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

BIJWERKING 2021/26 - Publicatie 1-4-2025

RIZIV-INAMI Dienst voor geneeskundige verzorging – Service des soins de santé

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING
Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963
GALILEELAAN 5/1 - 1210 BRUSSEL

Dienst voor Geneeskundige Verzorging

INSTRUCTIES VOOR DE FACTURATIE VIA MAGNETISCHE DRAGER OF VIA ELEKTRONISCHE WEG

BIJWERKING 2021/26

Te vervangen bladzijden:

- Bijlages 16.19, 22.1, 22.2, 25.1, 25.2, 25.3;
- R 20 Z 10;
- R 21 Z 4, Z 10, Z 11;
- R 30 Z 3, Z 13;
- R 50 Z 3 V 3, Z 4 V 12, Z 4 V 15, Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 13 V 2, Z 14 V 3, Z 14 V 4, Z 14 V 5, Z 15, Z 16, Z 33, Z 51;
- R 52 Z 3.

Toe te voegen bladzijden:

- Bijlages 22.3, 22.4.

1. **<u>Reken- en afrondingsregels verminderde bedragen</u>, Bijlage 22.1, 22.2, 22.3, 22.4.**

   Omdat de tarieven aan 75% voor artsen in opleiding sinds 1 januari 2025 niet meer gepubliceerd worden in de tariefbladen, worden de rekenregels voor verminderde bedragen (75%, 50% en 10%) uitgewerkt in de factureringsinstructies. Daarbij worden vier categorieën omschreven: vaste remgelden bij huisartsen, vaste remgelden bij artsen-specialisten, percentageremgelden zonder plafond en percentageremgelden met plafond. De regels voor meervoudige berekeningen blijven behouden. De regels voor kinder- en jeugdpsychiatrie en bezoeken worden evenwel niet opgenomen. De gerelateerde verstrekkingen vallen immers niet onder één van de vier categorieën en worden wel nog in tariefbladen gepubliceerd.

   Voor de gerelateerde creatie van de lijst "rekenregels 75%", zie punt 11.

2. **<u>Lectuur eID</u>, Bijlages 25.1, 25.2, 25.3, R 21 Z 4, Z 10, Z 11, R 52 Z 3.**

- **Toevoeging pseudocodes dialyse aan het overzicht "recurrente behandelingen". (Bijlage 25.2)**

  De pseudocodes 471111-471122, 471133-471144, 471155-471166 en 471170-471181, betreffende informatie en opleiding dialyse, en de pseudocodes 470934-470945 en 767955-767966, betreffende self care hemodialyse, worden toegevoegd aan het overzicht "recurrente behandelingen".

- **Verduidelijking bij "geen registratie leesgegevens in het geval van overlijden van de patiënt". (Bijlage 25.3)**

  Aangaande de uitzondering voor overleden patiënten waarvoor geen a posteriori verificatie kan plaatsvinden, wordt verduidelijkt dat het gaat om een termijn van één maand na de prestatiedatum of opnamedatum.

- **Mogelijkheid aanduiding nachtdialyse verspreid over twee dagen. (Bijlage 25.1, R 21 Z 4, Z 10, Z 11)**

  Omdat het mogelijk is dat, in het kader van een nachtdialyse verspreid over twee dagen, de datum van eID-lezing één dag na de datum van prestatie valt, wordt het mogelijk gemaakt om waarde 1 in R 21 Z 10 (aanduiding spoed of daghospitalisatie verspreid over twee dagen) nu ook te gebruiken voor de signalisatie van een nachtdialyse verspreid over twee dagen. De teksten in Bijlage 25.1, Z 4 en Z 11 worden overeenkomstig gewijzigd.

- **Defecte chip als reden manuele invoering identiteitsgegevens. (R 52 Z 3)**

  In recordtype 52 (verpleegkundigen) werd de betekenis van waarde 1 in zone 3 (reden manuele invoering) uitgebreid met "defecte chip", zoals dit reeds het geval is in zone 8 van recordtype 21 (ziekenhuizen).

3. **<u>Toevoeging ontbrekende verwijzingen forfait dagziekenhuis 1bis</u>, R 20 Z 10, R 30 Z 3, Z 13, R 50 Z 13, Z 13 V 2.**

   Er worden enkele ontbrekende verwijzingen naar het forfait dagziekenhuis groep 1bis toegevoegd aan de zones 'type factuur', 'dienstcode' en 'norm verpleegdag'.

   <u>Toepassingsdatum</u>: Prestaties verricht vanaf 1 oktober 2024.

