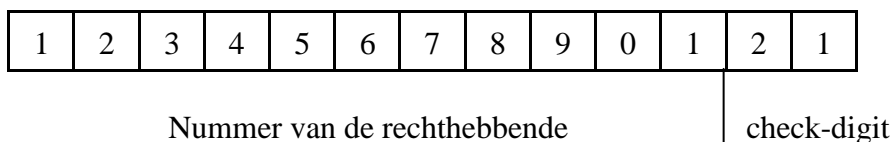
$$\frac{\text{Nummer van de rechthebbende}}{97} = \text{quotiënt} + \text{rest.}$$

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

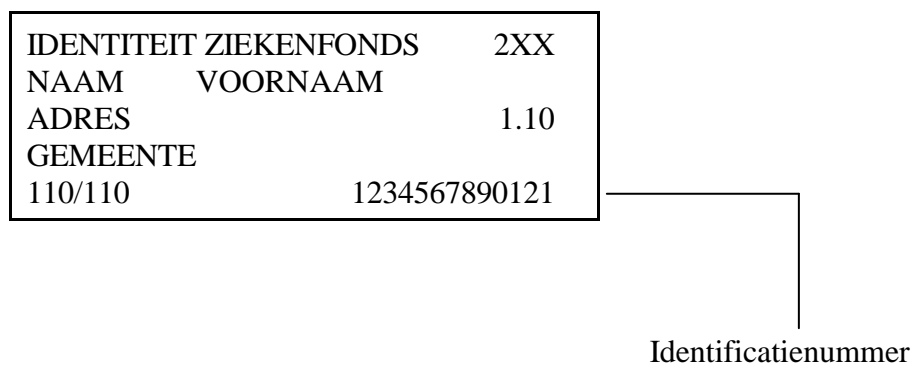
Voorbeeld :

Nummer rechthebbende = 12345678901 ; check-digit = 21

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



Dit nummer van 13 karakters staat onderaan rechts op het identificatievignet



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
STREEPJESCODE		

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.

Opmerking :

(☞) Op 1 januari 2006 fuseren de ziekenfondsen 203 en 236 en worden ze het ziekenfonds **203**, zowel wat de verplichte als de vrije en aanvullende verzekering betreft.

203 : Vlaams & Neutraal Ziekenfonds
Antwerpsestraat 145
2500 LIER

De nummers van de ziekenfondsen, de inschrijvingsnummers van de leden hoeven niet te worden gewijzigd. Alle conversies en aanpassingen zullen worden uitgevoerd door ons informaticasysteem. Alle facturen (behalve deze van Farmanet Verplichte Verzekering, die moeten doorgestuurd worden naar het Nationaal Secretariaat) moeten naar de administratieve zetel te LIER worden gestuurd.

De SIS-kaarten van de leden en de kleefbriefjes zullen geleidelijk worden aangepast aan de nieuwe nummering.

De contactpersoon in LIER is mevrouw Lut COOLS:
e-mail lut.cools@vnz.be
tel. 03 - 491 09 71

In december zal het nationaal secretariaat alle derden die factureringsgegevens zullen sturen, inlichten over de fusie.

(☞ 4) Op 1 januari 2007 fuseren de ziekenfondsen 228 en 230 en worden ze het ziekenfonds **228**, zowel wat de verplichte als de vrije en aanvullende verzekering betreft.

228 : Mutualia – Mutualité Neutre
Place Verte 41
4800 VERVIERS

De nummers van de ziekenfondsen, de inschrijvingsnummers van de leden hoeven niet te worden gewijzigd. Alle facturen moeten naar de administratieve zetel te VERVIERS (op het bovenvermelde adres) worden gestuurd.

De SIS-kaarten van de leden en de kleefbriefjes zullen geleidelijk worden aangepast aan de nieuwe nummering.

De contactpersoon in VERVIERS is mevrouw Wendy LIEGEOIS :
e-mail WLIEGEOIS@mutualia.be
tel. 087 -31 34 45

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 (tienduizendtal) 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.

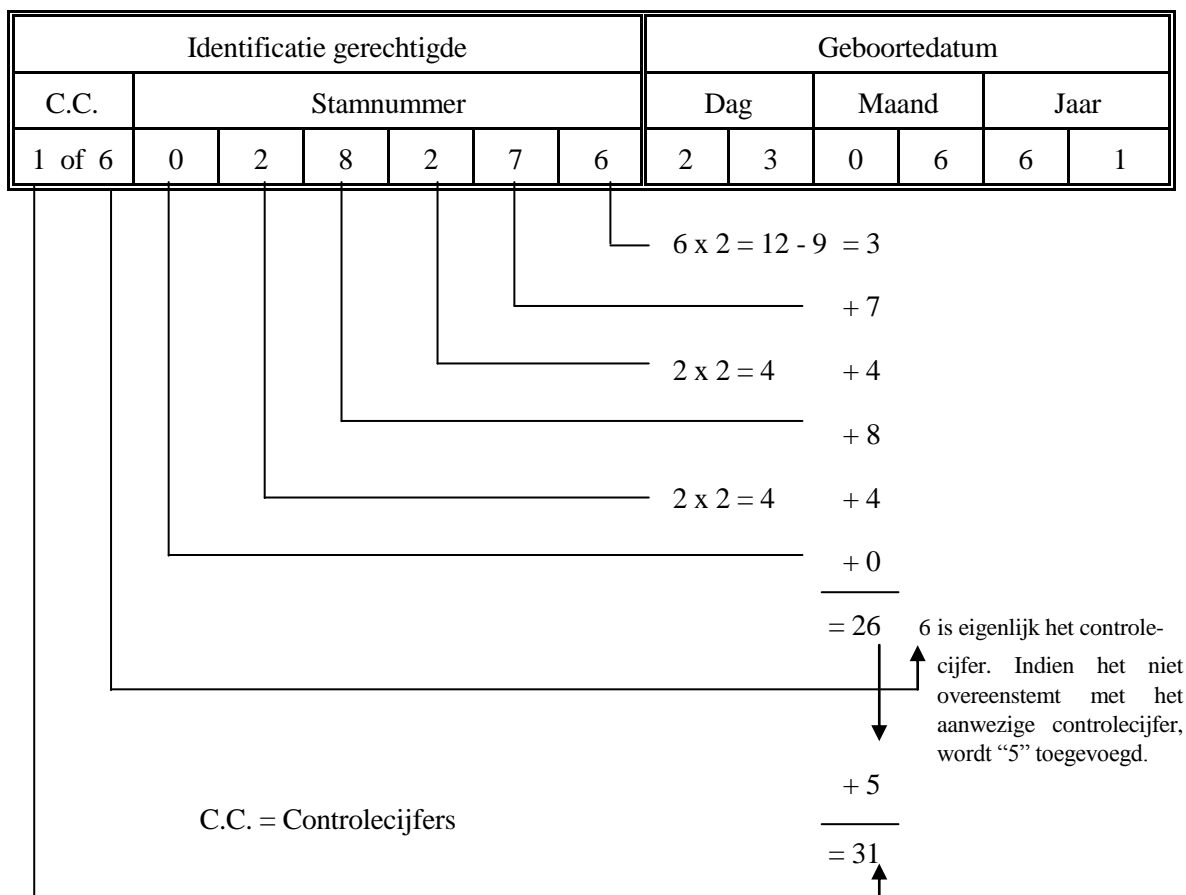
- De bekomen resultaten worden opgeteld met het :
- 2de cijfer (honderdduizendtal);
 - 4de cijfer (duizendtal);
 - 6de cijfer (tiental).

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

Indien het berekende controlecijfer niet overeenstemt met het aanwezige controlecijfer, voegt men "5" toe aan het berekende controlecijfer.

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.



(☞ 6) **Stopzetting activiteiten mutualiteit 307**

Vanaf 01-01-2008 zal ons ziekenfonds 307 “Ziekenfonds van vervoer en verkeer” zijn activiteiten stopzetten. De verzekerden van dit ziekenfonds zijn getransfereerd naar volgende ziekenfondsen: 306, 311, 317, 319 en 325. Dit betekent dat alle **vanaf 01-01-2008 verleende prestaties** uitsluitend mogen overgemaakt worden naar deze ziekenfondsen.

Echter, vanaf 01-01-2008, moeten alle facturen (1^{ste} facturatie of herindieningen) betreffende de **verstrekkingen verricht vóór 01-01-2008** alsmede de verschillende administratieve en medische documenten voor de ziekenfondsleden 307, verplicht verstuurd worden naar het ziekenfonds 306, (FSMB - Zuidstraat 111 te 1000 Brussel), met de identificatiegegevens van het ziekenfonds 307.

De magnetische dragers of de elektronisch facturatiebestanden worden altijd aan het NVSM overgemaakt, met identificatie van de verzekerden in functie van de **prestatiedatum**, namelijk:

- **prestaties verricht vóór 01-01-2008 = ziekenfonds 307**
- **prestaties verricht vanaf 01-01-2008 = ziekenfondsen 306, 311, 317, 319 en 325**

Ondertussen zijn alle nodige schikkingen getroffen voor het aanpassen van de SIS-kaarten en het uitreiken van de nieuwe (roze) identificatieklevers.

Bij gebrek aan de juiste identificatiegegevens kan u onze site www.socmut.be/fusie raadplegen, waar door middel van een conversieprogramma de oude identificatiegegevens omgezet worden in de nieuwe.

Voor meer informatie kan u telefonisch terecht bij Mevr. Christine Decrick (NI) 02/515 04 20 of Mevr. Monique Duchêne (Fr) 02/515 04 21.

(8) Fusies op 1-1-2009

1. Stopzetting activiteiten van het ziekenfonds 321

Vanaf 1.1.2009 zal ons ziekenfonds 321 (Mutualité Socialiste de Verviers) zijn activiteiten stopzetten. De verzekerden van dit ziekenfonds zijn getransfereerd naar het ziekenfonds 319. Dit betekent dat alle **vanaf 1.1.2009 verleende prestaties** uitsluitend mogen overgemaakt worden aan het ziekenfonds 319.

Vanaf 1.1.2009 dienen alle facturen (1^{ste} facturatie of herindieningen) betreffende **de verstrekkingen verricht vóór 1.1.2009** alsmede de verschillende administratieve en medische documenten voor het ziekenfonds 321, verplicht verstuurd worden naar het ziekenfonds 319 (Mutualité Solidaris – Mutualité Socialiste et Syndicale de la province de Liège, Rue Douffet 36 te 4020 Liège), met de identificatiegegevens van het ziekenfonds 321.

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

- **prestaties verricht vóór 1.1.2009 = ziekenfonds 321**
- **prestaties verricht vanaf 1.1.2009 = ziekenfonds 319**

Ondertussen zijn alle nodige schikkingen getroffen voor het aanpassen van de SIS-kaarten en het uitreiken van de nieuwe (roze) identificatieklevers.

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

2. Stopzetting activiteiten van het ziekenfonds 324

Vanaf 1.1.2009 zal ons ziekenfonds 324 (Mutualité Socialiste de Dinant-Philippeville) zijn activiteiten stopzetten. De verzekerden van dit ziekenfonds zijn getransfereerd naar het ziekenfonds 325.

De facturatie van de **verleende prestaties** mogen vanaf 1.1.2009 uitsluitend opgemaakt worden met de identificatiegegevens van het ziekenfonds 325 (zetel te Namen – Mutualité Socialiste de la Province de Namur, Chaussée de Waterloo 182 te 5002 Namur)

Vanaf 1.1.2009 dienen alle facturen (1^{ste} facturatie of herindieningen) betreffende **de verstrekkingen verricht vóór 1.1.2009** alsook **de facturatie van de verstrekkingen vanaf 1.1.2009** verplicht verstuurd worden **naar de zetel van Philippeville** (Mutualité Socialiste de la province de Namur, Rue de France 35 te 5600 Philippeville)

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

- **prestaties verricht vóór 1.1.2009 = ziekenfonds 324**
- **prestaties verricht vanaf 1.1.2009 = ziekenfonds 325**

Opgelet: de aanvragen voor de adviserende geneesheren alsook de opnamedocumenten dienen overgemaakt te worden aan de zetel te Namen.

Ondertussen zijn alle nodige schikkingen getroffen voor het aanpassen van de SIS-kaarten en het uitreiken van de nieuwe (roze) identificatieklevers.

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

3. info voor beide fusies

Bij gebrek aan de juiste identificatiegegevens kunt u onze site www.socmut.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 Mevr. Christine Decrick (NI) 02/515 04 20 of Mevr. Monique Duchêne (Fr) 02/515 04 21.

(☞ 12)

4. Blokkerende fout vanaf 1/9/2009

Vanaf het 2^{de} semester 2009 mogen alle verstrekkingen voorafgaand aan en vanaf 01.01.2009 uitsluitend gefactureerd worden met de identificatie van de ziekenfondsen **319 en 325**.

Vanaf 01.09.2009 zal de facturatie via identificatie van ziekenfondsen 321 en 324 namelijk verboden worden en een **blokkerende fout** veroorzaken.

(☞ 29) **Fusies op 01/01/2012**

1. Fusie van het ziekenfonds 314 met het ziekenfonds 315

Op 01/01/2012 fusioneert het ziekenfonds 314 (Mutualité Socialiste du Hainaut Occidental) met het ziekenfonds 315 (Mutualité Socialiste de Mons Borinage). De verzekerden die bij het ziekenfonds 314 aangesloten zijn, zullen getransfereerd worden naar het ziekenfonds 315.

Identificatie van de nieuwe entiteit: **Solidaris Mons-Wallonie picarde**
 Rue du Fort, 48
 7800 Ath

Concreet wordt hiermee bedoeld:

- Prestaties / geneesmiddelen, welke verricht / afgeleverd werden **vóór 1/1/2012**, voor verzekerden aangesloten bij 314 en gefactureerd vanaf 1/1/2012:
 - RT 20 Zone 7 (ziekenfonds van aansluiting) = 314
 - RT 20 Zone 18 (ziekenfonds van bestemming) = 314
 - De bijhorende papieren facturatie, de verschillende administratieve en medische documenten moeten verstuurd worden naar het ziekenfonds 315.

- Prestaties / geneesmiddelen, welke verricht / afgeleverd werden **vanaf 1/1/2012**, voor verzekerden aangesloten bij het vroegere ziekenfonds 314:
 - RT 20 Zone 7 (ziekenfonds van aansluiting) = 315
 - RT 20 Zone 18 (ziekenfonds van bestemming) = 315
 - De bijhorende papieren facturatie, de verschillende administratieve en medische documenten moeten verstuurd worden naar het ziekenfonds 315

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

- prestaties verricht **vóór** 01/01/2012 = ziekenfonds 314
- prestaties verricht **vanaf** 01/01/2012 = ziekenfonds 315

Vanaf 01/07/2012 moeten alle verstrekkingen verricht vóór 01/01/2012 uitsluitend gefactureerd worden met de identificatie van het ziekenfonds 315.

2. Fusie van het ziekenfonds 316 met het ziekenfonds 317

Op 01/01/2012 fusioneert het ziekenfonds 316 (Mutualité Socialiste du Centre et de Soignies) met het ziekenfonds 317 (Mutualité Socialiste de Charleroi). De verzekerden die bij het ziekenfonds 316 aangesloten zijn, zullen getransfereerd worden naar het ziekenfonds 317.

Identificatie van de nieuwe entiteit: **Solidaris Mutualité Socialiste du Centre, Charleroi et Soignies
Avenue des Alliés, 2
6000 Charleroi**

Concreet wordt hiermee bedoeld:

- Prestaties / geneesmiddelen, welke verricht / afgeleverd werden **vóór 1/1/2012**, voor verzekerden aangesloten bij 316 en gefactureerd vanaf 1/1/2012:
 - RT 20 Zone 7 (ziekenfonds van aansluiting) = 316
 - RT 20 Zone 18 (ziekenfonds van bestemming) = 316
 - De bijhorende papieren facturatie, de verschillende administratieve en medische documenten moeten verstuurd worden naar het ziekenfonds 317
- Prestaties / geneesmiddelen, welke verricht / afgeleverd werden **vanaf 1/1/2012**, voor verzekerden aangesloten bij het vroegere ziekenfonds 316:
 - RT 20 Zone 7 (ziekenfonds van aansluiting) = 317
 - RT 20 Zone 18 (ziekenfonds van bestemming) = 317
 - De bijhorende papieren facturatie, de verschillende administratieve en medische documenten moeten verstuurd worden naar het ziekenfonds 317

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

- prestaties verricht **vóór** 01/01/2012 = ziekenfonds 316
- prestaties verricht **vanaf** 01/01/2012 = ziekenfonds 317

Vanaf 01/07/2012 moeten alle verstrekkingen verricht vóór 01/01/2012 uitsluitend gefactureerd worden met de identificatie van het ziekenfonds 317.

3. Info voor beide fusies

Ondertussen zijn alle nodige schikkingen getroffen voor het aanpassen van de SIS-kaarten en het uitreiken van de nieuwe (roze) identificatieklevers.

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

- 18 septies-

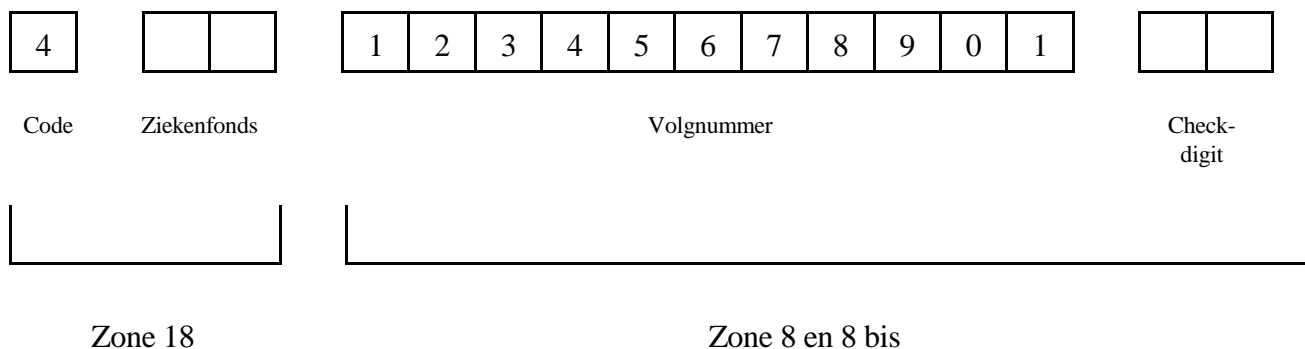
Bij gebrek aan de juiste identificatiegegevens kunt u onze site www.socmut.be/fusies raadplegen, waar door middel van een conversieprogramma de oude identificatiegegevens omgezet worden in de nieuwe.

Voor meer informatie kan u telefonisch terecht bij onze Helpdesk op het nummer 02/515 17 01 of via het elektronische adres helpdesk.carenet@socmut.be

4. Blokkerende fout vanaf 01/09/2012

Vanaf 01/09/2012 zal de facturatie via identificatie van ziekenfondsen 314 en 316 namelijk verboden worden en een **blokkerende fout** veroorzaken.

d) Structuur van het inschrijvingsnummer bij de **LANDSBOND VAN LIBERALE MUTUALITEITEN**.



Berekening Check-digit (modulo 97)

$$\frac{\text{Volgnummer (11 posities)}}{97} = \text{Quotiënt} + \text{rest}$$

De rest = Check-digit; indien de rest = 0, dan is de check-digit = 97.

Opmerking :

(☞) Op 1 januari 2006 fuseren de ziekenfondsen 409 en 416 en worden ze het ziekenfonds **409**, zowel wat de verplichte als de vrije en aanvullende verzekering betreft.

409 : Mutualité Libérale Hainaut - Namur
Rue Anatole France, 12-14
7100 LA LOUVIERE

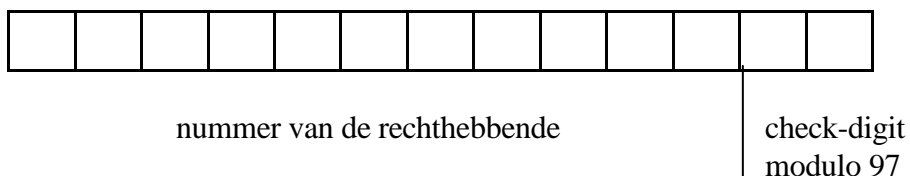
De nummers van de ziekenfondsen, de inschrijvingsnummers van de leden en de bestemmelingen van de facturen hoeven niet te worden gewijzigd. Alle conversies en aanpassingen zullen worden uitgevoerd door ons informaticasysteem. De derden verzoeken we echter wel het rijksregister te gebruiken.

De SIS-kaarten van de leden en de kleefbriefjes zullen geleidelijk worden aangepast aan de nieuwe nummering.

Vanaf 7 november 2005, zal het nationaal secretariaat alle derden die factureringsgegevens zullen sturen, inlichten over de fusie.

- 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).



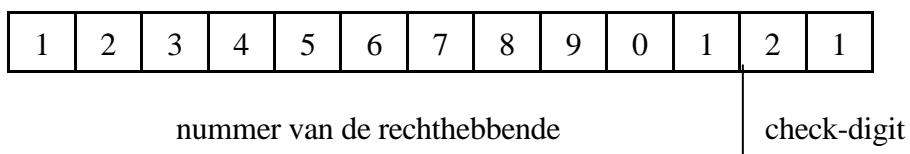
$$\frac{\text{Het nummer van de rechthebbende}}{97} = \text{quotiënt} + \text{rest}$$

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

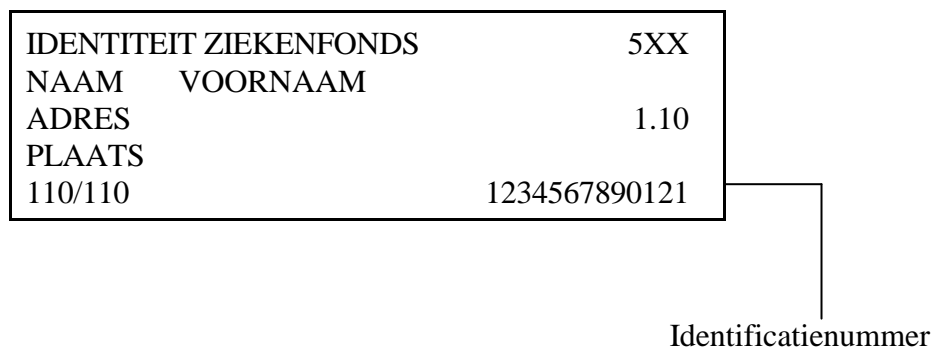
Voorbeeld :

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.



Dit nummer van 13 karakters wordt vermeld op de magneetkaart.

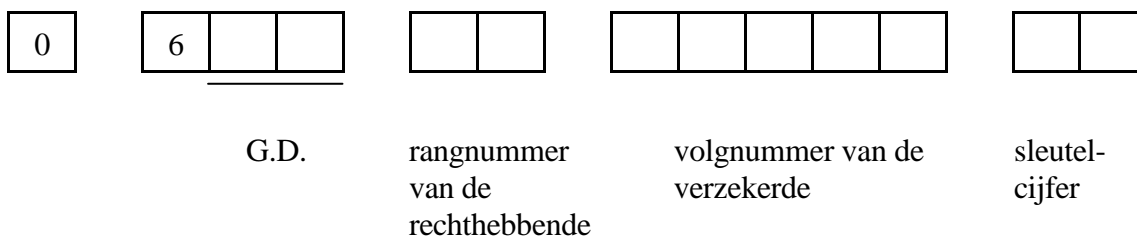
ONAFHANKELIJKE ZIEKENFONDSEN		5XX
NAAM	VOORNAAM	
1234567890121		GEBOORTEDATUM
110/110		GELDIGHEID 07.95/06.96
STREEPJESCODE		

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.

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 Brabant
- 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

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) **Volnummer 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 volnummer 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 volnummer 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 volnummer 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.

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)

- (☞ 3) g) Aansluitingsnummer bij de **KAS DER GENEESKUNDIGE VERZORGING VAN DE N.M.B.S.-HOLDING**

Voorbeeld :

0	4	5	0	4	9	4	4	0	0	0	0	0
1	2					3	4	5	6			
Code Cate- gorie	Identificatie gerechtigde					Geboor- tejaar gerech- tigde	Volg- nummer	AC	Rang- nummer			
Identificatienummer N.M.B.S.												

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 Geboorteejaar 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 Geboorteejaar 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 tental 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 tental 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 tental 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 tental 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.
- (☞ 21) **Bijlage 5.2** : Deze bijlage werd vervangen door de Excel-lijst "Foutcodes".
- Bijlage 5.3** : Lay-out van de controlelijst.
- Bijlage 5.4** : Afrekeningsbestand.
- Bijlage 6** : Recordtekening.
- Bijlage 7** : Beschrijving van de zones.
- Bijlage 8** : Invulling van diverse zones in functie van de identiteit van de factureringsinstelling.
- Bijlage 9** : Gebruik van de zone "persoonlijk aandeel" en de zone "supplement".
- Bijlage 10** : Situatiemodel van de meest voorkomende transfers van borelingen.
- Bijlage 11** : Aflevering van facturatiegegevens via magnetische of elektronische drager van geneesmiddelen afgeleverd door een ziekenhuisofficina aan patiënten die verblijven in RVT, ROB, PVT of BW.
Toepassing van art. 6, § 16 van de Verordening van 28/07/2003.
- Bijlage 12** : Facturatie via magnetische drager door de medische huizen.
- Bijlage 13** : Facturatie via magnetische drager door psychiatrische verzorgingstehuizen.
- Bijlage 14** : Afrondingsregels voor geneesmiddelen.
- (☞) **Bijlage 15** : Facturatie van parenterale voeding ten huize van de patiënt.
- (☞ 1) **Bijlage 16** : Structuur van de RIZIV-identificatienummers.
- (☞ 1) **Bijlage 17** : Forfaitarisering van geneesmiddelen in de ziekenhuizen.
- (☞ 8) **Bijlage 18** : Facturatie via magnetische drager door ROB/RVT/CDV.
- (☞ 20) **Bijlage 19** : Facturatie aan 100% in het kader van de MAF.

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

<u>Verzekeringsinstellingen</u>	<u>Te groeperen ziekenfondsen</u>	<u>Adressen van de rekenentra</u>
L.C.M.	Alle ziekenfondsen	LANDSBOND DER CHRISTELIJKE MUTUALITEITEN Dienst Statistieken - Exploitatie Verwerking magnetische dragers AEROPOLIS Haachtsesteenweg, 579 - Postbus 49 1031 BRUSSEL
(☞ 7) L.N.M.	Alle ziekenfondsen	LANDSBOND VAN DE NEUTRALE MUTUALITEITSVERBONDEN Cel Magnetische dragers Charleroisesteeweg, 147 1060 BRUSSEL
N.V.S.M.	Alle ziekenfondsen	NATIONAAL VERBOND VAN SOCIALISTISCHE MUTUALITEITEN Sint-Jansstraat, 32 1000 BRUSSEL
(☞ 7) L.L.M.	Alle ziekenfondsen	LANDSBOND VAN LIBERALE MUTUALITEITEN Livornostraat, 19 1050 BRUSSEL
(☞ 7) M.L.O.Z.	Alle ziekenfondsen	LANDSBOND VAN DE ONAFHANKELIJKE ZIEKENFONDSEN Dienst Support en Logistiek Minervalei, 8 1150 BRUSSEL
(☞ 8)		
H.Z.I.V.	Alle gewestelijke diensten	HULPKAS VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING Troonstraat, 30 1000 BRUSSEL
N.M.B.S. (☞ 3)	Alle gewestelijke geneeskundige centra	KAS DER GENEESKUNDIGE VERZORGING VAN DE N.M.B.S.-HOLDING Sectie 72 Frankrijkstraat, 85 1060 BRUSSEL

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

Dhr. ROSE Ph.	02/246.43.74	02/243.20.95	Analyse en algemene aard
Mevr. PLATTIAU E.	02/246.45.02	02/243.20.71	Instellingen en laboratoria
Dhr. VAN SCHELVERGEM J.	02/246.45.18	02/243.20.71	Verpleegkundigen

(☞ 6) E-mailadres: facturatie.b2b.gz@cm.be

(☞ 9) **L.N.M.**

Algemeen faxnummer : 02/537.33.69

Cel Magnetische dragers :

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

Helpdesk :

Bij voorkeur volgend e-mailadres gebruiken: supports@lnz.be

M. WAEGEMANS Alain

Telefoonnr.: 02/300.11.01

Cel Kwaliteitscontrole :

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

Helpdesk :

Bij voorkeur volgend e-mailadres gebruiken: ccq@lnz.be

M. GEERTS Jean-Louis (FR)

Telefoonnr.: 02/533.06.60

M. ALDERWEIRELD Eddy (NL)

Telefoonnr.: 02/535.98.59

Cel Carenet :

Deze cel behandelt alle technische aspecten van de elektronische facturatiestroom.

Helpdesk :

Bij voorkeur volgend e-mailadres gebruiken: modcare@UNMN-LNZ.BE

M. ADRIAENS Yves

Telefoonnr.: 02/535.73.42

Mme STERCKX Geneviève

Telefoonnr.: 02/300.11.08

(☞ 1) **N.V.S.M.**

(☞ 17) Dhr. SCHÜMMER	02/515.04.21	02/515.17.42
Mevr. DECRICK	02/515.04.20	02/515.17.42

<u>Naam</u>	<u>Telefoonnr.</u>	<u>Faxnr.</u>	<u>Bevoegdheid</u>
(☞ 6) <u>L.L.M.</u>			
Mevr. PATERNOTTE (NL)	02/542.86.38		Resultaten en tarificatievragen verstrekkers
Mevr. MAGNET (FR)	02/542.86.37		Resultaten en tarificatievragen verstrekkers
Mevr. SENABRE	02/542.86.36		Analyse en algemene problemen

(☞ 7) **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 9 u en 12 u en tussen 14u en 16u.

Faxnummer: 02/778.94.06

E-mail adressen:

- Operprodlog@mloz.be

Voor uw vragen betreffende de papieren facturen en elektronische bestanden

- Opercontfac@mloz.be

Voor uw vragen betreffende de tarifiering, betaling en afrekening van uw zending

(☞7,19) **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

Fax : 02 229 34 38

(☞ 8) **K.G.V. van de N.M.B.S.-holding**

Mevr. LECOMTE

02/525.35.56

02/525.35.61

E-mailadres: 900-factura@b-holding.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 :
 Rekeningnr. inrichting :
 (☞ 7) IBAN inrichting :
 (☞ 7) BIC inrichting :
 Rekeningnr. med. raad :
 (☞ 7) IBAN med. raad :
 (☞ 7) BIC med. raad :

Identificatie medische raad (2) :

Benaming :
 Adres :
 Postnr. - gemeente :
 R.I.Z.I.V.-nummer :
 Rekeningnr. med. raad :
 (☞ 7) IBAN med. raad :
 (☞ 7) BIC med. raad :

Identificatie verzekeringsinstelling :

Benaming :
 Adres :
 Postnummer - gemeente :

Facturering AMBULANT - GEHOSP. - GEMENGD (1)

Versie bestand (zone 4) :
 Zendingnummer (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.

(☞ 9) **N.B. :** Ingeval van facturatie via (My)CareNet 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 elektronische inrichting (1)	Identificatie van de verstrekker (3)	Identificatie van het ziekenfonds van bestemming	Verwijzing naar de magnetische of drager (2)
Naam Adres R.I.Z.I.V.-nr. Derdebetalersregeling - nr. Tel.	Naam Adres R.I.Z.I.V.-nr. Tel.	Nr. Benaming Adres	Zendingsnr. Derdebetalersreg.-nr. Gefactureerd jaar en maand

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	XXXXXX	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).

(☞ 7) 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)

(☞ 7) Voor diskettes is deze waarde steeds gelijk aan 000 (multi-volumes niet meer toegelaten)

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

Structuur van de foutcodering

(☞ 3) 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.

(☞ 3) 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.

(☞ 3) 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.

E : fout welke niet wordt meegerekend voor het bepalen van het foutpercentage.

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 en 80.

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

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

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

b) Tolerantiedrempels

I. Berekeningsproces tolerantiedrempel

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

De tolerantiedrempels worden berekend volgens volgende formule :

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

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

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

II. Tolerantiedrempel ter aanvaarding van het facturatiebestand

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

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

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.

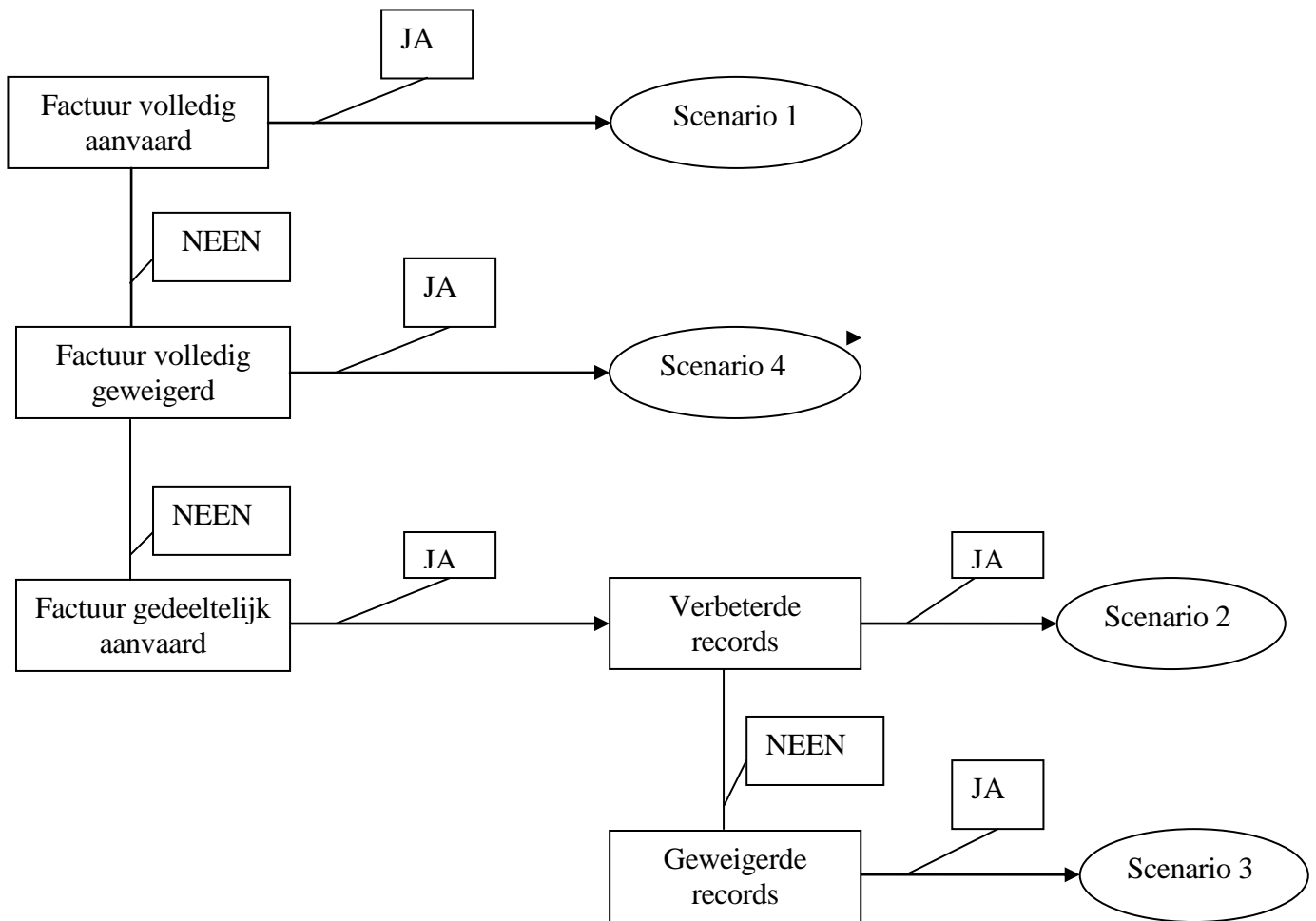
Recordtekening voor het afrekenbestand

			10	20	30	40	50	80	90	
	I 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	
(☞ 11)	104	12N	371	1	0	0	0	0	9	
(☞ 11)	105	12N	383	1	0	0	0	0	9	
	106	12N	395	9						
	107	3N	407	1	CG1 of 0	CG1	CG1	CG1	0	9
	108	3N	410	1	CG2 of 0	CG2	CG2	CG2	0	9
(☞ 6)	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	9
(☞ 6)	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	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
(☞ 3)	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
	112a	1A	464	Verwerpings- letter 2	Verwerpings- letter 2	Verwerpings- letter 2	Verwerpings- letter 2	Verwerpings- letter 2	Verwerpings- letter 2	Verwerpings- letter 2
(☞ 3)	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
	113a	1A	471	Verwerpings- letter 3	Verwerpings- letter 3	Verwerpings- letter 3	Verwerpings- letter 3	Verwerpings- letter 3	Verwerpings- letter 3	Verwerpings- letter 3
(☞ 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
	114	1A+11N	478	1	0	Getarifeerd bedrag Rek. A	Getarifeerd bedrag Rek. A	Getarifeerd bedrag Rek. A	Getarifeerd bedrag Rek. A	9
	115	1A+11N	490	1	0	Getarifeerd bedrag Rek. B	Getarifeerd bedrag Rek. B	Getarifeerd bedrag Rek. B	Getarifeerd bedrag Rek. B	9
	116	1A+11N	502	1	0	Getarifeerd bedrag patiënt	Getarifeerd bedrag patiënt	Getarifeerd bedrag patiënt	Getarifeerd bedrag patiënt	9
	117	7N	514	1	0	Gecorrigeerde nomen.code	Gecorrigeerde nomen.code	Gecorrigeerde nomen.code	0	9
	118	1N	521	1	0				9	
(☞ 3)	119	1A+11N	522	1	0	Resultaat VI	Resultaat VI	Resultaat VI	0	9
(☞ 11)	149	200A	534	1	Commentaar bij foutcode				9	
(☞ 11)	150	61A	734	1	Reserve				9	
(☞ 11)	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 (My)CareNet.
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.
- (☞ 28) 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 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).
- (☞ 3) 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 30, 40, 50 en 80. De verwerpingscodes van R 20 moeten eerst vermeld worden, dan pas die van de R 30, 40, 50 en 80.
Of
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)

(☞ 28) **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)

(☞ 28) **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	Verschil
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	Verschil factuur	0
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	Verschil factuur	35
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	Verschil factuur	100
Factuur 4	wijziging nomenclatuurcode	RT 20	0,00				
	A	RT 50	25,00			Niet op afrekenbestand	
	bedrag identiek	RT 50	50,00	50,00		RT 30/40/50 Z 117 ingevuld	0
	A	RT 50	25,00			Niet op afrekenbestand	
		RT 80		100,00	100,00	Verschil factuur	0
						Verschil 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			
		400,00			
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			
		265,00			
	Verschil			$400,00 - 265,00 = 135,00$	

Afrekenbestand: opvulling bedragzones - Rekening A en B

		RT 30/40/50		RT 80	RT 80	RT 30/40/50	RT 30/40/50	RT 80	RT 80	Controle	Verschil	
		Z 11	Z 19	Z 15 (B)	Z 19(A)	Z 114 (A)	Z 115 (B)	Z 114 (A)	Z 115 (B)			
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	Verschil 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	Verschil 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	Verschil 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	Verschil factuur	0	
											Verschil zending	195,00

		<u>A</u>	<u>B</u>	<u>Tot.</u>	
Inge diend	Factuur 1 - Z 19	55,00	75,00	130,00	
	Factuur 2 - Z 19	55,00	75,00	130,00	
	Factuur 3 - Z 19	55,00	75,00	130,00	
	Factuur 4 - Z 19	55,00	75,00	130,00	
				520,00	
Betaling	Factuur 1 - Z 114/115	55,00	75,00	130,00	
	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	130,00	
				325,00	
					Verschil 520,00 - 325,00 = 195,00

RECORDTYPE			10	20	30	40	50	80	90
ZONE	LENGTE	POSITIES	AANVANG ZENDING	AANVANG FACTUUR	VERPLEEG- DAGEN	FARMACEUTISCHE PRODUCTEN	VERSTREKKINGEN OF LEVERINGEN	EINDE FACTUUR	EINDE ZENDING
1	2 N	1-2	RECORDTYPE 10	RECORDTYPE 20	RECORDTYPE 30	RECORDTYPE 40	RECORDTYPE 50	RECORDTYPE 80	RECORDTYPE 90
2	6 N	3-8	VOLGNUMMER RECORD	VOLGNUMMER RECORD	VOLGNUMMER RECORD	VOLGNUMMER RECORD	VOLGNUMMER RECORD	VOLGNUMMER RECORD	VOLGNUMMER RECORD
3	1 N	9-9	INDEXCODE	TOEST. DERDEBETALENDE	NORM VERPLEEGDAG	NORM VERSTREKKING	NORM VERSTREKKING (%)	0	0
4	7 N	10-16	VERSIE BESTAND	UUR VAN OPNAME	PS-CODE VERPLEEGDAG EN FORF	PS-CODE CAT. GENEESMIDDEL	(PSEUDO-)NOMENCL.CODE	UUR VAN OPNAME	0
5	8 N	17-24	FINANCIEEL	DATUM VAN OPNAME	DATUM 1ste GEFACT. DAG	DATUM 1ste GEFACT. DAG	DATUM 1ste VERR. VERSTR.	DATUM VAN OPNAME	FINANCIEEL
6a	4 N	25-28	REKENINGNUMMER A	DATUM VAN	DATUM LAATSTE	DATUM LAATSTE	DATUM LAATSTE	DATUM VAN	REKENINGNUMMER A
6b	4 N	29-32	0	ONTSLAG	GEFACTUREERDE DAG	GEFACTUREERDE DAG	VERRICHTE VERSTREKKING	ONTSLAG	0
7	3 N	33-35	ZENDINGNUMMER	NR. ZF VAN AANSLUITING	NR. ZF VAN AANSLUITING	NR. ZF VAN AANSLUITING	NR. ZF VAN AANSLUITING	NR. ZF VAN AANSLUITING	ZENDINGNUMMER
8a	12 N	36-47	FINANC. REKENINGNR. B	IDENTIFICATIE	IDENTIFICATIE	IDENTIFICATIE	IDENTIFICATIE	IDENTIFICATIE	FINANC. REKENINGNR. B
8b	1 N	48-48	0	RECHTHEBBENDE	RECHTHEBBENDE	RECHTHEBBENDE	RECHTHEBBENDE	RECHTHEBBENDE	0
9	1 N	49-49	CODE A.P.F.	GESLACHT RECHTHEBB.	GESLACHT RECHTHEBB.	GESLACHT RECHTHEBB.	GESLACHT RECHTHEBB.	GESLACHT RECHTHEBB.	0
10	1 N	50-50	CODE AFREKENINGSBESTAND	TYPE FACTUUR	BEVALLING	BEVALLING	BEVALLING	TYPE FACTUUR	0
11	1 N	51-51	0	TYPE FACTURERING	VERWIJZING FIN. REKNR.	VERWIJZING FIN. REKNR.	VERWIJZING FIN. REKNR.	0	0
12	1 N	52-52	0	0	0	0	NACHT, W.E. OF FEESTDAG	0	0
13	3 N	53-55	INHOUD FACTURATIE	DIENST 721 bis	DIENSTCODE	DIENSTCODE	DIENSTCODE	DIENST 721 bis	0
14	12 N	56-67	NR. DERDEBETALENDE	NR. FACTURENDE INSTELL.	PLAATS VAN VERSTREKKING	PLAATS VAN VERSTREKKING	PLAATS VAN VERSTREKKING	NR. FACTURENDE INSTEL.	NR. DERDEBETALENDE
15	12 N	68-79	NR. ACCREDITING NIC	INSTELLING VAN VERBLIJF	IDENT. OVEREENK. INRICHT. VERBL.	IDENT. OVEREENK. INRICHT. VERBL.	IDENTIFICATIE VERSTREKK.	TEKEN + BEDRAG FIN. REKNR. B	TEKEN + TOT. BEDR. FIN. REKNR. B
16	1 N	80-80	0	CODE STUIT. VERJAR. TERM.	0	GRATIS GENEESMIDDELEN	NORM VERSTREKKER	0	0
17	4 N	81-84	0	REDEN BEHANDELING	BETREKKELIJKE	BETREKKELIJKE	BETREKKELIJKE	REDEN BEHANDELING	0
18	3 N	85-87	0	NR. ZF VAN BESTEMMING	VERSTREKKING	VERSTREKKING	VERSTREKKING	NR. ZF VAN BESTEMMING	0
19	12 N	88-99	0	NUMMER OPNAME	TEKEN + BEDRAG V.I.	TEKEN + BEDRAG V.I.	TEKEN + BEDRAG V.I.	TEKEN + BEDRAG FIN. REKNR. A	TEKEN + TOT. BEDR. FIN. REKNR. A
20	7 N	100-106	0	DATUM AKKOORD	0	DATUM	DATUM	FACTUURDATUM	0
21	1 N	107-107	0	REVALIDATIEBEHANDELING	0	VOORSCHRIFT	VOORSCHRIFT	0	0
22	5 N	108-112	GEFACTUREERD JAAR	UUR VAN ONTSLAG	TEKEN + AANTAL DAGEN OF FORF	TEKEN + AANT. EENHEDEN	TEKEN + AANT. EENHEDEN	UUR VAN ONTSLAG	GEFACTUREERD JAAR
23	2 N	113-114	GEFACTUREERDE MAAND	0	0	F EENHEID	AANTAL COUPES	0	GEFACTUREERDE MAAND
24	5 N	115-119	0	NUMMER INDIVIDUELE	TEKEN + GROOTTE ORDE	IDENTIFICATIE	IDENTIFICATIE	NUMMER INDIVIDUELE	0
25	7 N	120-126	DATUM VAN	FACTUUR	VERBLIJFSKOSTEN	VOORSCHRUIVER	VOORSCHRUIVER	FACTUUR	0
26	1 N	127-127	OPSTELLING	TOEP. SOCIALE FRANCHISE	0	0	NORM VOORSCHRUIVER	0	0
27	10 N	128-137	0	C.G.1 + C.G.2	TEKEN + P.A. PATIENT	TEKEN + P.A. PATIENT	TEKEN + P.A. PATIENT	TEKEN + P.A. PATIENT	0
28	25 A	138-162	REFERENTIE INSTELLING	REFERENTIE INSTELLING	REFERENTIE INSTELLING	REFERENTIE INSTELLING	REFERENTIE INSTELLING	REFERENTIE INSTELLING	REFERENTIE INSTELLING
29	2 N	163-164	0	NUMMER	0	0	BEHANDELDE TAND	0	0
30	2 N	165-166	0	VORIGE	TEKEN + BEDRAG	TEKEN + BEDRAG	TEKEN + BEDRAG	TEKEN + BEDRAG	0
31	8 N	167-174	0	FACTUUR	SUPPLEMENT	SUPPLEMENT	SUPPLEMENT	SUPPLEMENT	0
32	1 N	175-175	BIC FINANCIELE REKENING A	FLAG IDENTIFICATIE RECHTH.	UITZ. DERDEBETAALERSREG.	UITZ. DERDEBETAALERSREG.	UITZ. DERDEBETAALERSREG.	FLAG IDENTIFICATIE RECHTH.	BIC FINANCIELE REKENING A
33	1 N	176-176	0	0	CODE FACT. P.A. OF SUPPL.	CODE FACT. P.A. OF SUPPL.	CODE FACT. P.A. OF SUPPL.	0	0
34	1 N	177-177	0	NUMMER	0	CODE UITZONDERING	BEHANDELD LID	0	0
35	1 N	178-178	0	VORIGE	0	PROFYLAXIE	GECONVENT. VERSTREKKER	0	0
36	1 N	179-179	0	ZENDING	0	FLAG INN	UUR VAN	0	0
37	3 N	180-182	0	NR. ZF VORIGE FACTURER.	0	F GALENISCHE VORM	PRESTATIE	0	0
38	12 N	183-194	IBAN FINANCIELE REKENING A	REFERENTIE ZIEKENFONDS	0	NR. TARIFFERINGSDIENST	IDENT. TOEDIENAAR BLOED	TEKEN + VOORSCH. FIN. REKNR. A	IBAN FINANCIELE REKENING A
39	10 N	195-204	0	FINANCIEEL REKENINGNR. A	0	TEKEN + THEOR. P.A. PATIENT	NUMMER ATTEST VAN	0	0
40	2 N	205-206	0	0	0	NUMMER	TOEDIENING	0	0
41	6 N	207-212	0	VORIG GEFACT. JAAR-MAAND	0	PRODUCT	NUMMER AFLEVERINGSBON	0	0
42	6 N	213-218	0	0	0	0	OF ZAK	0	0
43a	11 N	219-229	BIC FIN. REKENING B	REFERENTIEGEGEVENS	0	OMSCHRIJVING	0	0	BIC FIN. REKENING B
43b	1 N	230-230	0	NETWERK OF	0	PRODUCT	CODE IMPLANT	0	0
44	4 N	231-234	0	S.I.S.-KAART	0	0	OMSCHRIJVING	0	0
45	26 N	235-260	0	0	0	0	PRODUCT	0	0
46	1 N	261-261	0	0	0	0	NORM PLAFOND	0	0
47	8 N	262-269	0	DATUM VAN FACTURERING	DATUM AKKOORD VERSTR.	DATUM AKKOORD VERSTR.	DATUM AKKOORD VERSTR.	0	0
48	1 N	270-270	0	0	TRANSPLANTATIE	TRANSPLANTATIE	TRANSPLANTATIE	0	0
49	12 N	271-282	0	REFERENTIE ZIEKENFONDS	0	NR. APOTHEKER TITULARIS	R IDENT. ZORGKUNDIGE	0	0
50	4 N	283-286	IBAN FINANCIELE REKENING B	FINANCIEEL	0	F GEBOORTEJAAR	0	0	IBAN FINANCIELE REKENING B
51	6 N	287-292	0	REKENINGNUMMER B	ZIEKENHUISSITE	ZIEKENHUISSITE	ZIEKENHUISSITE	0	0
52	12 N	293-304	0	0	IDENTIFICATIE ASSOCIATIE ZORGGEBIED	IDENTIFICATIE ASSOCIATIE ZORGGEBIED	IDENTIFICATIE ASSOCIATIE ZORGGEBIED	0	0
53	8 N	305-312	0	BEGINDATUM VERZEKERB.	0	0	F RTNUMMER	0	0
54a	3 N	313-315	0	EINDDATUM VERZEKERB.	0	0	0	0	0
54b	5 N	316-320	0	0	0	0	0	0	0
55	8 N	321-328	0	DATUM MEDEDELING INFO	0	0	NOTIFICATIECODE IMPLANTAAT	0	0
56	4 N	329-332	0	MAF LOPEND JAAR	0	0	0	0	0
57	4 N	333-336	0	MAF LOPEND JAAR - 1	0	0	0	0	0
58	4 N	337-340	0	MAF LOPEND JAAR - 2	0	0	0	0	0
59	6 N	341-346	0	0	0	0	0	0	0
98	2 N	347-348	0	0	0	0	0	C.C. FACTUUR	C.C. ZENDING
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

Bijlage 6.1

ZONE	LENGTE	POSITIES	BESCHRIJVING ZONE
1	2 N	1 - 2	RECORDTYPE 10
2	6 N	3 - 8	VOLGNUMMER RECORD
3	1 N	9 - 9	AAANTAL FINANCIËLE REKENINGNUMMERS (INDEXCODE)
4	7 N	10 - 16	VERSIE BESTAND
5	8 N	17 - 24	FINANCIËEL REKENINGNUMMER A (DEEL 1)
6 a	4 N	25 - 28	FINANCIËEL REKENINGNUMMER A (DEEL 2)
6 b	4 N	29 - 32	RESERVE
7	3 N	33 - 35	ZENDINGSNUMMER
8 a	12 N	36 - 47	FINANCIËEL 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	RESERVE
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) JJJJMMDD
26	1 N	127 - 127	DATUM VAN OPSTELLING (DEEL 2) D
27	10 N	128 - 137	RESERVE
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 N	235 - 260	RESERVE
46	1 N	261 - 261	RESERVE
47	8 N	262 - 269	RESERVE
48	1 N	270 - 270	RESERVE
49	12 A	271 - 282	IBAN FINANCIËLE REKENING B (DEEL 1)
50	4 A	283 - 286	IBAN FINANCIËLE REKENING B (DEEL 2)
51	6 A	287-292	IBAN FINANCIËLE REKENING B (DEEL 3)
52	12 A	293-304	IBAN FINANCIËLE REKENING B (DEEL 4)
53	8N	305-312	RESERVE
54a	3N	313-315	RESERVE
54b	5N	316-320	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

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 FINANCIËEL REKENINGNR. A (DEEL 1)
39	10 A	195 - 204	REFERENTIE ZIEKENFONDS FINANCIËEL 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 OF SIS-KAART (DEEL 1)
43 a	11 A	219 - 229	REFERENTIEGEGEVENS NETWERK OF SIS-KAART (DEEL 2)
43 b	1 A	230-230	REFERENTIEGEGEVENS NETWERK OF SIS-KAART (DEEL 3)
44	4 A	231 - 234	REFERENTIEGEGEVENS NETWERK OF SIS-KAART (DEEL 4)
45	26 A	235 - 260	REFERENTIEGEGEVENS NETWERK OF SIS-KAART (DEEL 5)
46	1 N	261 - 261	RESERVE
47	8 N	262 - 269	DATUM VAN FACTURERING
48	1 N	270 - 270	RESERVE
49	12 A	271 - 282	REFERENTIE ZIEKENFONDS FINANCIËEL REKENINGNR B (DEEL 1)
50	4 A	283 - 286	REFERENTIE ZIEKENFONDS FINANCIËEL REKENINGNR B (DEEL 2)
51	6 A	287 - 292	REFERENTIE ZIEKENFONDS FINANCIËEL REKENINGNR B (DEEL 3)
52	12 N	293-304	RESERVE
53	8 N	305-312	BEGINDATUM VERZEKERBAARHEID
54a	3N	313-315	EINDDATUM VERZEKERBAARHEID (DEEL 1)
54b	5N	316-320	EINDDATUM VERZEKERBAARHEID (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 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 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 FINANCIËEL 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	8 N	262 - 269	DATUM AKKOORD VERSTREKKING
48	1 N	270 - 270	TRANSPLANTATIE
49	12 N	271 - 282	RESERVE
50	4 N	283 - 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	5N	316-320	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

Bijlage 6.4

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 FINANCIËEL 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	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 TARIFERINGSDIENST
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	8 N	262 - 269	DATUM AKKOORD VERSTREKKING
48	1 N	270 - 270	TRANSPLANTATIE
49	12 N	271 - 282	NUMMER APOTHEKER TITULARIS
50	4 N	283 - 286	GEBORTEJAAR
51	6 N	287-292	ZIEKENHUISSITE
52	12 N	293-304	IDENTIFICATIE ASSOCIATIE ZORGGEBIED
53	8 N	305-312	RESERVE
54a	3 N	313-315	RESERVE
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

Bijlage 6.5

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 FINANCIËEL 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	AANTAL COUPES
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)
32	1 N	175 - 175	UITZONDERING DERDEBETALERSREGELING
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	8 N	262 - 269	DATUM AKKOORD VERSTREKKING
48	1 N	270 - 270	TRANSPLANTATIE
49	12 N	271 - 282	IDENTIFICATIE ZOR GKUNDIGE (GERESERVEERDE ZONE)
50	4 N	283 - 286	RESERVE
51	6 N	287-292	ZIEKENHUIS SITE
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

Bijlage 6.6

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 FINANCIEL 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 FINANCIEL 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 FINANCIEL 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	8 N	262 - 269	RESERVE
48	1 N	270 - 270	RESERVE
49	12 N	271 - 282	RESERVE
50	4 N	283 -286	RESERVE
51	6N	287-292	RESERVE
52	12N	293-304	RESERVE
53	8N	305-312	RESERVE
54a	3N	313-315	RESERVE
54b	5N	316-320	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	CONTROLE CIJFER FACTUUR
99	2 N	349 - 350	CONTROLE CIJFER RECORD

Bijlage 6.7

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	RESERVE
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 FINANCIELE REKENING A (DEEL 1)
32	1 A	175 - 175	BIC FINANCIELE REKENING A (DEEL 2)
33	1 A	176 - 176	BIC FINANCIELE REKENING A (DEEL 3)
34	1 A	177 - 177	BIC FINANCIELE REKENING A (DEEL 4)
35	1 N	178 - 178	RESERVE
36	1 A	179 - 179	IBAN FINANCIELE REKENING A (DEEL 1)
37	3 A	180 - 182	IBAN FINANCIELE REKENING A (DEEL 2)
38	12 A	183 - 194	IBAN FINANCIELE REKENING A (DEEL 3)
39	10 A	195 - 204	IBAN FINANCIELE REKENING A (DEEL 4)
40	2 A	205 - 206	IBAN FINANCIELE REKENING A (DEEL 5)
41	6 A	207 - 212	IBAN FINANCIELE REKENING A (DEEL 6)
42	6 N	213 - 218	RESERVE
43 a	11 A	219 - 229	BIC FINANCIELE REKENING B
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	8 N	262 - 269	RESERVE
48	1 N	270 - 270	RESERVE
49	12 A	271 - 282	IBAN FINANCIELE REKENING B (DEEL 1)
50	4 A	283 - 286	IBAN FINANCIELE REKENING B (DEEL 2)
51	6 A	287-292	IBAN FINANCIELE REKENING B (DEEL 3)
52	12 A	293-304	IBAN FINANCIELE REKENING B (DEEL 4)
53	8 N	305-312	RESERVE
54a	3 N	313-315	RESERVE
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	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.

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

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

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.

(☞ 25) 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 indien het gaat om een record met een tegemoetkoming voor incontinentiemateriaal in ROB-RVT (pseudo-code 763593) 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 moet het algebraïsch teken worden vermeld dat gelijk is aan dat 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 zorgenverstreker (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 SISkaart.

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.

(☞ 33) **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).

<u>FACTURATIE DOOR ZIEKENHUIZEN</u>		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 (idem 20)	R 90 Z 14 (idem 10)
1	* forfaitaire bedragen + geneesmiddelen + verstrekkingen andere dan in punt 7 aan gehospitaliseerden	ZH	1	ZH	ZH	dienst in ZH	ZH	0	dienst in ZH of 0	ZH	0	erk. TD	dienst in ZH	ZH	ZH	ZH
2	* geneesmiddelen + verstrekkingen aan ambulanten andere dan in punt 7	ZH	3	ZH	0	-	-	-	990 of 0	ZH	0	erk. TD	990	ZH	ZH	ZH
3	* forfaitaire verpleegdag in ZH voor ambulante patienten (0761036 -> 0761235) (+ geneesmiddelen + verstrekkingen andere dan in punt 7) met uitzondering van de nierdialyse (0761272)	ZH	9	ZH	0	710->760 840	ZH	0	710->760 of 0 840 of 0	ZH	0	erk. TD	710->760 840	ZH	ZH	ZH
4	* forfaitaire verpleegdag voor elders gehospitaliseerd (0761040 -> 0761246) (+ geneesmiddelen + verstrekkingen andere dan in punt 7) met uitzondering van de nierdialyse (0761283)	ZH verblijf	1	ZH verblijf	ZH verblijf	d ZH verblijf	ZH prest	0	-	-	-	-	d ZH verblijf	ZH prest	ZH verblijf	ZH verblijf
(²²)	- facturatie door ZH van verblijf	ZH prest	1	ZH prest	ZH verblijf	002	ZH prest	0	002	ZH prest	0	erk. TD	002	ZH prest	ZH prest	ZH prest
5	* dialyse	ZH	3 of 9	ZH	0	990 of 750	dialysecentr	0	-	-	-	-	990 of 750	dialysecentr	ZH	ZH
	- forfaitaire verpleegdag nierdialyse (+geneesmiddelen +verstrekkingen andere dan in punt 7)	ZH	9	ZH	0	750	dialysecentr	0	750 of 0	dialysecentr	0	0	750	dialysecentr	ZH	ZH
	- ambulante (0761272)	ZH	9	ZH	0	750	dialysecentr	0	750 of 0	dialysecentr	0	0	750	dialysecentr	ZH	ZH
	- gehospitaliseerd (0761283)	ZH	9	ZH	0	750	dialysecentr	0	750 of 0	dialysecentr	0	0	750	dialysecentr	ZH	ZH
(²²)	- facturatie door ZH van verblijf	ZH verblijf	1	ZH verblijf	ZH verblijf	d ZH verblijf	dialysecentr	0	-	-	-	-	d ZH verblijf	dialysecentr	ZH verblijf	ZH verblijf
	- facturatie door ZH van prestatie	ZH prest	1	ZH prest	ZH verblijf	002	dialysecentr	0	002	dialysecentr	0	0	002	dialysecentr	ZH prest	ZH prest
	- dialyse verstrekkingen uit nomenclatuur	ZH	3	ZH	0	-	-	-	-	-	-	-	990	dialysecentr	ZH	ZH
	- ambulante	ZH	1	ZH	ZH	-	-	-	-	-	-	-	dienst in ZH	dialysecentr	ZH	ZH
	- gehospitaliseerd	ZH	1	ZH	ZH	-	-	-	-	-	-	-	dienst in ZH	dialysecentr	ZH	ZH
6	* Nabehandeling revalidatie 0762134, 0762156, 0762171 + forfaitaire dag in psychiatrie (0761073)	ZH	9	ZH	0	760	ZH	0	-	-	-	-	-	-	ZH	ZH
7	* speciale verstrekkingen	ZH	3 (of 4)	ZH	0 (of INR (*))	-	-	-	-	-	-	-	990	labo	ZH	ZH
	- ambulante (of verblijven in RVT, ROB, PVT, BW)	ZH	3	ZH	0 (of INR (*))	-	-	-	-	-	-	-	990	labo	ZH	ZH
	- klinische biologie	ZH	3	ZH	0 (of INR (*))	-	-	-	-	-	-	-	990	labo ZH	ZH	ZH
	- waarvoor labo erk. vereist is	ZH	3	ZH	0 (of INR (*))	-	-	-	-	-	-	-	990	labo ZH	ZH	ZH
	- waarvoor geen labo erk. vereist is	ZH	4	ZH	INR(*)	-	-	-	-	-	-	-	990	INR(*)	ZH	ZH
	- verricht in erkend labo	ZH	4	ZH	INR(*)	-	-	-	-	-	-	-	990	INR(*)	ZH	ZH
	- verricht in verplegingsinrichting	ZH	6	ZH	0 (of INR (*))	-	-	-	-	-	-	-	990	reva centrum	ZH	ZH
	- patiënt verblijft in RVT, ROB, PVT of IBW	ZH	3 (of 4)	ZH	0 (of INR (*))	-	-	-	-	-	-	-	990	med. beeld.	ZH	ZH
	- patiënt ondergaat revalidatiebehandeling	ZH	3 (of 4)	ZH	0 (of INR (*))	-	-	-	-	-	-	-	990	med. beeld.	ZH	ZH
	- medische beeldvorming	ZH	3 (of 4)	ZH	0 (of INR (*))	-	-	-	-	-	-	-	990	weefselbank	ZH	ZH
	- weefsels	ZH	3 (of 4)	ZH	0 (of INR (*))	-	-	-	-	-	-	-	990	weefselbank	ZH	ZH
	- gehospitaliseerd	ZH	1	ZH	ZH	-	-	-	-	-	-	-	dienst in ZH	labo	ZH	ZH
	- klinische biologie	ZH	1	ZH	ZH	-	-	-	-	-	-	-	dienst in ZH	labo ZH	ZH	ZH
	- waarvoor labo erk. vereist is	ZH	1	ZH	ZH	-	-	-	-	-	-	-	dienst in ZH	labo ZH	ZH	ZH
	- waarvoor geen labo erk. vereist is	ZH	1	ZH	ZH	-	-	-	-	-	-	-	dienst in ZH	med. beeld.	ZH	ZH
	- medische beeldvorming	ZH	1	ZH	ZH	-	-	-	-	-	-	-	dienst in ZH	weefselbank	ZH	ZH
	- weefsels	ZH	1	ZH	ZH	-	-	-	-	-	-	-	dienst in ZH	weefselbank	ZH	ZH
	- tijdens forfaitaire verpleegdagen voor ambulante patienten	ZH	9	ZH	0	-	-	-	-	-	-	-	7X0 (**), 840	labo	ZH	ZH
	- klinische biologie	ZH	9	ZH	0	-	-	-	-	-	-	-	7X0 (**), 840	labo ZH	ZH	ZH
	- waarvoor labo erk. vereist is	ZH	9	ZH	0	-	-	-	-	-	-	-	7X0 (**), 840	labo ZH	ZH	ZH
	- waarvoor geen labo erk. vereist is	ZH	9	ZH	0	-	-	-	-	-	-	-	7X0 (**), 840	med. beeld.	ZH	ZH
	- medische beeldvorming	ZH	9	ZH	0	-	-	-	-	-	-	-	7X0 (**), 840	weefselbank	ZH	ZH
	- weefsels	ZH	9	ZH	0	-	-	-	-	-	-	-	7X0 (**), 840	weefselbank	ZH	ZH
8	* chirurgisch dagziekenhuis	ZH	9	ZH	-	320	ZH	0	320 of 0	ZH	0	erk.TD	320	ZH		
	- gewone opname (0768036, 0768051)	ZH	9	ZH	-	320	ZH	0	320 of 0	ZH	0	erk.TD	320	ZH		
	- opname van patiënt die elders gehospitaliseerd is (0768040, 0768062)	ZH	9	ZH	-	320	ZH	0	320 of 0	ZH	0	erk.TD	320	ZH		
(²²)	- facturatie door ZH van verblijf	ZHverblijf	1	ZHverblijf	ZHverblijf	d ZHverblijf	ZHprestatie	0	-	-	-	-	d ZHverblijf	ZHprestatie		
(²²)	- facturatie door ZH van prestatie	ZHprestatie	1	ZHprestatie	ZHverblijf	002	ZHprestatie	0	002	ZHprestatie	0	erk.TD	002	ZHprestatie		

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

(**) 7X0 = 710-760

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

(1) 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.

(2) Ingeval van ex-RSRMV - overeenkomsten kunnen onder het factuurtype 5 of 6 in R 50 alleen kinesiotherapieverstrekkingen uit art 7 § 1 F van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen worden gefactureerd (nomenclatuurcode 0513XXX).

(3) Geneesmiddelen kunnen alleen gefactureerd worden voorzover ze worden afgeleverd door erkende tarifieringsdienst van ZH en niet worden vergoed door het revalidatieforfait.

<u>FACTURATIE DOOR REVA CENTRUM (1)</u>	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 verstrekkings 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 verstrekkings 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 verstrekkings worden vermeld. Hierbij moet de volgende hiërarchie worden gerespecteerd :

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

<u>FACTURATIE DOOR RVT, ROB, PVT, BW</u>	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

(5) 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 Verblijfskosten.

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
	code opnameforfait	code dagforfait	code P.A.	code P.A.	code 1 of 2 persoonskamer	0750002
	opnameforfait	dagforfait	- P.A.	- P.A.	0	0
	0	0	+ P.A.	+ deel P.A. of 0	0	0,62 / 0,70
(4)	R 30 Z 30-31	0	0	0	aangerekend bedrag (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)	0
(5)	R 30 Z 33	0	0	1	0 of 1	0
	R 30 Z 24-25	0	prijs aan 100%	0	0	0

1.1.2. Chirurgisch dagziekenhuis en forfaitaire verpleegdagen

(6)	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)
	code opnameforfait	code dagforfait	code 1 of 2 persoonkamer	code forfait
	opnameforfait	dagforfait	0	0
	0	0	0	0
(4)	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
	R 30 Z 24-25	0	prijs aan 100%	0

1.2 Kosten voor farmaceutische verstrekkingen

(☞ 1) 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	
(☞36) R 40 Z 4	Cat. SA, SA _g , SA _r , SB, SB _g , SB _r , SC, SC _g , SC _r , SCs, SCs _g , SCs _r , SCx, SCx _g , SCx _r , SFa, SFb, contrastmiddelen	Cat. SA, SA _g , SA _r , SFa DA, MA	Cat. SB, SB _g , SB _r , SC, SC _g , SC _r , SCs, SCs _g , SCs _r , SCx, SCx _g , SCx _r , SFb DB, DC, DCs, DCx, MB, MC, MCs, MCx, contrastmiddelen	0750820	0750820	0960385 0960400
(☞38)						
(☞38) R 40 Z 19	25 % van de vergoedingsbasis (*)	Vergoedingsbasis	vergoedingsbasis – theoretisch P.A. (*)	0	0	0
R 40 Z 27	0	0	0	0	0	0
(☞ 4) 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

(☞ 38) (*) Ingeval van contrastmiddelen (ATC-klasse V08) wordt de tegemoetkoming met 10% verminderd (vanaf 1/1/2013)

1.2.2. Chirurgisch dagziekenhuis, forfaitaire verpleegdag en ambulante verzorging.

	(☞ 36)			(☞ 36)		
(☞ 6)	R 40 Z 4	Cat. SA, SA _g , SA _r , DA, MA + magistrale ber. cat. 2	Cat. SFa	Cat. SB, SB _g , SB _r , SC, SC _g , SC _r , SCs, SCs _g , SCs _r , SCx, SCx _g , SCx _r , DB, DC, DCs, DCx, MB, MC, MCs, MCx + magistrale ber. cat. 1 en 4 + zuurstof: 0751030, 0751052 + contrastmiddelen: 0757912	Cat. SFb	Niet vergoedbare - specialiteiten : 0751015 - magistrale bereidingen: 0750116 - actieve verbandmidd.: 0757271 - andere : 0960374, 0960396
(☞ 38)	R 40 Z 19	bedrag V.I. = vergoedingsbasis	bedrag V.I. = vergoedingsbasis	bedrag V.I. = vergoedingsbasis – P.A. (**)	bedrag V.I. = vergoedingsbasis – P.A.	0
(☞ 28)	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)	0
(☞ 4)	R 40 Z30-31	0	0	0	0	aangerekend bedrag (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)
(☞ 5)	R 40 Z 33	0 of 1	0	0 of 1	0 of 1	0 of 1
(☞ 28)	R 40 Z 39	0 (1)	0	0 (1)	0	0
	R 40 Z 47	indien bestaat	indien bestaat	indien bestaat	indien bestaat	0

* ingeval van referentiespecialiteiten

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

(☞ 38) (**) Ingeval van contrastmiddelen (ATC-klasse V08) wordt de tegemoetkoming met 10% verminderd (vanaf 1/1/2013)

Bijlage 9.4

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...)	
	≠ 6, 7 of 9	≠ 6, 7 of 9	≠ 6, 7 of 9	0	
	bedrag V.I.	Bedrag V.I.	bedrag V.I.	0	
	0	P.A. of aangerekend deel	0	0	
(☞ 4)	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)
(☞ 5)	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	Statis. Records radiotherapie, verpleegkunde, coronaire stents	
	≠ 6, 7 of 9	0	7	9	
	bedrag V.I. (betaald door vrije verzekering)	0	0	0	
	reglementair P.A. of aangerekend deel	0	honorarium (P.A. inbegrepen)	0	
(☞ 4)	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
(☞ 5)	R 50 Z 33	0 of 1	0 of 1	0 of 1	0

(☞ 27)

(☞ 14)

	Implantaten art. 28, § 1	Implantaten art. 35 en 35bis	Veiligheidsgrens implantaten	Afleveringsmarge implantaten	
	0 of 6	0 of 6	0	0	
	vergoed bedrag of factuurbedrag indien < verg. Bedrag	vergoed bedrag of factuurbedrag indien < verg. Bedrag	0	0	
(☞ 1)	R 50 Z 27	0	eventueel reglementair persoonlijk aandeel	Bedrag veiligheidsgrens	Bedrag afleveringsmarge
(☞ 1)	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</u> in het ziekenhuis			
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	-	-
<p><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.</p>			

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.**
- (☞ 4) **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

(☞ 4) 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

(☞ 4) 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.

(☞ 12) 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

(☞ 4) 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	: Recordtype 10
Z 2	: Volgnummer record
Z 3	: Aantal financiële rekeningnummers (indexcode)
Z 4	: Versie bestand Constante waarde 0001999.
Z 5-6a	: Financieel rekeningnummer A
(☞ 15)	: Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011 (R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
(☞ 12)Z 7	: Zendingsnummer
Z 8a	: Financieel rekeningnummer B
(☞ 15)	: Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011 (R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
(☞ 11)Z 9	: Code "afschaffing papieren factuur" Indien R 10 Z 22-23 < 0201001: Waarde 1, 2 of 3 Indien R 10 Z 22-23 ≥ 0201001: Waarde 0
(☞ 11)Z 10	: Code afrekeningsbestand Indien R 10 Z 22-23 < 0201001: Waarde 0 of 1 Indien R 10 Z 22-23 ≥ 0201001: Waarde 0
(☞ 9)Z 13	: Inhoud facturatie
Z 14	: Nummer derdebetalende Identificatienummer ziekenhuis of identificatienummer erkende tarifieringsdienst.
(☞ 9)Z 15	: Nummer accreditering NIC Altijd 0.
Z 22	: Gefactureerd jaar
Z 23	: Gefactureerde maand
Z 25-26	: Datum van opstelling
Z 28	: Referentie instelling
(☞ 9)Z 31-34	: BIC financiële rekening A
(☞ 9)Z 36-41	: IBAN financiële rekening A
(☞ 9)Z 43a	: BIC financiële rekening B
(☞ 9)Z 49-52	: IBAN financiële rekening B
Z 99	: Controlecijfer van het record

Recordtype 20

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

Recordtype 40

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

Recordtype 80

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

Recordtype 90

- Z 1 : **Recordtype 90**
- Z 2 : **Volgnummer record**
- Z 5-6a : **Financieel rekeningnummer A**
- (☞ 15) 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**
- (☞ 15) 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 28 : **Referentie instelling**
- (☞ 9)Z 31-34 : **BIC financiële rekening A**
- (☞ 9)Z 36-41 : **IBAN financiële rekening A**
- (☞ 9)Z 43a : **BIC financiële rekening B**
- (☞ 9)Z 49-52 : **IBAN financiële rekening B**
- Z 98 : **Controlecijfer van de zending**
- Z 99 : **Controlecijfer van het record**

Bijlage 12.1

AFLEVERING VAN FACTURATIEGEGEVENS VIA MAGNETISCHE DRAGER DOOR MEDISCHE HUIZEN

ZONE	LENGTE	POSITIES	BESCHRIJVING ZONE	
	2 N	1 - 2	RECORDTYPE 10	Altijd 10
	6 N	3 - 8	VOLGNUMMER RECORD	Sequentieel vanaf 1
	1 N	9 - 9	AANTAL FINANCIËLE REKENINGNUMMERS (INDEXCODE)	Nul
	7 N	10 - 16	VERSIE BESTAND	0001999 (9991999 voor een test)
(*) 15	8 N	17 - 24	FINANCIËEL REKENINGNUMMER A (DEEL 1)	Nul, vanaf gefactureerde maand januari 2011 (R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
(*) 15	4 N	25 - 28	FINANCIËEL REKENINGNUMMER A (DEEL 2)	Nul, vanaf gefactureerde maand januari 2011 (R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
	4 N	29 - 32	RESERVE	
	3 N	33 - 35	ZENDINGSNUMMER	Sequentieel, enig per jaar, <= 0
	12 N	36 - 47	FINANCIËEL REKENINGNUMMER B	Nul
	1 N	48 - 48	RESERVE	
(*) 11	1 N	49 - 49	CODE AFSCHAFFING PAPIEREN FACTUUR	1 indien R 10 Z 22-23 < 0201001; 0 indien R 10 Z 22-23 ≥ 0201001
(*) 11	1 N	50 - 50	CODE AFREKENINGSBESTAND	0 of 1 indien R 10 Z 22-23 < 0201001; 0 indien R 10 Z 22-23 ≥ 0201001
	1 N	51 - 51	RESERVE	
	1 N	52 - 52	RESERVE	
(*) 9	3 N	53 - 55	INHOUD FACTURATIE	
	12 N	56 - 67	NUMMER DERDEBETALENDE	Identificatienr. RIZIV van het medisch huis
(*) 9	12 N	68 - 79	NUMMER ACCREDITERING NIC	Nul
	1 N	80 - 80	RESERVE	
	4 N	81 - 84	RESERVE	
	3 N	85 - 87	RESERVE	
	12 N	88 - 99	RESERVE	
	7 N	100 - 106	RESERVE	
	1 N	107 - 107	RESERVE	
	5 N	108 - 112	GEFACTUREERD JAAR	Jaar van facturatie OJJJ
	2 N	113 - 114	GEFACTUREERDE MAAND	Maand van facturatie MM
	5 N	115 - 119	RESERVE	
	7 N	120 - 126	DATUM VAN OPSTELLING (DEEL 1) JJJJMMDD	Datum van opstelling van het
	1 N	127 - 127	DATUM VAN OPSTELLING (DEEL 2) D	facturatiebestand JJJJMMDD
	10 N	128 - 137	RESERVE	
	25 A	138 - 162	REFERENTIE INSTELLING	Voorbehouden voor de instelling die factuereert
	2 N	163 - 164	RESERVE	
	2 N	165 - 166	RESERVE	
(*) 9	8 A	167 - 174	BIC FIN. REKENING A (Deel 1)	
(*) 9	1 A	175 - 175	BIC FIN. REKENING A (Deel 2)	
(*) 9	1 A	176 - 176	BIC FIN. REKENING A (Deel 3)	
(*) 9	1 A	177 - 177	BIC FIN. REKENING A (Deel 4)	
	1 N	178 - 178	RESERVE	
(*) 9	1 A	179 - 179	IBAN FIN. REKENING A (Deel 1)	
(*) 9	3 A	180 - 182	IBAN FIN. REKENING A (Deel 2)	
(*) 9	12 A	183 - 194	IBAN FIN. REKENING A (Deel 3)	
(*) 9	10 A	195 - 204	IBAN FIN. REKENING A (Deel 4)	
(*) 9	2 A	205 - 206	IBAN FIN. REKENING A (Deel 5)	
(*) 9	6 A	207 - 212	IBAN FIN. REKENING A (Deel 6)	
	6 N	213 - 218	RESERVE	
(*) 9	11 A	219 - 229	BIC FIN. REKENING B	Blanco
(*) 9	1 N	230-230	RESERVE	
	4 N	231 - 234	RESERVE	
	26 N	235 - 260	RESERVE	
	1 N	261 - 261	RESERVE	
	8 N	262 - 269	RESERVE	
	1 N	270 - 270	RESERVE	
(*) 9	12 A	271 - 282	IBAN FIN. REKENING B (Deel 1)	Blanco
(*) 9	4 A	283 -286	IBAN FIN. REKENING B (Deel 2)	Blanco
(*) 9	6 A	287-292	IBAN FIN. REKENING B (Deel 3)	Blanco
(*) 9	12 A	293 - 304	IBAN FIN. REKENING B (Deel 4)	Blanco
(*) 9	8 N	305-312	RESERVE	
(*) 33	3 N	313-315	RESERVE	
(*) 33	5 N	316-320	RESERVE	
(*) 9	8 N	321-328	RESERVE	
(*) 9	4 N	329-332	RESERVE	
(*) 9	4 N	333-336	RESERVE	
(*) 9	4 N	337-340	RESERVE	
(*) 9	6 N	341-346	RESERVE	
	2 N	347 - 348	RESERVE	
	2 N	349 - 350	CONTROLECIJFER RECORD	Controlecijfers van de record

Bijlage 12.2

ZONE	LENGTE	POSITIES	BESCHRIJVING ZONE		
	1	2 N	1 - 2	RECORDTYPE 20	Altijd 20
	2	6 N	3 - 8	VOLGNUMMER RECORD	Sequentieel vanaf 1, volgt R 10
(^o 7)	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)	
(^o 7)	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	Mutualiteit van aansluiting
	19	12 N	88 - 99	NUMMER OPNAME	Nul
	20	7 N	100 - 106	DATUM AKKOORD REVALIDATIEBEHANDELING (DEEL 1)	Datum inschrijving aan forfait
	21	1 N	107 - 107	DATUM AKKOORD REVALIDATIEBEHANDELING (DEEL 2)	JJJMMDD
	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	Vorbehouden voor de instelling die factureert
	29	2 N	163 - 164	NUMMER VORIGE FACTUUR (DEEL 1)	Enkel in geval van herfacturatie
	30	2 N	165 - 166	NUMMER VORIGE FACTUUR (DEEL 2)	zoniet = 0
	31	8 N	167 - 174	NUMMER VORIGE FACTUUR (DEEL 3)	
(^o 9)	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
	35	1 N	178 - 178	NUMMER VORIGE ZENDING (DEEL 2)	zoniet = 0
	36	1 N	179 - 179	NUMMER VORIGE ZENDING (DEEL 3)	
(^o 9)	37	3 N	180 - 182	NUMMER ZIEKENFONDS VORIGE FACTURERING	Enkel in geval van herfacturatie, zoniet = 0
(^o 9)	38	12 A	183 - 194	REFERENTIE ZIEKENFONDS FINANCIËEL REKENINGNR A (DEEL 1)	Enkel in geval van herfacturatie
(^o 9)	39	10 A	195 - 204	REFERENTIE ZIEKENFONDS FINANCIËEL REKENINGNR A (DEEL 2)	zoniet = blanco
	40	2 N	205 - 206	RESERVE	
	41	6 N	207 - 212	VORIG GEFACUREERD JAAR EN MAAND	Enkel in geval van herfacturatie, zoniet = 0
(^o 7)	42	6 A	213 - 218	REFERENTIEGEGEVENS NETWERK OF SIS-KAART (DEEL 1)	= 0 want niet van toepassing
(^o 9)	43a	11 A	219 - 229	REFERENTIEGEGEVENS NETWERK OF SIS-KAART (DEEL 2)	
(^o 9)	43b	1 A	230 - 230	REFERENTIEGEGEVENS NETWERK OF SIS-KAART (DEEL 3)	
(^o 9)	44	4 A	231 - 234	REFERENTIEGEGEVENS NETWERK OF SIS-KAART (DEEL 4)	
(^o 9)	45	26 A	235 - 260	REFERENTIEGEGEVENS NETWERK OF SIS-KAART (DEEL 5)	
	46	1 N	261 - 261	RESERVE	
(^o 36)	47	8 N	262 - 269	DATUM VAN FACTURERING	
	48	1 N	270 - 270	RESERVE	
(^o 9)	49	12 A	271 - 282	REFERENTIE ZIEKENFONDS FINANCIËEL REKENINGNR B (DEEL 1)	Blanco
(^o 9)	50	4 A	283 - 286	REFERENTIE ZIEKENFONDS FINANCIËEL REKENINGNR B (DEEL 2)	
(^o 9)	51	6 A	287 - 292	REFERENTIE ZIEKENFONDS FINANCIËEL REKENINGNR B (DEEL 3)	
(^o 9)	52	12 N	293 - 304	RESERVE	
(^o 9)	53	8 N	305 - 312	BEGINDATUM PERIODE VERZEKERBAARHEID	
(^o 33)	54a	3 N	313 - 315	EINDDATUM PERIODE VERZEKERBAARHEID (DEEL 1)	
(^o 33)	54b	5 N	316-320	EINDDATUM PERIODE VERZEKERBAARHEID (DEEL 2)	
(^o 9)	55	8 N	321 - 328	DATUM MEDEDELING INFORMATIE	
(^o 9)	56	4 N	329 - 332	MAF LOPEND JAAR	
(^o 9)	57	4 N	333-336	MAF LOPEND JAAR -1	
(^o 9)	58	4 N	337 - 340	MAF LOPEND JAAR -2	
(^o 9)	59	6 N	341 - 346	RESERVE	
	98	2 N	347 - 348	RESERVE	
	99	2 N	349 - 350	CONTROLE CIJFER RECORD	Controlecijfers van de record

Bijlage 12.3

ZONE	LENGTE	POSITIES	BESCHRIJVING ZONE		
	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 M = 0109616; K = 0509611; I = 0409614; GMD = 0102771; ptdiab = 0102852
(^o 7)	4	7 N	10 - 16	NOMENCLATUURCODE OF PSEUDO-NOMENCLATUURCODE	
(^o 7)	5	8 N	17 - 24	DATUM EERSTE VERRICHTE VERSTREKKING	zie zone
(^o 7)	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)	
	7	3 N	33 - 35	NUMMER ZIEKENFONDS VAN AANSLUITING	Ziekenfonds van aansluiting van de patiënt
(^o 7)	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 FINANCIËEL 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	Identificatiennr. RIZIV van het medisch huis
(^o 7)	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	AANTAL COUPES	
	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)	
	32	1 N	175 - 175	UITZONDERING DERDEBETALERSREGELING	
(^o 9)	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 1)	
	41	6 A	207 - 212	NUMMER AFLEVERINGSBON OF ZAK (DEEL 1)	
	42	6:00 AM	213 - 218	NUMMER AFLEVERINGSBON OF ZAK (DEEL 2)	
(^o 9)	43a	11 N	219 - 229	CODE IMPLANT (DEEL 1)	
(^o 9)	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	8 N	262 - 269	DATUM AKKOORD VERSTREKKING	
	48	1 N	270 - 270	TRANSPLANTATIE	
(^o 9)	49	12 N	271 - 282	IDENTIFICATIE ZORGKUNDIGE (gereserveerde zone)	
	50	4 N	283 - 286	RESERVE	
(^o 9)	51	6 N	287-292	ZIEKENHUISSITE	
(^o 9)	52	12 N	293 - 304	IDENTIFICATIE ASSOCIATIE ZORGGEBIED	
(^o 33)	53	8 A	305-312	RITNUMMER (DEEL 1)	
(^o 33)	54a	3 A	313-315	RITNUMMER (DEEL 2)	
(^o 33)	54b	5 N	316-320	RESERVE	
(^o 13)	55	8 N	321-328	NOTIFICATIECODE IMPLANTAAT (DEEL 1)	
(^o 13)	56	4 N	329-332	NOTIFICATIECODE IMPLANTAAT (DEEL 2)	
(^o 9)	57	4 N	333-336	RESERVE	
(^o 9)	58	4 N	337-340	RESERVE	
(^o 9)	59	6 N	341-346	RESERVE	
	98	2 N	347 - 348	RESERVE	
	99	2 N	349 - 350	CONTROLE CIJFER RECORD	Controlecijfers van de record

Bijlage 12.4

ZONE	LENGTE	POSITIES	BESCHRIJVING ZONE	
	2 N	1 - 2	RECORDTYPE 80	Altijd 80
	6 N	3 - 8	VOLGNUMMER RECORD	Sequentieel vanaf 1, volgt R 10
	1 N	9 - 9	RESERVE	
	7 N	10 - 16	UUR VAN OPNAME	Nul
	8 N	17 - 24	DATUM VAN OPNAME	Nul
	4 N	25 - 28	DATUM VAN ONTSLAG (DEEL 1)	Nul
	4 N	29 - 32	DATUM VAN ONTSLAG (DEEL 2)	
	3 N	33 - 35	NUMMER ZIEKENFONDS VAN AANSLUITING	Ziekenfonds van aansluiting van de patiënt
(^o 7)	12 A	36 - 47	IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE (DEEL 1)	INSZ van de patiënt
	1 A	48 - 48	IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE (DEEL 2)	
	1 N	49 - 49	GESLACHT RECHTHEBBENDE	M = 1, V = 2
	1 N	50 - 50	TYPE FACTUUR	Individuele factuur voor amb. patiënten = 3
	1 N	51 - 51	RESERVE	
	1 N	52 - 52	RESERVE	
(^o 7)	3 N	53 - 55	DIENST 721 bis	Nul
	12 N	56 - 67	NUMMER FACTURERENDE INSTELLING	Identificatienr. RIZIV van het medisch huis
	1 A + 11 N	68 - 79	TEKEN + BEDRAG FINANCIËEL REKENINGNUMMER B	Nul
	1 N	80 - 80	RESERVE	
	4 N	81 - 84	REDEN BEHANDELING	
	3 N	85 - 87	NUMMER ZIEKENFONDS VAN BESTEMMING	Mutualiteit van aansluiting
	1 A + 11 N	88 - 99	TEKEN + BEDRAG FINANCIËEL REKENINGNUMMER A	Totaal bedrag van de factuur voor de patiënt
(^o 9)	7 N	100 - 106	FACTUURDATUM (Deel 1)	
(^o 9)	1 N	107-107	FACTUURDATUM (Deel 2)	
	5 N	108 - 112	UUR VAN ONTSLAG	Nul
	2 N	113 - 114	RESERVE	
	5 N	115 - 119	NUMMER INDIVIDUELE FACTUUR (DEEL 1)	Nummer van de factuur
	7 N	120 - 126	NUMMER INDIVIDUELE FACTUUR (DEEL 2)	
	1 N	127 - 127	RESERVE	
	1 A + 9 N	128 - 137	TEKEN + PERSOONLIJK AANDEEL PATIENT	+000000000
	25 A	138 - 162	REFERENTIE INSTELLING	Voorbehouden voor de instelling die factureert
	2 N	163 - 164	RESERVE	
	1 A + 1 N	165 - 166	TEKEN + BEDRAG SUPPLEMENT (DEEL 1)	+000000000
	8 N	167 - 174	BEDRAG SUPPLEMENT (DEEL 2)	
(^o 9)	1 N	175 - 175	FLAG IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE	
	1 N	176 - 176	RESERVE	
	1 N	177 - 177	RESERVE	
	1 N	178 - 178	RESERVE	
	1 N	179 - 179	RESERVE	
	3 N	180 - 182	RESERVE	
	1 A + 11 N	183 - 194	TEKEN + VOORSCHOT FINANCIËEL REKENINGNUMMER A	
	10 N	195 - 204	RESERVE	
	2 N	205 - 206	RESERVE	
	6 N	207 - 212	RESERVE	
	6 N	213 - 218	RESERVE	
(^o 9)	11 N	219 - 229	RESERVE	
(^o 9)	1 N	230 - 230	RESERVE	
	4 N	231 - 234	RESERVE	
	26 N	235 - 260	RESERVE	
	1 N	261 - 261	RESERVE	
	8 N	262 - 269	RESERVE	
	1 N	270 - 270	RESERVE	
	12 N	271 - 282	RESERVE	
	4 N	283 - 286	RESERVE	
	6 N	287 - 292	RESERVE	
(^o 9)	12 N	293 - 304	RESERVE	
(^o 9)	8 N	305 - 312	RESERVE	
(^o 33)	3 N	313 - 315	RESERVE	
(^o 33)	5 N	316 - 320	RESERVE	
(^o 9)	8 N	321 - 328	RESERVE	
(^o 9)	4 N	329 - 332	RESERVE	
(^o 9)	4 N	333 - 336	RESERVE	
(^o 9)	4 N	337 - 340	RESERVE	
(^o 9)	6 N	341 - 346	RESERVE	
	2 N	347 - 348	CONTROLE CIJFER FACTUUR	Controlecijfers van de factuur (20-50-80)
	2 N	349 - 350	CONTROLE CIJFER RECORD	Controlecijfers van de record

Bijlage 12.5

ZONE	LENGTE	POSITIES	BESCHRIJVING ZONE		
	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	
(^o 15)	5	8 N	17 - 24	FINANCIEEL REKENINGNUMMER A (DEEL 1)	Nul, vanaf gefactureerde maand januari 2011 (R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
(^o 15)	6 a	4 N	25 - 28	FINANCIEEL REKENINGNUMMER A (DEEL 2)	Nul, vanaf gefactureerde maand januari 2011 (R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
	6 b	4 N	29 - 32	RESERVE	
	7	3 N	33 - 35	ZENDINGSNUMMER	Sequentieel, enig per jaar, < 0
	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 0JJJ
	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	RESERVE	
	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	
(^o 9)	31	8 A	167 - 174	BIC FIN. REKENING A (Deel 1)	
(^o 9)	32	1 A	175 - 175	BIC FIN. REKENING A (Deel 2)	
(^o 9)	33	1 A	176 - 176	BIC FIN. REKENING A (Deel 3)	
(^o 9)	34	1 A	177 - 177	BIC FIN. REKENING A (Deel 4)	
	35	1 N	178 - 178	RESERVE	
(^o 9)	36	1 A	179 - 179	IBAN FIN. REKENING A (Deel 1)	
(^o 9)	37	3 A	180 - 182	IBAN FIN. REKENING A (Deel 2)	
(^o 9)	38	12 A	183 - 194	IBAN FIN. REKENING A (Deel 3)	
(^o 9)	39	10 A	195 - 204	IBAN FIN. REKENING A (Deel 4)	
(^o 9)	40	2 A	205 - 206	IBAN FIN. REKENING A (Deel 5)	
(^o 9)	41	6 A	207 - 212	IBAN FIN. REKENING A (Deel 6)	
	42	6 N	213 - 218	RESERVE	
(^o 9)	43a	11 A	219 - 229	BIC FIN. REKENING B	Blanco
(^o 9)	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	
(^o 9)	49	12 A	271 - 282	IBAN FIN. REKENING B (Deel 1)	Blanco
(^o 9)	50	4 A	283 -286	IBAN FIN. REKENING B (Deel 2)	Blanco
(^o 9)	51	6 A	287-292	IBAN FIN. REKENING B (Deel 3)	Blanco
(^o 9)	52	12 A	293 - 304	IBAN FIN. REKENING B (Deel 4)	Blanco
(^o 9)	53	8 N	305-312	RESERVE	
(^o 33)	54a	3 N	313-315	RESERVE	
(^o 33)	54b	5 N	316-320	RESERVE	
(^o 9)	55	8 N	321-328	RESERVE	
(^o 9)	56	4 N	329-332	RESERVE	
(^o 9)	57	4 N	333-336	RESERVE	
(^o 9)	58	4 N	337-340	RESERVE	
(^o 9)	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	:	Recordtype 10
Z 2	:	Volgnummer record
Z 3	:	Aantal financiële rekeningnummers (indexcode) In geval facturatie door PVT, slechts een rekeningnummer toegestaan.
Z 4	:	Versie bestand Constante waarde 0001999.
Z 5-6a	:	Financieel rekeningnummer A
(☞ 15)		Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011. (R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 7	:	Zendingsnummer
Z 8a	:	Financieel rekeningnummer B Is gereserveerd aan de pool van geneesheren.
(☞ 15)		Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011. (R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
(☞ 11)Z 9	:	Code "afschaffing papieren factuur" Indien R 10 Z 22-23 < 0201001: Waarde 1 Indien R 10 Z 22-23 ≥ 0201001: Waarde 0
(☞ 11)Z 10	:	Code afrekeningsbestand Indien R 10 Z 22-23 < 0201001: Waarde 0 of 1 Indien R 10 Z 22-23 ≥ 0201001: Waarde 0
(☞ 9)Z 13	:	Inhoud facturatie
Z 14	:	Nummer derdebetalende Identificatienummer PVT.
(☞ 9)Z 15	:	Nummer accreditering NIC Altijd 0.
Z 22	:	Gefactureerd jaar
Z 23	:	Gefactureerde maand Waarde 03, 06, 09 of 12 in functie van gefactureerde periode.
Z 25-26	:	Datum van opstelling
Z 28	:	Referentie instelling
(☞ 9)Z 31-34	:	BIC financiële rekening A
(☞ 9)Z 36-41	:	IBAN financiële rekening A
(☞ 9)Z 43a	:	BIC financiële rekening B
(☞ 9)Z 49-52	:	IBAN financiële rekening B
Z 99	:	Controlecijfer van het record

Recordtype 20

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

Recordtype 30

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

Recordtype 40

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

Recordtype 50

Z 1	:	Recordtype 50
Z 2	:	Volgnummer record
Z 3	:	Norm verstrekking (percentage)
Z 4	:	Nomenclatuurcode of pseudo-nomenclatuurcode Ambulante code
Z 5	:	Datum eerste verrichte verstrekking Prestatiedatum
Z 6a-6b	:	Datum laatste verrichte verstrekking Prestatiedatum
Z 7	:	Nummer ziekenfonds van aansluiting
Z 8a-8b	:	Identificatie rechthebbende
Z 9	:	Geslacht rechthebbende
Z 10	:	Bevalling Steeds 0
Z 11	:	Verwijzing financieel rekeningnummer
Z 12	:	Nacht, weekeinde, feestdag
Z 13	:	Dienstcode: 990
Z 14	:	Plaats van verstrekking 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 2.
Z 15	:	Identificatie verstrekker
Z 16	:	Norm verstrekker
Z 17-18	:	Betrekkelijke verstrekking
Z 19	:	Teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming
Z 20-21	:	Datum voorschrift
Z 22	:	Teken + aantal eenheden
Z 23	:	Aantal coupes
Z 24-25	:	Identificatie voorschrijver
Z 26	:	Norm voorschrijver
Z 27	:	Teken + persoonlijk aandeel patiënt
Z 28	:	Referentie instelling
Z 29	:	Behandelde tand
Z 30-31	:	Teken + bedrag supplement
Z 32	:	Uitzondering derdebetalersregeling
(☞ 9) Z 33	:	Code facturering persoonlijk aandeel of supplement
Z 34	:	Behandeld lid
Z 35	:	Geconventioneerde verstrekker
Z 36-37	:	Uur van prestatie
Z 38	:	Identificatie toedienaar bloed
Z 39-40	:	Nummer attest van toediening
Z 41-42	:	Nummer afleveringsbon of zak
(☞ 9) Z 43a-43b	:	Code implant
Z 44-45	:	Omschrijving product
Z 46	:	Norm plafond
Z 47	:	Datum akkoord verstrekking
Z 48	:	Transplantatie
(☞ 9) Z 49	:	Identificatie zorgkundige (gereserveerde zone)
(☞ 9) Z 51	:	Ziekenhuissite
(☞ 9) Z 52	:	Identificatie associatie zorggebied
(☞ 33) Z 53-54a	:	Ritnummer
(☞ 13) Z 55-56	:	Notificatiecode implantaat
Z 99	:	Controlecijfer van het record

Recordtype 80

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

Recordtype 90

Z 1	:	Recordtype 90
Z 2	:	Volgnummer record
Z 5-6a	:	Financieel rekeningnummer A
(☞ 15)		Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011. (R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 7	:	Zendingsnummer
Z 8a	:	Financieel rekeningnummer B
(☞ 15)		Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011. (R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 14	:	Nummer derdebetalende Identificatienummer PVT.
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 28	:	Referentie instelling
(☞ 9)Z 31-34	:	BIC financiële rekening A
(☞ 9)Z 36-41	:	IBAN financiële rekening A
(☞ 9)Z 43a	:	BIC financiële rekening B
(☞ 9)Z 49-52	:	IBAN financiële rekening B
Z 98	:	Controlecijfer van de zending
Z 99	:	Controlecijfer van het record

REKEN-EN AFRONDINGSREGELS VOOR GENEESMIDDELEN.
Algemene opmerking vooraf

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

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

(☞ 38) **Contrastmiddelen** (zie voorbeeld 15 BIS)

Vanaf 1/1/2013 wordt de verzekeringstegemoetkoming voor contrastmiddelen (ATC-klasse V08) afgeleverd door een ziekenhuisofficina verminderd met 10 %. 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.