4. **<u>Tekstuele aanpassing in verband met de overeenkomst "freezing"</u>, Bijlage 16.19, R 50 Z 4 V 12, Z 4 V 15, Z 5, Z 6a-6b, Z 14 V 5, Z 15, Z 16.**

   Ten gevolge van de naamwijziging van de overeenkomst "oncofreezing" naar "freezing", worden de verwijzingen naar de overeenkomst in de factureringsinstructies aangepast. Daarnaast wordt de omschrijving van de pseudo-code 961391-961402 (jaarlijkse bijdrage voor freezing ten laste van de rechthebbende) gewijzigd, omdat nu voorzien wordt in een langere vergoedbare bewaartermijn voor de patiënten met een afname voor de zestiende verjaardag.

5. **<u>Tekstuele correctie in verband met niet-vergoedbare verstrekkingen</u>, R 50 Z 13.**

   In de zin die stipuleert dat de zone 'dienstcode' in het geval van niet-vergoedbare verstrekkingen op nul moet worden gezet, wordt de term 'supplement' vervangen door de term 'bedrag'.

6. **<u>Verbetering notificatieplichtige implantaten zonder lijst van aangenomen producten en met een terugbetaling voor een geheel van materiaal</u>, R 50 Z 3 V 3.**

   Voor notificatieplichtige implantaten zonder lijst van aangenomen producten en met een terugbetaling voor een geheel van materiaal wordt nu verwezen naar "IdentificationZone55", in plaats van "IdentificationZone43".

7. **<u>Precisering facultatieve invulling ziekenhuissite</u>, R 50 Z 51.**

   Er wordt gepreciseerd dat er geen verwerping mag volgen wanneer het identificatienummer van een ziekenhuissite meegegeven wordt, terwijl dit strikt genomen niet verplicht is. De enige voorwaarde is dan dat de plaats van verstrekking een ziekenhuis is.

8. **<u>Precisering facultatieve invulling waarde 5 (bijzondere eisen van de patiënt)</u>, R 50 Z 33.**

   Er wordt verduidelijkt dat waarde 5 (bijzondere eisen) eveneens facultatief gebruikt mag worden door een niet-geconventioneerde (tand)arts voor een patiënt zonder recht op verhoogde tegemoetkoming.

9. <u>Implantaten: radiofrequentie-ablatiebehandeling van Barrett-slokdarm</u>, R 50 Z 14 V 4.

Naar aanleiding van het Ministerieel Besluit van 20 januari 2025 (Belgisch Staatsblad van 5 februari 2025, Numac 2024009952) worden de drie nieuwe pseudocodes 185290-185301, 185312-185323 en 185334-185345 toegevoegd aan het bestaande erkenningsnummer 164.

<u>Toepassingsdatum</u>: Prestaties verricht vanaf 1 maart 2025.

10. <u>Implantaten: embolectomie</u>, R 50 Z 14 V 3.

Naar aanleiding van het Ministerieel Besluit van 11 maart 2025 (Belgisch Staatsblad van 17 maart 2025, Numac 2025002054) wordt één nieuwe pseudocode 185835-185846 toegevoegd aan het bestaande erkenningsnummer 120.

<u>Toepassingsdatum</u>: Prestaties verricht vanaf 1 april 2025.

11. <u>Lijst "rekenregels 75%"</u>.

Er wordt een nieuwe lijst gecreëerd met twee componenten. Ten eerste worden de rekenregels voor verminderde bedragen met concrete voorbeelden en formules toegelicht. Ten tweede worden omlijnde groepen verstrekkingen toegewezen aan de verschillende rekencategorieën.

12. <u>Lijst "combinaties lectuur eID ziekenhuizen"</u>.

Er worden enkele ontbrekende toegestane, maar onlogische combinaties toegevoegd aan de Exceltabel met mogelijke combinaties.

<u>Toepassingsdatum</u>: Prestaties verricht vanaf 1 april 2025.

13. <u>Lijst "foutcodes"</u>.

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

14. <u>Lijst "behandeld lid"</u>.

Geen wijzigingen.

15. <u>Lijst "betrekkelijke verstrekking"</u>.

Geen wijzigingen.

16. Lijst “voorschrijver”.

Geen wijzigingen.

17. Lijst “zone 23”.

Geen wijzigingen.

- dienst cardiale pathologie B : 120
- dienst cardiale pathologie B1 : 121
- dienst cardiale pathologie B1 +B2 : 127
- dienst cardiale pathologie T : 122
- dienst cardiale pathologie C : 123
- dienst cardiale pathologie E + B3 : 124
- dienst cardiale pathologie E zonder B3 : 125
- dienst cardiale pathologie P : 126
- eerste opvang van spoedgevallen : 130
- gespecialiseerde spoedgevallenzorg : 131
- functie mobiele urgentiegroep : 132
- zorgprogramma oncologische basiszorg : 133
- zorgprogramma oncologie (volledig programma) : 134

(☞9, 13) - erkenning gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker (t.e.m. xx/xx/202x) : 135
(☞13) - erkenning coördinerende borstkliniek (vanaf xx/xx/202x) : 136
(☞13) - erkenning satelliet borstkliniek (vanaf xx/xx/202x) : 137
(☞22) - gespecialiseerd zorgprogramma acute beroertezorg met invasieve procedures : 138

- zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde A : 140
- zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde B : 141
- centrum voor robotchirurgie (t.e.m. 29/2/2016) : 150
- centrum voor endoprothesen zonder erkenning cardiale pathologie B3 : 151
- centrum voor endoprothesen met erkenning cardiale pathologie B : 152
- centrum “implanteerbare hartmonitor” (t.e.m. 29/2/2016) : 153
- centrum “percutaan implanteerbare klepstent in pulmonaal positie” (t.e.m. 31/7/2016) : 154
- expertisecentrum voor comapatiënten : 155

(☞23) - centrum “coronaire en drug eluting stent” (t.e.m. 31/8/2024) : 156

- centrum “peroperatieve behandeling van voorkamerfibrillatie” (t.e.m. 29/2/2016) : 157
- centrum “neurostimulatoren en toebehoren obsessieve-compulsieve stoornis” (t.e.m. 31/7/2016) : 158
- centrum “gefenestreerde en/of vertakte endoprothesen” (t.e.m. 30/4/2016) : 159
- centrum “neurostimulatoren in geval van bewegingsstoornissen” (t.e.m. 31/7/2016) : 160
- centrum “neurostimulatoren en toebehoren in geval van Parkinson en essentiële tremor” : 161
- centrum “percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie” (t.e.m. 31/7/2016) : 162
- centrum “percutane herstelling van mitralisklepbladen” : 163
- centrum “radiofrequentie ablatie slokdarm” : 164
- centrum “neurostimulatoren in geval van obsessieve compulsieve stoornis (vanaf 1/8/2016) : 165
- centrum “neurostimulatoren in geval van bewegingsstoornissen” (vanaf 1/8/2016) : 166
- centrum “percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie” (vanaf 1/8/2016) : 167
- centrum “verankeringsimplantaat voor externe prothese” (Opra) : 168
- centrum “percutane sluiting van het linker hartoortje in geval van niet-valvulaire voorkamerfibrillatie” (vanaf 1/1/2017) : 169

(☞25) - centrum “magnetisch verlengbare staven en zelf-implanteerbare groeisystemen” (Magec en Nemost) : 170
(☞17) - centrum “implanteerbare sensor voor de continue meting van het glucoseniveau” (t.e.m. 31/10/2023) : 171

- centrum “neurostimulatoren van de dorsale wortel ganglion en toebehoren in geval van CRPS” : 172
- centrum “endobronchiale éénrichtingskleppen” : 173

(☞2) - centrum “implantaten voor de behandeling van fecale incontinentie” : 174
(☞7) - centrum “neurostimulatoren voor dysfuncties van de lage urinewegen” : 175
(☞13) - centrum “hypoglossale neurostimulatie bij obstructief slaapapneu” : 176
(☞20) - centrum “neurostimulatie van de occipitale zenuwen bij clusterhoofdpijn” : 177
(☞20) - centrum “percutane coronaire rotationele atherectomie” : 178
(☞21) - centrum “centromedullaire magnetisch verlengbare nagel” : 179

- erkenning overeenkomst borstreconstructie : 190

(☞26) - erkenning overeenkomst freezing (enkel zorgprogramma reproductieve geneeskunde B) : 191
(☞26) - erkenning overeenkomst freezing (ziekenhuis beschikt over zorgprogramma reproductieve geneeskunde B en voldoet aan normen voor zorgprogramma pediatrische hemato-oncologie) : 192

- erkenning overeenkomst complexe chirurgie pancreas : 193
- erkenning overeenkomst complexe chirurgie slokdarm : 194

(☞17) - erkenning overeenkomst obesitas bij kinderen : 195
(☞23) - erkenning overeenkomst percutane ablatie onder CT-scan begeleiding : 196
(☞25) - erkenning overeenkomst telemonitoring hartfalen : 197

<u>Erkenning bank voor menselijk lichaamsmateriaal</u>:

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

Reken- en afrondingsregels voor verstrekkingen verricht door stagiairs aan 75%, heelkundige verstrekkingen aan 50% en operatieve hulp aan 10%.