(☞ 36) **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): A'

(☞ 36) **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 tegemeetk 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
	1488-774				1,2900	1,2900		
B-28	1488-782	120 tabletten, 5 mg / 50 mg	120 comprimés, 5 mg / 50 mg	G	7,42	7,42	0,68	1,14
	1488-782				2,5700	2,5700		
B-28 *	0762-401	1 tablet, 5 mg / 50 mg	1 comprimé, 5 mg / 50 mg	G	0,0277	0,0277		
B-28 **	0762-401	1 tablet, 5 mg / 50 mg	1 comprimé, 5 mg / 50 mg	G	0,0227	0,0227		

⇒ “schijf” = 120

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

⇒ “schijf” = 1

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

⇒ “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

(☞ 38) Ingeval van contrastmiddelen (ATC-klasse V08) wordt de tegemoetkoming vanaf 1/1/2013 verminderd met 10% (zie voorbeeld 15TER):

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'

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

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

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

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

Percentage remgeld (berekend op B) : D
 D' **AFGEROND** naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar onder 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).

(236) **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.

(238) **Contrastmiddelen** (zie voorbeeld 29)

Vanaf 1/1/2013 wordt de verzekeringstegemoetkoming voor contrastmiddelen (ATC-klasse V08) afgeleverd door een ziekenhuisofficina verminderd met 10 %. Deze vermindering mag niet aan de patiënt gefactureerd worden.

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): (B' – D') * 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.

(236) **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
(€ 36)	A, Fa	0 %	0%
(€ 36)	B, Fb	15%	25%
	C	50%	50%
	Cs	60%	60%
	Cx	80%	80%

(€ 36) 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°)

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

FRAXIPARINE		GLAXO SMITHKLINE		ATC: B01AB06				
B-33	0321-596 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 22,5100	31,92 22,5100	5,10 22,5100	8,58
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 1583-590	30 bruistabletten, 600 mg	30 comprimés effervescents, 600 mg	G	7,05 2,2800	7,05 2,2800	2,02	2,02
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 1402-569	40 filmomhulde tabletten, 135 mg	40 comprimés pelliculés, 135 mg	G	6,77 2,0400	6,77 2,0400	2,89	2,89
Cx-10	1464-114 1464-114	120 filmomhulde tabletten, 135 mg	120 comprimés pelliculés, 135 mg	G	9,57 4,2500	9,57 4,2500	6,01	6,01
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 2195-642	10 capsules, hard, 200 mg	10 gélules, 200 mg	R	64,59 51,3300	61,85 48,9200	9,94	13,54
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 1327-576	50 tabletten, 800 mg	50 comprimés, 800 mg		161,19 139,5500	161,19 139,5500	7,20	10,80
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 1344-365	100 capsules met verlengde afgifte, hard, 3 mg	100 gélules à libération prolongée, 3 mg		89,05 73,4200	89,05 73,4200	8,90	13,50
B-55 *	0762-831	1 capsule met verlengde afgifte, hard, 3 mg	1 gélule à libération prolongée, 3 mg		0,8494	0,8494		
B-55 **	0762-831	1 capsule met verlengde afgifte, hard, 3 mg	1 gélule à libération prolongée, 3 mg		0,7783	0,7783		
BOTOX		ALLERGAN		ATC: M03AX01				
B-233 *	0748-319 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 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 2,4100	7,21 2,4100	0,64	1,07
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 1641-018	84 filmomhulde tabletten, 40 mg	84 comprimés pelliculés, 40 mg		189,49 165,5000	189,49 165,5000	8,90	13,50
B-41 *	0768-788	1 omhulde tablet, 40 mg	1 comprimé enrobé, 40 mg		2,1731	2,1731		
B-41 **	0768-788	1 omhulde tablet, 40 mg	1 comprimé enrobé, 40 mg		2,0885	2,0885		

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

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

$$\text{Vergoedingsbasis} * \text{aantal eenheden} : \quad 0,2512 * 14 = 3,5168$$

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

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.

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

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.

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

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

$$\text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad 3,52 - 0,37 = 3,15$$

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1^{ste} facturatiebestand

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

2^{de} facturatiebestand

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1^{ste} facturatiebestand

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

2^{de} facturatiebestand

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

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

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

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

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

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

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

Opgelet:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1^{ste} facturatiebestand

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

2^{de} facturatiebestand

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

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

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

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

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

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

1^{ste} facturatieb Bestand

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

2^{de} facturatieb Bestand

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Vergoedingsbasis} * \text{aantal eenheden} : \quad 0,2512 * 10 = 2,5120 \\ \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \approx 2,51 \\ \text{Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):} \quad \quad \quad 0,37 \\ \text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad \quad \quad 2,51 - 0,37 = 2,14 \end{array} \right.$$

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

$$\text{Vergoedingsbasis} * \text{aantal eenheden} : \quad 0,0807 * 32 = 2,5824 \\ \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \approx 2,58$$

$$\text{Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):} \quad 2,5824 * 0,50 = 1,2912 \\ \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \approx 1,29$$

$$\text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad 2,58 - 1,29 = 1,29$$

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

Voorbeeld 15 BIS (contrastmiddel – binnen forfaitarisering) (op basis van prijzen op 1/1/2013)

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

$$\text{Vergoedingsbasis} * \text{aantal eenheden} : \quad 14,99 * 2 = 29,98$$

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

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.

$$\text{Vergoedingsbasis} * \text{aantal eenheden} : \quad 14,99 * 2 = 29,98$$

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

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

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 rechthebbers**Voorbeeld 16** (categorie A)

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

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

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

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

Persoonlijk aandeel (Z 27): 23,06

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): 158,29

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

Voorbeeld 17 (categorie Cx)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

$$\begin{aligned} \text{Prijs * aantal eenheden :} & & 0,4088 * 30 & = 12,2640 \\ & & & \approx 12,26 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} & & 0,3058 * 30 & = 9,1740 \\ & & & \approx 9,17 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 12,2640 - 9,1740 & = 3,0900 \\ & \approx 3,09 \end{aligned}$$

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Berekening remgeld 1^{ste} schijf

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

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

Berekening remgeld 2^{de} schijf

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Berekening remgeld 1^{ste} schijf

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

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

Berekening remgeld 2^{de} schijf

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Voorbeeld 24 (categorie B; aantal eenheden > schijf)

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

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

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

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

Berekening remgeld per schijf

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Berekening remgeld 1^{ste} schijf

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

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

Berekening remgeld 2^{de} schijf

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aflevering van 3 eenheden Neorecormon 0761-882 (schijf = 6) aan een ambulante patiënt.

$$\begin{aligned} \text{Prijs * aantal eenheden :} & & 18,9950 * 3 & = 56,9850 \\ & & & \approx 56,99 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} & & 18,4300 * 3 & = 55,2900 \\ & & & \approx 55,29 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 18,9950 - 18,4300 & = 0,5650 \\ & \approx 0,56 \end{aligned}$$

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

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

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.

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

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

$$\begin{aligned} 36,50 - 36,50 & = 0,0000 \\ & \approx 0,00 \end{aligned}$$

Berekening remgeld 1^{ste} schijf

$$\text{Vergoedingsbasis} * \text{aantal eenheden} : \quad 18,25 * 1 = 18,25$$

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

Berekening remgeld 2^{de} schijf

$$\text{Vergoedingsbasis} * \text{aantal eenheden} : \quad 18,25 * 1 = 18,25$$

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

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

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

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

Facturatie van parenterale voeding ten huize van de patiënt

(6) 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

- (6) 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

- (6) 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

3. 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:

vergoedingsbasis * aantal eenheden = 12,8900 * 1 = 12,8900
afgerond 12,89

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 Aminoplasma (B-184) gebruikt.

Berekening van de ZIV-tegemoetkoming van deze specialiteit:

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

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 Aminoplasmal (B-184) verwerkt in de parenterale voeding.

Berekening ZIV-tegemoetkoming van deze specialiteit:

$$\text{vergoedingsbasis} * \text{aantal eenheden} = 10,5900 * 3 = 31,7700$$

$$\begin{aligned} (7) \quad 31,7700 * 0,25 &= 7,9425 \\ &\text{afgerond} \quad 7,94 \end{aligned}$$

theoretisch persoonlijk aandeel = 0

$$(7) \quad \text{ZIV-tegemoetkoming} = 7,94$$

(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

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		Volnummer				Check-digit		Bekwaming			

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

	10 tot 19	geneesheren
	20 tot 29	apothekers
	30 tot 39	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
(☞ 16)	65	ergotherapeuten
	66	opticiens
	67	gehoorprothesisten
	68	apothekers – biologen
(☞ 11)	69	leveranciers van zelfzorgmateriaal die geen apotheek zijn
(☞ 4,6,16,24)	80 tot 94	verzorgingspersoneel en zorgkundigen
	95 tot 97	verpleegkundigen rusthuizen
(☞ 6)	98 tot 99	verzorgingspersoneel en zorgkundigen

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

Identificatienummer, toegekend door de provinciale Orde van de geneesheren.

2) Apothekers.

Nummer toegekend door het RIZIV.

3) Tandheelkundigen.

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

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

4) Vroedvrouwen.

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

5) Verpleegkundigen.

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

6) Kinesitherapeuten.

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

7) Diëtisten.

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

8) Podologen.

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

9) Logopedisten.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

10) Orthoptisten.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

11) Orthopedisten.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

12) Bandagisten.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

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

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

(16) 14) Ergotherapeuten

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

15) Opticiens.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

16) Gehoorthesisten.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

17) Apothekers-biologen.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

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

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

(☞ 6) 19) Verzorgingspersoneel en zorgkundigen.

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

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

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

1) 97, en

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

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

De bekwaming verschilt van verstrekker tot verstrekker.

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

1. Geneesheren

(☞ 6) Zie officiële lijst met bevoegheidscodes gepubliceerd op de website van het RIZIV onder de rubriek “Zorgverleners – Algemene Info – Bevoegheidscodes”.

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

2. Apothekers
- Titularis apotheek : 001
 - Adjunct : 002
 - Plaatsvervanger : 003
3. Tandheekundigen
- (☞ 6) Zie officiële lijst met bevoegheidscodes gepubliceerd op de website van het RIZIV onder de rubriek “Zorgverleners – Algemene Info – Bevoegheidscodes”.
4. Vroedvrouwen, gemachtigd tot het verlenen van verloskundige verstrekkingen : 002
5. Verpleegkundigen ingeschreven op de lijst van de Dienst voor geneeskundige verzorging :
- gegradueerde verpleegkundigen en ermee gelijkgestelden : 401
 - vroedvrouwen : 402
 - verpleegassistenten en ermee gelijkgestelden : 407
 - gebrevetteerde verpleegkundigen : 408
 - verzorgsters, die zijn erkend vóór 1 januari 1964 en het behoud van die erkenning hebben gevraagd : 404
 - medewerksters, die vóór 1 januari 1964 tijdelijk zijn erkend en het behoud van die erkenning hebben gevraagd : 405
 - gegradueerde verpleegkundigen (erkenning in het kader van de E.E.G.) : 411
 - verpleegassistenten (erkenning in het kader van de E.E.G.) : 417
 - verpleegkundigen (erkenning in het kader van de E.E.G.) : 418
 - gegradueerde verpleegkundigen en ermee gelijkgestelden + referentie-verpleegkundigen inzake wondzorg : 421
 - vroedvrouwen + referentieverpleegkundigen inzake wondzorg : 422
 - gebrevetteerde verpleegkundigen + referentieverpleegkundigen inzake wondzorg : 428
 - gegradueerde verpleegkundigen (erkenning in het kader van de E.E.G.) + referentieverpleegkundigen inzake wondzorg : 431
 - verpleegkundigen (erkenning in het kader van de E.E.G.) + referentie-verpleegkundigen inzake wondzorg : 438
 - gegradueerde verpleegkundigen en ermee gelijkgestelden + referentie-verpleegkundigen inzake diabetes : 441
 - vroedvrouwen + referentieverpleegkundigen inzake diabetes : 442
 - gebrevetteerde verpleegkundigen + referentieverpleegkundigen inzake diabetes : 448
 - gegradueerde verpleegkundigen (erkenning in het kader van de E.E.G.) + referentieverpleegkundigen inzake diabetes : 451
 - verpleegkundigen (erkenning in het kader van de E.E.G.) + referentie-verpleegkundigen inzake diabetes : 458
 - gegradueerde verpleegkundigen en ermee gelijkgestelden + referentie-verpleegkundigen inzake diabetes en wondzorg : 461
 - vroedvrouwen + referentieverpleegkundigen inzake diabetes en wondzorg : 462
 - gebrevetteerde verpleegkundigen + referentieverpleegkundigen inzake diabetes en wondzorg : 468
 - gegradueerde verpleegkundigen (erkenning in het kader van de E.E.G.) + referentieverpleegkundigen inzake diabetes en wondzorg : 471
 - verpleegkundigen (erkenning in het kader van de E.E.G.) + referentie-verpleegkundigen inzake diabetes en wondzorg : 478

Verpleegkundigen - zorgtraject « diabetes »

	Definitieve bevoegdheid	Voorlopige bevoegdheid
(☞ 32) <u>Diabeteseducatie</u> (*)		
- Gegradueerde verpleegkundigen/bachelor en ermee gelijkgestelden bevoegd voor diabeteseducatie	501	601
- Vroedvrouwen bevoegd voor diabeteseducatie	502	602
- Gebrevetteerde verpleegkundigen bevoegd voor diabeteseducatie	508	608
- Gegradueerde verpleegkundigen/bachelor (erkenning E.U.) bevoegd voor diabeteseducatie	511	611
- Verpleegkundigen erkend in het kader E.U. bevoegd voor diabeteseducatie	518	618
(☞ 32) <u>Diabeteseducatie + wondzorg</u> (*)		
- Gegradueerde verpleegkundigen/ bachelor en ermee gelijkgestelden bevoegd voor diabeteseducatie + referentieverpleegkundigen inzake wondzorg	521	621
- Vroedvrouwen bevoegd voor diabeteseducatie + referentieverpleegkundigen inzake wondzorg	522	622
- gebrevetteerde verpleegkundigen bevoegd voor diabeteseducatie + referentieverpleegkundige inzake wondzorg	528	628
- Gegradueerde verpleegkundigen /bachelor (erkenning E.U.) bevoegd voor diabeteseducatie + referentieverpleegkundigen inzake wondzorg	531	631
- Gegradueerde verpleegkundigen (erkenning E.U) bevoegd voor diabeteseducatie + referentieverpleegkundigen inzake wondzorg	538	638
(☞ 32) <u>Diabeteseducatie</u>		
- Gegradueerde verpleegkundigen/ bachelor en ermee gelijkgestelden bevoegd voor diabeteseducatie + referentieverpleegkundigen inzake diabetes	541	641
- Vroedvrouwen bevoegd voor diabeteseducatie + referentieverpleegkundigen inzake diabetes	542	642
- gebrevetteerde verpleegkundigen bevoegd voor diabeteseducatie + referentieverpleegkundige inzake diabetes	548	648
- Gegradueerde verpleegkundigen /bachelor (erkenning E.U.) bevoegd voor diabeteseducatie + referentieverpleegkundigen inzake diabetes	551	651
- Gegradueerde verpleegkundigen (erkenning E.U) bevoegd voor diabeteseducatie + referentieverpleegkundigen inzake diabetes	558	658
(☞ 32) <u>Diabeteseducatie + wondzorg</u>		
- Gegradueerde verpleegkundigen/ bachelor en ermee gelijkgestelden bevoegd voor diabeteseducatie + referentieverpleegkundigen inzake diabetes en wondzorg	561	661
- Vroedvrouwen bevoegd voor diabeteseducatie + referentieverpleegkundigen inzake diabetes en wondzorg	562	662
(☞ 25) - Gebrevetteerde verpleegkundigen bevoegd voor diabeteseducatie + referentieverpleegkundigen inzake diabetes en wondzorg	568	668
- Gegradueerde verpleegkundigen /bachelor (erkenning E.U.) bevoegd voor diabeteseducatie + referentieverpleegkundigen inzake diabetes en wondzorg	571	671
- Gegradueerde verpleegkundigen (erkenning E.U) bevoegd voor diabeteseducatie + referentieverpleegkundigen inzake diabetes en wondzorg	578	678

(☞ 32) (*) deze reeks bekwamingscodes werd geschrapt

6. Kinesitherapeuten• **Sedert 1 oktober 2002**

Kinesitherapeuten erkend door de FOD Volksgezondheid en die geen verstrekkingen verricht in de praktijkkamer of bij de patiënt thuis in rekening mogen brengen.

- gegradueerden in de kinesitherapie en met dezen gelijkgesteld (voor 1/1/1993) : 501
- licentiaten in de kinesitherapie (voor 1/1/1993) : 502
- licentiaten in lichamelijke opvoeding uit wier diploma of bijkomend getuigschrift de kennis van de kinesitherapie blijkt : 503
- personen die zijn erkend vóór 1 januari 1964 en alleen bevoegd zijn voor de verstrekkingen waarvoor ze waren erkend in het raam van de tarieven voor geneeskundige verzorging die op 31 december 1963 van toepassing waren : 504
- gegradueerden in de kinesitherapie en met dezen gelijkgesteld (na 1/1/1993) : 511
- licentiaten in de kinesitherapie (na 1/1/1993) : 512

Kinesitherapeuten erkend door de FOD Volksgezondheid die verstrekkingen verricht in de praktijkkamer of bij de patiënt thuis in rekening mogen brengen.

- gegradueerden in de kinesitherapie en met dezen gelijkgesteld : 521
- licentiaten in de kinesitherapie : 522
- licentiaten in lichamelijke opvoeding uit wier diploma of bijkomend getuigschrift de kennis van de kinesitherapie blijkt : 523
- personen die zijn erkend vóór 1 januari 1964 en alleen bevoegd zijn voor de verstrekkingen waarvoor ze waren erkend in het raam van de tarieven voor geneeskundige verzorging die op 31 december 1963 van toepassing waren : 524

• **Sedert 15 juni 2005**

- kinesitherapeuten erkend door de FOD Volksgezondheid in juni en in september van het betrokken jaar en die nog niet voldoen aan het vergelijkend examen om om verstrekkingen verricht in de praktijkkamer of bij de patiënt thuis te mogen attesteren : 526

• **Vanaf 1 januari 2006**

(☞ 4) *Kinesitherapeuten die geen verstrekkingen verricht in de praktijkkamer en bij de patiënt thuis mogen attesteren*

- kinesitherapeuten gediplomeerd na 15 juni 2005 en erkend door FOD Volksgezondheid, niet ingeschreven voor het vergelijkend examen of niet weerhouden na afloop van het vergelijkend examen zelfs als zij op erewoord verklaard hebben dat ze over een praktijkkamer beschikken : 507
- kinesitherapeuten gediplomeerd na 15 juni 2005, erkend door FOD Volksgezondheid en geselecteerd zijn na afloop van het vergelijkend examen (of die geldig ingeschreven zijn als het vergelijkend examen niet georganiseerd wordt) en die niet beschikken over een praktijkkamer : 517

Kinesitherapeuten die alle verstrekkingen van de nomenclatuur mogen attesteren.

- kinesitherapeuten die geselecteerd zijn na afloop van het vergelijkend examen (of die geldig ingeschreven zijn als het vergelijkend examen niet georganiseerd wordt) en waarvan het RIZIV in het bezit is van een verklaring op erewoord omtrent de praktijkkamer waarover ze beschikken : 527

Kinesitherapeuten - zorgtraject « diabetes »

- **Sedert 1 oktober 2002**

Kinesitherapeuten erkend door de FOD Volksgezondheid en die geen verstrekkingen verricht in de praktijkkamer of bij de patiënt thuis in rekening mogen brengen.

- gegradueerden in de kinesitherapie en met dezen gelijkgesteld (voor 1/1/1993) : 701
- licentiaten in de kinesitherapie (voor 1/1/1993) : 702
- licentiaten in lichamelijke opvoeding uit wier diploma of bijkomend getuigschrift de kennis van de kinesitherapie blijkt : 703
- personen die zijn erkend vóór 1 januari 1964 en alleen bevoegd zijn voor de verstrekkingen waarvoor ze waren erkend in het raam van de tarieven voor geneeskundige verzorging die op 31 december 1963 van toepassing waren : 704
- gegradueerden in de kinesitherapie en met dezen gelijkgesteld (na 1/1/1993) : 711
- licentiaten in de kinesitherapie (na 1/1/1993) : 712

Kinesitherapeuten erkend door de FOD Volksgezondheid die verstrekkingen verricht in de praktijkkamer of bij de patiënt thuis in rekening mogen brengen.

- gegradueerden in de kinesitherapie en met dezen gelijkgesteld : 721
- licentiaten in de kinesitherapie : 722
- licentiaten in lichamelijke opvoeding uit wier diploma of bijkomend getuigschrift de kennis van de kinesitherapie blijkt : 723
- personen die zijn erkend vóór 1 januari 1964 en alleen bevoegd zijn voor de verstrekkingen waarvoor ze waren erkend in het raam van de tarieven voor geneeskundige verzorging die op 31 december 1963 van toepassing waren : 724

- **Sedert 15 juni 2005**

- kinesitherapeuten erkend door de FOD Volksgezondheid in juni en in september van het betrokken jaar en die nog niet voldoen aan het vergelijkend examen om om verstrekkingen verricht in de praktijkkamer of bij de patiënt thuis te mogen attesteren : 726

- **Vanaf 1 januari 2006**

Kinesitherapeuten die geen verstrekkingen verricht in de praktijkkamer en bij de patiënt thuis mogen attesteren

- kinesitherapeuten gediplomeerd na 15 juni 2005 en erkend door FOD Volksgezondheid, niet ingeschreven voor het vergelijkend examen of niet weerhouden na afloop van het vergelijkend examen zelfs als zij op erewoord verklaard hebben dat ze over een praktijkkamer beschikken : 707
- kinesitherapeuten gediplomeerd na 15 juni 2005, erkend door FOD Volksgezondheid en geselecteerd zijn na afloop van het vergelijkend examen (of die geldig ingeschreven zijn als het vergelijkend examen niet georganiseerd wordt) en die niet beschikken over een praktijkkamer : 717

Kinesitherapeuten die alle verstrekkingen van de nomenclatuur mogen attesteren.

- kinesitherapeuten die geselecteerd zijn na afloop van het vergelijkend examen (of die geldig ingeschreven zijn als het vergelijkend examen niet georganiseerd wordt) en waarvan het RIZIV in het bezit is van een verklaring op erewoord omtrent de praktijkkamer waarover ze beschikken : 727

(☞ 11)

Bijlage 16.9

7.	<u>Diëtisten</u>	
	Diëtisten	: 601
(☞ 11)	Diëtisten + zorgtraject “diabetes”	: 701
8.	<u>Podologen</u>	
	Podologen	: 701
(☞ 11)	Podologen + zorgtraject “diabetes”	: 801
9.	<u>Logopedisten</u>	
	- gegradueerden in de logopedie	: 801
	- licentiaten in de logopedie	: 802
10.	<u>Orthoptisten</u>	: 900
11.	<u>Orthopedisten</u> (100-199)	

De betrokkenen kunnen worden erkend voor één of meer van de hierna vermelde groepen:

groep I	orthopedie;
groep II	prothese;
groep III	orthopedisch schoeisel;
groep IV	orthopedische zool.

Toe te wijzen codegetallen :

Volledige bevoegdheid	: 100
groep I	: 110
groep I + II	: 111
groep I + III	: 112
groep I + IV	: 113
groep I + II+ III	: 114
groep I + II+ IV	: 115
groep I + III+ IV	: 116
groep II	: 120
groep II + III	: 121
groep II + IV	: 122
groep II + III + IV	: 123
groep III	: 130
groep III + IV	: 131
groep IV	: 140
Orthopedische zolen - nachapparaten (erkenningen vóór 1/1/1964)	: 190

12. Bandagisten (200-299)

Die personen kunnen worden erkend voor één of meer van de hierna vermelde groepen :

Groep 0 - Stoma- en incontinentiemateriaal en tracheacanule.

Groep I - Breukbanden, riemen van Glénard en buikgordels.

Groep II - Lumbostaat wegens aandoening van de lumbosacrale wervelkolom in tijk en metaal, naar maat.

Groep III - Orthopedische zool.

Groep IV - Verstrekkingen die zijn opgenomen in artikel 28, § 8, van de nomenclatuur (wagentjes, enz...).

Groep V - Toerusting na totale mamnectomie.

Groep VI - Mucoviscidosismateriaal

Betekenis van de bekwamingscodes.

Volledige bevoegdheid :

Groep 0 + I + II + III + V + VI (art. 27, § 1)	: 200
IV (art. 28, § 8)	: 240
0 + I + II + III + IV + V + VI (art. 27, § 1 + art. 28, § 8)	: 241

Gedeeltelijke bevoegdheid :

0	: 201	0 + I + II + IV + V	: 217
0 + IV	: 202	0 + I + III + IV + V	: 218

0 + V	: 203	0 + II	: 220
0 + IV + V	: 204	0 + II + III	: 221
0 + VI	: 205	0 + II + IV	: 222
0 + IV + VI	: 206	0 + II + V	: 223
0 + V + VI	: 207	0 + II + III + IV	: 224
0 + IV + V + VI	: 208	0 + II + III + V	: 225
0 + I	: 210	0 + II + IV + V	: 226
0 + I + II	: 211	0 + II + III + IV + V	: 227
0 + I + III	: 212	0 + III	: 230
0 + I + IV	: 243	0 + III + IV	: 231
0 + I + V	: 213	0 + III + V	: 232
0 + I + II + IV	: 244	0 + III + IV + V	: 233
0 + I + II + V	: 214	IV + V	: 249
0 + I + III + IV	: 245	V	: 250
0 + I + III + V	: 215	VI	: 260
0 + I + IV + V	: 216	IV + VI	: 242

Andere gevallen (erkend voor 1.1.1964)

Buikgordels	: 290
Riemen van Glénard	: 291
Riemen van Glénard, buikgordels	: 292
0 + II + riemen van Glénard, buikgordels	: 293
Breukbanden	: 294
0 + III + riemen van Glénard, buikgordels	: 295
0 + II + III + riemen van Glénard, buikgordels	: 297
0 + II + buikgordels	: 298
0 + III + buikgordels	: 299
V + buikgordels	: 280
V + riemen van Glénard	: 281
V + riemen van Glénard, buikgordels	: 282
0 + II + V + riemen van Glénard, buikgordels	: 283
V + breukbanden	: 284
0 + III + V + riemen van Glénard, buikgordels	: 285
0 + II + III + V + riemen van Glénard, buikgordels	: 286
0 + II + V + buikgordels	: 287
0 + III + V + buikgordels	: 288

13. Verstreckers van implantaten en prothesen en van allerhande apparaten (300-599)

Die personen kunnen worden erkend voor één of meer van de hierna vermelde groepen :

Groep A - orthopedie en traumatologie;

Groep B - ophtalmologie;

Groep C - neurochirurgie;

Groep D - otorhinolaryngologie;

Groep E - urologie en nefrologie;

Groep F - heekunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel;

Groep G - heekunde op de thorax en cardiologie;

Groep H - bloedvatenheelkunde;

(29) Groep I - plastische en reconstructieve heekunde;

(29) Groep J - pneumologie en ademhalingsstelsel.

Toe te wijzen codegetallen :

A + B + C + D + E + F + G + H + I + J	= 300	A + C + G + I	= 363
A	= 310	A + D + F + G + H	= 367
A + B	= 311	A + E + F + G + H	= 370
A + C	= 312	A + E + G + I	= 372
A + B + F + G + H	= 313	A + F + G + H + I	= 373
A + E	= 314	A + B + C + F + G + H	= 381
A + F + H	= 315	A + B + D + F + G + H	= 387
A + G	= 316	A + B + D + F + H + I	= 388
A + I	= 317	A + C + E + F + G + H	= 400
A + B + C	= 318	A + C + E + G + I	= 402
A + H	= 319	A + C + F + G + H + I	= 403
B + D	= 320	A + D + E + F + G + H	= 404
A + B + C + D + F + H + I + J	= 321	A + B + C + D + E + F + H	= 409
A + B + G	= 322	A + C + D + E + F + G + H	= 424
A + B + C + D + E	= 323	A + B + C + D + E + F + G + H	= 430
A + C + D + F + G + J	= 324	B	= 440
G + H	= 325	B + C + D + F + G + H	= 485
A + C + F + H	= 326	B + C + E + F + G + H	= 488
A + C + G	= 327	C	= 510
A + E + F + G + H + J	= 328	C + F + H	= 513
C + F + H + J	= 329	C + G + I	= 525
A + D + F + H	= 330	D	= 550
J	= 331	E	= 570
C + G	= 332	E + F + H	= 571
C + G + H + J	= 333	E + G	= 572
A + E + G	= 334	E + I	= 573
E + G + H	= 335	E + F + G + H	= 574
A + F + G + H	= 336	E + H	= 575
H	= 337	F + H	= 580
A + G + I	= 338	F + G + H	= 583
A + B + C + D	= 339	G	= 590
A + B + F + H	= 352	I	= 595

(16) 14. <u>Ergotherapeuten</u>	: 650
15. <u>Opticiens</u> (600-699)	
- Opticiens	: 600
- Opticiens die het beroep van apotheker uitoefenen	: 610
16. <u>Gehoorthesisten</u> (700-799)	
- Gehoorthesisten	: 700
- Gehoorthesisten die het beroep van apotheker uitoefenen	: 710
17. <u>Apothekers-biologen</u> (800-899) of (900-999)	

Die personen kunnen worden erkend voor één of meer van de hierna vermelde groepen.

De codering van de vóór 1 januari 1983 verleende erkenningen is de volgende :

Groep A (is ook inbegrepen in de groepen B, C, D, E en F);

Groep B;

Groep C (in deze groep is ook groep B begrepen);

Groep D;

Groep E;

Groep F;

Groep G;

Groep H;

Groep SP = A + B + C + D + E + F;

Groep RIA (deze groep kan niet afzonderlijk bekomen worden).

Codegetallen :

Groep SP	= 800	Groep C	= 830
Groep SP + G	= 801	Groep C + D	= 831
Groep SP + H	= 802	Groep C + E	= 832
Groep SP + G + H	= 803	Groep C + F	= 833
Groep SP + RIA	= 804	Groep C + D + E	= 834
Groep SP + G + RIA	= 805	Groep C + D + F	= 835
Groep SP + H + RIA	= 806	Groep C + F + E	= 836
Groep SP + G + H + RIA	= 807	Groep D	= 840
Groep A	= 810	Groep D + E	= 841
Groep B	= 820	Groep D + F	= 842
Groep B + D	= 821	Groep D + E + F	= 843

Groep B + E	= 822	Groep E	= 850
Groep B + F	= 823	Groep E + F	= 851
Groep B + D + E	= 824	Groep F	= 860
Groep B + D + F	= 825	Groep G	= 870
Groep B + E + F	= 826	Groep H	= 880
Groep B + D + E + F	= 827		

De codering van de vanaf 1 januari 1983 verleende erkenningen is de volgende :

Groepen : A, 1, 2, 3, SP, 4 en R.I.A.

Groep SP : A, 1, 2, 3.

Groep A is begrepen in de groepen 1, 2, 3 en 4.

Groep RIA (deze groep kan niet afzonderlijk bekomen worden).

Codenummers :

Groep SP	= 990	Groep 1 + 2 + 4	= 914
Groep SP + 4	= 991	Groep 1 + 3 + 4	= 915
Groep SP + RIA	= 992	Groep 2	= 920
Groep SP + 4 + RIA	= 993	Groep 2 + 3	= 921
Groep A	= 900	Groep 2 + 4	= 922
Groep 1	= 910	Groep 2 + 3 + 4	= 923
Groep 1 + 2	= 911	Groep 3	= 930
Groep 1 + 3	= 912	Groep 3 + 4	= 931
Groep 1 + 4	= 913	Groep 4	= 940

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

(13) - algemene bevoegdheid voor het afleveren van het materiaal in het kader van de zorgtrajecten : 004

(13) - algemene bevoegdheid voor het afleveren van het materiaal in het kader van de zorgtrajecten, behalve de lancetten : 005

(4,6) 19. Verzorgingspersoneel en zorgkundigen

a) Verzorgingspersoneel

Het 9^{de} cijfer = 1 : Nederlandstalig
2 : Franstalig
3 : Duitstalig

Het 10^{de} 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^{de} cijfer = 1 : Vlaamse Gemeenschap
2 : Franse Gemeenschap
3 : Duitstalige Gemeenschap
4 : Ministère de l'Education 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.

(6) b) Zorgkundigen

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

A. Zorgkundigen die al een identificatienummer hebben als verzorgingspersoneel :

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

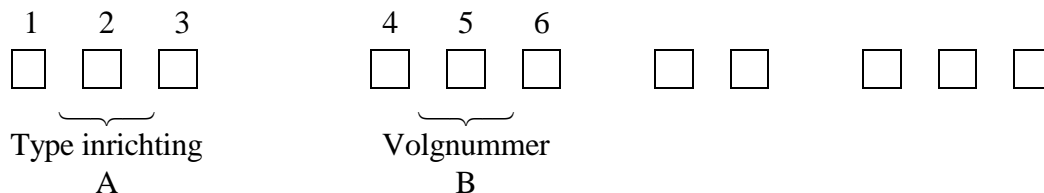
Voor iedere taalgroep vermeldt de eerste kolom de bekwamingscode als verzorgingspersoneel. De tweede kolom (2^{de} cijfer = 4 of 7) betreft de situatie in geval van een volledige registratie door de FOD Volksgezondheid. De derde kolom (2^{de} cijfer = 5) betreft de situatie in geval van een voorlopige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

B. Zorgkundigen die nog geen identificatienummer hebben als verzorgingspersoneel :

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

2. Verzorgingsinrichtingen.

Identificatienummer toegekend door het RIZIV is als volgt samengesteld :



A. Type inrichting (1^{ste} tot 3^{de} 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^{de} tot het 6^{de} 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
- 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

(4)

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.

- Omscholing : 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 499 : revalidatieinrichtingen voor medico-psycho-sociale revalidatie
 - tussen 501 en 599 : revalidatieinrichtingen voor kinderen met respiratoire aandoeningen
 - tussen 601 en 699 : pediatrie revalidatiecentra
 - tussen 701 en 999 : respijteenheden

(26)

(28)

- 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 : 782
 - Medisch psycho-sociale begeleiding bij ongewenste zwangerschap
 - 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 bij ongewenste zwangerschap

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

11. Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en palliatieve dagcentra. : 968
- tussen 001 en 499 : Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging
 - tussen 501 en 999 : Palliatieve dagcentra
12. Nummers Geïntegreerde diensten thuisverzorging (art. 23, 13°) : 947
- (19) 13. Nummers erkende ambulancediensten : 796
- (22) 14. Projecten van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen : 759
- (24) 15. Nummers derdebetalende – groeperingen verstrekkers : 940 t.e.m. 946

B. Volgnummer (van het 4^{de} tot en met het 6^{de} cijfer van het identificatienummer)

Een volgnummer tussen 001 en 999; dit wordt door het RIZIV toegekend.

Revalidatie : In een aantal gevallen (774, 776, 781, 782, 784, 786, 789) wordt het type inrichting verder onderverdeeld in dit 4^{de} tot 6^{de} cijfer (zie hoger).

Laboratoria : Het 4^{de}, 5^{de} en 6^{de} cijfer vormen een volgnummer van de erkenningsaanvraag van het laboratorium in het arrondissement (toegekend door de FOD Volksgezondheid).

Wijkgezondheidscentra : het 4^{de} cijfer is “5”.

- (19) Erkende ambulancediensten : Het 4^{de}, 5^{de} en 6^{de} cijfer vormen een volgnummer van de erkenning (toegekend door de FOD Volksgezondheid).
- (22) Projecten van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen: Het 4^{de}, 5^{de} en 6^{de} cijfer vormen een volgnummer dat door het RIZIV toegekend wordt:
- 001 → 299: Vlaamse projecten
 - 300 → 599: Brusselse projecten
 - 600 → 899: Waalse projecten
 - 900 → 995: Duitstalige projecten

C. Check-digits (7^{de} en 8^{ste} cijfer van het identificatienummer)

Zie hoger.

D. Bevoegdheidscode (9^{de} tot 11^{de} cijfer van het identificatienummer)

1. Algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen
- het ziekenhuis zelf, zonder bevoegdheidscode : 000
 - dienst medische beeldvorming waarin een transversale axiale tomograaf is geïnstalleerd : 110
 - dienst medische beeldvorming waarin een nucleaire magnetische resonantietomograaf (NMR) is opgesteld : 111
 - PETscan : 112
 - dienst radiotherapie : 113

	- dienst Cardiale pathologie B	: 120
	- dienst Cardiale pathologie B1	: 121
(36)	- dienst Cardiale pathologie B1 + B 2	: 127
(3)	- dienst Cardiale pathologie T	: 122
(4)	- dienst Cardiale pathologie C	: 123
(6,7)	- dienst Cardiale pathologie E + B3	: 124
(7)	- dienst Cardiale pathologie E zonder B3	: 125
(27)	- dienst Cardiale pathologie P	: 126
(6)	- eerste opvang van spoedgevallen	: 130
(6)	- gespecialiseerde spoedgevallenzorg	: 131
(12)	- zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde A	: 140
(12)	- zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde B	: 141
(12)	- centrum voor robotchirurgie	: 150
(13)	- centrum voor endoprothesen zonder erkenning cardiale pathologie B3	: 151
(13)	- centrum voor endoprothesen met erkenning cardiale pathologie B3	: 152
(14)	- centrum “implanteerbare hartmonitor”	: 153
(19)	- centrum “percutaan implanteerbare klepstent”	: 154
(28)	- expertisecentrum voor comapatiënten	: 155
(26)	- centrum “coronaire en drug eluting stent”	: 156
(29)	- centrum “peroperatieve behandeling van voorkamerfibrillatie”	: 157
(30)	- centrum “neurostimulatoren en toebehoren obsessieve-compulsieve stoornis (OCS)”	: 158
(31)	- centrum “gefenestreerde en/of vertakte endoprothesen”	: 159
(18)	<u>Erkenning bank voor menselijk lichaamsmateriaal :</u>	
(14,18)	- pseudo-erkenningnummer voor buitenlands menselijk lichaamsmateriaal van binnen de EU	: 200
	- erkenning hartkleppen	: 210
(14)	- erkenning oftalmische weefsels	: 211
	- erkenning huid	: 212
	- erkenning locomotorisch stelsel	: 213
(14)	- erkenning tympano-ossiculaire weefsels	: 215
(14)	- erkenning bloedvaten	: 216
(14)	- erkenning ander menselijk lichaamsmateriaal voor celtherapieën	: 218
	- erkenning keratinocyten	: 219
	- erkenning amnionmembraan	: 220
(14)	- erkenning hematopoïetische stamcellen	: 221
(4, 14)	- erkenning stamcellen uit navelstrengbloed	: 222
(14)	- erkenning reproductief en/of foetaal menselijk lichaamsmateriaal	: 223
(6)	<u>Erkenning dialysediensten :</u>	
	- dienst chronische hemodialyse	: 561
	- pediatrische dienst voor chronische dialyse	: 562
	- dienst voor thuisdialyse	: 563
	- dienst voor ambulante peritoneale dialyse	: 564
	- dienst voor collectieve autodialyse	: 565 t.e.m. 569
(4)	<u>2. PVT, BW, Revalidatiecentra, CDV</u>	
	In deze gevallen is de bevoegdheidscode = 000.	
(4)	<u>3. ROB, RVT</u>	
	- 1 ^e positie (ROB – kort verblijf – geregistreerde, niet erkende instelling)	
	• Indien geen ROB, geen kort verblijf en geen geregistreerde :	0
	• Indien ROB zonder kort verblijf :	1
	• Indien ROB met kort verblijf :	2
	• Indien geen ROB, maar wel geregistreerde :	5
	- 2 ^e positie (RVT – RVTcoma)	
	• Indien geen RVT :	0
	• Indien RVT :	1
	• Indien RVT met coma-bedden	2
	- 3 ^e positie	0

4. Laboratoria

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

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

5. Functionele Revalidatie

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

6. Medische Huizen

Het medisch huis werkt met een equipe van :

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

(☞ 19) 7. Erkende ambulancediensten

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

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

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

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

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

(☞ 24) 10. Nummers derdebetalende – groeperingen zorgverstrekkers

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

Forfaitarisering van geneesmiddelen in de ziekenhuizen.

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

In geval van aflevering van geneesmiddelen aan patiënten die in een ander ziekenhuis zijn gehospitaliseerd, wordt de factuur naar de VI opgemaakt door het ziekenhuis van aflevering.

Indien het ziekenhuis van verblijf een acuut ziekenhuis is (dat binnen de forfaitarisering valt), dan factureert het ziekenhuis van prestatie 25% van de vergoedingsbasis aan de VI en de resterende 75% aan het acuut ziekenhuis van verblijf.

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

(38) Opgelet: Voor contrastmiddelen (ATC-klasse V08) wordt de tegemoetkoming telkens verminderd met 10% (vanaf 1/1/2013).

2 voorbeelden

- a) Patiënt is gehospitaliseerd in een acuut ziekenhuis A.
 Patiënt gaat voor een aantal uren naar een acuut ziekenhuis B (dat onder het systeem van de forfaitarisering valt), waar geneesmiddelen worden afgeleverd.
 Patiënt wordt in ziekenhuis B verzorgd:
- Ofwel in het kader van een forfaitaire verpleegdag (art 4 van de overeenkomst met de ziekenhuizen) of chirurgisch dagziekenhuis
 - Ofwel buiten het kader van een forfaitaire verpleegdag of chirurgisch dagziekenhuis (bijvoorbeeld bij een prestatie RX).

Facturering:

Acuut ziekenhuis A factureert aan de VI éénmaal (namelijk op de datum van opname in dit ziekenhuis) het forfait geneesmiddelen per opname (0756000), alsook de geneesmiddelen die afgeleverd werden in het eigen ziekenhuis:

- Geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan 25% van vergoedingsbasis onder de pseudo-codes uit punt 13.2 (zie R 40 Z 4 V 3 BIS)
- Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering volgens de klassieke tarifieringsregels onder de pseudo-codes uit punt 13.3 (zie R 40 Z 4 V 3 BIS)

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

- Geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan de VI aan 25% van vergoedingsbasis onder de pseudo-codes uit punt 13.4 (zie R 40 Z 4 V 3 TER)
 + facturering van de resterende 75% aan het acuut ziekenhuis A
- Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan de VI volgens de klassieke tarifieringsregels onder de pseudo-codes uit punt 13.3 (zie R 40 Z 4 V 3 BIS)

- 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 13.5 (zie R 40 Z 4 V 3 TER)
- Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan de VI volgens de klassieke tarifieringsregels onder de pseudo-codes uit punt 13.3 (zie R 40 Z 4 V 3 BIS)

(24) Uitzonderlijk geval :

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

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

Voorbeeld

Patient is gehospitaliseerd in acuut ziekenhuis A.

Patient gaat voor een aantal uren naar een ander psychiatrisch of chronisch ziekenhuis B (dat buiten de forfaitarisering valt), waar geneesmiddelen afgeleverd worden.

Facturatie:

Het acuut ziekenhuis A factureert aan de VI éénmaal (namelijk op de datum van opname in dit ziekenhuis) het forfait geneesmiddelen per opname (0756000).

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

- Geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan de VI aan 25% van de vergoedingsbasis onder de pseudo-codes uit punt 13.2 (zie R 40 Z 4 V 3 BIS)
- Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan de VI volgens de klassieke tarifieringsregels onder de pseudo-codes uit punt 13.3 (zie R 40 Z 4 V 3 BIS)
- Het factureert de geforfaitariseerde geneesmiddelen, afgeleverd in het psychiatrisch of chronisch ziekenhuis B, aan de VI aan 25% van de vergoedingsbasis onder de pseudo-codes uit punt 13.2 (zie R 40 Z 4 V 3 BIS)

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 13.3 (zie R 40 Z 4 V 3 BIS)

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).

Recordtype 10		
Zone	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
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>
(8) 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>
(8) Z 9	Code "afschaffing papieren factuur"	<i>Indien R 10 Z 22-23 < 0201001: Waarde 1 Indien R 10 Z 22-23 ≥ 0201001: Waarde 0</i>
(8) Z 10	Code afrekeningsbestand	<i>Indien R 10 Z 22-23 < 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 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	

Recordtype 20		
Zone	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
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 of SIS-kaart	<i>Altijd 0</i>
(36) Z 47	Datum van facturering	<i>Datum vermelden</i>
Z 49	Referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer B	<i>Altijd opgevuld met blanco's</i>
Z 53	Begindatum periode verzekeraarbaarheid	<i>Altijd 0</i>
(33) Z 54a-54b	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	

Recordtype 30		
Zone	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
Z 1	Recordtype 30	
Z 2	Volgnummer record	
Z 3	Norm verpleegdag	<i>Altijd 0</i>
Z 4	Pseudo-code verpleegdag en forfait	<i>Zie R30 Z4 V5 (punt 10)</i>
Z 5	Datum eerste gefactureerde dag	<i>Vermelden</i>
Z 6a-6b	Datum laatste gefactureerde dag	<i>Vermelden</i>
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	<i>INSZ, behalve internationale verdragen</i>
Z 9	Geslacht rechthebbende	
Z 10	Bevalling	<i>Altijd 0</i>
Z 11	Verwijzing financieel rekeningnummer	<i>Altijd 0</i>
Z 13	Dienstcode	<i>990</i>
Z 14	Plaats van verstrekking	<i>Nummer ROB / RVT / CDV (=R 10 Z 14)</i>
Z 15	Identificatie overeenkomst / Inrichting van verblijf	<i>Nummer ROB / RVT / CDV</i>
Z 17-18	Betrekkelijke verstrekking	<i>Altijd 0</i>
Z 19	Teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming	
Z 22	Teken + aantal dagen of forfaits	
Z 24-25	Teken + indicatief bedrag grootte orde verblijfskosten	<i>Altijd 0</i>
Z 27	Teken + persoonlijk aandeel patiënt	<i>Altijd 0</i>
Z 28	Referentie instelling	
(25) 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 14, rubriek « supplementen ROB-RVT-CDV »</i>
(☞ 21) Z 5	Datum eerste verrichte verstrekking	<i>Begindatum van periode waarop kosten betrekking hebben (*)</i>
(☞ 21) Z 6a-6b	Datum laatste verrichte verstrekking	<i>Einddatum van periode waarop kosten betrekking hebben (*)</i>
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	<i>INSZ, behalve ingeval van internationale verdragen</i>
Z 9	Geslacht rechthebbende	
Z 10	Bevalling	<i>Altijd 0</i>
Z 11	Verwijzing financieel rekeningnummer	<i>Altijd 0</i>
Z 12	Nacht, weekeinde, feestdag	<i>Altijd 0</i>
Z 13	Dienstcode	<i>Altijd 990</i>
Z 14	Plaats van verstrekking	<i>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>
(☞ 21,25) 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	Aantal coupes	<i>Altijd 0</i>
Z 24-25	Identificatie voorschrijver	<i>Altijd 0</i>
Z 26	Norm voorschrijver	<i>Altijd 0</i>
Z 27	Teken + persoonlijk aandeel patiënt	<i>Altijd 0</i>
Z 28	Referentie instelling	
Z 29	Behandelde tand	<i>Altijd 0</i>
(☞ 25) 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 implant	<i>Altijd 0</i>
Z 44-45	Omschrijving product	<i>Omschrijving verplicht voor de pseudo-codes 960691 en 960713</i>
Z 46	Norm plafond	<i>Altijd 0</i>
Z 47	Datum akkoord verstrekking	<i>Altijd 0</i>
Z 48	Transplantatie	<i>Altijd 0</i>
Z 49	Identificatie zorgkundige (gereserveerd)	<i>Altijd 0</i>
Z 51	Ziekenhuissite	<i>Altijd 0</i>
Z 52	Identificatie associatie zorggebied	<i>Altijd 0</i>
(☞ 33) 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>

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

Recordtype 80		
Zone	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
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	

(15)

Recordtype 90		
Zone	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
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 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 mededeelt 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 de CareNet-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^{de} maand volgend op het einde van de hospitalisatie)

Ziekenhuis moet 100% facturatie toepassen (indien het op de hoogte was uiterlijk de 10^{de} 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^{de} 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^{de} 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^{ste} factuurdeel zonder toepassing MAF-recht (want MAF-recht wordt meegedeeld na 10^{de} dag volgend op einde van te factureren periode), 2^{de} 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 kredietnota. 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

- patient 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	36,81	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.

RUBRIEK : RECORDTYPE 10

BESCHRIJVING :

Deze code geeft de aard van het record weer.

Deze zone geldt voor alle recordtypes.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
10	Aanvang zending
20	Begin factuur
30	Verpleegdagen
40	Farmaceutische producten
50	Verstrekkingen of leveringen
80	Einde factuur
90	Einde zending

RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD

BESCHRIJVING :

Met dit volgnummer moet men de records nummeren om de identificatie van elke individuele record te vergemakkelijken.

Deze zone geldt voor alle recordtypes.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Stijgende nummering van de records over alle records heen.

Het volgnummer moet progressief toenemen met 1 (vorige + 1).

RUBRIEK : AANTAL FINANCIËLE REKENINGNUMMERS (INDEXCODE)

BESCHRIJVING :

Deze code is bepalend voor het aantal financiële rekeningnummers waarop moet uitbetaald worden.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 9

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0	Het totaal bedrag van de zending moet op 1 financieel rekeningnummer betaald worden.
1	Het totaal bedrag van de zending wordt uitgesplitst in een gedeelte te betalen op de financiële rekening A en een gedeelte te betalen op de financiële rekening B.

Enkel de ziekenhuizen kunnen de twee rekeningnummers gebruiken.

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

RUBRIEK : VERSIE BESTAND

BESCHRIJVING :

Deze zone dient tot identificatie van de gebruikte versie en of het gaat om een test of niet.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 10

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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 herpublicatie van de instructies "Uitgave 2006" wijzigt niks aan de invulling van deze zone. De versie blijft "1999".

RUBRIEK : FINANCIËEL REKENINGNUMMER A

BESCHRIJVING :

- (☞ 13) Deze zone is gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011.
Vanaf dan wordt enkel nog gebruik gemaakt van IBAN en BIC.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 17

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : ZENDINGSNUMMER

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 33

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Nummer toegekend door de inrichting.

Dit nummer moet 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.

De nummering mag herbegonnen worden bij het begin van een nieuw gefactureerd jaar.

Het nummer moet enig zijn en verschillend van nul.

RUBRIEK : FINANCIËEL REKENINGNUMMER B

BESCHRIJVING :

- (☞ 13) Deze zone is gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011.
Vanaf dan wordt enkel nog gebruik gemaakt van IBAN en BIC.

Het gaat om het nummer van de bijkomende financiële rekening waarop de betaling moet verricht worden in het raam van de derdebetalersregeling.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 36

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Indien er op twee financiële rekeningen moet betaald worden dan moet in deze zone het nummer 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.

RUBRIEK : CODE "AFSCHAFFING PAPIEREN FACTUUR"

BESCHRIJVING :

Deze code bepaalt de situatie van de facturerende instelling met betrekking tot de afschaffing van de papieren factuur.

(☞11) Vanaf de gefactureerde maand januari 2010 is deze zone verplicht gelijk aan nul.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 49

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

	<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
(☞14)	0	Vanaf gefactureerde maand januari 2010 is enkel deze waarde 0 mogelijk.
	1	Het betreft een instelling waarvoor nog geen aanvraag ingediend werd.
	2	Het betreft een instelling waarvoor een aanvraag ingediend werd.
	3	Het betreft een instelling waarvoor de papieren factuur werd afgeschaft.

(☞) De waarden 2 en 3 kunnen enkel gebruikt worden door de ziekenhuizen. Ze kunnen wel voorkomen in combinatie met **alle** factuurtypes (1, 3, 4, 5, 6 of 9).

RUBRIEK : CODE AFREKENINGSBESTAND

BESCHRIJVING :

Deze code bepaalt de houding van de instelling met betrekking tot de mededeling van het afrekeningsbestand.

(~~9~~ 11) Vanaf de gefactureerde maand januari 2010 is deze zone verplicht gelijk aan nul.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 50

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
(9 9) 1	De instelling/verstrekker wenst het afrekeningsbestand te ontvangen. Deze code houdt echter geen verplichtingen in voor de V.I.'s.
0	Alle andere gevallen.

RUBRIEK : INHOUD FACTURATIE

BESCHRIJVING :

In deze zone wordt verduidelijkt op welke basis wordt afgeweken van het maximum aantal maandelijksse facturatiebestanden.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 53

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
000	geen afwijking van voorziene maandelijksse aantal
010	uitzonderlijke bijkomende facturatie voor de maand
020	systematische afwijking toegestaan door het NIC

RUBRIEK : NUMMER DERDEBETALENDE

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 56

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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

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

RUBRIEK : NUMMER ACCREDITERING NIC

BESCHRIJVING :

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

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

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 68

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : GEFACUREERD JAAR

BESCHRIJVING :

Gefactureerd jaar door de inrichting.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 5 N 0JJJ - 108

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Het nummer van het jaar.

RUBRIEK : GEFACTUREERDE MAAND

BESCHRIJVING :

Gefactureerde maand door de inrichting.

In deze zone moet de maand worden vermeld waarin het merendeel van de gefactureerde prestaties werden verricht. Deze maand kan verschillend zijn van de maand waarin de factuur werd opgemaakt.

Deze waarde blijft ongewijzigd wanneer van een verworpen bestand een nieuwe versie wordt aangemaakt.

Zie ook onderscheid met datum van opstelling.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N MM - 113

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Het nummer van de maand in het jaar.

In deze zone bedoelt men de maand waarin het merendeel der prestaties, die op deze factuur staan, werden verricht.

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.

RUBRIEK : DATUM VAN OPSTELLING

BESCHRIJVING :

Datum van opstelling van het facturatiebestand door de inrichting.

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 JJJJ02DD vermeld.

Deze datum wijzigt wanneer van een verworpen bestand een nieuwe versie wordt aangemaakt.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 120

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

De opstellingsdatum mag niet groter zijn dan de huidige datum.

RUBRIEK : REFERENTIE INSTELLING

BESCHRIJVING :

De inhoud van deze zone is vrij te bepalen door de facturerende inrichting.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 25 A - 138

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie algemene opmerking betreffende de omschrijving van de zones (laatste alinea van punt 2.a. van de bijlage 7).

RUBRIEK : BIC FINANCIËLE REKENING A

BESCHRIJVING :

Het gaat om de BIC van de financiële rekening waarop de betaling moet verricht worden in het raam van de derdebetalersregeling.

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.

(8) Deze zone mag pas ingevuld worden vanaf de gefactureerde maand januari 2009. Tot en met de gefactureerde maand december 2008 is deze zone numeriek en dient ze opgevuld te worden met nullen.

(13) Uitzondering: Vanaf opstellingsdatum 1/11/2009 mag deze zone ook ingevuld worden voor achterstallige facturaties vóór gefactureerde maand januari 2009.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 11 A - 167

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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).

(13) Gedurende de overgangsjaren 2009 en 2010 is het niet mogelijk om een buitenlands rekeningnummer te gebruiken. De posities 5 en 6 van deze zone zijn dus steeds gelijk aan "BE".

Vanaf gefactureerde maand januari 2011 is het wel mogelijk om een buitenlands rekeningnummer te gebruiken.

(9) 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 > Producten en diensten > Betalingssystemen > Secretariaat Overeenkomsten
> Bankidentificatiecodes >>.

RUBRIEK : IBAN FINANCIËLE REKENING A**BESCHRIJVING :**

Het gaat om het IBAN van de financiële rekening waarop de betaling moet verricht worden in het raam van de derdebetalersregeling.

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.

- (☞ 8) Deze zone mag pas ingevuld worden vanaf de gefactureerde maand januari 2009. Tot en met de gefactureerde maand december 2008 is deze zone numeriek en dient ze opgevuld te worden met nullen.
- (☞ 13) Uitzondering: Vanaf opstellingsdatum 1/11/2009 mag deze zone ook ingevuld worden voor achterstallige facturaties vóór gefactureerde maand januari 2009.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 34 A - 179**WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :**

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.

- (☞ 13) Gedurende de overgangsjaren 2009 en 2010 is het niet mogelijk om een buitenlands rekeningnummer te gebruiken. De posities 1 en 2 van deze zone zijn dus steeds gelijk aan "BE" en de laatste 18 posities zijn steeds blanco. Vanaf gefactureerde maand januari 2011 is het wel mogelijk om een buitenlands rekeningnummer te gebruiken.
- (☞ 9) 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.

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

RUBRIEK : BIC FINANCIËLE REKENING B

BESCHRIJVING :

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.

(8) Indien de zone niet ingevuld wordt, dient ze opgevuld te worden met blanco's.

(8) Deze zone mag pas ingevuld worden vanaf de gefactureerde maand januari 2009. Tot en met de gefactureerde maand december 2008 is deze zone numeriek en dient ze opgevuld te worden met nullen.

(13) Uitzondering: Vanaf opstellingsdatum 1/11/2009 mag deze zone ook ingevuld worden voor achterstallige facturaties vóór gefactureerde maand januari 2009.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 11 A - 219

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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).

(13) Gedurende de overgangsjaren 2009 en 2010 is het niet mogelijk om een buitenlands rekeningnummer te gebruiken. De posities 5 en 6 van deze zone zijn dus steeds gelijk aan "BE".

Vanaf gefactureerde maand januari 2011 is het wel mogelijk om een buitenlands rekeningnummer te gebruiken.

(9) 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 > Producten en diensten > Betalingssystemen > Secretariaat Overeenkomsten
> Bankidentificatiecodes >>

RUBRIEK : IBAN FINANCIËLE REKENING B

BESCHRIJVING :

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.

(☞ 8) Indien de zone niet ingevuld wordt, dient ze opgevuld te worden met blanco's.

(☞ 8) Deze zone mag pas ingevuld worden vanaf de gefactureerde maand januari 2009. Tot en met de gefactureerde maand december 2008 is deze zone numeriek en dient ze opgevuld te worden met nullen.

(☞ 13) Uitzondering: Vanaf opstellingsdatum 1/11/2009 mag deze zone ook ingevuld worden voor achterstallige facturaties vóór gefactureerde maand januari 2009.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 34 A - 271

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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.

(☞ 13) Gedurende de overgangsjaren 2009 en 2010 is het niet mogelijk om een buitenlands rekeningnummer te gebruiken. De posities 1 en 2 van deze zone zijn dus steeds gelijk aan "BE" en de laatste 18 posities zijn steeds blanco.

Vanaf gefactureerde maand januari 2011 is het wel mogelijk om een buitenlands rekeningnummer te gebruiken.

(☞ 9) 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.

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
-

RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN HET RECORD

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 1.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 1.

RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 2.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 2.

RUBRIEK : TOESTEMMING DERDEBETALENDE

BESCHRIJVING :

- Ingeval de uitzondering op het verbod tot derdebetalersregeling wordt afgelezen uit de SIS-kaart (☞ 9) of verkregen wordt via (My)CareNet, 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,
 - * moet in zone 32 van de recordtypes 30, 40 en 50 de waarde nul worden vermeld;
 - * moet er geen document ter verantwoording van de uitzondering gevoegd worden bij de papieren factuur.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 9

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

	<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
(☞ 9)	0	Geen SIS-kaart of geen uitzondering vermeld in SIS-kaart of verkregen via (My)CareNet.
(☞ 9)	1	Uitzondering verkregen vanuit (My)CareNet of vermeld op de SIS-kaart.

RUBRIEK : UUR VAN OPNAME

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N 000UUMM - 10

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

'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).
- (☞ 9)- 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 revalidatieverstrekkingen 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

BESCHRIJVING :

Ingeval van hospitalisatiefacturen staat deze datum op de betalingsverbintenis (721 bis).

(☞ 5) 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.

(☞ 27) 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.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 17

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

- 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.
- (☞ 9) - 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 nu wanneer het uitgaven betreft voor ambulante verstrekking, gipskamer, ambulante dagforfait of externe revalidatie.
Factuurtype 3, 6 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

BESCHRIJVING :

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.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 25

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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 opneming niet voorafgaan.

(☞ 9) 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**BESCHRIJVING :**

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

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

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

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

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

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

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

RUBRIEK : IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE

BESCHRIJVING :

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

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

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

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

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 13 A – 36

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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

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

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

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

Dit nummer moet rechts gelinieerd worden.

Er zijn geen speciale karakters of blanco's aanwezig.

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

RUBRIEK : GESLACHT RECHTHEBBENDE

BESCHRIJVING :

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

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 49

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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

RUBRIEK : TYPE FACTUUR**BESCHRIJVING :**

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

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

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 50**WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :**

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

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

(☞ 20) Nierdialyse

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

Revalidatie

- de forfaits nabehandeling revalidatie moeten gefactureerd worden met factuurtype 9 en dienstcode 760.
 - 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.

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

Verpleegkundigen en medische huizen:

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

R.V.T., R.O.B., P.V.T. of I.B.W.:

- (€ 9) - 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.

(€ 20) Geneeskundige bijstand tijdens medisch begeleid transport(art. 25 §3) en honoraria urgentiegeneskunde (art. 25 §3bis).

- Voor de prestaties 590435, 590472 (art. 25 §3) en 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

BESCHRIJVING :

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

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

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 51

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

	<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
	0	Originele factuur
(☞ 3)	1	Herinbreng van verworpen of gedeeltelijk verworpen of gecrediteerde factuur
	2	Complementaire factuur
	3	Kredietnota (- waarden)
	4	Correctiefactuur (+ en - waarden) in overleg met het ziekenfonds

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

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

Een partieel originele of complementaire factuur kan negatieve bedragen bevatten.

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

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

(☞ 5) 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 V.I., dan is het een originele factuur.

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 bekommt een verwerping door de mutualiteit.
(☞ 3) Bij herindiening via magnetische drager zal R 20 Z 10 = 1 moeten zijn en type facturering R 20 Z 11 = 1.
- Een heilkundige ingreep wordt vermeld op de factuur en geeft aanleiding tot het profylaxieforfait Z. Op een volgende partiële factuur of op een complementaire factuur wordt dezelfde dag een 2de heilkundige ingreep vermeld, die aanleiding geeft tot het profylaxieforfait A1. Dan mag op deze partiële factuur of op de complementaire factuur het profylaxieforfait Z in min gefactureerd en het nieuwe profylaxieforfait A1 worden aangerekend. Het te gebruiken factuurtype is in dit geval 0 of 2, omdat het hier niet om een correctiefactuur gaat maar om een verbetering op een partiële originele of complementaire factuur.

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

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

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

RUBRIEK : DIENST 721 bis

BESCHRIJVING :

- (☞ 13) 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).
- (☞ 22) 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.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 53

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : NUMMER FACTURERENDE INSTELLING

BESCHRIJVING :

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.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N – 56

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Er bestaat een officiële codering van de verplegingsinrichtingen, de revalidatiecentra, de erkende laboratoria voor klinische biologie, de rust- en verzorgingstehuizen, de rustoorden voor bejaarden, de psychiatrische verzorgingstehuizen, de initiatieven van beschut wonen en de medische huizen (zie omzendbrief V.I. met reeksnummers 170, 370, 165, 174, 175, 395).

De inrichtingen of verenigingen die niet beschikken over een officieel R.I.Z.I.V.-identificatienummer worden op een speciale wijze gecodeerd.

Zie recordtype 10 zone 14 voor de verschillende mogelijkheden.

RUBRIEK : STAMNUMMER VAN DE (VERPLEGINGS-)INRICHTING (OF REVALIDATIECENTRUM)
WAAR DE RECHTHEBBENDE OPGENOMEN IS (VERBLIJFT)

BESCHRIJVING :

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.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 68

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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

BESCHRIJVING :

Deze zone wordt ingevuld indien het gaat om een laattijdige facturering.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 80

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

<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

BESCHRIJVING :

Deze zone maakt een eerste boekhoudkundige oriëntatie mogelijk.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 4 N - 81

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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

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

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

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

RUBRIEK : NUMMER OPNAME

BESCHRIJVING :

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.

Ingeval van prestaties gefactureerd voor gehospitaliseerde patiënten die elders verblijven, mag de inhoud van deze zone gelijk zijn aan nul.

In alle andere gevallen is de zone gelijk aan nul.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 88

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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 chirurgisch dagziekenhuis (met ambulante of gehospitaliseerde code en factuurtype 1 of 9) gaat het om het geëncrypteerd nummer van opname in het chirurgisch dagziekenhuis.

Vb. : Voor de verpleegkundigen is de inhoud van deze zone nul.

RUBRIEK : DATUM AKKOORD REVALIDATIEBEHANDELING OF DATUM INSCHRIJVING FORFAIT

BESCHRIJVING :

Het betreft de begindatum van de periode waarvoor het akkoord van het College van Geneesheren-directeurs of van de Adviserend geneesheer toelating geeft tot revalidatiebehandeling.

Ingeval de factuur betrekking heeft op een periode die door 2 afzonderlijke akkoorden wordt gedekt, (☞ 5) 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.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 100

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Deze zone moet worden ingevuld indien de factuur betrekking heeft op interne of externe revalidatieverstrekingen (type factuur = 5 of 6).

(☞ 4) 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

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 5 N 0UUMM - 108

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

'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.
- (☞ 9) - 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

BESCHRIJVING :

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

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

In het papieren circuit correspondeert een individuele factuur met

- ofwel de individuele factuur van de verpleegnota;
 - ofwel één of meerdere getuigschriften voor verstrekte hulp die allen betrekking hebben op dezelfde patiënt.
- (☞ 8) - 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.
- (☞ 8) - 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 (☞ 8) 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 V.I. (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 (☞ 8) verzamelstaat uit bijlage 2 B of van de verzamelkostennota worden gevolgd.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 115

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Het nummer moet enig zijn en verschillend van nul.

- (☞ 30) Voor de ziekenhuisinstellingen moet het nummer uniek moet 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).

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, zoniet is deze zone gelijk aan nul.

RUBRIEK : TOEPASSING SOCIALE FRANCHISE

BESCHRIJVING :

Deze zone wordt voorlopig niet gebruikt, maar gereserveerd voor een mogelijke latere toepassing.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 127

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : CODE GERECHTIGDE 1 + 2

BESCHRIJVING :

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 in de S.I.S.-kaart, 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.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 10 N - 128

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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.

(~~5~~ 5) 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^{de} 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;
- (☞ 5) - alleen de grote risico's van de regeling voor de zelfstandigen (vóór 1/1/2008);
- (☞ 5) - 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, de S.I.S.-kaart 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
(☞ 5) 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 :

- (☞ 5) - de kleine risico's van de vrije verzekering (vóór 1/1/2008);
- (☞ 1,5) - de kleine risico's van de zelfstandigen met recht op vergoeding van kleine risico's via de verplichte verzekering (vóór 1/1/2008);
- (☞ 5) - 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, de S.I.S.-kaart 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

- (☞ 5) 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>
(☞ 1) 460	Zelfstandigen met recht op kleine risico's zonder voorkeurregeling
(☞ 1) 461	Zelfstandigen met recht op kleine risico's met voorkeurregeling (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)

- (☞ 6) 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).

(☞ 5) 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
- (☞ 5) 421 Invaliden met voorkeurregeling (inclusief minder-validen) (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
- (☞ 5) 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

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 28.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 25 A - 138

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 28.

RUBRIEK : NUMMER VORIGE FACTUUR

BESCHRIJVING :

Deze zone moet alleen aangevuld worden indien zone 11 van recordtype 20 verschillend is van 0.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 163

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1N – 175

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0	Aansluitingsnummer bij de VI
1	Inschrijvingsnummer bij de Sociale Zekerheid

RUBRIEK : NUMMER VORIGE ZENDING

BESCHRIJVING :

Deze zone moet alleen aangevuld worden indien zone 11 van recordtype 20 verschillend is van 0.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 177

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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

BESCHRIJVING :

(☞ 30) 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.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 180

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : REFERENTIE ZIEKENFONDS FINANCIËEL REKENINGNUMMER A

BESCHRIJVING :

- (☞ 6) 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.

- (☞ 7) Indien recordtype 20 zone 11 verschillend is van 1 dan wordt deze zone opgevuld met blanco's.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 22 A - 183

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : VORIG GEFACTUREERD JAAR EN MAAND

BESCHRIJVING :

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.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N JJJMM - 207

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : REFERENTIEGEGEVENS NETWERK OF S.I.S.-KAART**BESCHRIJVING :**

- (☞ 6) Deze zone is gereserveerd voor de vermelding van de gegevens van de netwerkconsultatie of van de SIS-kaart.
- (☞ 9) De consultatie van de verzekerbaarheidsgegevens via een netwerk is voorlopig enkel mogelijk voor de ziekenhuizen (die aangesloten zijn op CareNet) en voor de thuisverpleegkundigen (die aangesloten zijn op MyCareNet).

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 48 A = 32 A + 10 N + 2 N + 1 N + 3 N – 213

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

- (☞ 6) Ingeval de SIS-kaart niet werd gelezen, noch een 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 :

RRNNNNNNNNNNNNVVA000

- (☞ 6) waarbij
- R = 32 alfanumerieke posities voor het nummer van akkoord betalingsverbintenis (ingeval van netwerkconsultatie) of voor het certificaat van lezing van de SIS-kaart
 - N = 10 numerieke posities voor het kaartnummer
 - V = 2 numerieke posities voor het versienummer
 - A = 1 numerieke positie
 - A = 0 : SIS-kaartlezing
 - A = 1 : vervangingsattest
 - A = 2 : netwerkconsultatie
 - 0 = 3 numerieke reserveposities, opgevuld met nullen.

Indien positie A = 0, dan worden de posities R, N en V ingevuld vanuit de lectuur van de SIS-kaart. Afhankelijk van de leesapparatuur kan het versienummer in 2 of in 3 posities gelezen worden; vermits de linkse positie steeds nul is (in situatie 3 posities), volstaat het om de laatste 2 posities over te nemen.

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.

- (☞ 6) Indien positie A = 2, dan worden de posities R ingevuld vanuit de zone 333, 344, 355, 366 of 377 van het Carenetbericht 801900. De posities N en V zijn gelijk aan nul.

RUBRIEK : DATUM VAN FACTURERING

BESCHRIJVING :

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)Caretberichten 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).

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD – 262

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

De datum van facturering mag niet groter zijn dan de huidige datum.

RUBRIEK : REFERENTIE ZIEKENFONDS FINANCIËEL REKENINGNUMMER B

BESCHRIJVING :

- (☞ 6) 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.

- (☞ 7) Indien recordtype 20 zone 11 verschillend is van 1 dan wordt deze zone opgevuld met blanco's.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 22 A - 271

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : BEGINDATUM PERIODE VERZEKERBAARHEID

BESCHRIJVING :

Deze zone is facultatief.

- (9) Ze kan voorlopig enkel ingevuld worden door de ziekenhuizen en de thuisverpleegkundigen in het kader van de betalingsverbintenis gekoppeld aan de raadpleging van de verzekerbaarheidsgegevens via (My)Caret. Indien het ziekenhuis of de thuisverpleegkundige een betalingsverbintenis wil laten gelden, dan moet deze zone ingevuld worden op basis van wat door de VI meegeedeeld wordt in de zones 325, 336, 347, 358 of 369 van het (My)Caretbericht 801900.

Deze zone wordt ingevuld indien positie A van R 20 Z 42-45 gelijk is aan 2.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8N JJJMMDD - 305

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : EINDDATUM PERIODE VERZEKERBAARHEID

BESCHRIJVING :

Deze zone is facultatief.

- (9) Ze kan voorlopig enkel ingevuld worden door de ziekenhuizen en de thuisverpleegkundigen in het kader van de betalingsverbintenis gekoppeld aan de raadpleging van de verzekeraargegevens via (My)Caret. Indien het ziekenhuis of de thuisverpleegkundige een betalingsverbintenis wil laten gelden, dan moet deze zone ingevuld worden op basis van wat door de VI meegedeeld wordt in de zones 326, 337, 348, 359 of 370 van het (My)Caretbericht 801900.

Deze zone wordt ingevuld indien positie A van R 20 Z 42-45 gelijk is aan 2.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8N JJJMMDD - 313

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : DATUM MEDEDELING INFORMATIE

BESCHRIJVING :

Deze zone is facultatief.

- (9) Ze kan voorlopig enkel ingevuld worden door de ziekenhuizen en de thuisverpleegkundigen in het kader van de betalingsverbintenis gekoppeld aan de raadpleging van de verzekeraargegevens via (My)Caret. Indien het ziekenhuis of de thuisverpleegkundige een betalingsverbintenis wil laten gelden, dan moet in deze zone de datum ingevuld worden waarop de VI de (verzekeraar)informatie meegedeeld heeft via het (My)Caretbericht 801900. Deze datum is terug te vinden in de zones 334, 345, 356, 367 of 378 van het bericht 801900.

Deze zone wordt ingevuld indien positie A van R 20 Z 42-45 gelijk is aan 2.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8N JJJMMDD - 321

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : MAF LOPEND JAAR

BESCHRIJVING :

Deze zone is facultatief.

- (9) Ze kan voorlopig enkel ingevuld worden door de ziekenhuizen en de thuisverpleegkundigen in het kader van de betalingsverbintenis gekoppeld aan de raadpleging van de verzekerbaarheidsgegevens via (My)Caret. Indien het ziekenhuis of de thuisverpleegkundige een betalingsverbintenis wil laten gelden, dan moet deze zone ingevuld worden op basis van wat door de VI meegegeed wordt in de zone 321 van het (My)Caretbericht 801900.

Deze zone wordt ingevuld indien positie A van R 20 Z 42-45 gelijk is aan 2.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 4N JJJ - 329

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : MAF LOPEND JAAR - 1

BESCHRIJVING :

Deze zone is facultatief.

- (9) Ze kan voorlopig enkel ingevuld worden door de ziekenhuizen en de thuisverpleegkundigen in het kader van de betalingsverbintenis gekoppeld aan de raadpleging van de verzekerbaarheidsgegevens via (My)Caret. Indien het ziekenhuis of de thuisverpleegkundige een betalingsverbintenis wil laten gelden, dan moet deze zone ingevuld worden op basis van wat door de VI meegedeeld wordt in de zone 322 van het (My)Caretbericht 801900.

Deze zone wordt ingevuld indien positie A van R 20 Z 42-45 gelijk is aan 2.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 4N JJJ - 333

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : MAF LOPEND JAAR - 2

BESCHRIJVING :

Deze zone is facultatief.

- (9) Ze kan voorlopig enkel ingevuld worden door de ziekenhuizen en de thuisverpleegkundigen in het kader van de betalingsverbintenis gekoppeld aan de raadpleging van de verzekerbaarheidsgegevens via (My)Caret. Indien het ziekenhuis of de thuisverpleegkundige een betalingsverbintenis wil laten gelden, dan moet deze zone ingevuld worden op basis van wat door de VI meegedeeld wordt in de zone 323 van het (My)Caretbericht 801900.

Deze zone wordt ingevuld indien positie A van R 20 Z 42-45 gelijk is aan 2.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 4N JJJJ - 337

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN HET RECORD

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 99.

RUBRIEK : RECORDTYPE 30

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 1.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 1.

RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 2.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 2.

RUBRIEK : NORM VERPLEEGDAG

BESCHRIJVING :

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 facturatie van mini- en maxiforfait en experiment A, B, C, D. Hieruit volgt dat het chirurgisch dagziekenhuis zowel in de record van het dagforfait als in de record van het opnameforfait normwaarde "nul" krijgt, in zone 3, 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).

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 9

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

<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.

RUBRIEK : PSEUDO-CODE VERPLEEGDAG EN FORFAIT

BESCHRIJVING :

Met deze code kan de boekhouding gebeuren volgens de rubrieken die door het R.I.Z.I.V. voorzien zijn.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 10

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Opmerking : Elke record persoonlijk aandeel dient voorafgegaan te worden door een record ligdag en de aantallen van beide registraties moeten gelijk zijn.

(☞ 7) De records « bedrag per dag » en « persoonlijk aandeel » moeten steeds samen blijven, ook ingeval van kredietnota, correctiefactuur of herindiening.

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>NIET</u> opgenomen in de remgeldteller voor de MAF.</i>	

RUBRIEK : Code verpleegdagen**Omschrijving****Code**

B. <u>Ingeval van verblijf in een revalidatie- of vakerscholingscentrum</u>		
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. <u>Ingeval van sommige overeenkomsten met revalidatieinrichtingen zoals bedoeld in het Koninklijk Besluit van 29 april 1996.</u>		
	Persoonlijk aandeel ingeval van gewone facturering	0765973
	Persoonlijk aandeel ingeval van overschrijding "normale factureringcapaciteit"	0765995
(☞ 3)	Persoonlijk aandeel ingeval van beademing door middel van continue positieve druk langs de neus (nCPAP) tijdens de slaap	0765951
(☞ 4)	<i>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.</i>	
D. <u>Ingeval van verblijf in psychiatrische verzorgingstehuizen.</u>		
Persoonlijke aandelen		
(☞ 8)	- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 2 a, van het K.B. van 17/12/02	0790731 -
(☞ 8)	- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 2 b, van het K.B. van 17/12/02	0790753 -
(☞ 8)	- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 2 c, van het K.B. van 17/12/02	0790775 -
	- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 1 a, van het K.B. van 17/12/02	0790790 -
	- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 1 b, van het K.B. van 17/12/02	0790812 -
	- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 1 c, van het K.B. van 17/12/02	0790834 -
	<i>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 <u>zonder onderbreking</u> wordt verdergezet.</i>	
Persoonlijke aandelen ingeval van individueel betaald verlof (verminderd met € 6,20)		
(☞ 8)	- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 2 a, van het K.B. van 17/12/02	0790856 -
(☞ 8)	- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 2 b, van het K.B. van 17/12/02	0790871 -
(☞ 8)	- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 2 c, van het K.B. van 17/12/02	0790893 -
	- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 1 a, van het K.B. van 17/12/02	0790915 -
	- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 1 b, van het K.B. van 17/12/02	0790930 -
	- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 1 c, van het K.B. van 17/12/02	0790952 -
	<i>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 <u>zonder onderbreking</u> wordt verdergezet.</i>	

RUBRIEK : Code verpleegdagen

<u>Omschrijving</u>	<u>Ambulant</u>	<u>Gehosp.</u>
(☞ 1) 3) <i>Forfaitair remgeld farmaceutische producten</i>		0750002
(☞ 9) 3 bis) <i>Forfaitair remgeld voor farmaceutische producten gedurende de periode van parenterale voeding thuis van de patiënt.</i>	0750175	
(☞ 9) 3 ter) <i>Forfaitair remgeld voor farmaceutische producten voor patiënten die verblijven in PVT</i>	0751811	
4) <i>Reiskosten prematuren</i>		0773581
(☞ 7) 4 bis) <i>Vervoerskosten voor dialyse en chemotherapie vanuit psychiatrisch ziekenhuis (art. 4 §4 Overeenkomst Psy-VI)</i>		0761946
(☞ 15) <i>vanuit geïsoleerde Sp- of G-dienst (art. 5 bis Overeenkomst Zh-VI)</i>		0761961
5) <i>Forfaitair honorarium voor klinische biologie betaalbaar per verpleegdag</i>		0592001
6) <i>Militair Hospitaal van Neder-Over-Heembeek</i>		
a) <i>All-in-prijs per dag van opnemings in de dienst voor rechthebbenden met grote brandwonden</i>		0760524
b) <i>Verpleegdagprijs voor behandeling met hyperbare zuurstoftherapie</i>		0760642
(☞ 28) c) <i>Forfait "dagziekenhuis" (onder voorbehoud van publicatie van het MB)</i>	0760653	0760664
7) <i>Forfaitaire verpleegdag</i>		
a) <i>Gebruik gipskamer</i>	0761036	0761040
<i>Miniforfait</i>	0761213	-
<i>Maxiforfait</i>	0761235	0761246
(☞ 4) <i>Forfait groep 1</i>	0768176	0768180
(☞ 4) <i>Forfait groep 2</i>	0768191	0768202
(☞ 4) <i>Forfait groep 3</i>	0768213	0768224
(☞ 4) <i>Forfait groep 4</i>	0768235	0768246
(☞ 4) <i>Forfait groep 5</i>	0768250	0768261
(☞ 4) <i>Forfait groep 6</i>	0768272	0768283
(☞ 4) <i>Forfait groep 7</i>	0768294	0768305
(☞ 5) <i>Forfait 1 chronische pijn</i>	0768316	0768320
(☞ 5) <i>Forfait 2 chronische pijn</i>	0768331	0768342
(☞ 5) <i>Forfait 3 chronische pijn</i>	0768353	0768364
(☞ 24) <i>Forfait manipulatie poortkatheter</i>	0768375	0768386
b) <i>Dienst A : verpleegdagprijs in toepassing van art. 2, § 4 van de Nationale Overeenkomst (50 % van de totale verpleegdagprijs)</i>	0761073	-
c) <i>Forfaitaire verpleegdag nierdialyse</i>	0761272	0761283

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	Ambulant	Gehosp.
8) <i>Dialyse thuis of in een centrum</i>		
a) Hemodialyse thuis	0761493	-
Hemodialyse thuis met verpleegkundige ...	0761456	-
(☞) b) Dialyse in een collectief auto-dialysecentrum	0761515	0761526
c) Peritoneale dialyse thuis	0761552	-
Peritoneale dialyse thuis met ... (CCPD)	0761530	-
Peritoneale dialyse thuis met verpleegkundige ...	0761471	-
d) Gefractioneerde peritoneale dialyse thuis	0761574	-
Gefractioneerde peritoneale dialyse thuis met ... (CCPD)	0761655	-
Gefractioneerde peritoneale dialyse thuis met verpleegkundige...	0761670	-
e) Reiskosten dialyse	0761596	-
9) <i>Nabehandeling revalidatie</i>		
- In het geval van rechthebbenden die ten minste 3 maanden in een psych. Inricht. Hebben verbleven (art. 3, § 1 van de Nationale Overeenkomst psychiatrische inrichtingen – V.I.)	0762134	-
- Individuele therapie (art. 3, § 2 van de Nationale Overeenkomst psychiatrische inrichtingen – V.I.)	0762156	-
- Groepstherapie (art. 3, § 2 van de Nationale Overeenkomst psychiatrische inrichtingen – V.I.)	0762171	-

RUBRIEK : Code verpleegdagen**Omschrijving** **Ambulant** **Gehosp.**

Omschrijving	Ambulant	Gehosp.
10) A. <i>Rust- en verzorgingstehuizen</i>		
- forfait voor categorie B in RVT (volledige tegemoetkoming)	0763033	-
- forfait voor categorie C in RVT (volledige tegemoetkoming)	0763055	-
- forfait voor categorie Cdem in RVT (volledige tegemoetkoming)	0763070	-
- forfait voor categorie Cc in RVT (volledige tegemoetkoming)	0763092	-
- forfait voor categorie B in RVT (partiële tegemoetkoming)	0763114	-
- forfait voor categorie C in RVT (partiële tegemoetkoming)	0763136	-
- forfait voor categorie Cdem in RVT (partiële tegemoetkoming)	0763151	-
- forfait voor categorie Cc in RVT (partiële tegemoetkoming)	0763173	-
B. <i>Rustoorden voor bejaarden</i>		
- geregistreerde niet-erkende inrichtingen	0764411	-
- forfait voor categorie O in ROB (volledige tegemoetkoming)	0763195	-
- forfait voor categorie A in ROB (volledige tegemoetkoming)	0763210	-
- forfait voor categorie B in ROB (volledige tegemoetkoming)	0763232	-
- forfait voor categorie C in ROB (volledige tegemoetkoming)	0763254	-
- forfait voor categorie Cdem in ROB (volledige tegemoetkoming)	0763276	-
(☞ 38) - forfait voor categorie D in ROB (volledige tegemoetkoming)	0763696	-
- forfait voor categorie O in ROB (partiële tegemoetkoming)	0763291	-
- forfait voor categorie A in ROB (partiële tegemoetkoming)	0763313	-
- forfait voor categorie B in ROB (partiële tegemoetkoming)	0763335	-
- forfait voor categorie C in ROB (partiële tegemoetkoming)	0763350	-
- forfait voor categorie Cdem in ROB (partiële tegemoetkoming)	0763372	-
(☞ 38) - forfait voor categorie D in ROB (partiële tegemoetkoming)	0763711	-
(☞ 4) - forfait voor categorie O in ROB (volledige tegemoetkoming) - kortverblijf	0763394	-
(☞ 4) - forfait voor categorie A in ROB (volledige tegemoetkoming) - kortverblijf	0763416	-
(☞ 4) - forfait voor categorie B in ROB (volledige tegemoetkoming) - kortverblijf	0763431	-
(☞ 4) - forfait voor categorie C in ROB (volledige tegemoetkoming) - kortverblijf	0763453	-
(☞ 4) - forfait voor categorie Cdem in ROB (volledige tegemoetkoming) - kortverblijf	0763475	-
(☞ 38) - forfait voor categorie D in ROB (volledige tegemoetkoming) - kortverblijf	0763733	-
(☞ 4) - forfait voor categorie O in ROB (partiële tegemoetkoming) - kortverblijf	0763490	-
(☞ 4) - forfait voor categorie A in ROB (partiële tegemoetkoming) - kortverblijf	0763512	-
(☞ 4) - forfait voor categorie B in ROB (partiële tegemoetkoming) - kortverblijf	0763534	-
(☞ 4) - forfait voor categorie C in ROB (partiële tegemoetkoming) - kortverblijf	0763556	-
(☞ 4) - forfait voor categorie Cdem in ROB (partiële tegemoetkoming) - kortverblijf	0763571	-
(☞ 38) - forfait voor categorie D in ROB (partiële tegemoetkoming) - kortverblijf	0763755	-
C. <i>Dagverzorgingscentra</i>		
Forfait F	0764514	-
(☞ 33) Forfait Fp	0764912	-
(☞ 38) Forfait D	0764934	-
(☞ 38) Forfait Fd	0764956	-
(☞ 23) D. ROB-RVT: Korting op de gesolidariseerde kost van het incontinentiemateriaal	0763593	-

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	Ambulant	Gehosp.
11) <i>Initiatieven van beschut wonen</i>	0762576	-
(☞ 7) 12) <i>Kosten van verblijf in medisch-pediatische centra (*)</i> :		
- ambulante ten laste nemingsdag	0773430	-
- interne ten laste nemingsdag	-	0773463
- amb. ten laste nemingsdag – overschrijding normale facturatie	0773474	-
- interne ten laste nemingsdag – overschrijding normale facturatie	-	0773500
- interne ten laste neming de 1ste dag:		
• hoedanigheid “PTL” geen voorkeurregeling	-	0767325
• andere	-	0767340
- interne ten laste neming vanaf de 2de dag:		
• hoedanigheid “PTL” geen voorkeurregeling	-	0767362
• andere	-	0767384
- ambulante ten laste neming	0767395	-
13) <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	-
(☞ 11) e) Bijkomende forfaitaire tegemoetkoming door de ziekteverzekering ter verbetering van de betaalbaarheid in PVT	0762775	-

Het bedrag van deze tegemoetkoming moet in positief vermeld worden in R 30 Z 19 en in negatief in R 30 Z 27.

(☞ 7) (*) tot 30/6/2007

RUBRIEK : Code verpleegdagen

<u>Omschrijving</u>	<u>Code</u>
14) <i>Psychiatrische ziekenhuizen en diensten</i>	
<u>Diensten A1 en T1</u> : gedeeltelijke verpleging overdag	
in algemeen ziekenhuis : bedrag per opname	0793026 (**)
bedrag per dag zonder persoonlijk aandeel	0793041 (**)
dagprijs 100%	0793380 (*)
in psychiatrisch ziekenhuis : bedrag per dag zonder persoonlijk aandeel	0793063 (**)
dagprijs 100%	0793402 (*)
<u>Dienst K1</u> : dagverpleging	
in algemeen ziekenhuis : bedrag per opname	0793085 (**)
bedrag per dag zonder persoonlijk aandeel	0793100 (**)
dagprijs 100%	0793424 (*)
in psychiatrisch ziekenhuis : bedrag per dag zonder persoonlijk aandeel	0793122 (**)
dagprijs 100%	0793446 (*)
<u>Dienst K2</u> : nachtverpleging	
in algemeen ziekenhuis : bedrag per opname	0793144 (**)
bedrag per dag zonder persoonlijk aandeel	0793166 (**)
dagprijs 100%	0793461 (*)
in psychiatrisch ziekenhuis : bedrag per dag zonder persoonlijk aandeel	0793181 (**)
dagprijs 100%	0793483 (*)
(☞ 1) <u>Diensten A2 en T2</u> : gedeeltelijke ziekenhuisopneming 's nachts	
in algemeen ziekenhuis : bedrag per opname	0793203
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.); geschrapt vanaf prestatiedatum 1/1/2006; voortaan worden deze bedragen vermeld onder de gewone pseudo-codes voor dagprijs 100% (0768504 en 0768423).

(☞) (**) geschrapt vanaf prestatiedatum 1/1/2006; voortaan worden deze bedragen gefactureerd onder de gewone pseudo-codes voor bedrag per dag en bedrag per opname (0768003, 0768025 en 0768121).

(***) enkel te vermelden in factuur aan derden (andere dan 7 V.I.).

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	Ambulant	Gehosp.
---------------------	-----------------	----------------

Hospitalisatie in geval van gezinsverpleging
alleen in psychiatrisch ziekenhuis

<u>Dienst Tf</u> : prijs in geval van gezinsverpleging in ziekenhuis dagprijs 100%		0793284 (**) 0793520 (*)
---	--	-----------------------------

<u>Dienst Tp</u> : prijs in geval van gezinsverpleging in een gezin		0793306
---	--	---------

Afwezigheid voor therapeutische doeleinden uit ziekenhuis (onbetaald)
(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

(☞ 8) <u>Onbetaald verlof</u>	0791490(***)	0791501
-------------------------------	--------------	---------

(☞ 3) Onbetaald verlof binnen een revalidatieperiode		0792503
--	--	---------

Verpleegdagprijs voor verblijven in collectieve vakantiecampen
(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

(☞ 15) 15) *Supplementen voor het type kamer* moeten in een afzonderlijk recordtype 30 worden vermeld via één van de volgende pseudo-codes :

tweepersoonskamer	0761611 ^(X)	0761622 ^(X)
éénpersoonskamer	0761633	0761644

(☞ 3) Indien er geen kamersupplement aangerekend wordt, dan wordt er geen record “supplement kamer” aangemaakt. In de zone betrekkelijke verstrekking van de record “bedrag per dag” moet wel het type kamer aangeduid worden waar de patiënt werkelijk verblijft.

(☞) (*) geschrapt vanaf prestatiedatum 1/1/2006; voortaan gefactureerd onder de gewone pseudo-code 0768423

(☞) (***) enkel te vermelden in factuur aan derden (andere dan 7 V.I.); geschrapt vanaf prestatiedatum 1/1/2006; voortaan wordt deze prestatie gefactureerd onder de gewone pseudo-code 0768121

(☞ 8) (***) deze pseudo-code wordt gebruikt voor afwezigheden in ROB-RVT

(☞ 15)(X) Vanaf 1/1/2010 mogen geen kamersupplementen meer aangerekend worden voor tweepersoonskamer. Deze pseudo-codes kunnen dus niet meer vermeld worden in Z 4. Ze moeten wel nog vermeld worden als betrekkelijke verstrekking (Z 17-18) in de record van het “bedrag per dag”.

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	Ambulant	Gehosp.
16) <i>Revalidatie en herscholing - Type overeenkomsten</i>		
(€ 35) - Langdurige zuurstoftherapie thuis (tot en met 30/6/2012)		
Zuurstoftherapie thuis met zuurstofconcentrator	0772516	(*)
Zuurstoftherapie thuis met vloeibare zuurstof	0772531	(*)
(€ 7) Gasvormige medische zuurstof (voorzien in §207 van lijst bij K.B. 21/12/2001)	0775176	(*)
(€ 7) Gasvormige medische zuurstof (niet voorzien in §207 van lijst bij K.B. 21/12/2001)	0775191	(*)
(€ 35) - Langdurige zuurstoftherapie thuis (vanaf 1/7/2012) (***)		
Chronische zuurstoftherapie met een vaste zuurstofconcentrator	0797252	
Chronische zuurstoftherapie met een vaste zuurstofconcentrator met vulcompressor	0797274	
Chronische zuurstoftherapie met een vaste en een draagbare zuurstofconcentrator	0797296	
(€ 36) Chronische zuurstoftherapie met vloeibare zuurstof (**)	0797311	
Chronische zuurstoftherapie met een vaste zuurstofconcentrator en kleine zuurstofflesjes	0797333	
- Respiratorisch en cardio-respiratorisch toezicht thuis op door wiegedood bedreigde zuigelingen:		
- respiratoir toezicht	0772833	
(€) - cardiorespiratoir toezicht met een monitor met geheugen	0775250	
(€) - cardiorespiratoir toezicht met een monitor zonder geheugen	0775272	
(€ 6) - Autopsie na 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
(€ 8) - Continue insuline- infusie-therapie thuis met behulp van een draagbare insulinepomp	0772450	0772461
(€ 8) - Zelfregulatie van diabetes-mellituspatiënten		
- Groep 1A	0770033	
- Groep 1B	0770055	
- Groep 2	0773253	
- Groep 3A (met GMD)	0771573	
- Groep 3A (zonder GMD)	0773592	
- Groep 3B	0771595	
- Verwijzing naar derdelijns curatieve diabetische voetkliniek	0770070	
(€ 12) - Ambulante educatie van een zorgtrajectpatiënt		
(€ 12) a) gewoon jaarforfait	0786015	
(€ 12) b) Verhoogd jaarforfait voor patiënten die starten met zelfregulatie	0786030	
(€ 12) - Educatie van een gehospitaliseerde zorgtrajectpatiënt		0786085
(€ 12) - Zelfregulatieprogramma voor een gehospitaliseerde patiënt die start met zelfregulatie en die de intentie heeft om een zorgtrajectcontract te sluiten na de hospitalisatie:		
(€ 12) a) materiaalforfait (materiaal voor periode van 6 maanden)(eenmalig)		0786100
(€ 12) b) educatieforfait (eenmalig)		0786122
(€ 12) - Jaarforfait voor algemene coaching	0786052	

(€ 35) (*) geschrapt vanaf 1/7/2012

(€ 36) (***) 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).

(€ 36) (***) 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.