(☞26) **1. Algemene regels**

Gebruik de tariefbladen op de RIZIV-website voor de bezoeken en kinder- en jeugdpsychiatrie. Zie onder voor de rest.

De remgelden kunnen verschillen tussen voorkeursgerechtigden en niet-voorkeursgerechtigden. Voor operatieve hulp (10%) is er geen remgeld van toepassing.

Het verminderd honorarium…	wordt steeds afgerond volgens de gewone afrondingsregel. *(vanaf 5 naar boven afronden)*
De ZIV-tegemoetkoming…	wordt steeds naar boven afgerond. *(round-up)*
Het persoonlijk aandeel…	wordt steeds naar beneden afgerond. *(round-down)*

(☞26) **2. Specifieke vervolgregels**

Zie ook de groepen van verstrekkingen en formules in het Excelbestand "rekenregels 75%".

Ter eenvoud wordt in onderstaande beschrijving met voorbeelden telkens een vermindering van 75% (HAIO-ASO) gebruikt, maar voor artsen-specialisten blijft dezelfde werkwijze van toepassing bij een vermindering van 50% (heelkunde) en 10% (operatieve hulp), hoewel er bij 10% geen remgelden berekend moeten worden.

INDIEN VAST REMGELD BIJ HUISARTSEN

Eerst wordt het verminderd honorarium berekend en afgerond volgens de gewone afrondingsregel. (vanaf 5 naar boven afronden)

Voorbeeld: Verstrekking met honorarium (aan 100%) = 25,68 €

*Honorarium aan 75% = 25,68 € * 0,75 = 19,26 €*

Daarna wordt het remgeld aan 100% hiervan afgetrokken.
(bij huisartsen worden vaste remgelden niet aan 75% herberekend)

Voorbeeld (vervolg): Vast remgeld aan 100% = 4,00 €

ZIV-tegemoetkoming aan 75% = 19,26 € - 4,00 € = 15,26 €

INDIEN VAST REMGELD BIJ ARTSEN-SPECIALISTEN

Eerst wordt het verminderd honorarium berekend en afgerond volgens de gewone afrondingsregel. (vanaf 5 naar boven afronden)

Voorbeeld: Verstrekking met honorarium (aan 100%) = 25,27 €

*Honorarium aan 75% = 25,27 € * 0,75 = 18,9525 ≈ 18,95 €*

Daarna wordt het remgeld aan 75% hiervan afgetrokken.
(bij artsen-specialisten worden vaste remgelden wel aan 75% herberekend, met round-down)

Voorbeeld (vervolg): Vast remgeld aan 100% = 4,00 €

*Vast remgeld aan 75% = 4,00 € * 0,75 = 3,00 €*

ZIV-tegemoetkoming aan 75% = 18,95 € - 3,00 € = 15,95 €

INDIEN PERCENTAGEREMGELD ZONDER PLAFOND

Eerst wordt het verminderd honorarium berekend en afgerond volgens de gewone afrondingsregel. (vanaf 5 naar boven afronden)

Voorbeeld: Verstrekking met honorarium aan 100% = 47,28 €

*Honorarium aan 75% = 47,28 € * 0,75 = 35,46 €*

Daarna wordt de ZIV-tegemoetkoming aan 75% berekend door het remgeldpercentage af te trekken. (round-up)

Voorbeeld (vervolg): Remgeldpercentage = 35%

*ZIV-tegemoetkoming aan 75% = 35,46 € * 0,65 = 23,049 € ≈ 23,05 €*

Daarna wordt de ZIV-tegemoetkoming aan 75% afgetrokken van het honorarium aan 75%, wat het remgeld aan 75% oplevert.