RUBRIEK : Code verpleegdagen

<u>Omschrijving</u>	<u>Ambulant</u>	<u>Gehosp.</u>
- Kinderdiabetesovereenkomst		
- Zelfregulatie van diabetes mellitus bij kinderen en adolescenten	0773113	
- Programma "zeer intensieve patiënten" en ermee gelijkgestelden – bij kinderen en adolescenten	0774115	
- Programma voor diabetici * 3 insulinetoedieningen per etmaal * 4 glycemiedagcurven per week en ermee gelijkgestelden – bij kinderen en adolescenten	0774130	
- Programma voor diabetici * 2 insulinetoedieningen per etmaal * 2 glycemiedagcurven per week en ermee gelijkgestelden – bij kinderen en adolescenten	0774152	
(6) - Programma voor diabetische kinderen en adolescenten met een insulinepomp	0775456	
(6) - Programma voor insuline-infusietherapie bij diabetici	0775471	
(6) - Verplaatsingskosten voor het geven van informatie en begeleiding in de leefomgeving van de rechthebbende	0775493	
(8) - 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

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	Ambulant	Gehosp.
- Ernstige chronische ademhalingsstoornissen:		
- Verstrekking uitgevoerd door een kinesitherapeut(e), een ergo-therapeut(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
- 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
(☞ 1) - 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 950	0770276	0770280
- Functioneringsrapport voor de rechthebbenden die geen revalidatieprogramma in de instelling of een andere instelling volgen voor de overeenkomsten 950	0770291	0770302
(☞ 3) - Functioneringsrapport voor gehospitaliseerde rechthebbenden of rechthebbenden die binnen het revalidatiecentrum een revalidatieprogramma volgen, voor de fysiotherapiediensten	0770313	0770324
(☞ 3) - Functioneringsrapport voor de rechthebbenden die geen revalidatieprogramma in de instelling of een andere instelling volgen, voor de fysiotherapiediensten	0770335	0770346
(☞ 3) - Functioneringsrapport voor gehospitaliseerde rechthebbenden of rechthebbenden die binnen het revalidatiecentrum een revalidatieprogramma volgen voor de andere overeenkomsten	0770350	0770361
(☞ 3) - Functioneringsrapport voor de rechthebbenden die geen revalidatieprogramma in de instelling of een andere instelling volgen, voor de andere overeenkomsten	0770372	0770383

RUBRIEK : Code verpleegdagen**Ambulant****CONTINUE BEADEMING THUIS****Tracheotomie**

Geen zuurstof

intrapulmonale percussie 0778094 (*)

geen intrapulmonale percussie 0778116 (*)

Niet invasieve methode

Geen zuurstof

intrapulmonale percussie 0778212 (*)

geen intrapulmonale percussie 0778234 (*)

DISCONTINUE BEADEMING THUIS**Tracheotomie**

Geen zuurstof

intrapulmonale percussie 0778330 (*)

geen intrapulmonale percussie 0778352 (*)

Niet invasieve methode

Geen zuurstof

intrapulmonale percussie 0778455 (*)

geen intrapulmonale percussie 0778470 (*)

Continue positieve druk op twee niveaus

Geen zuurstof

intrapulmonale percussie 0778573 (*)

geen intrapulmonale percussie 0778595 (*)

BEADEMING 'S NACHTS**Tracheotomie**

Geen zuurstof

intrapulmonale percussie 0778691 (*)

geen intrapulmonale percussie 0778713 (*)

Niet invasieve methode

Geen zuurstof

intrapulmonale percussie 0778816 (*)

geen intrapulmonale percussie 0778831 (*)

continue positieve druk op twee niveaus

Geen zuurstof

intrapulmonale percussie 0778934 (*)

geen intrapulmonale percussie 0778956 (*)

Negatieve perithoracale druk

Geen zuurstof

intrapulmonale percussie 0779052 (*)

geen intrapulmonale percussie 0779074 (*)

INTRA PULMONALE PERCUSSIE

0779111 (*)

(☞ 7)(*) geschrapt vanaf 1/1/2008

RUBRIEK : Code verpleegdagen**Ambulant Gehosp****OSAS-OVEREENKOMST**

Continue positieve druk langs de neus 's nachts

0779096

0779100

OHS-OVEREENKOMST

OHS-overeenkomst				Pseudocodes		
				Ambulant	Gehosp	
Normaal vergoedbare verstrekking in het kader van de OHS-overeenkomst : ademhalingsondersteuning's nachts via continue positieve druk op twee niveaus voor SOH-patiënten				788012	788023	
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)						
continue beademing	tracheotomie	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788034	788045	
		geen intrapulmonale percussie	geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788056	788060	
	niet invasieve methode	intrapulmonale percussie	geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788071	788082	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788093	788104	
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788115	788126	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788130	788141	
discontinue beademing	tracheotomie	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788152	788163	
		geen intrapulmonale percussie	geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788174	788185	
	niet invasieve methode	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	
	continue positieve druk op twee niveaus (kind < 5 jaar)	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	
	beademing 's nachts	tracheotomie	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788351	788362
			geen intrapulmonale percussie	geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788373	788384
niet invasieve methode		intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788395	788406	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788410	788421	
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788432	788443	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788454	788465	
continue positieve druk op twee niveaus		intrapulmonale percussie	geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788476	788480	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788491	788502	
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788513	788524	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788535	788546	
	negatieve perithoracale druk	geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788550	788561	
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788572	788583	
intrapulmonale percussie				788594	788605	
				788616	788620	
				788631	788642	
				788653	788664	
				788675	788686	
				788690	788701	
				788712	788723	
				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
		<i>Intrapulmonale percussie</i>	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789692	789703
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789714	789725
<i>Hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie</i>			789736	789740	

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	Ambulant	Gehosp.
- Gespecialiseerde medico-psycho-sociale revalidatieovereenkomsten:		
- basisforfait	0772494	0772505
- complementair forfait	0774174	0774185
- Metabole ziekte		
- eerste revalidatiezitting	0775832	0775843
- tweede revalidatiezitting	0775854	-
- aanwezigheid huisarts/pediater	0775876	0775880
- Medisch-psycho-sociale begeleiding bij ongewenste zwangerschap		
- eerste forfait begeleiding ongewenste zwangerschap	0775132	
- tweede forfait begeleiding ongewenste zwangerschap	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 geneesheer aan multidisciplinaire teamvergadering	0783716	0783720
- Verstrekking art.13, §4, 2de lid: deelname van behandelend kinesitherapeut aan multidisciplinaire teamvergadering	0783731	0783742
- Referentiecentra voor autismespectrumstoornissen		
- diagnostische module (8 uur)	0783613	0783624
- coördinatiezitting	0783635	0783646
- Multidisciplinaire referentiecentra voor chronische pijn		
- multidisciplinair algologisch onderzoek	0783370	0783381
- behandelingszitting	0783392	0783403
- participatiehonorarium huisarts	0783414 (*)	0783425 (*)
- participatiehonorarium geneesheer-specialist	0783436 (*)	0783440 (*)
(☞ 12)- Referentiecentra voor kindernefrologie		
- jaarlijkse verstrekking	0787511	0787522
(☞ 28)- Geheugenkliniek		
- Zitting in de kliniek	0784512	0784523
- Zitting thuis (1 ^{ste} zitting)	0784534	-
- Zitting thuis (2 ^{de} zitting dezelfde dag)	0784556	-

(☞ 12) (*) Vanaf 1/11/2009 moeten deze codes in recordtype 50 gefactureerd worden

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	Ambulant	Gehosp.
<i>17) Revalidatie en herscholing – Specifieke overeenkomsten</i>		
<u>Gewone facturering</u>		
Omscholing	0772015	0772026
Motorische revalidatie	0772030	0772041
Psychosociale revalidatie	0772052	0772063
Revalidatie voor alcoholici en druggebruik	0772074	0772085
Revalidatie voor psychotici	0772096	0772100
Revalidatieprogramma voor vroegtijdige stoornissen van de interactie ouders/kind	0773371	0773382
Revalidatie voor epileptici	0772133	0772144
Revalidatie voor slechthorenden	0772192	0772203
Revalidatie kinderen/adolescenten neurologische stoornissen	0775213	0775224
Revalidatie voor hersenverlamden	0772295	0772306
Revalidatie voor mishandelde kinderen	-	0772402
Revalidatie voor mucoviscidose patiënten	0772413	0772424
Herfacturering revalidatie	0774012	0774023
(€ 26) Respijteenheden	-	0776705
(€ 3) Chronisch zieke kinderen		
- niet-intensieve ambulante revalidatiedag	0776893(*)	-
- niet-intensieve interne revalidatiedag	-	0776926(*)
- intensieve ambulante revalidatiedag	0776930(*)	-
- intensieve interne revalidatiedag	-	0776963(*)
(€ 12) Pediatrische revalidatie	0777291	0777302
(€ 4) 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 factureringscapaciteit” (facturering aan een verminderde prijs)</u>		
Omscholing	0775596	0775600
Motorische revalidatie	0775611	0775622
Psychosociale revalidatie	0775633	0775644
(€ 3) Revalidatieprogramma voor alcoholici en druggebruikers	0775515	0775526
Revalidatieprogramma voor psychotici	0775530	0775541
Revalidatieprogramma voor vroegtijdige stoornissen van de interactie ouders/kind	0776451	0776462
Revalidatieprogramma voor epileptici	0775552	0775563
Revalidatieprogramma voor slechthorenden	0775670	0775681
Revalidatieprogramma hersenverlamden	0775574	0775585
Revalidatieprogramma voor mishandelde kinderen	-	0775740
Revalidatieprogramma voor mucoviscoïdosis	0775751	0775762
(€ 26) Respijteenheden	-	0776801
(€ 12) Pediatrische revalidatie	0777313	0777324
(€ 4) VZW “La Porte Ouverte” – Blicquy – Revalidatiedag	-	0777700
Chronisch vermoeidheidssyndroom		
- volledig bilanrevalidatieprogramma	0777895	0777906
- onvolledig bilanrevalidatieprogramma	0777910	0777921
- maandelijks forfait specifiek interdisciplinair revalidatieprogramma	0777932	0777943

(€ 8) **Opmerking:** De dagen boven de maximale capaciteit moeten niet op de factuur vermeld worden.

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

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	Ambulant	Gehosp.
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
(3) Dagen betaald verlof binnen een revalidatieperiode ingeval van overschrijding van de normale facturatiecapaciteit	-	0771002

RUBRIEK : Code verpleegdagen**Type centrum****Pseudo-nomenclatuur-
codenummer****Ambulant****Gehosp.**Revalidatie voor gehoor- en spraakgestoorden (953)*

Zittingen tot en met bereiken van de normale factureringcapaciteit

- Individuele zittingen die deel uitmaken van een aanvangsbilan		
- 2 forfaits	0782692	0782703
- 1,5 forfaits	0782714	0782725
- 1 forfait	0782736	0782740
- 1 forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft : 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	0782751	0782762
- Individuele zittingen die geen deel uitmaken van een bilan		
- 2 forfaits	0782773	0782784
- 1,75 forfaits	0782795	0782806
- 1,66 forfaits	0782810	0782821
- 1,50 forfaits	0782832	0782843
- 1,33 forfaits	0782854	0782865
- 1,25 forfaits	0782876	0782880
- 1 forfait	0782891	0782902
- 0,75 forfait	0782913	0782924
- 0,66 forfait	0782935	0782946
- 0,50 forfait	0782950	0782961
- 0,33 forfait	0782972	0782983
- 0,25 forfait	0782994	0783005
- 1 forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft : 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	0783016	0783020

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

RUBRIEK : Code verpleegdagen**Type centrum****Pseudo-nomenclatuur-
codenummer****Ambulant****Gehosp.**

Zittingen boven de normale factureringcapaciteit, tot en met het bereiken van de maximale factureringcapaciteit

- Individuele zittingen die deel uitmaken van een aanvangsbilan		
- 2 forfaits	0783031	0783042
- 1,5 forfaits	0783053	0783064
- 1 forfait	0783075	0783086
- 1 forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft : 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	0783090	0783101
- Zittingen die geen deel uitmaken van een aanvangsbilan		
- 2 forfaits	0783112	0783123
- 1,75 forfaits	0783134	0783145
- 1,66 forfaits	0783156	0783160
- 1,50 forfaits	0783171	0783182
- 1,33 forfaits	0783193	0783204
- 1,25 forfaits	0783215	0783226
- 1 forfait	0783230	0783241
- 0,75 forfait	0783252	0783263
- 0,66 forfait	0783274	0783285
- 0,50 forfait	0783296	0783300
- 0,33 forfait	0783311	0783322
- 0,25 forfait	0783333	0783344
- 1 forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft : 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	0783355	0783366

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

Zittingen tot en met bereiken van de normale factureringscapaciteit

-	Individuele zittingen die deel uitmaken van een aanvangsbilan		
-	- 2 forfaits	0782014	0782025
-	- 1,5 forfaits	0782036	0782040
-	- 1 forfait	0782051	0782062
-	- 1 forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft : 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	0782073	0782084
-	Individuele zittingen die geen deel uitmaken van een aanvangsbilan		
-	- 2 forfaits	0782095	0782106
-	- 1,75 forfaits	0782110	0782121
-	- 1,66 forfaits	0782132	0782143
-	- 1,50 forfaits	0782154	0782165
-	- 1,33 forfaits	0782176	0782180
-	- 1,25 forfaits	0782191	0782202
-	- 1 forfait	0782213	0782224
-	- 0,75 forfait	0782235	0782246
-	- 0,66 forfait	0782250	0782261
-	- 0,50 forfait	0782272	0782283
-	- 0,33 forfait	0782294	0782305
-	- 0,25 forfait	0782316	0782320
(€ 3)	- 1 forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft : 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	0782331	0782342

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

-	Individuele zittingen die deel uitmaken van een aanvangsbilan		
-	- 2 forfaits	0782353	0782364
-	- 1,5 forfaits	0782375	0782386
-	- 1 forfait	0782390	0782401
(€ 3)	- 1 forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft : 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	0782412	0782423

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

RUBRIEK : Code verpleegdagen**Type centrum****Pseudo-nomenclatuur-
codenummer****Ambulant Gehosp.**

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

(15)

C.A.R. – overeenkomst NOK-PSY-sector

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

(34)

RUBRIEK : Code verpleegdagen

	Pseudo-nomenclatuur-	
	Ambulant	Gehosp.
(☞ 10) <u>Inhaalforfaits revalidatie-overeenkomsten</u>		
Inrichtingen voor revalidatie van hersenverlamden (7.70)	0784114	0784125
Inrichtingen voor motorische revalidatie (7.71)	0784136	0784140
Inrichtingen voor psychosociale revalidatie van volwassen psychiatrische patiënten (7.72)	0783893	0783904
Inrichtingen voor verslaafden (7.73)	0783915	0783926
Inrichtingen voor psychosociale revalidatie van kinderen en adolescenten met ernstige psychische aandoeningen (7.74)	0784151	0784162
Inrichtingen voor revalidatie van vroegtijdige stoornissen van de interactie ouders-kind (7.745)	0784173	0784184
Inrichtingen voor revalidatie van kinderen die lijden aan een ernstige medisch-psycho-sociale pathologie (mishandelde kinderen) (7.75)	0784195(*)	0784206(*)
Inrichtingen voor revalidatie van kinderen met respiratoire aandoeningen (7.765)	-	0777280
Inrichtingen voor pediatrie revalidatie (7.766)	0777335	0777346
Inrichtingen voor revalidatie van gehoorgestoorden (7.79)	0784210	0784221
Inrichtingen voor revalidatie van hersenverlamden (7.84)	0784232	0784243
Revalidatie-inrichtingen voor kinderneuropsychiatrie (7.845)	0784254	0784265
Referentiecentra voor CVS (7.894)	0784276	0784280
Inrichtingen voor psychische revalidatie van kinderen (9.65)	0783871(**)	0783882(**)
Inrichtingen voor gehoor- en spraakrevalidatie (9.53)	0783930(**)	0783941(**)
Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging	0784092	-
Referentiecentra voor patiënten die lijden aan mucoviscidose (789.1)	0784033	0784044
Referentiecentra voor patiënten die lijden aan neuromusculaire ziekten (789.2)	0784055	0784066
Gespecialiseerde medico-psycho-sociale revalidatie-overeenkomsten	0784011	0784022
Spina Bifida-revalidatiecentra	0784070	0784081
Centra voor autismespectrumstoornissen	0785514	-
(☞ 11) Inrichting "Centre neurologique de réadaptation fonctionnelle" te Fraiture	0785536	0785540
(☞ 21) C.A.R-overeenkomst	0784490	0784501
18) <i>Overeenkomsten Verzekeringscomité</i>		
Multiple sclerose (MS)	0764551	0764562
Amyotrofe laterale sclerose (ALS)	0764573	0764584
Huntington	0764595	0764606
(☞ 25CORR) Tegemoetkoming art.10bis MS	0764853	-
(☞ 25) Tegemoetkoming art.10bis ALS	0764816	-
(☞ 25) Tegemoetkoming art.10bis Huntington	0764831	-

(☞ 12) (*) Geschrappt voor prestaties vanaf 15/6/2009

(☞ 21) (**) Geschrappt voor prestaties vanaf 1/1/2010

RUBRIEK : DATUM EERSTE GEFACTUREERDE DAG (DIE MAG GEFACTUREERD WORDEN)**BESCHRIJVING :**

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

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

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

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

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

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 17**WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :**

Controle : geldige datum

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

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

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

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

RUBRIEK : DATUM LAATSTE GEFACTUREERDE DAG (DIE MAG GEFACTUREERD WORDEN)

BESCHRIJVING :

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

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

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.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 25

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Controle : geldige datum

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.

- (☞ 7) 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)
- (☞ 12)- de referentiecentra voor kindernefrologie (7.89.7xx.xx)
- (☞ 12)- zelfregulatie diabetes-mellitus-patiënten: pseudo-codes 786015, 786030, 786052 en 786100

(☞ 18) 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			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
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
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
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
37	3 N	180-182		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
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
43	12 N	219-230	REFERENTIEGEGEVENS	0	0	0	0	0	0	0
44	4 N	231-234	S.I.S.-KAART	0	0	0	0	0	0	0
45	26 N	235-260		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
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
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	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	TRANSPLANTATIE	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	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

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 20 zone 7.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 33

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 20 zone 8a-8b.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 13 A - 36

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 20 zone 8a-8b.

RUBRIEK : GESLACHT RECHTHEBBENDE

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 20 zone 9.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 49

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 20 zone 9.

RUBRIEK : BEVALLING

BESCHRIJVING :

Ingeval van ziekenhuisverpleging geeft deze rubriek informatie of er al dan niet een bevalling is geweest teneinde met zekerheid de grote risico's te kunnen bepalen voor de zelfstandigen

(☞ 6) (onderscheid grote risico's versus kleine risico's is enkel relevant voor verstrekkingen vóór 1/1/2008).

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 50

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

<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.

RUBRIEK : VERWIJZING FINANCIËEL REKENINGNUMMER

BESCHRIJVING :

Door middel van een code dient te worden aangeduid op welke financiële rekening het bedrag uit zone 19 moet gestort worden.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 51

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

	<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
(☞ 7)	0	Het verschuldigde bedrag moet worden gestort op de financiële rekening A (zie R 10 Z 5-6a, Z 31-32-33-34, Z 36-37-38-39-40-41).
(☞ 7)	1	Het verschuldigde bedrag moet worden gestort op de financiële rekening B (zie R 10 Z 8a, Z 43a, Z 49-50-51-52).

Waarde 1 mag alleen gebruikt worden door de ziekenhuizen.

RUBRIEK : DIENSTCODE**BESCHRIJVING :**

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

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

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

Zie recordtype 50 zone 13.

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

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

Wanneer het record betrekking heeft op de supplementen in verband met het typekamer, farmaceutisch (☞29) forfait (750002), dagen onbetaald verlof of dagen afwezigheid voor therapeutische doeleinden wordt deze zone op nul gezet.

(☞25)Farmaceutische forfaits 750175 en 751811: dienstcode 990.

(☞21)Bedrag per opname (0768003, 0793203): opnamedienst of 1ste dienst die in aanmerking komt voor aanrekening van het bedrag per opname

Reiskosten prematuren : dienstcode 270.

Verpleegdag in dienst N* (n) : dienstcode 190.

Eenheden voor zware brandwonden : dienstcode 290.

Nierdialyse thuis of in centra (0761493, 0761456, 0761515, 0761552, 0761530, 0761471, 0761574, 0761655, 0761670, 0761596) : dienstcode 750 of 990 volgens het factuurtype vermeld in R 20 Z 10.

Forfaitaire verpleegdagen dienst A (0761073) en forfaits voor nabehandeling revalidatie (0762134, 0762156, 0762171) : dienstcode 760.

Chirurgisch dagziekenhuis met ambulante codes : dienstcode 320.

(☞21)Verpleegdag collectieve vakantiecampen (793321, 793343 en 793365): dienstcode van de dienst waar de patiënt verbleef voor zijn vertrek op collectief vakantiecamp.

(☞ 29) Militair hospitaal (0760524, 0760642, 0760653 en 0760664) : dienstcode = 000

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

Voorbeeld 1

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

Facturatie bedrag per opname (0768003):

Z 5 (datum) = 22/9

Z 13 (dienstcode) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025)

Z 5 (datum) = 22/9

Z 13 (dienstcode) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025)

Z 5 (datum) = 23/9

Z 13 (dienstcode) = 210

Voorbeeld 2

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

Facturatie bedrag per opname (0768003):

Z 5 (datum) = 22/9

Z 13 (dienstcode) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025)

Z 5 (datum) = 22/9

Z 13 (dienstcode) = 210

Facturatie bedrag per dag (0768025)

Z 5 (datum) = 23/9

Z 13 (dienstcode) = 210

Voorbeeld 3

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

Facturatie bedrag per opname (0768003):

Z 5 (datum) = 22/9

Z 13 (dienstcode) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025)

Z 5 (datum) = 22/9

Z 13 (dienstcode) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025)

Z 5 (datum) = 23/9

Z 13 (dienstcode) = 210

Voorbeeld 4

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

Facturatie bedrag per opname (0768003):

Z 5 (datum) = 22/9

Z 13 (dienstcode) = 220

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

Z 5 (datum) = 23/9

Z 13 (dienstcode) = 210

Voorbeeld 5

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

Facturatie bedrag per opname (0768003):

Z 5 (datum) = 23/9

Z 13 (dienstcode) = 210

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

Z 5 (datum) = 23/9

Z 13 (dienstcode) = 210

Voorbeeld 6

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

Facturatie bedrag per dag (0768106):

Z 5 (datum) = 22/9

Z 13 (dienstcode) = 610

Facturatie bedrag per opname (0768003):

Z 5 (datum) = 23/9

Z 13 (dienstcode) = 210

Facturatie bedrag per dag (0768025)

Z 5 (datum) = 23/9

Z 13 (dienstcode) = 210

RUBRIEK : PLAATS VAN VERSTREKKING

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 56

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 14.

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

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

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

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

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

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

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

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

RUBRIEK : IDENTIFICATIE OVEREENKOMST / INRICHTING VAN VERBLIJF

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 68

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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.

(☞ 31) 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

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 81

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Op de website van het RIZIV (www.riziv.be, rubriek “Zorgverleners” – “Algemene Info” – “Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager”) is een limitatieve lijst gepubliceerd met prestaties waarvoor een betrouwbare verstrekking moet vermeld worden.

Deze lijst maakt integraal deel uit van de factureringsinstructies.

RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING

BESCHRIJVING :

Het betreft het door de verzekeringsinstelling terugbetaald bedrag.

- (☞ 5) Voor prestaties vanaf 1/1/2008 moet de tarificatie gebaseerd worden op de Code Gerechtigde 1. Indien het 3^{de} cijfer van de CG1 gelijk is aan 0, dan wordt er getarifeerd zonder voorkeurregeling. Indien het 3^{de} cijfer van de CG1 gelijk is aan 1, dan wordt er getarifeerd met voorkeurregeling.
- (☞ 7) Revalidatieforfaits
Indien het gaat om een forfaitaire vergoeding die aan een bepaalde periode gekoppeld is (weekforfait, maandforfait, kwartaalforfait, jaarforfait), moet het vermelde tarief in overeenstemming zijn met een datum vermeld in de periode die gedefinieerd wordt in R 30 Z 5 en Z 6.
De instelling mag dus het meest gunstige tarief toepassen.
Uitzondering: overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging (9.68.0xx.xx) (tarief = tarief dat van toepassing is op de datum van de 1^{ste} tussenkomst van de equipe)
- (☞ 8) Uitzondering : diabeteszelfregulatieovereenkomst (7.86.0xx.xx of 7.86.1xx.xx) en overeenkomst
- (☞ 13) kindernefrologie (7.89.7xx.xx) (tarief = tarief dat van toepassing is op de einddatum van de periode
- (☞ 36) waarop het forfait betrekking heeft of op de datum van facturering vermeld in R 20 Z 47 indien vóór de einddatum gefactureerd wordt)
- (☞ 34) Het bedrag van het eventuele persoonlijk aandeel dat in mindering gebracht wordt, moet op dezelfde datum bepaald worden als het tarief van het revalidatieforfait zelf.

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

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.
Het algebraïsch teken (+ of -) moet altijd worden vermeld in de eerste positie links.
De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.1.

RUBRIEK : TEKEN + AANTAL GEFACTUREERDE DAGEN, VERLOFDAGEN OF FORFAITS

BESCHRIJVING :

Het betreft het aantal gefactureerde dagen, verlofdagen of het aantal gefactureerde forfaits (ingeval van forfait revalidatie) dat in deze record wordt opgenomen.

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

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.

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

Deze zone mag geen decimalen bevatten.

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

Ingeval van experiment revalidatie nabehandeling (prestatiecodes 0762156 en 0762171; art 3, § 2 van de Nationale Overeenkomst) moet hier het aantal uren worden vermeld.

(☞ 7) Ingeval van reiskosten voor prematuren (0773581) of vervoerskosten voor dialyse en chemotherapie
(☞ 15) vanuit een psychiatrisch ziekenhuis (0761946) of vanuit geïsoleerde Sp- of G-dienst (0761961) moet hier het aantal kilometer vermeld worden.

RUBRIEK : TEKEN + INDICATIEF BEDRAG GROOTTE ORDE VERBLIJFSKOSTEN

BESCHRIJVING :

Deze zone wordt enkel ingevuld indien zone 4 = 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.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 115

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.

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

De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal.

RUBRIEK : TEKEN + PERSOONLIJK AANDEEL PATIENT

BESCHRIJVING :

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.

- (☞ 4) 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.
- (☞ 4) 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.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 9 N - 128

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 30 zone 19.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.1.

- (☞ 20) 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 de chirurgisch dagziekenhuis worden geen persoonlijke aandelen aangerekend voor het verblijf.

RUBRIEK : REFERENTIE INSTELLING

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 28.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 25 A - 138

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 28.

RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG SUPPLEMENT

BESCHRIJVING :

- (☞ 4) 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.
- (☞ 7) De terug te betalen bedragen aan de patiënt in het kader van de overeenkomst voor langdurige
- (☞ 35) zuurstoftherapie thuis (*) of in het kader van thuisdialyse moeten in negatief in deze zone worden vermeld.

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

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 30 zone 19.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.1.

Ingeval in zone 4 de pseudo-code 0761633 - 0761644 wordt vermeld, moet in deze zone het supplement betreffende het type kamer worden opgenomen.

- (☞ 35)(*) Vanaf 1/7/2012 worden de elektriciteitskosten in het kader van de overeenkomst langdurige zuurstoftherapie thuis niet meer door het ziekenhuis aan de patiënt uitbetaald. Ze moeten dus niet meer in mindering gebracht worden in deze zone.

RUBRIEK : UITZONDERING DERDEBETALERSREGELING

BESCHRIJVING :

In deze zone moet door middel van een code worden aangeduid welke de oorzaak is van de uitzondering op het verbod om de derdebetalersregeling toe te passen (zie K.B. van 10/10/1986).

Indien de waarde in deze zone verschillend is van nul moet de uitzondering worden gewettigd volgens de modaliteiten vastgelegd in de omzendbrief V.I. 2004/141 (393/38) van 27 mei 2004.

(☞9) Indien de uitzondering werd afgelezen uit de SIS-kaart of verkregen werd via CareNet (R20 Z3=1), dan is deze zone gelijk aan nul.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 175

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

(☞9)	<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
	1	K.B. 10/10/1986, art. 6, 2° lid 4° (overlijden, coma)
	2	K.B. 10/10/1986, art. 6, 2° lid 5° (financiële noodsituatie)
	3	K.B. 10/10/1986, art. 6.), 2° lid 6° (WIGW voorkeurtarief), 2° lid 7° (bruto belastbaar inkomen < leefloon), 2° lid 8° (langdurig werklozen), 2° lid 9° (recht op verhoogde kinderbijslag),
	0	Alle andere gevallen

De inhoud van deze zone is steeds gelijk aan nul voor de verpleegkundigen.

RUBRIEK : CODE FACTURERING PERSOONLIJK AANDEEL OF SUPPLEMENT**BESCHRIJVING :**

- (☞ 4) 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, geheel of gedeeltelijk ten laste werd gelegd van een andere derde (verstrekker/instelling zelf of wetgeving buiten ZIV).

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 176**WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :**

	<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
(☞ 4)	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).
(☞ 4)	2	Remgelden gedragen in het kader van de reglementering arbeidsongevallen internationale verdragen (inhoud zone 27 gelijk aan nul, remgeld wordt vermeld in zone 19)
(☞ 5)	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. (*)
(☞ 7)	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. (*)
(☞ 4)	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 krijgen waarde 0 in zone 27 en waarde 1 in zone 33.

- (☞ 7) Opgelet: waarden 3 en 4 primeren op waarde 1.

- (☞ 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.

- (☞ 7) (*) De waarde 3 of 4 moet ook gebruikt worden voor prestaties zonder persoonlijk aandeel. De waarde 3 of 4 mag evenwel niet gebruikt worden ingeval van facturatie van het persoonlijk aandeel in de ligdagprijs vanaf de 366^{ste} 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)

VoorbeeldGewone 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 ^e 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 ^e dag)
750002	+18,40	+ 23	+0	+0	+0	2 of 3	Forfaitair remgeld geneesmiddelen

RUBRIEK : DATUM AKKOORD VERSTREKKING

BESCHRIJVING :

In deze zone wordt de begindatum vermeld van de periode waarvoor het akkoord van de adviserend geneesheer of college van geneesheren-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 geneesheer of college van geneesheren-directeurs.

Ingeval van revalidatieverstrekingen (factuurtype 5 of 6) is deze zone gelijk aan R 20 Z 20-21.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 262

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : TRANSPLANTATIE

BESCHRIJVING :

Deze zone moet worden ingevuld in het kader van de orgaan- of beenmergtransplantaties.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 270

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

<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.
(☞ 4) 2	Er werd een orgaan- of beenmergtransplantatie verricht (of voorbereid) en de prestaties hebben betrekking op de (potentiële) donor.

RUBRIEK : ZIEKENHUISSITE

BESCHRIJVING :

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 sitennummer) (bv. polikliniek), kan voor deze site een nummer aanvragen bij de FOD Volksgezondheid.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 287

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Het identificatienummer van een site bestaat uit 4 posities (cfr. codificatie FOD Volksgezondheid) en wordt voorafgegaan door 2 nullen.

RUBRIEK : IDENTIFICATIE ASSOCIATIE ZORGGEBIED

BESCHRIJVING :

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.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 293

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 99.

RUBRIEK : RECORDTYPE 40

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 1.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 1.

RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 2.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 2.

RUBRIEK : NORM VERSTREKKING

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N – 9

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
(☞21) 0	In alle andere gevallen die niet bedoeld zijn onder waarde 1, 2 of 9.
(☞ 36) 1	In geval van facturering van geneesmiddelen van categorie B, Bg, Br of Fb, afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden buiten het toepassingsgebied van de forfaitarisering (R 40 Z 4 = 0750746, 0750864, 0753745, 0755543, 0755742, 0756383, 0756405, 0756420, 0757002, 0757024, 0757046, 0757621, 0757746, 0757820), waarbij het theoretisch persoonlijk aandeel reeds eerder werd in mindering gebracht voor dezelfde patiënt en binnen dezelfde dienst (theoretisch persoonlijk aandeel = 0)
(☞21, 36) 2	In geval van facturering van geneesmiddelen van categorie B, Bg, Br of Fb, afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden buiten het toepassingsgebied van de forfaitarisering (R 40 Z 4 = 0750746, 0750864, 0753745, 0755543, 0755742, 0756383, 0756405, 0756420, 0757002, 0757024, 0757046, 0757621, 0757746, 0757820), waarbij het theoretisch persoonlijk aandeel reeds eerder gedeeltelijk in mindering gebracht werd voor dezelfde patiënt en binnen dezelfde dienst en dus groter is dan nul maar kleiner dan het verwachte bedrag.
9	In geval van facturering van de specialiteit Inomax worden de eenheden boven de 96 (uren) in een aparte record vermeld met norm 9. Zone 19, zone 27, zone 30-31 en Z 39 zijn dan steeds gelijk aan nul.

(☞21) Zie uitgewerkte voorbeelden in bijlage 14.

RUBRIEK : PSEUDO-CODE CATEGORIE GENEESMIDDEL

BESCHRIJVING :

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

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 10

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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

Bijvoorbeeld :

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

Omschrijving	Code	
	Ambulant	Gehosp.
(☞ 1,8) 1. Specialiteiten afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden in psychiatrische ziekenhuizen en chronische ziekenhuizen (geïsoleerde Sp- en G-diensten) (= ziekenhuizen buiten forfaitarisering)		
categorie SA	-	0750724
categorie SAg	-	0750842
categorie SAR	-	0753723
categorie SB	-	0750746
categorie SBg	-	0750864
categorie SBr	-	0753745
categorie SC	-	0750761
categorie SCg	-	0750886
categorie SCr	-	0753760
categorie SCs	-	0750783
categorie SCsg	-	0750901
categorie SCsr	-	0753782
categorie SCx	-	0750805
categorie SCxg	-	0750923
categorie SCxr	-	0753804
categorie van alle niet terugbetaalbare geneesmiddelen	-	0750820
(☞ 36) categorie SFa	-	0757606
(☞ 36) categorie SFb	-	0757621
(☞ 38) contrastmiddelen categorie B (ATC-klasse V08)	-	0757945
2. Specialiteiten afgeleverd aan niet ter verpleging opgenomen rechthebbenden		
categorie SA	0750912	-
categorie SAg	0750853	-
categorie SAR	0753911	-
categorie SB	0750934	-
categorie SBg	0750890	-
categorie SBr	0753933	-
categorie SC	0750956	-
categorie SCg	0750875	-
categorie SCr	0753955	-
categorie SCs	0750971	-
categorie SCsg	0750831	-
categorie SCsr	0753970	-
categorie SCx	0750993	-
categorie SCxg	0750816	-
categorie SCxr	0753992	-
categorie van alle niet terugbetaalbare geneesmiddelen	0751015	-
Zuurstofgas	0751030	-
Vloeibare zuurstof	0751052	-
(☞ 36) categorie SFa	0757632	-
(☞ 36) categorie SFb	0757654	-
(☞ 38) contrastmiddelen categorie B (ATC-klasse V08)	0757912	-
3. Dit punt werd geschrapt.		

Omschrijving	Code	
	Ambulant	Gehosp.
4. 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 (*)	-
(☞31) 5.1. Geschrapt		
(☞6) 5.2. Parafarmaceutische producten voor mobiliteits-/immobilisatiehulpmiddelen	0960374	0960385
Andere parafarmaceutische producten	0960396	0960400
(☞) 5.3. Arbeidsongevallen Internationale verdragen :		
(☞ 31) 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> .		
(☞ 31) 6. Geschrapt		

(☞ 3, 4, 6, 8) (*) Het invullen van deze detailrecord is verplicht voor afleveringen vanaf 1/1/2009.

Omschrijving	Code	
	Ambulant	Gehosp.
7. Honoraria en forfaits mucoviscidose	0755392	-
8. Dieetvoeding voor medisch verbruik afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden :		
categorie DA	-	0755521
categorie DB	-	0755543
categorie DC	-	0755565
categorie DCs	-	0755580
categorie DCx	-	0755602
9. Dieetvoeding voor medisch verbruik afgeleverd aan niet ter verpleging opgenomen rechthebbenden :		
categorie DA	0755613	-
categorie DB	0755635	-
categorie DC	0755650	-
categorie DCs	0755672	-
categorie DCx	0755694	-
10. Diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden :		
categorie MA	-	0755720
categorie MB	-	0755742
categorie MC	-	0755764
categorie MCs	-	0755786
categorie MCx	-	0755801
(☞ 24) Hypertonische natriumchloride Inhalatieoplossing	-	0753465
11. Diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen afgeleverd aan niet ter verpleging opgenomen rechthebbenden :		
categorie MA	0755812	-
categorie MB	0755834	-
categorie MC	0755856	-
categorie MCs	0755871	-
categorie MCx	0755893	-
(☞ 4) niet terugbetaalbare actieve verbandmiddelen	0757271	-
(☞ 13,38) pompen/medicatiecassettes	0754390	-
(☞ 24) Hypertonische natriumchloride Inhalatieoplossing	0753454	-
12a. <u>Honoraria en forfaits</u>		
(☞ 17,32) Installatie en levering van medische gasvormige zuurstof en toebehoren (KB 24/10/2002, deel I, hfdst. 2, afd. 10)	0755952	-
(☞ 17,32) Honorarium voor coördinatie en begeleiding van medische gasvormige zuurstofbehandeling (KB 24/10/2002, deel I, hfdst. 2, afd. 10)	0757455	-
(☞ 24,32) Zuurstofconcentrator (KB 24/10/2002, deel I, hfdst. 2, afd. 6)	0757470	-
(☞ 36) Honorarium zuurstofconcentrator (KB 24/10/2002, deel I, hfdst. 2, afd. 6)	0757831 (*)	-
(☞ 4,6) Honoraria en forfaits methadon	0755974	-
(☞ 10) 12b. <u>Zorgtrajecten</u>		
Zorgtraject diabetes – strips en lancetten	0757352	
Zorgtraject diabetes – bloedglucosemeter	0757374	
Programma ‘educatie en zelfzorg’ – strips en lancetten	0757396	
Programma ‘educatie en zelfzorg’ – bloedglucosemeter	0757411	
Zorgtraject chronische nierinsufficiëntie - bloeddrukmeter	0757433	

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

(☞ 36) (*) Deze pseudo-code moet gebruikt worden voor prestaties verricht vanaf 1/1/2013. Voor prestaties verricht tot en met 31/12/2012 wordt het honorarium gefactureerd onder de pseudo-code 757470.

Omschrijving	Code	
	Ambulant	Gehosp.
(☞2) 13. Specialiteiten afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden in acute ziekenhuizen (*):		
13.1 Forfait per opname	-	0756000
(☞24) 13.2 Geforfaitariseerde geneesmiddelen afgeleverd aan patiënten die in het <u>eigen</u> ziekenhuis gehospitaliseerd zijn (x):		
categorie SA	-	0756022
categorie SA _g	-	0756044
categorie SA _r	-	0756066
categorie SB	-	0756081
categorie SB _g	-	0756103
categorie SB _r	-	0756125
categorie SC	-	0756140
categorie SC _g	-	0756162
categorie SC _r	-	0756184
categorie SC _s	-	0756206
categorie SC _{sg}	-	0756221
categorie SC _{sr}	-	0756243
categorie SC _x	-	0756265
categorie SC _{xg}	-	0756280
categorie SC _{xr}	-	0756302
(☞36) categorie SF _a	-	0757680
(☞36) categorie SF _b	-	0757702
(☞38) contrastmiddelen categorie B (ATC-klasse V08)	-	0757864
13.3 Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen:		
categorie SA	-	0756324
categorie SA _g	-	0756346
categorie SA _r	-	0756361
categorie SB	-	0756383
categorie SB _g	-	0756405
categorie SB _r	-	0756420
categorie SC	-	0756442
categorie SC _g	-	0756464
categorie SC _r	-	0756486
categorie SC _s	-	0756501
categorie SC _{sg}	-	0756523
categorie SC _{sr}	-	0756545
categorie SC _x	-	0756560
categorie SC _{xg}	-	0756582
categorie SC _{xr}	-	0756604
categorie D	-	0756626
Niet-terugbetaalbare geneesmiddelen hoofdstuk IV buiten indicatie en met informatie aan adviserend geneesheer (**)	-	0757245
Niet-terugbetaalbare geneesmiddelen hoofdstuk IV buiten indicatie en zonder informatie aan adviserend geneesheer (***)	-	0757260
(☞36) categorie SF _a	-	0757724
(☞36) categorie SF _b	-	0757746
(*) 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.		
(**) Deze geneesmiddelen mogen aangerekend worden aan de patiënt. In Z 40-41 moet de CNK-code ingevuld worden. Het bedrag wordt vermeld in Z 30-31. De zones 19 en 27 zijn gelijk aan nul.		
(☞3) (***) Deze geneesmiddelen mogen niet aan de patiënt aangerekend worden. In Z 40-41 moet de CNK-code ingevuld worden. Alle bedragzones zijn gelijk aan nul. Dit betekent dat het om “gratis geneesmiddelen” gaat. Zone 16 moet dus gelijk zijn aan 1.		
(☞24)(x) Deze pseudo-codes worden ook gebruikt in het uitzonderlijk geval, beschreven in bijlage 17.2.		

Omschrijving	Code	
	Ambulant	Gehosp.
13.4 Geforfaitariseerde geneesmiddelen afgeleverd aan patiënten die in een <u>ander acuut</u> ziekenhuis gehospitaliseerd zijn:		
categorie SA	-	0756641
categorie SAg	-	0756663
categorie SAr	-	0756685
categorie SB	-	0756700
categorie SBg	-	0756722
categorie SBr	-	0756744
categorie SC	-	0756766
categorie SCg	-	0756781
categorie SCr	-	0756803
categorie SCs	-	0756825
categorie SCsg	-	0756840
categorie SCsr	-	0756862
categorie SCx	-	0756884
categorie SCxg	-	0756906
categorie SCxr	-	0756921
(36) categorie SFa	-	0757761
(36) categorie SFb	-	0757783
(38) contrastmiddelen categorie B (ATC-klasse V08)	-	0757886
13.5 Geforfaitariseerde geneesmiddelen afgeleverd aan patiënten die in een <u>ander psychiatrisch of chronisch</u> ziekenhuis gehospitaliseerd zijn:		
categorie SA	-	0756943
categorie SAg	-	0756965
categorie SAr	-	0756980
categorie SB	-	0757002
categorie SBg	-	0757024
categorie SBr	-	0757046
categorie SC	-	0757061
categorie SCg	-	0757083
categorie SCr	-	0757105
categorie SCs	-	0757120
categorie SCsg	-	0757142
categorie SCsr	-	0757164
categorie SCx	-	0757186
categorie SCxg	-	0757201
categorie SCxr	-	0757223
(36) categorie SFa	-	0757805
(36) categorie SFb	-	0757820
(38) contrastmiddelen categorie B (ATC-klasse V08)	-	0757901
(9) 14. Forfaitaire tegemoetkoming voor de behandeling van vruchtbaarheidsstoornissen bij vrouwen.		
MBV1	0757293	
MBV2	0757315	
MBV3	0757330	

Mededeling CNK-codes voor de magistrale bereidingen.

- (☞ 17) 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.
- (☞ 17) 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.

- (☞ 4) Bij elke facturatie van een vergoedbare magistrale bereiding, moet minstens één detailrecord volgen. Per magistrale bereiding worden de werkzame bestanddelen (zie Hoofdstuk I tot IV van de bijlage bij het KB van 12/10/2004 + referentiebestand op de website van het RIZIV, onder de rubriek “Geneesmiddelen” – “Magistrale bereidingen”) meegedeeld in records met zone 4 = 0750212. 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.

- (☞ 7) 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.
- (☞ 8) De vermelding van de detailrecords (0750212) is verplicht vanaf 1/1/2009.
- (☞ 8) Er wordt geen tariefcontrole gedaan op basis van de elementen in de detailrecords.
- (☞ 8) Ingeval van verwerping van één record uit het blok « facturatierecord + detailrecords », moet het volledige blok verworpen worden.

Voor de geneesmiddelen afgeleverd aan ambulante patiënten moeten de remgelden in hun totaliteit vermeld worden in R 40 Z 27 (teken + persoonlijk aandeel patiënt), R 40 Z 30-31 (teken + bedrag supplement) wordt niet gebruikt, in R 40 Z 33 (code facturering persoonlijk aandeel) moet worden aangeduid of het persoonlijk aandeel geheel of gedeeltelijk ten laste werd genomen van andere derden.

Voor de geneesmiddelen afgeleverd aan gehospitaliseerde patiënten moeten de remgelden in hun totaliteit vermeld worden in R 40 Z 39 (teken + theoretisch persoonlijk aandeel).

(☞ 3) **Vergoedingsregels magistrale bereidingen** (art. 22 van het KB van 12-10-2004)

(☞ 8) 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, afgerond zoals omschreven onder 1°, van de hulpstoffen die zijn voorgeschreven of nodig zijn om de magistrale bereiding uit te voeren, met dien verstande dat voor de volgende farmaceutische vormen, die vergoedingsbasis uitgedrukt wordt in P-waarde per module en als volgt wordt geforfaitariseerd:

- a) ouwels, inclusief de lege vormen: P 0,20;
- b) capsules, inclusief de lege vormen: P 0,10;
- c) maagsapresistent omhulsel: P 0,10;
- d) ovulen: P 1,00;
- e) te verdelen poeders, inclusief het poederpapier: P 0,01;
- f) zetpillen kinderen: P 0,20;
- g) zetpillen volwassenen: P 0,30;
- h) per gram bindmiddel voor crèmes, gels, zalven of pasta's: P 0,01.

De voornoemde forfaitarisering sluit de facturering aan de verzekering uit van elke andere hulpstof;

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 vloeistoffen voor oftalmisch gebruik en voor de rectiolen mogen de volgende elementen aan de verzekering worden aangerekend tot een bedrag van de in P-waarde uitgedrukte maximum vergoedingsbases:

- a) toebehoren, oplosmiddel en fles voor het bereiden van een collyrium: P 1,00
- b) toebehoren, fles en oplosmiddel voor oftalmische lotion: P 2,00
- c) rectiolen - stuk: P 0,20."

In de praktijk:

Om de prijs van een bereiding te berekenen, op grond van de 4 voornoemde punten, telt men de volgende zaken op:

1° prijs van de grondstof(fen)

2° prijs van de hulpstof(fen) (ofwel berekend – ofwel geforfaitariseerd)

3° honorarium van de bereiding (+ eventueel bijkomend honorarium)

4° prijs van toebehoren, oplosmiddelen, flessen en rectiolen in het geval van bereidingen voor oftalmisch gebruik en rectiolen (geforfaitariseerd)

→ De som van punten 1° tot 3° geeft de vergoedingsbasis van de bereiding (met uitzondering bereidingen voor oftalmisch gebruik en 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 bereidingen voor oftalmisch gebruik en rectiolen) waarvan het persoonlijk aandeel van de rechthebbende wordt afgetrokken om het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming te krijgen.

(☞ 3) **Voorbeelden** (Deze voorbeelden slaan op een rechthebbende zonder voorkeurregeling 110/110)

Waarde van de letter P op 01.01.2006 : 1,565125 euro

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 : $99,879 \times 0,0156 = 1,56$ euro

Tarifiering van de bereiding

Prijs van de grondstof : 2,01 euro

Prijs van de hulpstoffen : 1,56 euro

Honorarium : 10,33 euro

TOTAAL : 13,90 euro

→ aandeel van de rechthebbende : 2,2 euro

→ aandeel van de verzekering : 11,70 euro

Voorbeeld 2

Erythromycine 200 mg

Dt 20 capsules met maagsapresistent omhulsel

Grondstof : Erythromycine

Prijs van de grondstof : 2,13 euro

Prijs van de hulpstoffen : 0,31 euro (capsules) + 0,31 euro (maagsapresistent omhulsel)

Honorarium : 7,83 euro

TOTAAL : 10,58 euro

→ aandeel van de rechthebbende : 2,2 euro

→ aandeel van de verzekering : 8,38 euro

RECORDTYPE 40 ZONE 4 VERVOLG 7

(☞ 3) INHOUD VAN DE ZONES OP ELEKTRONISCHE DRAGER

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	11,70	2	0	2,20	032	0
40	750212	0	121	02	0	0	0570333
40	750035	8,38	2	0	2,20	071	0
40	750212	0	200	02	0	0	0521427
80		20,08			4,40		

RUBRIEK : DATUM EERSTE GEFACTUREERDE DAG

BESCHRIJVING :

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

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 17

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : DATUM LAATSTE GEFACTUREERDE DAG

BESCHRIJVING :

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

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 25

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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

RUBRIEK : NUMMER ZIEKENFONDS VAN AANSLUITING

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 20 zone 7.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 33

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 20 zone 8a-8b.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 13 A - 36

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 20 zone 8a-8b.

RUBRIEK : GESLACHT RECHTHEBBENDE

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 20 zone 9.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 49

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 20 zone 9.

RUBRIEK : BEVALLING

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 30 zone 10.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 50

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

<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.

RUBRIEK : VERWIJZING FINANCIËEL REKENINGNUMMER

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 30 zone 11.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 51

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 30 zone 11.

RUBRIEK : DIENSTCODE

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 30 en 50 zone 13.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 53

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 30 en 50 zone 13.

- (☞ 7) In geval van afleveringen door een ziekenhuisofficina andere dan geneesmiddelen specialiteiten, niet vergoedbaar door de verplichte ziekteverzekering (0960293^{*}-0960304^{*}) of niet-vergoedbare parafarmaceutische producten (0960374-0960385 of 0960396-0960400) moet deze zone op nul worden gezet.
- (☞ 4) In geval van het forfait per opname voor geneesmiddelen (0756000), moet in deze zone de opnamedienst vermeld worden.

(☞ 7) (*) geschrapt voor prestaties vanaf 1/4/2008

RUBRIEK : PLAATS VAN VERSTREKKING

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 56

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Ingeval van forfaitaire verpleegdag nierdialyse (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, met uitzondering van de forfaitaire verpleegdag nierdialyse waarvoor het nummer van het dialysecentrum moet 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.

- (☞9) 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

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 68

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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

BESCHRIJVING :

- (☞ 20) 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.
- (☞ 20) 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 mini- of maxiforfait.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 80

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
(☞ 15) 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.

RUBRIEK : BETREKKELIJKE VERSTREKKING

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 81

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Op de website van het RIZIV (www.riziv.be, rubriek “Zorgverleners” – “Algemene Info” – “Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager”) is een limitatieve lijst gepubliceerd met prestaties waarvoor een betrouwbare verstrekking moet vermeld worden.

Deze lijst maakt integraal deel uit van de factureringsinstructies.

RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING

BESCHRIJVING :

- (☞1) 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.
- (☞5) Voor prestaties vanaf 1/1/2008 moet de tarificatie gebaseerd worden op de Code Gerechtigde 1. Indien het 3^{de} cijfer van de CG1 gelijk is aan 0, dan wordt er getarifeerd zonder voorkeurregeling. Indien het 3^{de} cijfer van de CG1 gelijk is aan 1, dan wordt er getarifeerd met voorkeurregeling.
- (☞1) Indien Z 4 = 0756000, dan is deze zone gelijk aan het bedrag van het forfait.
Indien Z 4 = 0756022, 0756044, 0756066, 0756081, 0756103, 0756125, 0756140, 0756162, 0756184, (☞36)0756206, 0756221, 0756243, 0756265, 0756280, 0756302, 0757680 of 0757702, dan is deze zone gelijk aan 25% van de vergoedingsbasis van het betreffende product (zie art. 95 § 3 van het K.B. van 21/12/2001).
- (☞9) 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.

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

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.

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

De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.2.

Het betreft het bedrag dat door de verzekeringsinstelling terugbetaald wordt.

- * 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 ivm. 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.
- (☞38)* Voor contrastmiddelen (ATC-klasse V08) afgeleverd door ziekenhuisofficina wordt de verzekeringstegemoetkoming vanaf 1/1/2013 verminderd met 10%.

RUBRIEK : DATUM VOORSCHRIFT GERESERVEERDE ZONE

BESCHRIJVING :

Deze zone wordt gereserveerd maar voorlopig niet gebruikt.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 100

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : TEKEN + AANTAL EENHEDEN

BESCHRIJVING :

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

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.

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

Deze zone mag geen decimalen bevatten.

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

- In deze zone moet het aantal afgeleverde eenheden worden vermeld; dit komt overeen met het aantal keer dat het eenheidstarief werd aangerekend.

- In geval van een forfait is de inhoud van deze zone steeds gelijk aan 1.

(☞ 1) In geval van materialen en verzorgingsproducten voor de verzorging ten huize van rechthebbenden die lijden aan mucoviscidose (punt 4 van R 40 Z 40-41 V 1) is deze zone 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

(☞ 3) totale hoeveelheid van het product vermeld in zone 40-41, uitgedrukt in de meest passende eenheid volgens de code vermeld in zone 23 en afgerond tot 4 significante cijfers.

(☞ 7) Indien de hoeveelheid, uitgedrukt in de kleinste mogelijke eenheid, toch nog kleiner is dan 1, dan wordt naar boven afgerond (dus hoeveelheid = 1).

(☞ 3,32) Ingeval zone 4 = 0755952 of 0757455, dan is deze zone gelijk aan 1.

(☞ 4) Ingeval zone 4 = 0755974, dan komt hier het aantal behandelingsdagen.

(☞ 10) Ingeval zone 4 = 0757352, 0757374, 0757396, 0757411 of 0757433, dan is deze zone gelijk aan 1.

RUBRIEK : EENHEID

BESCHRIJVING :

(☞ 8) Het gebruik van deze zone is verplicht vanaf 1/1/2009.

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.

(☞ 7) In alle andere gevallen is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 113

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

	<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
	01	ml
	02	mg
	03	microgram
	04	druppel
	05	1000 eenheden
	06	vierkante cm
	07	liter
	08	stukken
(☞ 7)	09	percent (%)
	10	gram
(☞ 3)	11	10.000 eenheden
(☞ 3)	12	100.000 eenheden
(☞ 7)	13	microliter

RUBRIEK : IDENTIFICATIE VOORSCHRIJVER

BESCHRIJVING :

Deze zone moet worden ingevuld indien het gaat om geneesmiddelen afgeleverd aan niet ter verpleging opgenomen rechthebbenden.

- (☞9) Voor de 3 pseudocodes 0757293, 0757315 en 0757330 moet de voorschrijver (geneesheer-specialist in gynaecologie-verloskunde) vermeld worden.

Deze zone is gelijk aan nul indien het gaat om geneesmiddelen of producten afgeleverd aan

- (☞ 1) gehospitaliseerde rechthebbenden (R 40 Z 4 = pseudo-code uit punt 1, punt 6 *, punt 8, punt 10 of
(☞ 7) punt 13 of pseudo-code 0961026, 0960304**, 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 =

- (☞ 7) 0751015, 0750116 , 0960293**, 0961015, 0960374 of 0960396).

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 115

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

* Deze pseudo-codes zijn geschrapt voor verblijven vanaf 1/7/2006

- (☞ 7)** Geschrapt voor prestaties vanaf 1/4/2008

RUBRIEK : TEKEN + PERSOONLIJK AANDEEL PATIËNT

BESCHRIJVING :

In deze zone wordt het werkelijk aangerekend reëel en reglementair persoonlijk aandeel vermeld.

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.

- (☞ 4) 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.
- (☞ 4) 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.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 9 N - 128

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 40 zone 19.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.2.

- (☞ 20) 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.

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.

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.

- (☞ 4) Indien zone 4 = 0755974 dan is deze zone = 0.

- (☞) Voor ambulant 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.

- (☞ 10) Indien zone 4 = 0757352, 0757374, 0757396, 0757411 of 0757433 dan is deze zone = 0.

RUBRIEK : REFERENTIE INSTELLING

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 28.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 25 A - 138

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 28.

RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG SUPPLEMENT

BESCHRIJVING :

(☞ 4) 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;

(☞ 8) • 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;

(☞ 7) • niet-terugbetaalbare parafarmaceutische producten: 0960374-0960385, 0960396-0960400;

(☞ 2) • niet-terugbetaalbare geneesmiddelen hoofdstuk IV buiten indicatie en met informatie aan adviserend geneesheer: 0757245;

Opmerking: Indien er geen informatie wordt gegeven aan de adviserend geneesheer (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.

(☞ 6) • niet terugbetaalbare actieve verbandmiddelen : 0757271;

(☞ 10) • eventueel supplement ingeval van aflevering van een bloeddrukmeter in het kader van het zorgtraject “chronische nierinsufficiëntie”: 0757433.

(☞ 32) • eventueel supplement ingeval van aflevering van toebehoren voor medische gasvormige zuurstof door de leverancier-niet apotheker: 0755952.

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

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 40 zone 19.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.2.

RUBRIEK : UITZONDERING DERDEBETALERSREGELING

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 30 zone 32.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 175

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 30 zone 32.

RUBRIEK : CODE FACTURERING PERSOONLIJK AANDEEL OF SUPPLEMENT

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 30 zone 33.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 176

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

(☞ 7)

<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)
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 krijgen waarde 0 in zone 27 en waarde 1 in zone 33.

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.

RUBRIEK : CODE UITZONDERING PROFYLAXIE

BESCHRIJVING :

Hier komt de code uitzondering profylaxie.

(☞ 1) Voor verblijven vanaf 1/7/2006 worden de profylaxie-forfaits afgeschaft en is deze zone gelijk aan nul.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 177

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

De codering van deze uitzonderingen is gepubliceerd als bijlage bij het K.B. van 21 februari 1997 (B.S. 21 maart 1997), gewijzigd bij K.B. van 18/11/98 (B.S. 12/12/98) .

RUBRIEK : FLAG INN

BESCHRIJVING :

In deze zone wordt meegedeeld of het geneesmiddel voorgeschreven is onder zijn merknaam of onder zijn INN (international non proprietary name) (= algemene benaming).

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1N – 179

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0	geneesmiddel voorgeschreven onder zijn merknaam
1	geneesmiddel voorgeschreven onder zijn INN

RUBRIEK : GALENISCHE VORM MAGISTRALE BEREIDING

BESCHRIJVING :

(☞ 8) Het gebruik van deze zone is verplicht vanaf 1/1/2009.

(☞ 17) 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).

(☞ 7) In alle andere gevallen is deze zone gelijk aan nul.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 3 N - 180

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
01	gelulen
02	ouwels
08	suppo volwassenen
09	suppo kinderen
10	ovulen
11	rectiolen
13	ampullen
15	te verdelen poeders
20	oplossingen inwendig gebruik
21	oplossingen uitwendig gebruik (chronisch gebruik : 6 remgelden maximum)
22	oplossingen uitwendig gebruik (acut gebruik : 2 remgelden maximum)
27	oogdruppels
28	ooglotion
30	zalven (chronisch gebruik : 6 remgelden maximum)
31	oogzalven
32	zalven (acut gebruik : 2 remgelden maximum)
40	gemengde poeders of planten
71	gelulen omhuld
90	afleveringen als dusdanig (vb. zuurstof)
(☞ 3) 91	geprefabriceerde preparaten

(☞ 3) Indien er een bijkomend honorarium aangerekend wordt, wordt de waarde voorafgegaan door "1".

(☞ 7) In alle andere gevallen wordt de waarde voorafgegaan door "0".

RUBRIEK : NUMMER TARIFERINGSDIENST

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 12 N - 183

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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

BESCHRIJVING :

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

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

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

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 40 zone 19.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.2.

Vergoedbare geneesmiddelen

- (☞21) a) Aflevering aan gehospitaliseerde patiënten
- (☞1,38) Voor geneesmiddelen die buiten de forfaitarisering vallen, is dit bedrag het verschil tussen de "vergoedingsbasis" (waarvan sprake in art. 95, § 1 van het K.B. van 21 december 2001) en het bedrag dat door de ziekteverzekering wordt vergoed (R 40 Z 19) (*).
- (☞21) Ingeval van referentiespecialiteiten mag het verschil tussen de prijs en de vergoedingsbasis dus niet opgenomen worden in deze zone.
Voor geneesmiddelen die binnen de forfaitarisering vallen, is deze zone gelijk aan nul.
- (☞21) b) (Ambulante) aflevering aan patiënten die in PVT verblijven
Het theoretisch persoonlijk aandeel is gelijk aan het verschil tussen de "prijs" (tarief *) en het bedrag dat door de ziekteverzekering wordt vergoed (R 40 Z 19).
Ingeval van referentiespecialiteiten moet het verschil tussen de prijs en de vergoedingsbasis dus ook opgenomen worden in deze zone.
- (☞37) 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

- (☞4) In een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrisch verzorgingstehuis dekt het forfaitaire remgeld eveneens de niet vergoedbare geneesmiddelen. De volledige kostprijs van deze producten dient derhalve vermeld te worden als theoretisch persoonlijk aandeel.
 - (☞38) (*) Deze definitie is niet geldig voor contrastmiddelen, waarvoor de tegemoetkoming met 10% verminderd wordt (vanaf 1/1/2013).
-

RUBRIEK : NUMMER PRODUCT

BESCHRIJVING :

Hier komt de individuele code van het farmaceutisch product.

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

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N – 205

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

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

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

2. Niet terugbetaalbare geneesmiddelen en niet terugbetaalbare andere afleveringen.

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

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

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

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

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

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

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

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

3. 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.

- voorgevulde infusiehulpmiddelen afgeleverd aan ambulanten in ziekenhuisofficina's	07100001
- lege infusiehulpmiddelen afgeleverd aan ambulanten in ZHofficina's	07100019
- verhuur infusiepompen aan ambulanten in ziekenhuisofficina's	07100027
- voorgevulde reservoirs voor infusiepompen afgeleverd aan ambulanten in ziekenhuisofficina's	07100035
- lege reservoirs voor infusiepompen afgeleverd aan ambulanten in ziekenhuisofficina's	07100043
- forfait voor de medische hulpmiddelen waarmee rechthebbenden het infusiehulpmiddel of de reservoir voor de infusiepomp zelf thuis vult – ambulanten in ziekenhuisofficina's	07100050
- forfait voor de medische hulpmiddelen voor toediening en verzorging - ambulanten in ziekenhuisofficina's	07100068
- vullingshonoraria – ambulanten in ziekenhuisofficina's	07100076

In R 40 Z 4 moeten deze pseudo-CNK-codes gegroepeerd worden onder de pseudo-categoriecode 0755392.

(☞ 3) 5. Honoraria voor de levering en installatie van zuurstof bij de rechthebbende thuis.(☞ 17,32) 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.

(☞ 17) Honorarium voor coördinatie en begeleiding

(☞ 32)	- coördinatie en begeleiding van vloeibare zuurstoftherapie	07105737 (*)
	- coördinatie en begeleiding van gasvormige zuurstoftherapie	07105745

In R 40 Z 4 worden deze pseudo-CNK-codes gegroepeerd onder de pseudo-categoriecode 0757455.

(☞ 32) (*) geschrapt voor afleveringen vanaf 1/5/2012.

(☞ 10)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

BESCHRIJVING :

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.

(☞ 6) 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.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 48 A - 213

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : DATUM AKKOORD VERSTREKKING

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 30 zone 47.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 262

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

- (☞1) Voor geneesmiddelen die binnen de forfaitarisering vallen, is er geen akkoord van de adviserend geneesheer nodig en is deze zone gelijk aan nul.
- (☞9) Bij de pseudocodes 0757293, 0757315, 0757330 moet de datum van het akkoord van de adviserend geneesheer ingevuld worden.

RUBRIEK : TRANSPLANTATIE

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 30 zone 48.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 270

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 30 zone 48.

RUBRIEK : NUMMER APOTHEKER TITULARIS

BESCHRIJVING :

In deze zone wordt de apotheker titularis geïdentificeerd aan de hand van zijn R.I.Z.I.V.-identificatienummer.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 271

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

A	B	C					D		E		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
0	2										

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

BESCHRIJVING :

Het gebruik van deze zone is voorlopig facultatief.

In deze zone wordt het geboortejaar vermeld van de rechthebbende in zone 8.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 4 N - 283

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : ZIEKENHUIS SITE

BESCHRIJVING :

Zie Recordtype 30 Zone 51

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 287

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie Recordtype 30 Zone 51

RUBRIEK : IDENTIFICATIE ASSOCIATIE ZORGGEBIED

BESCHRIJVING :

Zie Recordtype 30 Zone 52

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 293

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie Recordtype 30 Zone 52

RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN HET RECORD

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 99.

RUBRIEK : RECORDTYPE 50

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 1.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 1.

RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 2.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 2.

RUBRIEK : NORM VERSTREKKING (PERCENTAGE)

BESCHRIJVING :

De code geeft informatie die nodig is voor de tarifiering.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 9

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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

- 9 - Voor de radiotherapieverstrekkingen die over meerdere zittingen zijn gespreid, moet de prestatiecode zo dikwijls worden herhaald als er zittingen zijn geweest; naast iedere prestatiecode moet de datum van de zitting worden vermeld (dwz. begindatum = einddatum = prestatiedatum). Het tarief moet worden vermeld in het record van de laatste prestatiecode (met normcode 0, of 5 in geval van herhaling); voor alle andere prestatiecodes wordt de normcode 9 gebruikt en wordt de zone 19 (bedrag V.I.) op nul gezet. De records met normcode 9 moeten in een aaneensluitende reeks worden vermeld op de magnetische drager en onmiddellijk gevolgd worden door de laatste prestatiecode met normcode 0.

(☞ 26) Bijzondere gevallen:

- Indien de situatie van de patiënt 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.

(☞ 34)

- Voor de *forfaitaire honoraria* voor verpleegkundige zorgen A, B, C, PA, PB, PC, PP moet het record met de nomenclatuurcode van het forfait worden voorafgegaan door een reeks records waarin, door pseudo-codes (zie art. 8, § 5, 3°, c van de nomenclatuur), de basisverstrekkingen en de technisch verpleegkundige verstrekkingen, die gedurende de betreffende verzorgingsdag werden verricht, worden aangeduid. In voorkomend geval, worden daarnaast ook records met pseudo-codes uit art. 8, § 5 bis, 5°, d van de nomenclatuur vermeld.
Voor het *supplementair honorarium PN* worden, in voorkomend geval, records met pseudo-codes uit art. 8, § 5 bis, 5°, d van de nomenclatuur vermeld.
Voor de *verstrekkingen 427534, 427556 en 427571* worden, in voorkomend geval, records met pseudo-codes uit art. 8, § 9 van de nomenclatuur vermeld.
Al deze records met bovenvernoemde pseudo-codes moeten worden aangeduid met norm 9; zone 19, zone 27 en zone 30-31 zijn dan steeds gelijk aan nul en zone 17-18 vermeldt respectievelijk de nomenclatuurcode van het bijhorend forfaitair honorarium of van het supplementair honorarium PN of de nomenclatuurcode 427534, 427556 of 427571. De inhoud van de zones 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 en 14 is identiek in alle op elkaar volgende records met norm 9 en tevens gelijk aan de corresponderende zones in de facturatierecord met norm 0.

(☞ 29)

- Voor de verstrekkingen 0687875-0687886 (coronaire stents), 680352-680363 (coronaire of drug eluting stents) of 0680315-0680326 (drug eluting stents), voor de verstrekkingen betreffende endoprothesen (0634012 tot en met 0634325) gebeurt de facturatie als volgt :
- * het aantal opeenvolgende records (reeks) is gelijk aan het aantal verschillende types stents/drug eluting stents of aantal gebruikte elementen + 1;
 - * de eerste record(s) (aantal gelijk aan aantal stents/drug eluting stents of gelijk aan aantal gebruikte elementen) moet(en) worden aangeduid met norm 9; de zones 19, 27 en 30-31 zijn steeds gelijk aan nul en de zone 22 is steeds gelijk aan "+0001", de zone 43 bevat de identificatiecode van de stent/drug eluting stent of het gebruikte element;
 - * het laatste record van de reeks wordt aangeduid met norm 0; zone 19 bevat het forfaitair bedrag; zone 22 is steeds gelijk aan "+0001", de zones 27, 30-31 en 43 zijn steeds gelijk aan nul;
 - * de inhoud van de zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25, 27, 30-31 is identiek in alle op elkaar volgende records met norm 9 en tevens gelijk aan de corresponderende zones in het laatste record (norm 0) van de reeks, waarin het forfaitair bedrag wordt gefactureerd;

(☞ 3)

Opgelet: inplanting op verschillende dagen: zie instructies R 50 Z 3 V 5 en Z 4 V 17

- Voor de verstrekkingen betreffende de combinaties van visco-elastische producten (0682496-0682500 en 0682511-0682522) :
 - * ofwel is het gebruikte product opgenomen in de lijsten betreffende de twee bovenvermelde verstrekkingen : de facturatie gebeurt volgens de normale regeling ;
 - * ofwel gaat het over een combinatie van twee producten opgenomen in de lijsten betreffende de verstrekkingen [0682415-0682426 of 0682430-0682441] en [0682452-0682463 of 0682474-0682485] : de facturatie gebeurt als volgt :
 - het aantal opeenvolgende records (reeks) is gelijk aan 3 ;
 - de twee eerste records moeten 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 product ;
 - 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.

- Drug eluting stents (categorie 5)
 - * Implantatie van één of meer drug eluting stents zonder het plaatsen van een klassieke coronaire stent.
De facturatie gebeurt op basis van een reeks records. Het aantal opeenvolgende records (reeks) is gelijk aan het aantal geplaatste drug eluting stents + 2 :
 - de eerste record heeft betrekking op de basisverstrekking “0687875-0687886” en wordt aangeduid met norm 0; zone 4 vermeldt de nomenclatuurcode “0687875-0687886”; zone 17-18 is gelijk aan “0589013-0589024”; zone 19 bevat het forfaitair bedrag van deze verstrekking; zone 22 is gelijk aan “+0001”; de zones 27 en 30-31 zijn altijd gelijk aan 0; in zone 43 wordt de pseudo-identificatiecode “999999000034” ingevuld;
 - het volgend aantal records is gelijk aan het aantal ingeplante drug eluting stents + 1;
 - de eerstvolgende record(s) (aantal gelijk aan aantal drug eluting stents) moet(en) aangeduid worden met norm 9; zone 4 vermeldt de pseudo-nomenclatuurcode “0686453-0686464”; zone 17-18 is gelijk aan “0687875-0687886”; de zones 19, 27 en 30-31 zijn altijd gelijk aan nul en zone 22 is altijd gelijk aan “+0001”; zone 43 herneemt de identificatiecode van de drug eluting stent;
 - de laatste record van de reeks wordt aangeduid met norm 0; zone 17-18 is gelijk aan “0687875-0687886”; zone 19 bevat het forfaitaire bedrag; zone 22 is altijd gelijk aan “+0001”; de zones 27, 30-31 en 43 zijn altijd gelijk aan nul;
 - de inhoud van de zones 1, 5, 6, 15, 16, 20-21, 22, 24-25, 27, 30-31 is identiek voor elk van de opeenvolgende records.

(☞ 3)

Opgelet: inplanting op verschillende dagen: zie instructies R 50 Z 3 V 5 en Z 4 V 17

(☞ 26) De instructies met betrekking tot drug eluting stents (categorie 5) zijn geldig voor prestaties verricht tot en met 31/03/2011.

* Implantatie van één of meer drug eluting stents met het plaatsen van één of meer klassieke coronaire stents.
De facturatie gebeurt op basis van een reeks records. Het aantal opeenvolgende records (reeks) is gelijk aan: (het aantal coronaire stents + 1) + (het aantal drug eluting stents + 1) :

- de eerste record(s) (aantal gelijk aan aantal coronaire stents) moet(en) aangeduid worden met norm 9; zone 4 vermeldt de nomenclatuurcode “0687875-0687886”; zone 17-18 is gelijk aan “0589013-0589024”; de zones 19, 27 en 30-31 zijn altijd gelijk aan nul en zone 22 is altijd gelijk aan “+0001”; zone 43 herneemt de identificatiecode van de stent;
- de volgende record wordt aangeduid met norm 0; zone 4 vermeldt de nomenclatuurcode “0687875-0687886”; zone 17-18 is gelijk aan “0589013-0589024”; zone 19 vermeldt het forfaitaire bedrag; zone 22 is altijd gelijk aan “+0001”; de zones 27, 30-31 en 43 zijn altijd gelijk aan nul;
- de volgende record(s) (aantal gelijk aan aantal drug eluting stents) moet(en) aangeduid worden met norm 9; zone 4 vermeldt de pseudo-code van de nomenclatuur “0686453-0686464”; zone 17-18 is gelijk aan “0687875-0687886”; de zones 19, 27 en 30-31 zijn altijd gelijk aan nul en zone 22 is altijd gelijk aan “+0001”; zone 43 herneemt de identificatiecode van de drug eluting stent;
- de laatste record van de reeks wordt aangeduid met norm 0; zone 4 vermeldt de pseudo-code van de nomenclatuur “0686453-0686464”; zone 17-18 is gelijk aan “0687875-0687886”; zone 19 vermeldt het forfaitaire bedrag; zone 22 is altijd gelijk aan “+0001”; de zones 27, 30-31 en 43 zijn altijd gelijk aan nul;
- de inhoud van de zones 1, 5, 6, 15, 16, 20-21, 22, 24-25, 27, 30-31 is identiek voor elk van de opeenvolgende records.

- (☞ 13) De afleveringsmarge kan aangerekend worden onder de bestaande pseudo-code 0685812 – 0685823, zoals weergegeven in de voorbeelden in R 50 Z 4 V 18 en V 19.
- (☞ 13) Indien het plafond bereikt wordt bij de afleveringsmarge van prestatie 687875-687886 dan moet een record afleveringsmarge aangemaakt worden bij de prestatie 686453-686464 met bedrag 0 en norm 7.
- (☞ 3) Opgelet: inplanting op verschillende dagen: zie instructies R 50 Z 3 V 5 en Z 4 V 17

Opmerking : Voor de drug eluting stents treden de verplichtingen ivm. de zone 17-18 in werking op prestatiedatum 01/03/2004.

De drug eluting stents ingeplant vanaf 1 juni 2004 bij patiënten die niet behandeld worden door orale antidiabetica en/of insuline moeten aangerekend worden onder de nomenclatuurcode “0687875-0687886”, met vermelding van de identificatiecode die voorzien is in de lijst van de coronaire stents onder de categorie “ Drug eluting stents buiten categorie 5”. De facturatieregels voorzien in recordtype 50, zone 3, vervolg 1, 3de streep, zijn dus van toepassing.

- (☞ 26) De instructies met betrekking tot drug eluting stents (categorie 5) zijn geldig voor prestaties verricht tot en met 31/03/2011.

- (☞ 3,7) - Voor de verstrekkingen betreffende het materiaal voor minimaal invasieve cardiochirurgie (0689754-0689765 en 0689776-0689780) en voor de verstrekking 0688472, gebeurt de facturatie als volgt :
- * de eerste record(s) (=statistische record(s)) (aantal gelijk aan aantal gebruikte elementen) moet(en) worden aangeduid met norm 9; de zones 19, 27 en 30-31 zijn steeds gelijk aan nul en de zone 22 is steeds gelijk aan "+0001", de zone 43 bevat de identificatiecode van het gebruikte element;
 - * de inhoud van de zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25, 27, is identiek in alle op elkaar volgende records met norm 9.
 - * de volgende record(s) (=facturatierecord(s)):
 - ofwel is de som van de prijzen van de gebruikte elementen lager dan de terugbetaling : er is 1(facturatie)record; deze wordt aangeduid met norm 6 ; zone 19 bevat de som van de prijzen van de verschillende gebruikte elementen; zone 22 is steeds gelijk aan "+0001"; de zones 27, 30-31 en 43 zijn steeds gelijk aan nul;
 - ofwel is de som van de prijzen van de gebruikte elementen gelijk aan of hoger dan de terugbetaling en lager dan of gelijk aan de plafondprijs: er worden 2 facturatierecords gemaakt:
 - de eerste (facturatie)record wordt aangeduid met norm 0; zone 19 bevat het terugbetalingsbedrag voorzien in de nomenclatuur; zone 22 is steeds gelijk aan "+0001"; de zones 27 en 30-31 zijn gelijk aan nul; zone 43 is gelijk aan nul;
 - de tweede (facturatie)record (veiligheidsgrens) wordt aangeduid met norm 0 ; zone 19 is gelijk aan nul ; zone 22 is steeds gelijk aan "+0001"; zone 27 is gelijk aan het verschil tussen de som van de prijzen van de gebruikte elementen en de terugbetaling; zone 30-31 is gelijk aan nul; zone 43 is gelijk aan nul;
 - * de afleveringsmarge kan aangerekend worden onder de bestaande pseudo-code **0685856-0685860**.
- In het geval waar de som van de prijzen van de gebruikte elementen hoger is dan de plafondprijs, moet het geheel van het materiaal aangerekend worden onder de
- (☞ 19) pseudocode 0960536-0960540.
- (☞ 21) - Voor de verstrekkingen 715116-715120 en 715131-715142 (heroplaadbare neurostimulatoren), gebeurt de facturatie als volgt:
- * de eerste record(s) (=statistische record(s)) (aantal gelijk aan aantal gebruikte elementen (maximum 2) moet(en) worden aangeduid met norm 9; de zones 19, 27 en 30-31 zijn steeds gelijk aan nul en de zone 22 is steeds gelijk aan "+0001", de zone 43 bevat de identificatiecode van het gebruikte element;
 - (☞ 35) * de volgende record (=facturatierecord) wordt aangeduid met norm 0 of norm 6; de zone 19 bevat het bedrag van de tegemoetkoming (= som van de tegemoetkomingen van de gebruikte elementen); zone 22 is gelijk aan "+0001"; de zones 27, 30-31 en 43 zijn gelijk aan nul;
 - * de inhoud van de zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25 en 27 is identiek in alle op elkaar volgende records met norm 9 en tevens gelijk aan de corresponderende zones
 - (☞ 35) in het laatste record (norm 0 of norm 6) van de reeks, waarin het bedrag wordt gefactureerd.
 - * de afleveringsmarge wordt gefactureerd onder de pseudo-code 0685812-0685823 (het bedrag is steeds gelijk aan het plafondbedrag 148,74 EUR)

- (☞ 29) - 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;
- (☞ 35) * 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;
- (☞ 32) * 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;
- (☞ 35) 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 (www.riziv.be, rubriek "Zorgverleners" – "Algemene Info" – "Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager").
- (☞ 19,21) - Voor notificatieplichtige implantaten zonder lijst van aangenomen producten en met een terugbetaling voor een geheel van materiaal, gebeurt de facturatie als volgt :
- * het aantal opeenvolgende records (reeks) is gelijk aan het aantal gebruikte genotificeerde elementen + 1;
 - * de eerste record(s) (aantal gelijk aan aantal gebruikte genotificeerde elementen) moet(en) worden aangeduid met norm 9; de zones 19, 27 en 30-31 zijn steeds gelijk aan nul, de zone 55-56 bevat de notificatiecode van het gebruikte element;
- (☞ 35) * het laatste record van de reeks wordt aangeduid met norm 0 of norm 6;
- (☞ 32) zone 19 bevat het bedrag van de tegemoetkoming; zone 55-56 is steeds gelijk aan nul;
- (☞ 32) * 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;
- (☞ 35) De verstrekkingen die op die manier moeten gefactureerd worden, zijn aangeduid met waarde "1" in het tabblad "Z 55-56" van de lijst implantaten. Een concreet voorbeeld is uitgewerkt in R 50 Z 4 V 22BIS en 22TER.

0 Alle andere toestanden...

Plaatsing van stents op verschillende dagen

(☞ 26) § 11ter van artikel 35 voorziet dat per opname slechts één van de verstrekkingen 687875-687886, 680315-680326 of 680352-680363 kan vergoed worden.

§ 12ter van artikel 35bis voorziet dat de tegemoetkoming voor de verstrekkingen 687890-687901 en 687912-687923 slechts eenmaal kan worden vergoed 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 17.

- 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.

RUBRIEK : NOMENCLATUURCODE OF PSEUDO-NOMENCLATUURCODE

BESCHRIJVING :

Het is de code van de verrichte verstrekking.

Opmerking : De prestaties ambulante klinische biologie, die niet ten laste komen van de ziekteverzekering (prestaties kleine risico's voor zelfstandigen die geen aanvullende verzekering kleine risico's hebben; verstrekkingen vóór 1/1/2008) moeten ook (☞ 6) vermeld worden op het facturatiebestand, met bedragen in zone 19 en 27 gelijk aan nul en vermelding van aan de patiënt aangerekend bedrag in zone 30-31.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 10

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

In het algemeen zijn die codes opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en worden ze voorafgegaan door een nul.

Het Belgisch Staatsblad van 29 september 1984 publiceert de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Hierin wordt ondermeer een aparte codering voorzien voor de ambulante rechthebbenden en een andere voor de gehospitaliseerde rechthebbenden.

In deze instructies zal de codering van de geneeskundige verstrekkingen geschieden met 2 codenummers (indien er 2 codenummers voorzien zijn).

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	Nieuwe code	
	Ambulant	Gehosp.
1. Reiskosten van de geneesheren		
a) Gewone vergoeding voor specialisten in kinder- geneeskunde	0109911	-
b) Bijkomende vergoeding voor algemeen geneeskundigen in de plattelandstreken	0109955	-
c) Kilometervergoeding voor specialisten	0109970	-
2. Reiskosten van verpleegkundigen	0418913	-
(☞ 4, 21)3. Art. 20, § 1, a) : Tegemoetkoming in de kosten van typering van potentiële donors in het buitenland met het oog op het vinden van een compatibele donor, evenals de kosten met betrekking tot de afname van deze hematopoïetische bloedstamcellen en de verzekering van de donor	0269872	0269883
Art. 20, § 1, a) : tegemoetkoming in de kosten voor het vervoer van een buitenlandse donor van hematopoïetische bloedstamcellen	0269894	0269905
Art. 14, m) 3de alinea : vervoer van in het buitenland afgenomen orgaan	0269916	0269920
4. Medische huizen :		
- forfait geneesheren	0109616	-
- forfait kinesitherapeuten	0509611	-
- forfait verpleegkundigen	0409614	-
(☞ 29) - GMD+ (70%)	0103272	-
(☞ 29) - GMD+ (30%)	0103294	-
5. Omscholing - Individuele revalidatie		
A) Omscholing		
- Onderzoek ter beroepskeuze - voorlichting	0771013	-
- Inschrijving voor de lessen en examens	0771035	-
- Kosten van verblijf	0771050	-
- Reiskosten	0771072	-
- Verzekering	0771094	-
- Materiaal en toerusting	0771116	-
B) Bijzonder solidariteitsfonds	0773194	0773205

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode	
	Ambulant	Gehosp.
C) Individuele revalidatie		
a) - Orthoptische behandeling	0771536	0771540
(☞) - Individuele revalidatiezitting door orthoptist, die minstens 60 minuten duurt	0771551	0771562
b) Toerusting (artikel 151 + nomenclatuur)		
- Spreektoestellen - elektronisch type	0771632	0771643
- Uitwendige orbito-oculaire prothese	0771654	0771665
- Optisch hulpmiddel voor slechtienden	0771713	0771724
- Infusiepomp	0771735	
- Toebehoren voor het geheel	0771750	
- Door het College van Geneesheren-directeurs aangenomen revalidatieverstrekkings, bepaald in de artikelen 27, 29 en 31 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkings, met uitzondering van artikel 29, § 12	0771772	0771783
c) Verstrekkings voor revalidatie van hartpatiënten		
- Individuele pluridisciplinaire revalidatiezitting met minimale duur van 30 minuten	-	0771201
- Collectieve pluridisciplinaire revalidatiezitting met minimale duur van 60 minuten	0771212	0771223
(☞) d) Diëtietiek- en podologieverstrekkings		
- individuele diëtistische evaluatie en/of interventie	0771131	-
- individueel podologisch onderzoek of behandeling	0771153	-
(☞21) e) Revalidatieverstrekkings naar aanleiding van de inwerkingtreding van de zorgtrajecten		
- Verstrekkings inzake diëtietiek en podologie		
diëtietiek	0794010	-
podologie	0794032	-
- Revalidatieverstrekking		
opstarteducatie	0794054	-
opvolgeducatie	0794076	-
educatie bij problemen	0794091	-
- Materiaalverstrekkings voor patiënten die een zorgtrajectcontract hebben gesloten		
verbruiksmateriaal	0794113	-
duurzaam materiaal - eerste voorschrift	0794135	-
duurzaam materiaal - hernieuwingsvoorschrift	0794150	-
- Materiaalverstrekkings in het kader van het programma voor beperkte glycemiecontrole, voor patiënten die geen zorgtraject hebben gesloten		
verbruiksmateriaal	0794194	-
duurzaam materiaal – eerste voorschrift	0794216	-
duurzaam materiaal – hernieuwingsvoorschrift	0794231	-
(☞31) - Gevalideerde bloeddrukmeter	0794172 (*)	
(☞23) f) Ergotherapieverstrekkings		
- Observatiebilan	0784291	0784302
- Oefensessie	0784313	-
- Informatie-, advies- en opleidingssessie	0784335	
- Functioneel eindbilan	0784350	-
D) Reiskosten		
- Individueel vervoermiddel	0771934	-
- Gemeenschappelijk vervoermiddel	0771956	-
- Geïndividualiseerd vervoermiddel, aangepast aan de handicap, naar een geconventioneerd revalidatiecentrum, georganiseerd door het revalidatiecentrum	0771971	0771982
- Geïndividualiseerd vervoermiddel, aangepast aan de handicap, naar een geconventioneerd revalidatiecentrum, aangepast persoonlijk voertuig	0773150	0773161

(☞31)(*) Geschrapt vanaf 1/12/2011.

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode	
	Ambulant	Gehosp.
(€ 4) Geïndividualiseerd vervoermiddel, aangepast aan de handicap (overeenkomsten “mobiliteitshulpmiddelen (7.90)) :		
- Voertuig van de inrichting of privé transporteur	0770394	0770405
- Aangepast voertuig van de rechthebbende	0770416	0770420
(€ 4) 5bis. Verstrekkingen R30-R60 in het kader van revalidatieovereenkomst 9.50		
- multidisciplinaire revalidatie 60 minuten	0776156	0776160
- multidisciplinaire revalidatie 120 minuten	0776171	0776182
(€ 7) Verstrekkingen R30-R60 in het kader van revalidatieovereenkomst 9.51		
- multidisciplinaire revalidatie 60 minuten	0776473	0776484
- multidisciplinaire revalidatie 120 minuten	0776495	0776506
(€ 8) Deze prestaties kaderen binnen een revalidatie-overeenkomst en dienen derhalve onder het factuurtype 5 of 6 (R 20 Z 10) en de dienstcode 770 (R 50 Z 13) gefactureerd te worden.		
(€ 12) 5ter. Participatiehonoraria in het kader van de overeenkomst met de referentiecentra voor chronische pijn		
- participatiehonorarium huisarts	0783414	0783425
- participatiehonorarium geneesheer-specialist	0783436	0783440
Deze prestaties kaderen binnen een revalidatie-overeenkomst en dienen derhalve onder het factuurtype 5 of 6 (R 20 Z 10) en de dienstcode 770 (R 50 Z 13) gefactureerd te worden.		
6. a) Desinfecterende baden bij brandwonden :		
- Globaal	-	0754526
- Geïsoleerde brandwonde op één der 4 ledematen	-	0754541
b) Parenterale voeding ten huize van de patiënt		
(€ 4) Zakken “op maat” voor volwassenen	0751354	-
(€ 4) Zakken “op maat” voor kinderen	0751376	-
(€ 4) Industriële pre-mengsels	0751391	-
(€ 4) Zakken “perdialyse”	0751413	-
c) Steriele insulinespuiten	0754736	-
d) Enterale voeding die ten huize van de patiënt via sonde wordt toegediend		
(€ 4) - Toediening van een polymeer product	0751251	-
(€ 4) - Toediening van een semi-elementair product	0751273	-
(€ 4) - Toediening van materiaal zonder pomp	0751295	-
(€ 4) - Toediening van materiaal met pomp	0751310	-
(€ 4) - Toediening pomp	0751332	-
e) Haarprothese in geval van kaalhoofdigheid door		
- radiotherapie en/of antimetabole chemotherapie	0755414	0755425
- alopecia areata	0755436	0755440
(€ 9) - cicatriciële alopecia van fysisch-chemische, traumatische of inflammatoire oorsprong	0755451	0755462
(€ 9) - cicatriciële alopecia van radiotherapeutische oorsprong	0754154	0754165
(€ 38) f) Overeenkomsten art. 56		
- behandeling kinderen met ernstige afkeer van orale voeding	0751472 (*)	-
- 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 ^{de} maand) kinderen van 0 tot en met 17 jaar	0751855	-
- opvolging (vanaf 4 ^{de} maand) andere rechthebbenden	0751892	-
7. Forfaitair persoonlijk aandeel inzake speciale medisch-technische prestaties	-	0700000
8. a) Artikel 35, categorie 5 :		
• Neurostimulator en toebehoren ingeplant voor de behandeling van onregelmatige bewegingen :		

(€ 38) (*) Deze code is geldig tot en met 31/12/2012.

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode	
	Ambulant	Gehosp.
(☞ 4) - ingeplante neurostimulator	0698552	0698563
(☞ 4) - ingeplante neurostimulator – Vervanging	0698574	0698585
(☞ 4) - ingeplante elektrode (per stuk)	0698596	0698600
(☞ 4) - ingeplante elektrode – Vervanging (per stuk)	0698611	0698622
(☞ 4) - elektrode in geval van negatieve proefstimulatie (per stuk)	0698633	0698644
(☞ 4) - extensie	0698655	0698666
(☞ 4) - extensie – Vervanging (per stuk)	0698670	0698681
(☞ 4) - programmer	0698692	0698703
(☞ 14) - Ingeplante heroplaadbare neurostimulator	0698876	0698880
(☞ 14) - Ingeplante heroplaadbare neurostimulator - Vervanging	0698891	0698902
• Materiaal voor ventrikelondersteuning (kunsthart) gebruikt in geval van bridge-to-transplant	0684714	0684725
(☞ 27) Alle toebehoren nodig om het materiaal voor ventrikelondersteuning in geval van “bridge-to-transplant” correct te laten werken voor een ambulante patiënt gedurende het eerste jaar van de ondersteuning (per maand)	0701035	
(☞ 27) Alle toebehoren nodig om het materiaal voor ventrikelondersteuning in geval van “bridge-to-transplant” correct te laten werken voor een ambulante patiënt na het eerste jaar van de ondersteuning (per maand)	0701050	
• Nervusvagusstimulator:		
- Stimulator	0684810	0684821
- Elektrode en toebehoren	0684832	0684843
• Neurostimulator bij chronische kritieke niet opereerbare ischemie van de onderste ledematen :		
- voor de neurostimulator	0686232	0686243
- voor de elektrode	0686254	0686265
- voor de extensie	0686254	0686265
- voor de elektrode bij negatieve proefstimulatie	0686276	0686280
- Neurostimulator – Hernieuwing in geval van end of life	0688251	0688262
- Neurostimulator – Hernieuwing in geval van infectie	0688273	0688284
- Elektroden en toebehoren – Hernieuwing in geval van end of life	0688295	0688306
- Elektroden en toebehoren – Hernieuwing in geval van infectie	0688310	0688321
(☞ 30) • Neurostimulator ingeval van obsessieve-compulsieve stoornis (OCS):		
- eerste neurostimulator in geval van OCS	0697933	0697944
- eerste bijkomende neurostimulator in geval van OCS	0703511	0703522
- vervangingsneurostimulator in geval van OCS	0703533	0703544
- bijkomende vervangingsneurostimulator in geval van OCS	0703555	0703566
- eerste heroplaadbare neurostimulator in geval van OCS	0703570	0703581
- heroplaadbare vervangingsneurostimulator in geval van OCS	0703592	0703603
- elektroden en toebehoren	0697955	0697966
- elektrode in geval van negatieve test (per stuk)	0703614	0703625

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode	
	Ambulant	Gehosp.
(☞ 31) • Gefenestreeerde en/of vertakte endoprothese	0703415	0703426
(☞) • Contralateraal cochleair implantaat, met inbegrip van externe microfoon, spraakprocessor en geluidstransmissiesysteem	0685333	0685344
(☞ 26) • Coronaire drug eluting stent	0686453(**)	0686464(**)
(☞ 7) • Implanteerbare hartmonitor inclusief toebehoren	0693910	0693921
(☞ 19) • Percutaan implanteerbare klepstent in rechter ventrikel outflow tract inclusief toebehoren	0691950	0691961
(☞ 7) b) Artikel 35bis, categorie 3 :		
Geheel van gebruiksmateriaal, inclusief het gebruik van het toestel, voor het uitvoeren van één detoxificatie dialyse sessie bij leverpathologie	0740272	0740283
(☞ 12) Geheel van het gebruiksmateriaal voor het uitvoeren van een totale prostatectomie inclusief exeresis van het vesiculair blok met urethro-vesicaal hechten via endoscopische robot-geassisteerde chirurgie	0777114	0777125
(☞ 29) Disposable probe voor de peroperatieve behandeling van voorkamerfibrillatie	0703496	0703500

(☞ 26) (**) Geschrapd vanaf 1/4/2011.

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode	
	Ambulant	Gehosp.
c) Afleveringsmarge van implantaten; deze marge moet gefactureerd worden op het zelfde moment van de corresponderende verstrekkingen uit art. 28, §1, art. 35 of art. 35bis, §1 of de verstrekkingen		
(☞ 5) m.b.t. de implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes zoals vermeld onder punt e)		
- voor de verstrekkingen van art. 28, §1	0618715	0618726
- voor de verstrekkingen van art. 35, categorie 1, 2 en 5, en voor de implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes	0685812	0685823
- voor de verstrekkingen van art. 35, categorie 3 en 4	0685834	0685845
(☞ 7) - voor de verstrekkingen van art. 35bis, categorie 1, 2 en 3	0685856	0685860
(☞ 11) -voor spraakprothesen (zie art. 3, 3° van de overeenkomst met de verstrekkers van implantaten)	0785352 (*)	0785363 (*)
(☞ 12) -voor implanteerbare hartdefibrillatoren – compensatie levensduur	0699915	0699926
Het bedrag van de afleveringsmarge wordt geplafonneerd.		
(☞ 1) Ingeval het grensbedrag van toepassing is op de som van de afleveringsmarges berekend op meerdere nomenclatuurcodes 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.		
(☞ 1) 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.		
(☞ 12) 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.		
(☞ 38) d) Voortijdige hernieuwing van de hartstimulator.	0684655 (***)	0684666 (***)
(☞ 11) e) Implanteerbare hartdefibrillator	0691633	0691644
Implanteerbare vervangingshartdefibrillator	0691655	0691666
Elektrode 1 coil, shock only (SVC)	0691692	0691703
Elektrode 1 coil en sense/pace	0691714	0691725
Elektrode 2 coils en sense/pace	0691736	0691740
Subcutane patch	0691751	0691762
Subcutane elektrode	0691773	0691784
Endocardiale uni- of bipolaire of myocardiale pacemaker-elektrode	0691795	0691806
Single-pass pacemaker-elektrode (VDD)	0691810	0691821
(☞ 27)Endoveneus geplaatste linkerventrikel resynchronisatie-elektrode via percutane weg	0691832	0691843
(☞ 27)Epicardiaal geplaatste linkerventrikel resynchronisatie-elektrode via chirurgische weg door middel van thoracoscopie of thoracotomie	0691854	0691865
Supplement voor upgradering van de resynchronisatie-hartdefibrillator	0691670	0691681
(☞ 12) Implanteerbare hartdefibrillator – compensatie levensduur	0699930	0699941
(☞ 7, 8) Deze prestaties kaderen binnen een revalidatie-overeenkomst en dienen derhalve onder het factuurtype 5 of 6 (R 20 Z 10) en de dienstcode 770 (R 50 Z 13) gefactureerd te worden. 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).		
(☞ 18) Voor de LCM moeten de documenten, in het kader van REFAC, naar het uniek contactpunt gestuurd worden.		
(☞ 7) f) Veiligheidsgrens van implantaten(**).	0618730	0618741
Voor prestaties vanaf 1/7/2008 moet het bedrag dat als veiligheidsgrens aan de rechthebbende aangerekend wordt via een afzonderlijke record gefactureerd worden (analoog aan de afleveringsmarge). Het bedrag wordt in Z 27 vermeld. De (pseudo-)nomenclatuurcode van het implantaat wordt meegedeeld als betrekkelijke verstrekking.		
Indien er geen veiligheidsgrens is, dan wordt er geen record “veiligheidsgrens” aangemaakt.		
9. Forfaitaire honoraria voor verpleegkundige zorgen zie recordtype 50 zone 3 naast normwaarde "9".		
(☞ 11)(*) Deze afleveringsmarge is ten laste van de verplichte ziekteverzekering. Het bedrag moet dus in <u>zone 19</u> vermeld worden.		
(☞ 7) (**) supplement dat aan de rechthebbende wordt aangerekend als veiligheidsgrens, zoals gedefinieerd in het artikel 35, § 4, en het artikel 35 bis, § 4, van de nomenclatuur		
(☞ 38) (***) Deze pseudo-code is geldig voor prestaties verricht tot en met 31/10/2012. Voor prestaties verricht vanaf 1/11/2012 moet de nomenclatuurcode 703636-703640 gebruikt worden		

Codificatie van gipsbanden en ander gipsmateriaal, van bloed en bloedplasma voor transfusie en van moedermelk.

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode			
	Ambulant		Gehospitaliseerd	
	100 %	75 % (*)	100 %	75 % (*)
<u>GIPS- OF ORTHOPEDISCH TOESTEL</u>				
a) Hoofd :				
Schedelhelm	0690012	0692016	0690023	0692020
b) Hals :				
- Halsband van Schanz	0690034	0692031	0690045	0692042
- Minerve-halsband	0690056	0692053	0690060	0692064
- Minerve met thoraxkorset	0690071	0692075	0690082	0692086
c) Romp :				
- Korset tot onder de schouderbladen	0690093	0692090	0690104	0692101
- Korset voor gans de romp zonder de schouders tot onder de schouderbladen met sternumsteun hyperextensie brace	0690115	0692112	0690126	0692123
- Harnaskorset met gevormd schouderstuk met drukkussentje of/en regelbaar deel (Stagnara-Hessin)	0690130	0692134	0690141	0692145
- Lumbostaat	0690152	0692156	0690163	0692160
- Milwaukee en volledig korset met minerve	0690174	0692171	0690185	0692182
- Gipsbed dat halsgewrichten tot de heupgewrichten omvat	0690196	0692193	0690200	0692204
- Gipsschaal	0690211	0692215	0690222	0692226
- Gipsschaal tot aan de bilplooï met schouderstuk	0690233	0692230	0690244	0692241
d) Bovenste ledematen (de segmenten worden samengeteld) :				
- Vinger afzonderlijk	0690255	0692252	0690266	0692263
- Hand	0690270	0692274	0690281	0692285
- Hand en vingers	0690292	0692296	0690303	0692300
- Pols en onderarm	0690314	0692311	0690325	0692322
- Arm	0690336	0692333	0690340	0692344
- Arm en schouder	0690351	0692355	0690362	0692366
- Aeroplane	0690373	0692370	0690384	0692381
- Thorax	0690395	0692392	0690406	0692403
- Thoracobrachiaal	0690410	0692414	0690421	0692425

(☞ 32) (*) De pseudo-codes betreffende de tegemoetkoming aan 75% zijn geschrapt vanaf 1/3/2012.