Remgeld aan 75% = 35,46 € - 23,05 € = 12,41 €

INDIEN PERCENTAGEREMGELD MET PLAFOND

Eerst wordt het verminderd honorarium berekend en afgerond volgens de gewone afrondingsregel. (vanaf 5 naar boven afronden)

Voorbeeld: Verstrekking met honorarium aan 100% = 133,06 €

*Honorarium aan 75% = 133,06 * 0,75 = 99,795 ≈ 99,80 €*

Daarna wordt de normale ZIV-tegemoetkoming aan 75% berekend door het remgeldpercentage af te trekken. (round-up)

Voorbeeld (vervolg): Remgeldpercentage = 15%

*Normale ZIV-tegemoetkoming aan 75% = 99,80 € * 0,85 = 84,83 €*

Daarna wordt de normale ZIV-tegemoetkoming aan 75% afgetrokken van het honorarium aan 75%, wat het normale remgeld aan 75% oplevert, met een mogelijke toepassing van de plafonnering achteraf. Indien de toepassing van de plafonnering noodzakelijk blijkt, wordt het aangepaste remgeld aan 75% vervolgens afgetrokken van het honorarium aan 75%, wat zodoende de aangepaste ZIV-tegemoetkoming oplevert.

Voorbeeld (vervolg 2): Plafond remgeld = 8,68 €

Normaal remgeld aan 75% = 99,80 € - 84,83 € = 14,97 € = plafonnering noodzakelijk!

Aangepast remgeld aan 75% = 8,68 €

Aangepaste ZIV-tegemoetkoming aan 75% = 99,80 € - 8,68 € = 91,12 €

(☞10) **3. <u>Bijzonderheden</u>: meervoudige berekeningen**

a) <u>Operatieve hulp bij chirurgische ingreep aan 50%</u>

De facturatie gebeurt via 2 afzonderlijke records. Er wordt dus sowieso tussentijds afgerond.

<u>Voorbeeld</u>: Chirurgische ingreep met honorarium (aan 100%) = 797,57 €
(volledig terugbetaald, geen persoonlijk aandeel)

<u>1ste record</u>: chirurgische ingreep aan 50%

Honorarium aan 50% (= ZIV-tegemoetkoming)
*= 797,57 € * 0,50 = 398,785 ≈ 398,79 €*

<u>2de record</u>: operatieve hulp bij deze chirurgische ingreep aan 50%

Honorarium operatieve hulp (= ZIV-tegemoetkoming)
*= 398,79 € * 0,10 = 39,879 ≈ 39,88 €*

b) <u>Chirurgische ingreep aan 50%, verricht door een stagiair (75%)</u>

De facturatie gebeurt via 1 enkele record, maar er wordt ook hier tussentijds afgerond (eerst 50%, daarna 75%).

<u>Voorbeeld</u>: Chirurgische ingreep met honorarium (aan 100%) = 797,57 €
(volledig terugbetaald, geen persoonlijk aandeel)

Honorarium aan 50% (= ZIV-tegemoetkoming)
*= 797,57 € * 0,50 = 398,785 ≈ 398,79 €*

Honorarium aan 50% verricht door stagiair (= ZIV-tegemoetkoming)
*= 398,79 € * 0,75 = 299,0925 ≈ 299,09 €*

Lectuur identiteitsgegevens in ziekenhuismilieu – record 21

(☞5,17) Deze bijlage is van toepassing voor alles wat door een ziekenhuis wordt gefactureerd (R 10 Z 14 = Zh. nr. 710/719/720)

1. Principes

1.1 Klassieke hospitalisatie, R 20 Z 10 (factuurtype) = 1

- Eén lectuur per hospitalisatie.
- Deze lectuur vindt plaats binnen de 3 dagen na de datum van opname.
- Eén record 21 per factuur met de gegevens van de lezing.

(☞11) Voor de verblijven verdeeld over verschillende facturen (trimester- of jaarafsluiting, mutatie, wijziging verzekerbaarheid(wijziging CG1/CG2 of verzekerd/onverzekerd), moet elke factuur een record 21 bevatten. In dat geval worden de leesgegevens die bij de opname gecapteerd werden (binnen de 3 dagen) herhaald op elke factuur. R 21 van de 1ste factuur van het verblijf wordt dus gekopieerd naar alle volgende facturen van het verblijf.

(☞12) - De voorafgaandelijke lezing tijdens een passage op spoed dezelfde dag of de vorige dag kan worden gebruikt. R 21 van de ambulante factuur (spoed) wordt dus herhaald (gekopieerd) op de hospitalisatiefactuur.

(☞12) - In geval van herfacturatie door het ziekenhuis aan het ziekenfonds van de patiënt indien er eerst als arbeidsongeval werd gefactureerd maar het achteraf niet als een arbeidsongeval erkend wordt, mogen de leesgegevens die bij de opname gecapteerd werden (binnen de 3 dagen) gebruikt worden.