	(*)	(*)
e) Onderste ledematen (de segmenten worden samengeteld) :		
- Voet	0690432 0692436	0690443 0692440
- Voet en been tot de helft van het been	0690454 0692451	0690465 0692462
- Voet en been tot en met de tibiaplateaus	0690476 0692473	0690480 0692484
- Been en dij	0690491 0692495	0690502 0692506
- Dij en heupbeen tot en met de voet	0690513 0692510	0690524 0692521
- Bekken tot en met voet, enkelvoudig	0690535 0692532	0690546 0692543
- Bekken tot en met voet, dubbel	0690550 0692554	0690561 0692565
- Thorax tot en met voet, enkelvoudig	0690572 0692576	0690583 0692580
- Thorax tot en met voet, dubbel	0690594 0692591	0690605 0692602
- Bekken, één dij (broek)	0690616 0692613	0690620 0692624
- Bekken, beide dijnen (broek)	0690631 0692635	0690642 0692646
 Prothese :		
- Materiaal voor laars van una voor extensie	0690653 0692650	0690664 0692661

AFGIETSEL

a) Hoofd :		
- Schedelhelm	0690675 0692672	0690686 0692683
- Schedelplaat	0690690 0692694	0690701 0692705
b) Hals :		
- Halsband van Schanz	0690712 0692716	0690723 0692720
- Minerve-halsband	0690734 0692731	0690745 0692742
- Minerve met thoraxcorselet	0690756 0692753	0690760 0692764
c) Romp :		
- Korset tot onder de schouderbladen	0690771 0692775	0690782 0692786
- Korset voor gans de romp zonder de schouders tot onder de schouderbladen met sternumsteun hyperextensie brace	0690793 0692790	0690804 0692801
- Harnaskorset met gevormd schouderstuk met drukkussentje of/en regelbaar deel (Stagnara-Hessin)	0690815 0692812	0690826 0692823
- Lumbostaat	0690830 0692834	0690841 0692845
- Milwaukee en volledig korset met minerve	0690852 0692856	0690863 0692860
- Gipsbed dat halsgewrichten tot de heupgewrichten omvat	0690874 0692871	0690885 0692882
- Gipsschaal	0690896 0692893	0690900 0692904
- Gipsschaal tot aan de bilplooï met schouderstuk	0690911 0692915	0690922 0692926

(☞ 32) (*) De pseudo-codes betreffende de tegemoetkoming aan 75% zijn geschrapt vanaf 1/3/2012.

	(*)	(*)
d) Bovenste ledematen (de segmenten worden samengeteld) :		
- Vinger afzonderlijk	0690933 0692930	0690944 0692941
- Hand	0690955 0692952	0690966 0692963
- Hand en vingers	0690970 0692974	0690981 0692985
- Pols en onderarm	0690992 0692996	0691003 0693000
- Arm	0691014 0693011	0691025 0693022
- Arm en schouder	0691036 0693033	0691040 0693044
- Aeroplane	0691051 0693055	0691062 0693066
- Thorax	0691073 0693070	0691084 0693081
- Thoracobrachiaal	0691095 0693092	0691106 0693103
 Prothesen :		
- Volledige of gedeeltelijke amputatie van de hand	0691110 0693114	0691121 0693125
- Polsexarticulatie	0691132 0693136	0691143 0693140
- Amputatie van de onderarm	0691154 0693151	0691165 0693162
- Elleboogexarticulatie	0691176 0693173	0691180 0693184
- Amputatie van arm	0691191 0693195	0691202 0693206
- Schouderexarticulatie	0691213 0693210	0691224 0693221
 e) Onderste ledematen (de segmenten worden samengeteld) :		
- Voet	0691235 0693232	0691246 0693243
- Voet en been tot de helft van het been	0691250 0693254	0691261 0693265
- Voet en been tot en met de tibiaplateaus	0691272 0693276	0691283 0693280
- Been en dij	0691294 0693291	0691305 0693302
- Dij en heupbeen tot en met de voet	0691316 0693313	0691320 0693324
- Bekken tot en met voet, enkelvoudig	0691331 0693335	0691342 0693346
- Bekken tot en met voet, dubbel	0691353 0693350	0691364 0693361
- Thorax tot en met voet, enkelvoudig	0691375 0693372	0691386 0693383
- Thorax tot en met voet, dubbel	0691390 0693394	0691401 0693405
- Bekken, één dij (broek)	0691412 0693416	0691423 0693420
- Bekken, beide dijnen (broek)	0691434 0693431	0691445 0693442
 Prothesen :		
- Gedeeltelijke amputatie van voet	0691456 0693453	0691460 0693464
- Amputatie Chopart, Ricard, Pyrogoff, Syme	0691471 0693475	0691482 0693486
- Klassieke amputatie van tibia en P.T.B.	0691493 0693490	0691504 0693501
- Knieëxarticulatie	0691515 0693512	0691526 0693523
- Amputatie van het been onder de gebogen knie	0691530 0693534	0691541 0693545
- Amputatie van de dij	0691552 0693556	0691563 0693560
- Heupexarticulatie	0691574 0693571	0691585 0693582
- Orthopedische schoeisels, per voet	0691596 0693593	0691600 0693604
- Orthopedische zolen, per voet	0691611 0693615	0691622 0693626

(☞ 32) (*) De pseudo-codes betreffende de tegemoetkoming aan 75% zijn geschrapt vanaf 1/3/2012.

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode	
	Ambulant	Gehosp.
(☞ 12) <u>Tegemoetkoming in de kosten van menselijk volbloed en sommige labiele bloedproducten</u>		
(☞ 18) (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>Erythrocytenconcentraat autooloog</u>		
per toegediende eenheid erythrocytenconcentraat autooloog	0752533(*)	0752544(*)
<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
(☞ 12) c) autologe eenheid: per afgenomen eenheid	0752555	0752566
(☞ 12) <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
(☞ 12) b) per eenheid van minimaal 4×10^{11} bloedplaatjes	0752614	0752625
(☞ 12) <u>Gedeleukocyteerd bloedplaatjes-concentraat bestraald</u>		
a) per eenheid van $0,5 \times 10^{11}$ bloedplaatjes	0752636	0752640
b) per eenheid van minimaal 4×10^{11} bloedplaatjes	0752651	0752662
(☞ 12) <u>Gedeleukocyteerd bloedplaatjes-concentraat pathogeengereducerd</u>		
a) per eenheid van $0,5 \times 10^{11}$ bloedplaatjes	0752673	0752684
b) per eenheid van minimaal 4×10^{11} bloedplaatjes	0752695	0752706
<u>Gedeleucocyteerd ééndonor bloedplaatjesconcentraat</u>		
bloedplaatjesconcentraat dat minstens $4 \cdot 10^{11}$ bloedplaatjes bevat vóór deleucocytering en maximum $1 \cdot 10^6$ leucocyten na deleucocytering, filter inbegrepen	0752511(*)	0752522(*)
<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
Moedermelk (in ml.)	0695052	0695063

(*) tot en met 23/07/2009

Codificatie van de therapeutisch aangewende geneeskundige radioactieve isotopen.

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode	
	Ambulant	Gehosp.
A. Ingekapselde bronnen :		
Fosfor 32 (P 32)	0698014	0698025
Goud 198, korrels (Au 198)	0698036	0698040
Iridium 192, korrels 192 (Ir 192)	0698051	0698062
Tantalium 182, korrels (Ta 182)	0698073	0698084
Yttrium 90, korrels, bolletjes en naalden (Y 90)	0698095	0698106
Tantalium 182, Iridium 192 en goud 198-draad	0698110	0698121
B. Radio-elementen en gemerkte moleculen :		
Oplossing van Na-Iodide I 125	0698132	0698143
Oplossing van Na-Iodide I 131	0698154	0698165
Capsules Na-Iodide I 131	0698176	0698180
Oplossing van colloïdaal goud Au 198	0698191	0698202
Oplossing van colloïdaal goud Au 198, kleine deeltjes	0698213	0698224
Oplossing van fosforzuur P 32	0698235	0698246
Oplossing van Na-fosfaat P 32	0698250	0698261
Suspensie van chroomfosfaat P 32	0698272	0698283
Colloïdaal complex van chroomfosfaat P 32, kleine micellen	0698294	0698305
Colloïdaal complex van chroomfosfaat P 32, grote micellen	0698316	0698320
Colloïdaal complex P 32 + Cr 51	0698331	0698342
Met I 131 gemerkte Lipiodol F.	0698353	0698364
Met I 131 gemerkte Lipiodol U.F.	0698375	0698386
Yttrium 90 in suspensie	0698390	0698401
Zirconiumfosfaat P 32 in suspensie	0698412	0698423
Serum Albumine I 131	0698434	0698445
Strontium 85 of 85 + 89, in oplossing of poeder	0698456	0698460
Samarium 153	0698471	0698482
(☞ 33) Palladium 103	0698493 (*)	0698504 (*)
Iodium 125	0698515	0698526
(☞ 3) Oplossing van Yttrium 90 chloride	0698530	0698541

(☞ 33) (*) geschrapt vanaf prestatiedatum 1/3/2012.

Codificatie van de radioisotopen, toegediend om een diagnose te stellen.

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

(☞ 36) 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.

- (☞ 6,9,18) Tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal (K.B. van 02/06/2010)
De facturering gebeurt door het ziekenhuis waar het menselijk lichaamsmateriaal gebruikt wordt als greffe (m.a.w. waar het materiaal ingeplant wordt) onder de pseudo-nomenclatuurcodes gepubliceerd in het KB van 02/06/2010.

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

- (☞ 37) 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 desbetreffend geval moet voor de facturering gebruik worden gemaakt van onderstaande pseudo-codes:

478166 : verstrekking 477120 wanneer ze uitgevoerd wordt op een opgenomen patiënt in een erkende functie voor intensieve zorg

478181: verstrekking 477142 wanneer ze uitgevoerd wordt op een opgenomen patiënt in een erkende functie voor intensieve zorg

478203 : verstrekking 478100 wanneer ze uitgevoerd wordt op een opgenomen patiënt in een erkende functie voor intensieve zorg

- (☞ 38) Overeenkomst “genetic counseling”

589750-589761: forfait voor de standaard “genetic counseling”

589772-589783: forfait voor de complexe “genetic counseling”

589794-589805: tijdelijk negatief inhaalforfait

Kinesitherapie

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

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

in artikel 7, § 12	→	gebruik van de codes voorzien in artikel 7, § 1, 3°
in artikel 7, § 13	→	gebruik van de codes voorzien in artikel 7, § 1, 4°

van de bovenvermelde nomenclatuur.

In vitro fertilisatie

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

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

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

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

(☞ 8) Forfaitair bedrag per half uur voor de tussenkomst van een Belgische MUG op Frans grondgebied in het kader van de Frans-Belgische overeenkomst inzake dringend ziekenvervoer 0793553

(☞ 36) 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 0793575

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

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

(☞ 9) Conventie leverdialyse
Detoxificatie-dialyse : eliminatie van wateroplosbare en eiwitgebonden toxines 0761972 0761983

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

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

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

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

Implantaten

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

(☞ 8) Diverse kosten in ziekenhuizen of PVT

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

(☞ 5) Diverse kosten in initiatieven voor Beschut Wonen

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

(☞ 19) Supplementen in ROB-RVT-CDV

0960551	Huisvestingskosten: éénpersoonskamer
0960573	Huisvestingskosten: tweepersoonskamer
0960595	Huisvestingskosten: gemeenschappelijke kamer
0960610	Huisvestingskosten in CDV
0960632	Huisvestingskosten: abonnement televisie
0960654	Huisvestingskosten: abonnement internet
0960676	Huisvestingskosten: kosten telefoon
0960691	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: verzorgingsmateriaal niet inbegrepen in forfait
0960713	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: incontinentiemateriaal
0960735	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: (para)farmaceutische producten
0960750	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: voedingssupplementen
0960772	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: kortingen (<i>bedrag in negatief</i>)
0960794	Andere supplementen: was
0960816	Andere supplementen: pedicure
0960831	Andere supplementen: manicure
0960853	Andere supplementen: drank
0960875	Andere supplementen niet behorend tot vorige categorieën
0960890	Transport in relatie tot gezondheidszorgen: taxi
0960912	Transport in relatie tot gezondheidszorgen: ambulance
0960934	Transport in relatie tot gezondheidszorgen: vervoer woonplaats/CDV
(☞ 21) 0960956	Kosten dokter (<i>facultatieve vermelding</i>)
(☞ 21) 0960971	Kosten kine (<i>facultatieve vermelding</i>)
(☞ 21) 0960993	Kosten labo (<i>facultatieve vermelding</i>)
(☞ 21) 0960094	Kosten polikliniek (<i>facultatieve vermelding</i>)
(☞ 25) 0961111	Korting art. 10bis overeenkomst MS (<i>bedrag in negatief</i>)
(☞ 25) 0961133	Korting art. 10bis overeenkomst ALS (<i>bedrag in negatief</i>)
(☞ 25) 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
(☞ 7) 0961214	0961225	Andere niet vergoedbare producten of diensten

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

RECORDTYPE 50 ZONE 4 VERVOLG 15

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.

(☞ 7)

	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		+0001	+0001	+0001
23	AANTAL VERSTREKKINGEN			
24	IDENTIFICATIE VOORSCHRIJVER	01/XXXXXX/CC/KKK	000000000000	000000000000
25				
(☞1) 27	PERSOONLIJK AANDEEL	+000000000	+000005222	+000001524
(☞1) 30-31	BEDRAG SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	0XXXYYYZZZZZC	000000000000	000000000000

De overige zones dienen te worden vervolledigd conform de R.I.Z.I.V.-richtlijnen.

RECORDTYPE 50 ZONE 4 VERVOLG 16

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 : 0XXXXYYYAAAAAC

- 1 stent van het type : 0XXXXYYYBBBBBC

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	0589024	0589024	0589024	0687886
18	VERSTREKKING				
19	BEDRAG V.I.	+0000000000	+0000000000	+0000020516	+0000000000
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	0000000000
25	VOORSCHRIJVER				
(☞ 1) 27	PERSOONLIJK AANDEEL	+00000000	+00000000	+00000000	+000014874
(☞ 1) 30-31	BEDRAG SUPPLEMENT	+00000000	+00000000	+00000000	+00000000
43	CODE IMPLANT	0XXXXYYYAAAAAC	0XXXXYYYBBBBBC	000000000000	000000000000

De overige zones dienen te worden vervolledigd conform de R.I.Z.I.V.-richtlijnen.

b) 4 stents worden ingeplant :

(☞ 3) - 1 stent van het type : 0XXXXYYAAAAAC, op 5/4/2004

(☞ 3) - 3 stents van het type : 0XXXXYYBBBBBC, 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
(☞ 3) 5	BEGINDATUM VERSTREKKING	20040405	20040405	20040405	20040412
(☞ 3) 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					
(☞ 1) 27	PERSOONLIJK AANDEEL	+00000000	+00000000	+000014874	+00000000
(☞ 1) 30-31	BEDRAG SUPPLEMENT	+00000000	+00000000	+00000000	+00000000
43	CODE IMPLANT	0XXXXYYAAAAAC	000000000000	000000000000	0XXXXYYBBBBBC

De overige zones dienen te worden vervolledigd conform de R.I.Z.I.V.-richtlijnen.

(☞ 13)

(☞ 26)

Onderstaand voorbeeld is geldig voor prestaties verricht tot en met 31/03/2011.

Voorbeelden over de opeenvolging van de records die betrekking hebben op de drug eluting stents (DES) (categorie 5).

Geconventioneerde verstrekker

a) 2 DES van het type XXXYYYAAAAAC worden ingeplant zonder implantatie van coronaire stents :

- Basisverstrekking : 0687875-0687886 (forfait : U1985 – 2050,16 EUR)
- Supplement voor DES : 0686453-0686464 (forfait : U 968,22 – 1000 EUR)

(☞ 13)

(☞ 13)

R	50	50	50	50 (2 X)	50	50
ZONE	VERSTREKKINGEN					
1	RECORDTYPE	50	50	50	50	50
3	NORM VERSTREKKING	0	0	9	0	0
4	PSEUDO- NOMENCLATUURNUMMER	0687886	0685823	0686464	0686464	0685823
5	BEGINDATUM VERSTREKKING	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201
6	EINDDATUM VERSTREKKING	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201
15	VERSTREKKER	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
17	BETREKKELIJKE					
18	VERSTREKKING	0589024	0687886	0687886	0687886	0686464
19	BEDRAG V.I.	+00000205016	+00000000000	+00000000000	+00000100000	+00000000000
20						
21	DATUM VOORSCHRIFT	20031130	00000000	20031130	20031130	00000000
22						
23	AANTAL VERSTREKKINGEN	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001
24	IDENTIFICATIE VAN DE					
25	VOORSCHRIJVER	01/XXXXX/CC/KKK	000000000000	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	000000000000
(☞ 1)	27	PERSOONLIJK AANDEEL	+000000000	+000014874	+000000000	+000000000
(☞ 1)	30-31	BEDRAG SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
	43	CODE IMPLANT	999999000034	000000000000	XXXYYYAAAAAC	000000000000
(☞ 13)	46	NORM PLAFOND	0	7	0	7

De overige zones dienen te worden vervolledigd conform de R.I.Z.I.V.-richtlijnen.

(☞ 26) Onderstaand voorbeeld is geldig voor prestaties verricht tot en met 31/03/2011.

b) 2 DES van het type XXXYYYAAAAAC worden ingeplant met implantatie van 2 coronaire stents van het type XXXYYYBBBBBC :

- Basisverstrekking : 0687875-0687886 (forfait : U1985 – 2050,16 EUR)
- Supplement voor DES : 0686453-0686464 (forfait : U 968,22 – 1000 EUR)

(☞ 13)

(☞ 13)

R	50	50 (2 X)	50	50	50 (2 X)	50	50
ZONE	VERSTREKKINGEN						
1	RECORDTYPE	50	50	50	50	50	50
3	NORM VERSTREKKING	9	0	0	9	0	0
4	PSEUDO-NOMENCLATUURNUMMER	0687886	0687886	0685823	0686464	0686464	0685823
5	BEGINDATUM VERSTREKKING	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201
6	EINDDATUM VERSTREKKING	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201
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	BETREKKELIJKE						
18	VERSTREKKING	0589024	0589024	0687886	0687886	0687886	0686464
19	BEDRAG V.I.	+0000000000	+00000205016	+0000000000	+0000000000	+00000100000	+0000000000
20							
21	DATUM VOORSCHRIFT	20031130	20031130	00000000	20031130	20031130	00000000
22							
23	AANTAL VERSTREKKINGEN	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001
24	IDENTIFICATIE VAN DE						
25	VOORSCHRIJVER	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	00000000000	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	00000000000
(☞ 1) 27	PERSOONLIJK AANDEEL	+000000000	+000000000	+000014874	+000000000	+000000000	+000000000
(☞ 1) 30-31	BEDRAG SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	XXXYYYBBBBBC	00000000000	00000000000	XXXYYYAAAAAC	00000000000	00000000000
(☞ 13) 46	NORM PLAFOND	0	0	7	0	0	7

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: 0XXXYYYAAAAAC
- 1 DES 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	0680326	0680326	0680326	0685823
5	BEGINDATUM VERSTREKKING	20110701	20110701	20110701	20110701
6	EINDDATUM VERSTREKKING	20110701	20110701	20110701	20110701
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	0589024	0589024	0589024	0680326
18	VERSTREKKING				
19	BEDRAG V.I.	+000000000000	+000000000000	+00000211419	+000000000000
20	DATUM VOORSCHRIFT	20110630	20110630	20110630	00000000
21					
22	AANTAL VERSTREKKINGEN	+0001	+0001	+0001	+0001
23					
24	IDENTIFICATIE VAN DE	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	000000000000
25	VOORSCHRIJVER				
27	PERSOONLIJK AANDEEL	+000000000	+000000000	+000000000	+000014874
30-31	BEDRAG SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	0XXXYYYAAAAAC	0XXXYYYBBBBBC	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 mini invasieve hartheelkunde (zie beschrijving werkwijze in R 50 Z 3 V 4)

3 elementen (arteriële canule) : 1 element met code implant 0XXXXYYAAAAAC + 2 elementen met code implant 0YYYYZZAAAAAC

2 elementen (veneuze drainage) : 1 element met code implant 0XXXXYYBBBBBC + 1 element met code implant 0XXXXZZBBBBBC

arteriële canules							veneuze drainage							
R	50	statistische record	statistische record	statistische record	facturatierecord	veiligheidsgrens	OF	50	statistische record	statistische record	facturatierecord	veiligheidsgrens	OF	50
Zone	Verstrekingen	50	50	50	50	50		50	50	50	50	50		50
1	recordtype	50	50	50	50	50		50	50	50	50	50		50
3	norm verstreking	9	9	9	0	0		6	9	9	0	0		6
4	pseudo-nomenclatuurnr	689765	689765	689765	689765	618741		689765	689780	689780	689780	618741		689780
5	begindatum verstreking	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201		20081201	20081201	20081201	20081201	20081201		20081201
6	einddatum verstreking	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201		20081201	20081201	20081201	20081201	20081201		20081201
15	verstrekker	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300		06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300		06/XXXX/CC/300
16	norm verstrekker	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1
17-18	betrekkelijke verstreking	0	0	0	0	689765		0	0	0	0	689780		0
19	bedrag VI	0	0	0	terugbetaling	0		som(prijzen)	0	0	terugbetaling	0		som(prijzen)
20-21	datum voorschrift	20081010	20081010	20081010	20081010	0		20081010	20081010	20081010	20081010	0		20081010
22-23	aantal verstrekingen	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001		+0001	+0001	+0001	+0001	+0001		+0001
24-25	identificatie van de voorschrijver	01/XXXX/CC/KKK	01/XXXX/CC/KKK	01/XXXX/CC/KKK	01/XXXX/CC/KKK	000000000000		01/XXXX/CC/KKK	01/XXXX/CC/KKK	01/XXXX/CC/KKK	01/XXXX/CC/KKK	000000000000		01/XXXX/CC/KKK
27	persoonlijk aandeel	0	0	0	0	som(prijzen) - bedrag vi		0	0	0	0	som(prijzen) - bedrag vi		0
30-31	bedrag supplement	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0
43	code implant	0XXXXYYAAAAAC	0YYYYZZAAAAAC	0YYYYZZAAAAAC	000000000000	000000000000		000000000000	0XXXXYYBBBBBC	0XXXXZZBBBBBC	000000000000	000000000000		000000000000

Opmerking: de afleveringsmarge werd niet opgenomen in dit voorbeeld, maar wordt gefactureerd volgens de gewone regels (zie R 50 Z 4 V 5 BIS en R 50 Z 46)

Voorbeeld van een opeenvolging van records met betrekking tot een combinatie van visco-elastische producten in het geval dat de betrokken producten opgenomen zijn in de lijsten betreffende de verstrekkingen [0682415-0682426 of 0682430-0682441] en [0682452-0682463 of 0682474-0682485]

Combinatie van een visco-elastisch product op basis van hyaluronzuur met een viscositeit lager dan 1.000.000 centipoise met een visco-elastisch product op basis van hyaluronzuur met een viscositeit hoger dan 1.000.000 centipoise of op basis van chondroïtine, met een totaalvolume van 0,8 ml tot en met 1,2 ml, ongeacht de verpakking : 0682511-0682522 U82

Terugbetaling (forfait) : € 63,37

Afleveringsmarge : € 6,33

De gebruikte producten zijn :

- 1 product van het type : 119002000205 opgenomen in de lijst betreffende prestatie 682415-682426

- 1 product van het type : 119004000132 opgenomen in de lijst betreffende prestatie 682452-682463

R	50	50	50	50	50	
ZONE	VERSTREKKINGEN					
1	RECORDTYPE	50	50	50	50	
3	NORM VERSTREKKING	9	9	0	0	
4	PSEUDOCODE	0682511	0682511	0682511	0685856	
5	BEGINDATUM VERSTREKKING	20091103	20091103	20091103	20091103	
6	EINDDATUM VERSTREKKING	20091103	20091103	20091103	20091103	
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	0245055	0245055	0245055	0682511	
18	VERSTREKKING					
19	BEDRAG V.I.	+0000000000	+0000000000	+0000000637	+0000000000	
20	DATUM VOORSCHRIFT	20091102	20091102	20091102	00000000	
21						
22	AANTAL	+0001	+0001	+0001	+0001	
23	PRESTATIES					
24	IDENTIFICATIE	01/XXXXXX/CC/KKK	01/XXXXXX/CC/KKK	01/XXXXXX/CC/KKK	000000000000	
25	VOORSCHRIJVER					
(1)	27	PERSONLIJK AANDEEL	+0000000000	+0000000000	+0000000000	+0000000633
(1)	30-31	BEDRAG SUPPLEMENT	+0000000000	+0000000000	+0000000000	+0000000000
	43	CODE IMPLANTAAT	0119002000205	0119004000132	000000000000	000000000000

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 implantaat 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 implantaat 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 implantaat	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.

(1) 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

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 verstrekking	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/xxxx/cc/300	06/xxxx/cc/300	06/xxxx/cc/300	06/xxxx/cc/300	06/xxxx/cc/300	06/xxxx/cc/300	06/xxxx/cc/300
16	Norm verstrekker	1	1	1	1	1	1	1
17-18	Betrekkelijke verstrekking	0000000	0637921	0000000	0000000	0000000	0000000	0638245
19	Bedrag VI	+00000013014	+00000000000	+000000000000	+000000000000	+000000000000	+00000123940	+000000000000
20	Datum voorschrift	20100730	00000000	20100730	20100730	20100730	20100730	00000000
22	Aantal	+0002	+0002	+0004	+0004	+0004	+0004	+0004
24-25	Identificatie voorschrijver	01/xxxx/cc/kkk	0	01/xxxx/cc/kkk	01/xxxx/cc/kkk	01/xxxx/cc/kkk	01/xxxx/cc/kkk	0
27	Persoonlijk aandeel	+000000000	+000005700	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000009174
30-31	Supplement	+000043998	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000116488	+00000000
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.

R	50	50	50	50	50	50	50	50	50
ZONE		(5)	(5)	(5)		(9)			
1	RECORDTYPE	50	50	50	50	50	50	50	50
3	NORM	9	9	9	0	9	0	0	0
4	(PSEUDO-) NOMENCLATUUR	0426635	pseudo-code (4) art 8, § 5, 3°	pseudo-code (4) art 8, § 5bis, 5°,d)	forfait (1)	pseudo-code art 8, § 9	specifieke technische zorgen + eventueel 0424395, 0424690, 0424852, 0429015, 0428035, 0428050, 0428072	rurale reis	Diabetes- nomenclatuur of zorgtraject diabetes
5	BEGIN DATUM	dag 1	dag 1	dag 1	dag 1	Indien uitgevoerd dag 1	indien uitgevoerd dag 1	indien uitgevoerd dag 1	indien uitgevoerd dag 1
15	VERSTREKKER	04XXXXXXCC4XX (3)	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX
17-18	BETREKKELIJKE VERSTREKKING	forfait (1)	forfait (1)	forfait (1')	0426613 (2)	0427534, 0427556 of 0427571	0	0	0
19	BEDRAG V.I.	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	VOORSCHRIJVER	0	indien vereist	0	indien vereist	vereist	vereist (7)	0	vereist (8)
27	PERSOONLIJK AANDEEL	0	0	0	bedrag	0	bedrag	bedrag	Bedrag (indien nomenclatuur) of nul (indien zorgtraject)

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

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

(2) mogelijk, niet noodzakelijk.

(3) identiek aan record met forfait.

(4) de volgorde van de 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)

(10) (7) behalve voor 0424395, 0424690 en 0424852, 0429015 en 0428035, 0428050, 0428072 waar geen doktersvoorschrift vereist is.

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

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

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

Volgorde records 50 voor 1 patiënt.

Record	dag	nomenclatuur	opmerking
50	1	palliatieve pseudo-code voorafgegaan met normcode "9" in zone 3 meerdere palliatieve pseudo-codes mogelijk	indien PN aangerekend en prestatie van art 8, §5bis,5°,d)
50	1	supplementair honorarium PN	indien palliatieve patiënt 1 per dag
50	1	basisverstrekking	verplicht
50	1	zorgen	verplicht, indien geen specifieke technische verzorging
50	1	zorgen	indien uitgevoerd
50	1	zorgen	indien uitgevoerd
...		max 6 zorgen-records	
...			
...		meerdere blokken basis + zorgen toelaten	
...			
(☞ 34) 50	1	pseudo-code(s) met normcode "9" in zone 3	indien 427534, 427556 of 427571 aangerekend en prestatie van art. 8, §9
(☞ 33) 50	1	specifieke technische zorgen + eventueel 0424395, 0424690, 0424852, 0424874, 0424896, 0429015	indien uitgevoerd
50	1	rurale reis meerdere records rurale reis mogelijk	indien uitgevoerd
(☞ 10) 50	1	diabetesnomenclatuur of zorgtraject diabetes	indien uitgevoerd
(☞ 36) <u>OPGELET</u> :		onderstaande verstrekkingen kunnen volledig autonoom voorkomen, d.w.z. zonder voorafgaande of volgende records 50 :	
		- alle diabetesnomenclatuur behalve de 0423231/334 (opvolgingshonorarium diabetes), die altijd gepaard gaat met minstens een insuline-injectie,	
		- vanaf 1 juni 2004 de codes 0424395/690/852 (bezoek referentie verpleegkundige specifieke wondzorg).	
(☞ 9)		- vanaf 1 februari 2009 de code 0429015 (verpleegkundig consult).	
(☞ 33)		- vanaf 1 juni 2012 de code 0424896 (verpleegkundig advies en overleg in functie van de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen).	
(☞ 10)		- de verstrekkingen in het kader van het zorgtraject "diabetes".	

50	2	palliatieve pseudo-code voorafgegaan	...
enz...			

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

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

Invulling

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

Technische prestatie (kolom 2).

Er zijn 3 gevallen mogelijk:

* prestatie behoort tot groep 1 (hygiënische zorg).

Invulling

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

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

Invulling

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

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

Invulling

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

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

Invulling

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

opmerking :

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

Forfaitair honorarium (kolom 4).

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

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige van de eerste basisverstrekking
(☞17) verscheidene verstrekkers	:	waarde 1 of 9(*)
(☞17) datum voorschrift	:	datum 703 of MyCarenetbericht 410000 (forfait-aanvraag)
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	<ul style="list-style-type: none"> • 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

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

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

Invulling

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

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

Specifieke technische prestatie (kolom 6).

(☞ 9,23) Steeds op doktersvoorschrift, behalve voor de codes 0424395/690/852 (bezoek referentieverpleegkundige specifieke wondzorg), 0429015 (verpleegkundig consult) en 428035, 428050, 428072 (herhaaldelijke noodzakelijke verstrekking bij zeer afhankelijke patiënt) waar geen doktersvoorschrift vereist is.

(☞ 9,23) De codes 0424395/690/852, 0429015 en 428035, 428050, 428072 worden ook in deze rubriek opgenomen gezien ze (analoog aan een STZ) bovenop het dagplafond betaald worden.

Invulling

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

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

Rurale reisvergoeding (kolom 7).

Is gebonden aan huisbezoek (wordt niet voorgeschreven).

Invulling

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

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

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

Invulling

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

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

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

Palliatieve zorgen – supplementair honorarium PN.Invulling

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

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

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

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

Invulling

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

Technische prestatie.

Er zijn 2 gevallen mogelijk :

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

Invulling

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

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

Invulling

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

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

Invulling

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

Specifieke technische prestatie.

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

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

Invulling

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

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

Rurale reisvergoeding.

Is gebonden aan een huisbezoek (wordt niet voorgeschreven).

Invulling

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

(☞ 10)DIABETES-nomenclatuur of zorgtraject diabetes

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

Invulling

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

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

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

Verpleegkundige zorgen : prestaties verricht tijdens het week-end.

1. enkel om organisatorische redenen

basisverstrekking week
 nomenclatuur week - tarief week
 plafond week

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

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

b) gemengd tijdens 1 zitting verantwoord en om organisatorische redenen

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

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

Addendum: Vragen en antwoorden in verband met Conventie 1/7/2003

DIABETES

1. In de conventie staat er niet dat de DIABETES-nomenclatuur niet meespeelt bij de bepaling dagplafond of bovenop de gewone forfaits komt. Mogen we aannemen dat de DIABETES-nomenclatuur volledig los staat van de rest?

De diabetes-nomenclatuur speelt niet mee bij de bepaling van het dagplafond. Verder mogen de verstrekkingen 423135, 423150, 423172 en 423194 niet geattesteerd worden in hoofde van patiënten bij wie de forfaitaire of supplementaire honoraria, bedoeld in rubrieken IV en V (PALLIATIEVEN), aangerekend worden.

Bij de diabetes nomenclatuur zal meestal een technische verpleegkundige verstrekking worden aangerekend (namelijk de injectie van insuline). Bij deze technische verpleegkundige verstrekkingen kan dan een basisverstrekking worden aangerekend en deze basisverstrekking omvat de verplaatsingskosten. Het kan voorkomen dat een diabetesverstrekking alleen wordt aangerekend, dit zou evenwel heel uitzonderlijk zijn.

2. De FORF-DIABETES komen niet voor in 2° verstrekkingen weekend. Mogen ze niet op weekend gecodeerd worden?

De FORF-DIABETES mogen in het weekend gecodeerd worden met de W-waarden en nomenclatuur van 1° (weektarief).

3. De DIABETES-nomenclatuur komt niet voor in verstrekkingen 3° kabinet en 4° dagverzorgingscentra?

De diabetes-nomenclatuur komt inderdaad niet voor in de verstrekkingen 3° kabinet en 4° dagverzorgingscentra.

4. De 423135 (dossier) en de 423172 (aanwezigheid vaste verpleegkundige) vereisen geen doktersvoorschrift?

De verstrekkingen 423135 (dossier) en 423172 (aanwezigheid vaste verpleegkundige) vereisen geen doktersvoorschrift. De verstrekking 423135 kan echter enkel geattesteerd worden op voorwaarde dat er voorafgaandelijk overleg plaatsvond met de behandelend arts (huisarts of geneesheer-specialist) waarbij de doelstellingen van de verpleegkundige zorg inzake diabeteseducatie en opvolging worden besproken, en de arts beslist of hij al dan niet educatie tot zelfzorg of educatie tot inzicht voorschrijft.

WONDZORG & STZ

5. Geen voorschrift nodig voor 424255/410/550/712 (bio-toezicht) maar wel voor de bio-wondzorg als dusdanig. Dus geen voorschrift op de magneetdrager?

De verstrekkingen 424255, 424410, 424550 en 424712 (toezicht op wonde met bioactief verband) moeten inderdaad niet worden voorgeschreven, maar mogen enkel worden aangerekend tijdens de periode waarvoor het verzorgen van een wonde met bioactief verband werd voorgeschreven.

Par. 8 “nadere bepalingen inzake wondzorg” punt 2 stelt dat het toezicht op bio-wonden (424255/410/550/712) iedere andere zorgverlening tijdens die dag uitsluit. Is dit juist?

Die zorgen kunnen dus nooit voorkomen bij een forfaitaire patiënt gezien het toilet een verplichting is bij forfait. Welk nut heeft de pseudo-code 427210 dan?

De bedoeling van de verstrekkingen 424255/410/550/712 was de mogelijkheid te bieden om iets te kunnen aanrekenen indien de verpleegkundige op een bepaalde dag de patiënt enkel bezocht om de staat van het bioactiefverband te evalueren. Vandaar dat iedere andere zorgverlening tijdens dezelfde dag wordt uitgesloten.

Indien het toezicht van een bioactief verband gebeurt in het kader van een forfait, mag die verstrekking uiteraard niet worden aangerekend, maar door de pseudo-codes is het mogelijk om na te gaan of dat toezicht is gebeurd. Op die manier krijgen we een beeld van welke zorgen men verleent bij een forfait.

6. Geeft de 424395/690/852 (bezoek referentie verpleegkundige bij specifieke wondzorg) aanleiding tot een basis?

De 424395/690/852 (bezoek referentieverpleegkundige bij specifieke wondzorg) geeft vanaf 1 juni 2004 geen aanleiding meer tot een basisverstrekking bij de niet-forfaitaire patiënten (K.B. 25/04/2004, punt 2°) en geeft bijgevolg ook geen recht op rurale reisvergoeding.

7. De 424395 (bezoek referentieverpleegkundige bij specifieke wondzorg) komt niet voor in verstrekkingen 2° weekend. Mogen ze niet op weekend gecodeerd worden?

Ze mogen in het weekend gecodeerd worden met de W-waarden en nomenclatuur van 1° (weektarief).

8. Mogen de 2 soorten **Specifieke Technische Zorgen** gecumuleerd worden?

De twee soorten specifieke technische verstrekkingen mogen gecumuleerd worden.

9. De STZ-heparine-slot mag op 1 dag niet samen met gewone injectie aangerekend worden. Hebben de niet-vergoedbare injecties dan recht op een basis of niet?

De niet-vergoedbare injecties hebben geen recht op een basisverstrekking.
Ze worden niet vermeld op de magnetische drager.

Vragen en antwoorden in verband met het verpleegkundig consult in het kader van de thuisverpleging.

1. De prestatie 429015 (*verpleegkundig consult in de thuisverpleging*) komt niet voor in verstrekkingen 2° weekend. Mogen ze niet tijdens het weekend aangerekend worden?

Ze mogen in het weekend aangerekend worden met de W-waarden en nomenclatuur van 1° (weektarief).

(☞ 33) Vragen en antwoorden in verband met de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os

1. De prestaties 424874 (*wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os*) en 424896 (*verpleegkundig advies en overleg in functie van de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os*) komen niet voor in verstrekkingen 2° weekend. Mogen ze niet tijdens het weekend aangerekend worden?

Ze mogen in het weekend aangerekend worden met de W-waarden en nomenclatuur van 1° (weektarief).

RUBRIEK : DATUM EERSTE VERRICHTE VERSTREKKING**BESCHRIJVING :**

Het gaat om de datum waarop de verstrekking is verricht of de datum waarop een reeks verstrekkingen is aangevangen.

- (☞ 6) Voor prestaties vanaf 1/1/2008 is de facturatie van eenzelfde behandeling via één recordtype 50 enkel nog 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).
- (☞ 38) Voor klinische biologie, nucleaire geneeskunde in vitro, pathologische anatomie en genetische onderzoeken (zowel voor de forfaitaire honoraria per voorschrift (KB 24/9/1992) als voor de technische prestaties), moet in deze zone de datum van afname van het staal worden vermeld.
- (☞ 38) Voor de forfaits « genetic counseling » moet de datum van het eindverslag vermeld worden.
- Voor verpleegkundige zorgen moet er per prestatie een aparte record worden opgemaakt.

- (☞ 7) Voor de medische huizen moet in deze zone, voor de codes 0109616, 0509611 en 0409614, de eerste dag van de gefactureerde maand (JJJMM01) worden vermeld.
- (☞ 29) Voor de codes 0102771 en 0102852, is de datum gelijk aan JJJ0101 en voor de codes 0103272 en 0103294, is de datum gelijk aan JJJ0401
- (☞ 6) In geval van forfaitaire vergoeding voor bepaalde periode (vb. revalidatieforfaits), moet de begindatum van de periode worden meegegeven.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 17**WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :**

Controle : geldige datum.

Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen

0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016 : datum voorschrift;

- (☞ 38) 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;
- (☞ 38) 0590310, 0590332: datum maxiforfait of dagziekenhuisforfait of chirurgisch dagziekenhuis;
- (☞ 38) 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.

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

Datum van gebruik als greffe (= datum van inplanting)

- (☞ 12,18) 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.

- (☞ 6) Opmerking :

Voor prestaties vóór 1/1/2008 is de facturering van reeksen van éénzelfde behandeling via één enkel recordtype 50 toegestaan als het voor de V.I.'s mogelijk is de exacte data van de individuele prestaties te reconstrueren. D.w.z. dat het aantal verrichte verstrekkingen tijdens de opgegeven periode (begindatum - einddatum) gelijkmatig over alle dagen van deze periode dient gespreid te zijn.

Verstrekkingen waar reeksbehandelingen kunnen voorkomen: toezicht, kinesitherapie + verplaatsingskosten, reanimatie, radio- en radiumtherapie, nucleaire geneeskunde, reumatologie en fysiotherapie.

Voorbeeld : Er werden 10 verstrekkingen uitgevoerd gedurende een bepaalde periode. Voor de verstrekkingen geldt een maximum van 2 prestaties per dag.

Facturering	Begindatum	Einddatum	Aantal	Resultaat
1	19920301	19920310	+0010	Aanvaard (1 per dag)
2	19920301	19920305	+0010	Aanvaard (2 per dag)
3	19920301	19920302	+0010	Verworpen (5 per dag)
4	19920301	19920308	+0010	Verworpen (niet gelijkmatig verdeeld)
5	19920301	19920306	+0006	Aanvaard (1 per dag)
	19920307	19920308	+0004	Aanvaard (2 per dag)
6	19920301	19920331	+0010	Verworpen (niet gelijkmatig verdeeld).

RUBRIEK : DATUM LAATSTE VERRICHTE VERSTREKKING

BESCHRIJVING :

Het gaat om de datum waarop een reeks verstrekkingen is geëindigd.

- (☞ 6) Indien reeksen van eenzelfde behandeling via één recordtype 50 gefactureerd worden, dan mag gedurende de periode (begindatum – einddatum) de eenheidsprijs van tegemoetkoming geen wijziging ondergaan hebben. Is dit wel zo, dan dient die behandeling in twee of meer records opgesplitst te worden nl. per eenheidsprijs.
- (☞ 6) OPGELET: Voor prestaties vanaf 1/1/2008 moeten reeksen van eenzelfde behandeling lijn per lijn gefactureerd worden (aparte record per prestatie met begindatum = einddatum en aantal eenheden = 1), behalve de toezichtshonoraria (art. 25, §1), die wel nog in reeks mogen gefactureerd worden.
- (☞ 38) Indien het gaat om klinische biologie, pathologische anatomie, nucleaire geneeskunde in vitro en genetische onderzoeken (zowel voor de forfaitaire honoraria per voorschrift (KB 24/9/1992) als voor de technische prestaties) moet in deze zone de datum van afname van het staal worden vermeld.
- (☞ 38) Voor de forfaits « genetic counseling » moet de datum van het eindverslag vermeld worden.
- (☞ 7) Voor de medische huizen moet in deze zone, voor de codes 0109616, 0509611 en 0409614, de laatste dag van de gefactureerde maand (JJJJMMDD) worden vermeld.
- (☞ 29) Voor de codes 0102771 en 0102852, is de datum gelijk aan JJJJ0101 en voor de codes 0103272 en 0103294, is de datum gelijk aan JJJJ0401.
- (☞ 6) In geval van forfaitaire vergoeding voor bepaalde periode (vb. revalidatieforfaits), moet de einddatum van de periode worden meegegeven.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 25

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Controle : geldige datum.

Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen

einddatum = begindatum.

- (☞ 6,9,18) 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.
- (☞ 12,18) 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.

Opmerking : 1. Er moet altijd een einddatum worden vermeld; ook als deze gelijk is aan de begindatum.

2. Zie ook opmerking recordtype 50 zone 5.

Voor verpleegkundige zorgen is de einddatum steeds gelijk aan de begindatum.

RUBRIEK : NUMMER ZIEKENFONDS VAN AANSLUITING

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 20 zone 7.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 33

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 20 zone 7.

RUBRIEK : IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 20 zone 8a-8b.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 13 A - 36

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 20 zone 8a-8b.

RUBRIEK : GESLACHT RECHTHEBBENDE

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 20 zone 9.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 49

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 20 zone 9.

RUBRIEK : BEVALLING

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 30 zone 10.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 50

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

<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..

Voor de verpleegkundigen is deze zone steeds gelijk aan nul.

RUBRIEK : VERWIJZING FINANCIËEL REKENINGNUMMER

BESCHRIJVING :

Door middel van een code dient te worden aangeduid op welke financiële rekening het bedrag uit zone 19 moet gestort worden.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 51

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

	<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
(☞ 7)	0	Het verschuldigde bedrag moet worden gestort op de financiële rekening A (zie R 10 Z 5-6a, Z 31-32-33-34, Z 36-37-38-39-40-41).
(☞ 7)	1	Het verschuldigde bedrag moet worden gestort op de financiële rekening B (zie R 10 Z 8a, Z 43a, Z 49-50-51-52).

Waarde 1 mag alleen gebruikt worden door de ziekenhuizen.

RUBRIEK : NACHT, WEEKEINDE, FEESTDAG

BESCHRIJVING :

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

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

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

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 52

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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

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

RUBRIEK : DIENSTCODE**BESCHRIJVING :**

Het betreft de dienstcode van de dienst waar de patiënt verblijft op de datum vermeld in zone 5 of de pseudo-dienstcode ingeval van verstrekkingen tijdens gebruik gipskamer, mini- of maxiforfait, nierdialyse in

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

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

- (☞ 38) **Uitzondering:** Indien het gaat om klinische biologie, pathologische anatomie, nucleaire geneeskunde in vitro en genetische onderzoeken (zowel forfaitaire honoraria per voorschrift als technische prestaties) moet in deze zone de dienstcode worden vermeld van de (pseudo-)dienst waar de patiënt verbleef op het ogenblik van de afname van het staal.

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

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

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

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

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

* Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen :

- (☞ 38) 0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, 0591091, 0591113, 0591135, forfaitaire honoraria per voorschrift 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.

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

- (☞ 7,38) 0590181, 0590203, 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.

- (☞ 22) * Prestaties verricht voor elders gehospitaliseerden (gehospitaliseerde code) = pseudo-dienstcode 002 (behalve voor niet door ZIV-vergoede verstrekkingen waarvoor dienstcode = 000)

* Voor verpleegkundige zorgen en de medische huizen dient evenals voor alle andere ambulante verstrekkingen steeds dienstcode 990 te worden gebruikt.

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

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

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

- (☞ 28) * In geval van dringend ziekenvervoer (pseudo-codes 784416 t.e.m. 784486) is deze zone gelijk aan nul.

(8)

CODIFICATIETABEL VAN DE ZIEKENHUISDIENSTEN

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

CODIFICATIETABEL VAN DE PSEUDO-DIENSTENCODES

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

CODIFICATIE VOOR DE DIENST Sp

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

RUBRIEK : PLAATS VAN VERSTREKKING**BESCHRIJVING :****VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 56****WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :**

- (☞ 38)* Identificatienummer erkend laboratorium voor klinische biologie of identificatienummer voor de facturering en de attestering van de pathologische anatomie
- indien het gaat om prestaties klinische biologie, nucleaire geneeskunde in vitro of pathologische anatomie
 - 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;
- (☞ 38) 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.
- (☞ 20) - 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.
- (☞ 38)* Identificatienummer van het laboratorium van een erkend centrum voor antropogenetica:
- indien het gaat om verstrekkingen van art. 33 van de nomenclatuur
 - indien het gaat om forfaits “genetic counseling” (589750-589761, 589772-589783, 589794-589805)
- * Identificatienummer van een dienst die overeenkomstig de uitgevaardigde normen werd erkend;
- indien het gaat om verstrekkingen verricht in een dienst voor chronische hemodialyse = nummer ziekenhuis + 561;
 - indien het gaat om verstrekkingen verricht in een pediatrie dienst voor chronische dialyse = nummer ziekenhuis + 562;
 - indien het gaat om verstrekkingen verricht in een dienst voor thuisdialyse = nummer ziekenhuis + 563;
 - indien het gaat om verstrekkingen verricht in een dienst voor ambulante peritoneale dialyse = nummer ziekenhuis + 564;
 - indien het gaat om verstrekkingen verricht in een dienst voor collectieve autodialyse = nummer ziekenhuis + 565 tot en met 569;
 - indien het gaat om verstrekkingen verricht in een dienst voor radiotherapie = nummer ziekenhuis + 113;
 - indien het gaat om verstrekkingen verricht in een dienst voor cardiale pathologie B met erkenning voor B1 (invasieve diagnostiek), B2 (interventionele niet chirurgische therapie) en B3 (cardiochirurgie) = nummer ziekenhuis + 120;
 - indien het gaat om verstrekkingen verricht in een dienst voor cardiale pathologie B met enkel erkenning voor B1 (invasieve diagnostiek) = nummer ziekenhuis + 121
- (☞ 36) - indien het gaat om verstrekkingen verricht in een dienst voor cardiale pathologie B met erkenning voor B1 en B2 = nummer ziekenhuis + 127

- indien het gaat om verstrekkingen verricht in een dienst voor cardiale pathologie B in associatie = RIZIV-nummer associatie + 120 (het RIZIV-nummer voor een associatie begint met de cijfers 715);
- (☞) - indien het gaat om verstrekkingen verricht in een dienst voor cardiale pathologie T met erkenning voor zorgprogramma T (hart- en hartlongtransplantatie) = nummer ziekenhuis + 122;
 - (☞ 4) - indien het gaat om verstrekkingen verricht in een dienst voor cardiale pathologie C met erkenning voor zorgprogramma C (congenitale hartafwijkingen bij kinderen) = nummer ziekenhuis + 123;
 - (☞ 7) - verstrekkingen waarvoor een erkenning cardiale pathologie E + B3 nodig is = nummer ziekenhuis + 124
 - (☞ 7) - verstrekkingen waarvoor enkel een erkenning cardiale pathologie E nodig is = nummer ziekenhuis + 124 of nummer ziekenhuis + 125
 - (☞ 27) - verstrekkingen waarvoor een erkenning cardiale pathologie P nodig is = nummer ziekenhuis + 126
 - indien het gaat om verstrekkingen verricht in een dienst voor medische beeldvorming = nummer ziekenhuis + 110.

de nomenclatuurcodes en pseudo-codes van de bedoelde prestaties staan vermeld in het koninklijk besluit van 13 februari 1998 in uitvoering van art. 64 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.7.94;

het erkenningsnummer van de betreffende diensten moet eveneens vermeld worden voor de supplementaire honoraria voor dringende prestaties die gekoppeld zijn aan voornoemde prestaties.

- indien het gaat om verstrekkingen verricht in een erkende dienst met magnetische resonantie tomograaf met ingebouwd telsysteem = nummer ziekenhuis + 111.

De codes zijn deze van artikel 17, § 1, 11° bis van de nomenclatuur.

- indien het gaat om verstrekkingen verricht in een dienst nucleaire geneeskunde waarin een PET-scan werd opgesteld = nummer ziekenhuis + 112.

De codes staan vermeld in het K.B. van 10 augustus 2001 (B.S. 1/9/2001).

- (☞ 36) - indien het gaat om radio-isotopen 699215-699226 die worden gebruikt om een positronentomografie 442971 – 442982 tot stand te brengen = nummer ziekenhuis + 112.
- (☞ 5,6) - indien het gaat om verstrekkingen waarvoor een erkenning “gespecialiseerde spoedgevallenzorg” nodig is (nomenclatuurcodes 0590181, 0590225, 0590310, 0590435, 0590446, 0590472 en art. 25, §3bis van de nomenclatuur) = nummer ziekenhuis + 131
- (☞ 8) Indien het gaat om de honoraria voor geneeskundige bijstand tijdens medisch begeleid transport (nomenclatuurcodes 0590435, 0590446, 0590472), dan moet het identificatienummer van de erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg van de begeleidende arts vermeld worden.
- (☞ 37) - voor de verstrekkingen 212015 en 214012 moet de erkenning “gespecialiseerde spoedgevallenzorg” (nummer ziekenhuis + 131) of “eerste opvang van spoedgevallen” (nummer ziekenhuis + 130) ingevuld worden.

* Identificatienummer van het nierdialysecentrum

- indien het gaat om verstrekkingen betreffende nierdialyse;
 - indien het gaat om bijkomend honorarium voor dringende verstrekkingen voor deze sector;
- uitz. : 1. prestatie 0470466 voor zover ze wordt verricht door een geneesheer, specialist voor inwendige geneeskunde, heilkunde, anesthesiologie of kindergeneeskunde die verantwoordelijk is voor een dienst voor intensieve verzorging (tot 30/06/1999) of de prestatie 0470503 (vanaf 01/07/1999) verricht door een specialist voor inwendige geneeskunde, heilkunde, anesthesiologie of kindergeneeskunde in een eenheid voor intensieve verzorging;
2. prestaties 0470400 en 0470422 voor zover ze worden verricht in een ziekenhuis dat niet over een erkend dialysecentrum beschikt;
 3. bijkomend honorarium voor dringende verstrekkingen 0470466, 0470503, 0470400 of 0470422.

* Identificatienummer van het revalidatiecentrum

- indien het gaat om verstrekkingen verricht aan patiënten die een revalidatie behandeling ondergaan (intern of extern) in een erkend centrum;
- indien het gaat om bijkomend honorarium voor dringende verstrekkingen in deze sector;

(☞ 34) - indien het gaat om logopedieverstrekkingen verstrekt in de lokalen van een inrichting met een NOK of PSY overeenkomst (huidige C.A.R.-overeenkomst) (711395, 712390, enz...) of in het kader van een revalidatie-overeenkomst (711373, 712375, enz...)

(☞ 18) * Identificatienummer van de bank voor menselijk lichaamsmateriaal die het materiaal afgeleverd heeft

- indien het gaat om een tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal (enkel ingeval van Belgisch lichaamsmateriaal of buitenlands materiaal ingevoerd van buiten de EU)

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

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

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

Pseudo-codes voor niet ingevoerd materiaal		Pseudo-codes voor ingevoerd materiaal		Verwijzing naar lijst in bijlage 1 van het KB	Erkeningsnummer
VAN	TOT	VAN	TOT		
269290	269301	271471	271482	A 53°	210
269393	269404	271493	271504	A 2°	211
269415	269426	272694	272705	A 3°	211
269496	269625	272392	272521	A 4° t.e.m. 10°	215
270351	270362	271515	271526	A 11°	212
270373	270465	272532	272602	A 54° t.e.m. 57°	216
270550	270561	271530	271541	A 12°	212 of 219
270572	270583	272635	272646	A 13°	220
270616	271062	271552	272005	A 14° t.e.m. 36°	213
271073	271084	272016	272020	A 37°	213 of 215
271095	271342	272031	272285	A 38° t.e.m. 50°	213
271353	271364	272296	272300	A 51°	213 of 215
271375	271423	272311	272366	B 1°, 2°	213
(☞ 26) 271434	271445	272370	272381	A 52°	213
272672	272683	272716	272720	A 1°	218
(☞ 26) 272731	272742	272753	272764	A 58°	220
(☞ 26) 272775	272786	272790	272801	A 59°	213

(☞ 12,17) Opgelet: Voor alle prestaties onder de titel "hematologische transplantaties" in art. 20, §1, a) van de nomenclatuur wordt geen erkenningsnummer van een bank voor menselijk lichaamsmateriaal vermeld. Voor deze prestaties is de plaats van verstrekking gelijk aan het nummer van het ziekenhuis (eindigend op "000").

* Identificatienummer van de RVT, ROB, PVT of BW centrum

- indien het gaat om verstrekkingen verricht in RVT, ROB, PVT of BW.

* Identificatienummer van de verplegingsinrichting waar de prestatie werd verricht

- indien het gaat om verstrekkingen verricht op de campus van een verplegingsinrichting (zowel voor opgenomen als voor niet opgenomen patiënten, evenals voor patiënten die verblijven in RVT, ROB, PVT of BW);
- indien het gaat om forfaitaire honoraria voor klinische biologie per opname of per maxiforfait;

- indien het gaat om bijkomende honoraria voor dringende verstrekkingen in deze sector;
- indien het gaat om forfaitaire honoraria voor radiologie in de gehospitaliseerde sector;
- indien het gaat om het forfaitair honorarium voor de medische wachtdienst in een ziekenhuis of de forfaitaire beschikbaarheidshonoraria voor de continuïteit van de verzorging in de diensten spoedgevallen en intensieve verzorging;
- indien het gaat om het forfaitair persoonlijk aandeel inzake speciale medisch-technische prestaties;
- indien het gaat om supplementen voor niet door ZIV vergoede producten of verstrekkingen (codes 0960XXX);
- indien het gaat om parenterale voeding thuis.

(☞ 13,27) - indien het gaat om overeenkomsten art. 56 (0751472, 0751435(**), 0751450(**), 0751833, 0751855, 0751870 of 0751892)

(☞ 9) - indien het gaat om detoxificatie-dialyse (conventie leverdialyse) (0761972-0761983)

* Identificatienummer van het erkend centrum voor hartrevalidatie

- indien het gaat om verstrekkingen voor revalidatie van hartpatiënten (0771201, 0771212, 0771223).

* Het identificatienummer van het medisch huis

- indien het gaat om prestaties verricht door een medisch huis.

* Het identificatienummer van het erkend centrum voor de implantatie van hartdefibrillatoren

(☞ 5) - indien het gaat om implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes

(☞ 8,15) * Ingeval van facturatie van nervus vagusstimulator (0684810-0684821, 0684832-0684843) en van elektroden voor preoperatieve lokalisatie van doelgebieden ingeval van refractaire epilepsie (0698714-0698865), dan dient in deze zone het erkenningsnummer van het referentiecentrum voor refractaire epilepsie vermeld te worden.

(☞ 12)* Ingeval van facturatie van de prestatie 777114-777125, dient in deze zone het erkenningsnummer van het centrum voor robotchirurgie (nummer ziekenhuis + 150) vermeld te worden.

(☞ 13)* Endoprothesen (zowel het materiaal (art. 35) als de medische akte (art. 34)*):

- Prestaties waarvoor enkel een erkenning endoprothesen nodig is:
nummer ziekenhuis + 151 of nummer ziekenhuis + 152

- Prestaties waarvoor een erkenning endoprothesen en een erkenning cardiale pathologie B3 nodig is: nummer ziekenhuis + 152

(☞ 14)* Ingeval van facturatie van de prestatie 693910-693921, dient in deze zone het erkenningsnummer van het centrum "implanteerbare hartmonitor" (nummer ziekenhuis + 153) vermeld te worden.

(☞ 19)* Ingeval van facturatie van de prestatie 691950-691961, dient in deze zone het erkenningsnummer van het centrum "percutaan implanteerbare klepstent" (nummer ziekenhuis + 154) vermeld te worden.

(☞ 26)* Ingeval van facturatie van de prestaties 680315-680326, 680352-680363, 687875-687886 uit art. 35 en 687890-687901, 687912-687923 uit art. 35bis, moet het erkenningsnummer van het centrum "coronaire en drug eluting stents" (nummer ziekenhuis + 156) vermeld worden in deze zone.

(☞ 29)* Ingeval van facturatie van de prestatie 703496-703500, dient in deze zone het erkenningsnummer van het centrum "peroperatieve behandeling van voorkamerfibrillatie" (nummer ziekenhuis + 157) vermeld te worden.

(☞ 30)* Ingeval van facturatie van de prestaties 697933 tot 697966 en 703511 tot 703625, moet het erkenningsnummer van het centrum "neurostimulatoren en toebehoren obsessieve-compulsieve stoornis (OCS)" (nummer ziekenhuis + 158) vermeld worden in deze zone.

(☞ 31)* Ingeval van facturatie van de prestatie 703415-703426, moet het erkenningsnummer van het centrum "gefenestreerde en/of vertakte endoprothesen" (nummer ziekenhuis + 159) vermeld worden in deze zone.

* Indien het gaat om verstrekkingen die gekoppeld zijn aan een basisprestatie waarvoor de vermelding van een specifieke plaats van verstrekking vereist is, dan moet voor deze verstrekking de plaats van verstrekking van de basisprestatie worden vermeld (bv. Supplementaire honoraria, accrediteringssupplementen, honorarium voor hoogdringendheid, ...).

Ingeval de betreffende verstrekking wordt ingevuld, moet de plaats van verstrekking overeenkomen met de plaats van verstrekking van de basisprestatie die als betreffende verstrekking wordt meegegeven. Bijvoorbeeld gebruiksmateriaal, implantaten (art. 35 en 35bis).

(☞ 26) Deze regel is niet van toepassing op coronaire en drug eluting stents 680315-680326, 680352-680363, 687875-687886, 687890-687901. Voor deze prestaties is de plaats van verstrekking gelijk aan nr. Zh + 156, terwijl de plaats van verstrekking van de basisprestatie (589013-589024 of 589035-589046) gelijk is aan nr. Zh + 120.

(☞ 16)(*) indien de medische akte tot art. 14 behoort, moet enkel bij de endoprothese zelf (art.35) een specifiek erkenningsnummer ingevuld worden, niet bij de medische akte (art.14)

(☞ 27)(**) Deze codes zijn geldig tot en met 31/12/2010.

- (☞ 8) *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).
- (☞ 36)*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.
- (☞ 20)* Indien het gaat om dringend ziekenvervoer (pseudo-codes 784416 t.e.m. 784486), dan moet in deze zone het identificatienummer van de erkende ambulancedienst worden vermeld.
- *Indien het gaat om verstrekkingen van in vitro fertilisatie (zone 4 = 0559812, 0559823, 0559834, 0559845, 0559856 of 0559860), dan moet in deze zone het identificatienummer van het laboratorium van het ziekenhuis worden vermeld.
- (☞ 9) Voor prestaties vanaf 1/1/2009, dient het erkenningsnummer van het centrum voor reproductieve geneeskunde B (nummer ziekenhuis + 141) vermeld te worden.
- (☞ 4) *Ingeval van reiskosten geneesheren (0109911, 0109955, 0109970), is deze zone gelijk aan nul.
- (☞ 12) *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
- (☞ 28)*Bij facturatie van de prestatie 477606, moet in deze zone het identificatienummer van het expertisecentrum voor comapatiënten (nummer ziekenhuis + 155) worden vermeld.
- (☞ 30)* 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 waardat de prestatie werd verricht in deze zone worden vermeld.

* In alle andere gevallen dan de hierboven vermelde wordt deze zone op nul gezet.

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

RUBRIEK : IDENTIFICATIE VERSTREKKER**BESCHRIJVING :**

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

Deze regels zijn niet van toepassing voor de verpleegkundigen.

(☞7,29)Uitzonderlijk moeten de medische huizen, in geval van facturatie van de codes 0102771, 0102852, 0103272 en 0103294, hun identificatienummer in deze zone vermelden.

(☞22)Deze zone is gelijk aan nul voor de forfaits 0109616, 0509611 en 0409614.

(☞20)Indien een verstrekker een nieuwe bekwaming verwerft in de loop van een maand (of kwartaal), dan moeten de prestaties verricht vóór de datum van verwerving van de nieuwe bekwaming gefactureerd worden met het oude riziv-nummer, de prestaties verricht vanaf deze datum met het nieuwe riziv-nummer.

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

Dit nummer staat op het getuigschrift van verzorging.

Het identificatienummer van de verzorgingsverstrekkers is als volgt gestructureerd :

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

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

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

Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen

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

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

(☞ 38) forfaitaire honoraria per voorschrift 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.

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

(☞ 18) Tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal

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

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

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

(☞ 5) Implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes

Nummer van de verstrekker van implantaten.

Gips, moedermelk en desinfecterende baden bij brandwonden en supplementen

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

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

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

Nummer van de verstrekker.

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

(☞ 38) Bij vermelding van de code 0751354, 0751376, 0751391, 0751413, 0751472(*), 0751833, 0751855, 0751870, 0751892, 751914 of 751936 in zone 4, is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

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

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

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

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

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

(☞ 9,36) Frans-Belgische overeenkomst inzake dringend ziekenvervoer, Benelux beschikking m.b.t. grensoverschrijdend

(☞ 20) spoedeisend ambulancevervoer en dringend ziekenvervoer in het kader van het KB van 26/4/2009 (BS 8/5/2009)
Ingeval van pseudo-code 0793553 of 0793575 of pseudo-codes 0784416 t.e.m. 0784486, moet deze zone 0 zijn.

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

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

Identificatienummer van de verantwoordelijke geneesheer van de bloedinstelling.

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

(☞ 14) Hulp bij tabaksontwenning

Identificatienummer van de betreffende zorgverstrekker.

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

(☞ 38) Overeenkomst “genetic counseling”: Identificatienummer van de geneesheer-specialist die gemachtigd is om de forfaits te attesteren.

(☞ 38) (*) Deze code is geldig tot en met 31/12/2012.

RUBRIEK : NORM VERSTREKKER

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 80

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0	Er wordt geen verstrekker meegedeeld in zone 15.
1	Verstrekking of reeks van verstrekkingen die kan toegeschreven worden aan één enkele verstrekker die ze heeft verricht.
(☞ 33) 3	Verstrekking fysiotherapie (art. 22) die (gedeeltelijk) verricht werd door een (of meerdere) kinesitherapeut(en) onder toezicht van een geneesheer-specialist die de verstrekking heeft geattesteerd.
9	Verstrekking of reeks van verstrekkingen die niet kan toegeschreven worden aan één enkele verstrekker, want ze werd door verscheidene verstrekkers gezamenlijk verricht.

Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen :

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

(☞ 7) 0590166 tot 0590332, 0460703, 0460784, 0460821, 0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : moeten steeds worden vermeld met waarde 9;

0591091, 0591113, 0591135, 0591102, 0591124, 0591146, 0591603, 0700000 moeten steeds vermeld worden met waarde 1.

Forfaitaire bijdrage spoed :

pseudo-code 0960256 : norm = nul.

(☞ 5) Deze pseudocode is geschrapt vanaf 1/7/2007.

RUBRIEK : BETREKKELIJKE VERSTREKKING

BESCHRIJVING :

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.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 81

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

- (☞ 6) Op de website van het RIZIV (www.riziv.be, rubriek “Zorgverleners” – “Algemene Info” – “Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager”) is een limitatieve lijst gepubliceerd met prestaties waarvoor een betrekkelijke verstrekking moet vermeld worden.
- (☞ 10) Deze lijst maakt integraal deel uit van de factureringsinstructies.
- (☞ 10) **Bijzonder geval: facultatieve invulling van de zone**

In geval van verpleegkundige zorgen, verricht voor rechthebbenden, die op éénzelfde dag, de hoedanigheid van gehospitaliseerde en ambulante patiënt cumuleren, en voor zover de code PN nog niet vermeld is in de zone, mag de zorgenverstreker de code 0426613 vermelden bij wijze van inlichting voor de verzekeringsinstellingen.

RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING**BESCHRIJVING :**

Het betreft het bedrag dat wordt terugbetaald door de verzekeringsinstelling.

- (☞ 5) Voor prestaties vanaf 1/1/2008 moet de tarificatie gebaseerd worden op de Code Gerechtigde 1. Indien het 3^{de} cijfer van de CG1 gelijk is aan 0, dan wordt er getarifeerd zonder voorkeurregeling. Indien het 3^{de} cijfer van de CG1 gelijk is aan 1, dan wordt er getarifeerd met voorkeurregeling.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 88**WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :**

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.

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

De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.3.

Bijzondere gevallen

- (☞ 20) 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. Zie opmerking in R 50 Z 4.

Forfaitair persoonlijk aandeel inzake speciale medisch-technische prestaties, pseudo-nomenclatuurcode 0700000 vermelden met negatieve waarde.

Implantaten :

- Artikel 28, § 1 : zie betrekkelijke waarde in de nomenclatuur.

- Artikel 35 :

- *Categorie 1 en 2 :*

Elk product heeft zijn individuele tegemoetkoming. Dit tegemoetkomingsbedrag is vastgesteld in de limitatieve lijst en gaat dus samen met de identificatiecode van het product.

De lijst van de verstrekkingen bevindt zich in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen.

- (☞) - *Categorie 2 – forfait (zie art.35, §18, a)):*

Zie betrekkelijke waarde in de nomenclatuur.

- *Categorie 3 :*

Zie betrekkelijke waarde in de nomenclatuur.

- *Categorie 4 :*

Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming wordt vastgesteld door het College van geneesheren-directeurs op basis van de factuur (art. 35, § 5, 1°).

- (☞) - Artikel 35 bis :

- *Categorie 1a :*

Zie betrekkelijke waarde in de nomenclatuur.

- *Categorie 1b :*

Zie betrekkelijke waarde in de nomenclatuur, rekening houdend met het reglementair persoonlijk aandeel.

- *Categorie 2 a :*

Zie betrekkelijke waarde in de nomenclatuur.

- *Categorie 2b :*

Zie betrekkelijke waarde in de nomenclatuur, rekening houdend met het reglementair persoonlijk aandeel..

- (☞ 13) Opmerking: Vanaf 1/5/2010 komen enkel genotificeerde implantaten nog in aanmerking voor terugbetaling.

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.

RUBRIEK : DATUM VOORSCHRIFT

BESCHRIJVING :

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

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 100

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Controle : geldige datum.

Forfaitaire honoraria voor verpleegkundige zorgen + bijhorende statistische records :

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

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

(☞ 5) Implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes :

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

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

Deze zone is gelijk aan nul.

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

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

(☞ 38) 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

BESCHRIJVING :

(☞ 6) Deze zone bevat:

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

OF

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

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

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.

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

Deze zone mag geen decimalen bevatten.

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

Aard van verstrekkingen waar reeksbehandelingen kunnen voorkomen.

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

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

Opmerking : Zie opmerking recordtype 50 zone 5.

- Voor verpleegkundige zorgen en de medische huizen is het aantal verstrekkingen steeds gelijk aan 1;
- voor verbanden en andere gipsstoffen dient het aantal eenheden vermeld te worden;
- voor de isotopen dient het aantal keer te worden vermeld dat het tarief in rekening werd gebracht;
- bloed en bloedplasma dient te worden uitgedrukt in eenheid van aflevering;
- moedermelk dient te worden uitgedrukt in ml;
- forfaitaire honoraria : aantal is steeds 1;
- voor de reiskosten in geval van revalidatieverstrekingen moet het aantal kilometers heen en terug worden vermeld.

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

(☞ 8) - Voor de tussenkomst van een Belgische MUG op Frans grondgebied in het kader van de Frans-Belgische

(☞ 36) 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.

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

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 cm² (of per contactpunt):
 - Voor implantaten met limitatieve 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 cm² 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 met limitatieve lijsten en met forfait per cm² is het aantal eenheden gelijk aan het aantal cm², 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 afleveringsmarge wordt eveneens berekend per cm². Het aantal eenheden in de record “afleveringsmarge” is steeds gelijk aan het aantal eenheden in de record waarin het implantaat zelf gefactureerd wordt (dus gelijk aan het aantal cm²).
 - Voor implantaten zonder limitatieve lijsten en zonder forfait is het aantal eenheden gelijk aan het aantal cm², 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 cm²). Het aantal eenheden in de records “veiligheidsgrens” en “afleveringsmarge” is steeds gelijk aan 1 (en dus niet gelijk aan het aantal cm² en dus ook niet gelijk aan het aantal eenheden in de record waarin het implantaat zelf gefactureerd wordt).

Voorbeelden netjes (gebaseerd op prijzen 1/11/2012)Voorbeeld 1: 702516-702520 (met limitatieve lijst en zonder forfait)

Aflevering van 1 netje met identificatiecode 166001000024 (oppervlakte = 176,63 cm²):

Record netje: Z 22 = 1; Z 19 = 547,55 EUR; Z 27 = 0

Record veiligheidsgrens: Z 22 = 1; Z 27 = 164,27 EUR

Record afleveringsmarge: Z 22 = 1; Z 27 = 71,18 EUR

Aflevering van 2 netjes met identificatiecode 166001000024:

Record netje: Z 22 = 2; Z 19 = 1095,10 EUR; Z 27 = 0

Record veiligheidsgrens: Z 22 = 2; Z 27 = 2 * 164,27 = 328,54 EUR

Record afleveringsmarge: Z 22 = 2; Z 27 = 2 * 71,18 = 142,36 EUR

Voorbeeld 2: 702575-702586 (met limitatieve lijst en met forfait per netje)

Aflevering van 2 netjes met identificatiecode 167002000015

Record netje: $Z 22 = 2$; $Z 19 = 2 * 151,05 = 302,10$ EUR; $Z 27 = 2 * 50,35$ EUR = 100,70 EUR

Record afleveringsmarge: $Z 22 = 2$; $Z 27 = 2 * 20,14 = 40,28$ EUR

Voorbeeld 3: 702870-702881 (met limitatieve lijst en met forfait per cm²)

Aflevering van 1 netje met identificatiecode 167003000017.

De oppervlakte is 658,72 cm². Dit wordt afgerond naar 659 cm².

Record netje: $Z 22 = 659$; $Z 19 = 659 * 1,17 = 771,03$ EUR; $Z 27 = 659 * 0,38 = 250,42$ EUR

Record afleveringsmarge: $Z 22 = 659$; $Z 27 = 659 * 0,15 = 98,85$ EUR

Aflevering van 2 netjes met identificatiecode 167003000017.

De oppervlakte is 658,72 cm² per netje. Dit wordt afgerond naar 659 cm².

Record 1^{ste} netje: $Z 22 = 659$; $Z 19 = 659 * 1,17 = 771,03$ EUR; $Z 27 = 659 * 0,38 = 250,42$ EUR

Record afleveringsmarge 1^{ste} netje: $Z 22 = 659$; $Z 27 = 659 * 0,15 = 98,85$ EUR

Record 2^{de} netje: $Z 22 = 659$; $Z 19 = 659 * 1,17 = 771,03$ EUR; $Z 27 = 659 * 0,38 = 250,42$ EUR

Record afleveringsmarge 2^{de} netje: $Z 22 = 659$; $Z 27 = 659 * 0,15 = 98,85$ EUR

geplafonneerd tot 49,89 EUR (=148,74 – 98,85)

Voorbeeld 4: 702472-702483 (zonder limitatieve lijst en zonder forfait)

Aflevering van 1 netje met notificatiecode 0000011665-72 (Vicryl Mesh 13,5 x 11 CM). De oppervlakte is 148,50 cm². Dit wordt afgerond naar 149 cm².

Record netje: $Z 22 = 149$; $Z 19 = 149 * 0,52 = 77,48$ EUR; $Z 27 = 0$

Record veiligheidsgrens: $Z 22 = 1$; $Z 27 =$ prijs – terugbetalingsbedrag (77,48 EUR)
indien prijs $\leq 77,48 + 50\%$ van 77,48

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 cm². Dit wordt afgerond naar 89 cm².

Record netje: $Z 22 = 89$; $Z 19 = 89 * 0,52 = 46,28$ EUR; $Z 27 = 0$

Record veiligheidsgrens: $Z 22 = 1$; $Z 27 =$ prijs – terugbetalingsbedrag (46,28 EUR)
indien prijs $\leq 46,28 + 50\%$ van 46,28

Record afleveringsmarge: $Z 22 = 1$; $Z 27 = 10\%$ van de prijs van het 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 cm² per netje. Dit wordt afgerond naar 89 cm².

Record 1^{ste} netje: $Z 22 = 89$; $Z 19 = 89 * 0,52 = 46,28$ EUR; $Z 27 = 0$

Record veiligheidsgrens 1^{ste} netje: $Z 22 = 1$; $Z 27 =$ prijs – terugbetalingsbedrag (46,28)
indien prijs $\leq 46,28 + 50\%$ van 46,28

Record afleveringsmarge 1^{ste} netje: $Z 22 = 1$; $Z 27 = 10\%$ van de prijs van het netje
geplafonneerd op 148,74 EUR

Record 2^{de} netje: $Z 22 = 89$; $Z 19 = 89 * 0,52 = 46,28$ EUR; $Z 27 = 0$

Record veiligheidsgrens 2^{de} netje: $Z 22 = 1$; $Z 27 =$ prijs – terugbetalingsbedrag (46,28)
indien prijs $\leq 46,28 + 50\%$ van 46,28

Record afleveringsmarge 2^{de} netje: $Z 22 = 1$; $Z 27 = 10\%$ van de prijs van het netje
geplafonneerd op 148,74 EUR

Voorbeeld 5: 702693 – 702704 (zonder limitatieve lijst en met forfait per netje)

Aflevering van 2 netjes met identificatiecode 0000027597-48 (PFTE felt 2,5 x 10,2cm)

Record netje: $Z 22 = 2$; $Z 19 = 2 * 77,46 = 154,92$ EUR; $Z 27 = 0$

Record afleveringsmarge: $Z 22 = 2$; $Z 27 = 2 * 7,74 = 15,48$ EUR

RUBRIEK : AANTAL COUPES

BESCHRIJVING :

Vanaf prestatiedatum 1/4/2003 moet voor geen enkele verstrekking nog het aantal coupes worden vermeld.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 113

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : IDENTIFICATIE VOORSCHRIJVER

BESCHRIJVING :

- (☞ 6) Op de website van het RIZIV (www.riziv.be, rubriek “Zorgverleners” – “Algemene Info” – “Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager”) is een limitatieve lijst gepubliceerd met prestaties waarvoor een voorschrijver moet vermeld worden. Deze lijst wordt maandelijks geactualiseerd.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 115

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

- 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, 4 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

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.

- (☞ 5) 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.

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

Identificatienummer van de geneesheer die het materiaal heeft aangevraagd en de transplantatie uitvoert = geneesheer die verantwoordelijk is voor de greffe = geneesheer die het attest betreffende het gebruik ondertekent.

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

Identificatienummer van de geneesheer van de verplegingsinrichting die het product aangevraagd (voorgeschreven) heeft.

RUBRIEK : NORM VOORSCHRIJVER

BESCHRIJVING :

Deze zone vermeldt enerzijds of een verstrekking voorgeschreven is door één of meerdere verzorgingsvoorschrijvers, en anderzijds of het toegevoegde verstrekkingen betreft of verstrekkingen die voor eigen patiënten werden verricht.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 127

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0	Geen voorschrijver.
1	De verstrekking kan toegeschreven worden aan 1 voorschrijver.
3	De verstrekkingen worden verricht voor eigen patiënten.
4	Het betreft toegevoegde verstrekkingen.
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

Geldige combinaties voor de verstrekkingen inzake radiologie
art. 5 (verstrekkingen 0307090 tot 0307145, 0307230 tot
0307263, 377090 tot 377145 en 0377230 tot 0377241)

(☞ 29)

	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 bekwaaming waaronder röntgendiagnose en - de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
De verstrekker heeft een bekwaaming zoals vermeld in art. 4, § 1 van de nomenclatuur (= tandarts)			
(☞ 22) - de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
(☞) - de verstrekking is verricht voor eigen patiënten (d.w.z. zonder voorschrijver)	A	3	12 nullen

RUBRIEK : Normcode 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 verstrekker heeft een dubbele bekwa- ming waaronder röntgendiagnose en - de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B

RUBRIEK : Normcode voorschrijverVerstrekkingen, 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 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

Verstrekkingen, 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 geneesheer 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 heeft een dubbele bekwaming waaronder röntgendiagnose en			
- de verstrekking is verricht voor zijn eigen patiënten (d.w.z. zonder voorschrijver)	A	0	12 nullen
De verstrekker is geneesheer-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 voorschrijver(☞ 8) Geldige 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 geneesheer, specialist voor klinische biologie (in geval van verstrekkingen uit art. 3, art. 24 en art. 24bis)			
(☞ 8) - de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is bijgevoegd	A	4	A
(☞ 38) - de verstrekking is voorgeschreven door de geneesheer-specialist voor klinische biologie zelf (voor zichzelf of voor andere patiënten die hij in behandeling heeft)	A	3	12 nullen
De verstrekker is een geneesheer, specialist voor 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 verstrekker is een geneesheer 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 (☞ 8) 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 geneesheren, specialist voor een andere discipline dan klinische biologie of pathologische anatomie, en voor de zieken die zij verzorgen in het raam van hun specialisme (☞ 8)(enkel voor verstrekkingen uit art. 3 en art. 24, niet voor art. 24bis)			
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, (☞ 8)art. 24 en art. 24bis			
	A	1 of 9	B

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.

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
(☞ 38) De verstrekker is geneesheer-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
(☞38) 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
(☞38) De verstrekker is geneesheer-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
(☞38) De verstrekker is een gemachtigd geneesheer (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 : TEKEN + PERSOONLIJK AANDEEL PATIENT**BESCHRIJVING :**

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.

- (☞ 4) 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.
- (☞ 4) 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.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 9 N - 128**WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :**

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.

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

De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.3.

- (☞ 20) 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 verblijfskosten 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.

Zie opmerking in R 50 Z 4.

Statistische informatie betreffende forfaitaire honoraria voor verpleegkundige zorgen, ingeval van pseudo-codes uit art. 8, § 5, 3^o, c met normwaarde 9 is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

Implantaten :

- (☞ 1,13)- Het bedrag van de afleveringsmarge moet vermeld worden in deze zone (vanaf gefactureerde maand maart 2006), behalve de afleveringsmarge voor spraakprothesen (785352/363) die in zone 19 moet vermeld worden.
 - Er is voor geen enkele verstrekking van artikel 28 § 1, artikel 35 en artikel 35 bis van de nomenclatuur voorzien in een reglementair persoonlijk aandeel, behalve voor:
 - de prestaties uit art. 35 bis, §1, categorie 1b en 2b.
 - (☞ 7) - de prestaties 0683874-0683885 en 0693711-0693722 uit art. 35
 - (☞ 35) - de prestaties 702553-702564, 702870-702881, 702575-702586 en 702892-702903 uit art. 35
 - (☞ 36) - de prestaties 703231-703242, 703253-703264, 703275- 703286, 703290-703301, 703312-703323, 703334-703345, 703356-703360 uit art. 35
- (☞ 7) - Het bedrag dat als veiligheidsgrens aan de rechthebbende aangerekend wordt (zoals gedefinieerd in het artikel 35, § 4, en het artikel 35 bis, § 4, van de nomenclatuur), moet in deze zone vermeld worden (voor prestaties vanaf 1/7/2008).
- (☞ 12) Voor implantaten met limitatieve lijsten van aangenomen producten, wordt het exacte bedrag van de afleveringsmarge en de veiligheidsgrens door het RIZIV gepubliceerd in de betreffende lijsten. In de nieuwe lijsten worden deze bedragen voortaan naar beneden afgerond. Deze afrondingsregel zal geleidelijk aan ook in de bestaande lijsten toegepast worden.
Voor implantaten zonder limitatieve lijsten dient de afleveringsmarge en de veiligheidsgrens zelf berekend te worden en afgerond te worden naar beneden.
- (☞ 17, 37) 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.

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

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

RUBRIEK : REFERENTIE INSTELLING

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 28.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 25 A - 138

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 28.

RUBRIEK : BEHANDELDE TAND

BESCHRIJVING :

(☞ 31) 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.be/insurer/nl/rate/index.htm>).

- 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.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 163

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

(☞ 1) RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG SUPPLEMENT

BESCHRIJVING :

- (☞ 4) 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.

De bedragen die worden aangerekend voor de supplementen waarvan de pseudo-codes worden vermeld in recordtype 50 zone 4 vervolg 14 moeten hier worden vermeld.

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

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.
Het algebraïsch teken (+ of -) moet altijd worden vermeld in de eerste positie links.
De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.3.

Honoraria voor prestaties ambulante klinische biologie gefactureerd aan de rechthebbenden zelf : aangerekend bedrag. Zie opmerking in R 50 Z 4.

- (☞ 20) Dringend ziekenvervoer (KB 26/4/2009, BS 8/5/2009)
Het verschil tussen het gefactureerd bedrag (maximumtarieven zijn vastgelegd in het KB van 7/4/1995) en de verzekeringstegemoetkoming wordt in deze zone vermeld.

Implantaten :

- (☞ 1) - Vanaf de gefactureerde maand maart 2006 moet de afleveringsmarge vermeld worden in Z 27.
(☞ 7) - Voor prestaties vanaf 1/7/2008 moet de veiligheidsgrens vermeld worden in Z 27.
(☞ 7) - Vanaf 1/7/2008, kan alleen nog voor prestaties uit art. 28, § 1 een supplement aangerekend worden en in deze zone vermeld worden.
(☞ 13) - Niet-vergoedbare implantaten (pseudo-code 960234-960245) mogen vanaf 1/5/2010 enkel nog aan de patiënt aangerekend worden indien ze genotificeerd zijn (de notificatiecode moet vermeld worden in zone 55-56).

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

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

RUBRIEK : UITZONDERING DERDEBETALERSREGELING

BESCHRIJVING :

(☞ 9)Zie recordtype 30 zone 32.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 175

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

(☞ 9)Zie recordtype 30 zone 32

RUBRIEK : CODE FACTURERING PERSOONLIJK AANDEEL OF SUPPLEMENT**BESCHRIJVING :**

- (☞ 4) 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, geheel of gedeeltelijk ten laste werd gelegd van een andere derde (verstrekker/instelling zelf of wetgeving buiten ZIV).

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 176**WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :**

	<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
(☞ 4)	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).
(☞ 4)	2	Remgelden gedragen in het kader van de reglementering arbeidsongevallen internationale verdragen (inhoud zone 27 gelijk aan nul, remgeld wordt vermeld in zone 19)
(☞ 5)	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. (*)
(☞ 7)	4	Mededeling MAF-recht ontvangen maar 100% facturatie niet toegepast omdat de patiëntfactuur 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. (*)
(☞ 4)	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 krijgen waarde 0 in zone 27 en waarde 1 in zone 33.

- (☞ 7) Opgelet : waarden 3 en 4 primeren op waarde 1

- (☞ 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.

- (☞ 30) (*) De waarde 3 of 4 moet ook gebruikt worden voor prestaties zonder persoonlijk aandeel. De waarde 3 of 4 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).

VoorbeeldGewone 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

RUBRIEK : BEHANDELD LID

BESCHRIJVING :

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

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 177

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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

RUBRIEK : GECONVENTIONEERDE VERSTREKKER

BESCHRIJVING :

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

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

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 178

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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

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

RUBRIEK : UUR VAN PRESTATIE

BESCHRIJVING :

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.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 4 N UUMM - 179

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 183

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

- (☞12) Ingeval van facturatie van bloed of labiele bloedproducten, dan moet in deze zone het identificatienummer vermeld worden van de geneesheer 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

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 195

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

- (☞ 12) 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

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 A - 207

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

- (☞12) 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.

- (☞26) 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

BESCHRIJVING :

- (☞4) 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 .

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 219

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

De identificatiecode is samengesteld uit 11 cijfers + check-digit : XXX-YYY-ZZZZZC.

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

- (☞ 15) Op de website van het RIZIV (www.riziv.be, rubriek “Zorgverleners” – “Algemene Info” – “Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager”) is een limitatieve lijst gepubliceerd met prestaties waarvoor de code implant moet vermeld worden.

- (☞ 15) Deze lijst maakt integraal deel uit van de factureringsinstructies.

RUBRIEK : OMSCHRIJVING PRODUCT

BESCHRIJVING :

Indien in zone 4 van dit recordtype, een radioactieve prestatie of een radioactief product wordt vermeld, dan moet in deze zone de omschrijving van de desbetreffende prestatie of het desbetreffende product worden gegeven.

- (☞ 11) Indien in zone 4 een code 0960XXX 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.
- (☞ 19) Ingeval van supplementen in ROB-RVT-CDV moet enkel voor de pseudo-codes 0960691 en 0960713 een omschrijving vermeld worden.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 30 A - 231

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : NORM PLAFOND

BESCHRIJVING :

Deze code geeft informatie die nodig is voor de tarifiering.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 261

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
---------------	------------------

7 of 8	De behandelingen (groepen van prestatiecodes) waarvan de gezamenlijke tussenkomst een plafond bereikt, worden aangeduid met norm 7 of 8. De prestatie records 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.
--------	--

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.

De prestatie records die eventueel nog kunnen volgen met bedrag V.I. gelijk aan nul, krijgen eveneens norm 7.

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.

(☞ 37) 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).

0	Alle andere gevallen.
---	-----------------------

RUBRIEK : DATUM AKKOORD VERSTREKKING

BESCHRIJVING :

In deze zone wordt de begindatum vermeld van de periode waarvoor het akkoord van de adviserend geneesheer of college van geneesheren-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 geneesheer of college van geneesheren-directeurs.

- (☞ 20) Voor de verstrekkingen van multidisciplinaire revalidatie (codes 558810-558821 en 558832-558843) (standaardformulier ter notificatie), is deze zone = 0.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 262

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Deze zone zal altijd gelijk zijn aan nul voor de ambulante verpleegkundige zorgen.

RUBRIEK : TRANSPLANTATIE

BESCHRIJVING :

Deze zone moet worden ingevuld in het kader van de orgaan- of beenmergtransplantaties.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 270

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

<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.
---	--

(☞ 4) 2	Er werd een orgaan- of beenmergtransplantatie verricht of voorbereid en de prestaties hebben betrekking op de (potentiële) donor.
---------	---

(☞ 20) Indien de (potentiële) donor ambulante 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.

(☞ 29) 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 verzekeraar 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 verzekeraar van de acceptor en zone 48 = 1

RUBRIEK : IDENTIFICATIENUMMER ZORGKUNDIGE GERESERVEERDE ZONE

BESCHRIJVING :

Deze zone wordt voorlopig enkel gebruikt in het kader van het pilootproject inzake de activiteit van zorgkundigen binnen een dienst voor thuisverzorging.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 271

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : ZIEKENHUISSITE

BESCHRIJVING :

Zie Recordtype 30 Zone 51

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 287

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie Recordtype 30 Zone 51

RUBRIEK : IDENTIFICATIE ASSOCIATIE ZORGGEBIED

BESCHRIJVING :

Zie Recordtype 30 Zone 52

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 293

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie Recordtype 30 Zone 52

RUBRIEK : RITNUMMER**BESCHRIJVING :**

Ingeval van facturatie van dringend ziekenvervoer (KB 26/4/2009, BS 8/5/2009) (pseudo-codes 0784416-0784420, 0784431-0784442, 0784453-0784464, 0784475- 0784486) mag in deze zone het ritnummer, dat toegekend werd door de oproepcentrale, ingevuld worden. Tot nader bericht is de invulling van dit nummer facultatief.

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).

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 11A - 305**WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :**

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 : NOTIFICATIECODE IMPLANTAAT

BESCHRIJVING :

Elk genotificeerd implantaat krijgt een unieke notificatiecode, die in deze zone moet vermeld worden voor:

- (☞ 18) - niet-vergoedbare notificatieplichtige implantaten (pseudo-code 960234-960245)
 - notificatieplichtige implantaten in terugbetaling zonder lijst van aangenomen producten

- (☞ 15) Op de website van het RIZIV (www.riziv.be, rubriek “Zorgverleners” – “Algemene Info” – “Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager”) is een limitatieve lijst gepubliceerd met prestaties waarvoor de notificatiecode moet vermeld worden.
- (☞ 15) Deze lijst maakt integraal deel uit van de factureringsinstructies.

- (☞ 22) In alle andere gevallen (o.a. voor implantaten met lijsten van aangenomen producten) is deze zone gelijk aan nul.

- (☞ 17,19,22) Overgangsregeling (voor prestaties verricht vanaf 1/5/2010 tot en met 30/06/2011)
Producten waarvoor volgens bovenvermelde regels een notificatiecode moet vermeld worden en
- (☞ 23) waaraan het ziekenhuis in het eigen bestand nog geen notificatiecode heeft kunnen koppelen, mogen gefactureerd worden met de pseudo-notificatiecode 999999999949.
Voor prestaties vanaf 1/7/2011 mag deze pseudo-notificatiecode niet meer gebruikt worden.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 321

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

De notificatiecode is samengesteld uit 10 cijfers + 2 check-digits : XXXXXXXXXXXX-CC.

met CC = 97 - rest van de deling waarvan het deeltal bestaat uit de eerste 10 cijfers van de notificatiecode en de deler gelijk is aan 97

RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN HET RECORD

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 99.

RUBRIEK : RECORDTYPE 80

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 1.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 1.

RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 2.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 2.

RUBRIEK : UUR VAN OPNAME

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 20 zone 4.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N 000UUMM - 10

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 20 zone 4.

RUBRIEK : DATUM VAN OPNAME

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 20 zone 5.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 17

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 20 zone 5.

RUBRIEK : DATUM VAN ONTSLAG

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 20 zone 6a-6b.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 25

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 20 zone 6a-6b.

RUBRIEK : NUMMER ZIEKENFONDS VAN AANSLUITING

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 20 zone 7.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 33

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 20 zone 7.

RUBRIEK : IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 20 zone 8a-8b.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 13 A - 36

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 20 zone 8a-8b.

RUBRIEK : GESLACHT RECHTHEBBENDE

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 20 zone 9.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 49

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 20 zone 9.

RUBRIEK : TYPE FACTUUR

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 20 zone 10.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 50

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 20 zone 10.

RUBRIEK : DIENST 721 bis

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 20 zone 13.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 53

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : NUMMER FACTURERENDE INSTELLING

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 20 zone 14.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 56

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 20 zone 14.

RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG FINANCIËEL REKENINGNUMMER B

BESCHRIJVING :

Het betreft het bedrag van de factuur dat door de verzekeringsinstelling dient gestort te worden op de financiële rekening B.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 68

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.

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

De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal.

RUBRIEK : REDEN BEHANDELING

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 20 zone 17.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 4 N - 81

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 20 zone 17.

RUBRIEK : NUMMER ZIEKENFONDS VAN BESTEMMING

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 20 zone 18.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 85

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 20 zone 18.

RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG FINANCIËEL REKENINGNUMMER A

BESCHRIJVING :

Het betreft het bedrag van de factuur dat door de verzekeringsinstelling dient gestort te worden op de financiële rekening A.

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

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

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

BESCHRIJVING :

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 (zowel ziekenhuizen met afschaffing van de papieren individuele factuur als ziekenhuizen zonder APF).

Deze zone moet dus niet ingevuld worden voor verstrekkingen gefactureerd door de Medische Raad van een ziekenhuis of door andere verstrekkers/instellingen.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 100

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : UUR VAN ONTSLAG

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 5 N 0UUMM - 108

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 20 zone 22.

RUBRIEK : NUMMER INDIVIDUELE FACTUUR

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 20 zone 24-25.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 115

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 20 zone 24-25.

RUBRIEK : TEKEN + PERSOONLIJK AANDEEL PATIENT

BESCHRIJVING :

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.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 9 N - 128

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 80 zone 15.

RUBRIEK : REFERENTIE INSTELLING

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 20 zone 28.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 25 A - 138

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 20 zone 28.

RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG SUPPLEMENT

BESCHRIJVING :

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.

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

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 80 zone 15.

RUBRIEK : FLAG IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1N - 175

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 20 zone 32.

RUBRIEK : TEKEN + VOORSCHOT FINANCIËEL REKENINGNUMMER A

BESCHRIJVING :

In deze zone komt het bedrag van het voorschot dat bestemd is voor financiële rekening A.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 183

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 80 zone 15.

RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN DE FACTUUR

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 347

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Dit controlegetal wordt als volgt berekend :

Voor de betreffende individuele factuur worden alle waarden uit de zones 4 van de recordtypes 30, 40, 50, 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

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 99.

RUBRIEK : RECORDTYPE 90

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 1.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 1.

RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 2.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 2.

RUBRIEK : FINANCIËEL REKENINGNUMMER A

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 5-6a.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 17

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 5-6a.

RUBRIEK : ZENDINGSNUMMER

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 33

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 7.

RUBRIEK : FINANCIËEL REKENINGNUMMER B

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 8a.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 36

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 8a.

RUBRIEK : NUMMER DERDEBETALENDE

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 56

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 14.

RUBRIEK : TEKEN + TOTAAL BEDRAG FINANCIËEL REKENINGNUMMER B

BESCHRIJVING :

Teken en totaal bedrag van de zending dat moet gestort worden op de financiële rekening B.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 68

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 80 zone 15.

RUBRIEK : TEKEN + TOTAAL BEDRAG FINANCIËEL REKENINGNUMMER A

BESCHRIJVING :

Teken en totaal bedrag van de zending dat moet gestort worden op de financiële rekening A.

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

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 80 zone 15.

RUBRIEK : GEFACTUREERD JAAR

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 22.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 5 N 0JJJ - 108

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 22.

RUBRIEK : GEFACTUREERDE MAAND

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 23.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N MM - 113

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 23.

RUBRIEK : REFERENTIE INSTELLING

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 28.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 25 A - 138

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 28.

RUBRIEK : BIC FINANCIËLE REKENING A

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 31-32-33-34.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 11 A - 167

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 31-32-33-34.

RUBRIEK : IBAN FINANCIËLE REKENING A

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 36-37-38-39-40-41.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 34 A - 179

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 36-37-38-39-40-41.

RUBRIEK : BIC FINANCIËLE REKENING B

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 43a.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 11 A - 219

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 43a.

RUBRIEK : IBAN FINANCIËLE REKENING B

BESCHRIJVING :

Zie recordtype 10 zone 49-50-51-52.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 34 A - 271

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 49-50-51-52.

RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN DE ZENDING

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 347

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Dit controlegetal wordt als volgt berekend :

de waarden uit de zones 4 van alle recordtypes 30, 40 en 50, 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

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 99.