(☞12) - In geval van herindieningen, correctiefacturen en complementaire facturen (R 20 Z 11 = 1, 2, 4 of 5), moet altijd een R 21 worden vermeld, of het nu gaat om een herhaling/kopie van de oorspronkelijke R 21 of om een nieuwe R 21 (als de oorspronkelijke factuur nog geen R 21 had en om die reden is verworpen).

- Lectuur tijdens de pre-opname volstaat niet.

1.2 Daghospitalisatie en ambulante zorgen, R 20 Z 10 (factuurtype) = 3, 4 of 9

- Eén lectuur per dag.
- Deze lectuur vindt plaats bij aankomst in het ziekenhuis en dus voorafgaand aan de 1ste verstrekking.
- Eén record 21 per dag met de gegevens van de dagelijkse lezing.
- Indien de factuur (R20-80) prestaties uitgevoerd op verschillende dagen bevat, dan moeten in de betreffende factuur (R20-80) meerdere records 21 vermeld worden (één R 21 voor elke dag).

(☞15,26) - Uitzonderingen op de regel van één lectuur per dag:

  - indien het gaat om een ambulante behandeling op de spoed van enkele uren verdeeld over 2 dagen (bv. aankomst op de spoed om 22u en vertrek om 1u 's morgens), een daghospitalisatie verdeeld over 2 dagen (bv. als patiënt tot na middernacht blijft en er na middernacht nog prestaties aangerekend worden) of een nachtdialyse verdeeld over 2 dagen, dan volstaat één enkele lectuur (ofwel dag x van aankomst, ofwel dag x +1).
    In R 21 Z 10 moet dan waarde 1 ingevuld worden.
  - indien het gaat om een ambulante factuur met enkel ontslagmedicatie, dan dient er geen lezing te gebeuren op deze prestatiedag (dag van ontslag) maar mag de R 21 van de hospitalisatiefactuur herhaald (gekopieerd) worden op de ambulante factuur, mits waarde 3 ingevuld wordt in R 40 Z 12.

- Indien de daghospitalisatie of ambulante zorgen verdeeld zijn over verschillende facturen (complementaire facturen,…), moet elke factuur een R 21 bevatten.

(☞1) - Voor verstrekkingen van art. 8 van de nomenclatuur (verpleegkundige zorg) die gefactureerd worden door een ziekenhuis, moeten de modaliteiten van de verpleegkundigen gevolgd worden (behalve indien de verstrekkingen verricht worden in een praktijkkamer binnen het ziekenhuis).
Concreet betekent dit dat er een record 21 per patiëntencontact nodig is (dus ingeval van meerdere contacten per dag → meerdere records 21).

(☞14) - Voor verstrekkingen van art. 9 van de nomenclatuur (vroedvrouwen) die gefactureerd worden door een ziekenhuis, gelden de modaliteiten voor de ziekenhuizen voor ambulante verstrekkingen: 1 lectuur per dag.

(☞12) - In geval van herindieningen, correctiefacturen en complementaire facturen (R 20 Z 11 = 1, 2, 4 of 5), moet altijd een recordtype 21 worden vermeld, of het nu gaat om een herhaling/kopie van de oorspronkelijke R 21 of om een nieuwe R 21 (als de oorspronkelijke factuur nog geen R 21 had en om die reden is verworpen).

1.3 Recurrente behandelingen, (R 30/50 Z 4 = (pseudo-) codes chemotherapie, radiotherapie, immunotherapie, dialyse, MBV, nabehandeling revalidatie).

(☞3) - Minimaal één lectuur per factuur (datum van lezing = één van de datums van de recurrente behandeling).

(☞23) - Er moet wel één R 21 per prestatiedatum worden ingevuld (de R 21 uit de ene lectuur mag gekopieerd worden voor alle prestatiedagen).

(☞23) - De verzekeringinstellingen geven geen foutmeldingen wanneer de datum van lezing na de datum van prestatie valt.

(☞14,15,22) - Voor geneesmiddelen die toegediend worden in het kader van recurrente behandelingen en tegelijk daarmee gefactureerd worden (op dezelfde factuur), volstaat eveneens één lezing per factuur, mits waarde 2 ingevuld wordt in R 40 Z 12. Er dient één R 21 vermeld te worden voor elke prestatiedatum.

(☞1) - Lijst van de betreffende recurrente behandelingen :

- o chemotherapie/immunotherapie: (pseudo)-codes 767874-767885, 767896-767900, 767911-767922 en 767933-767944
- o radiotherapie (art. 18 §1 van de nomenclatuur): codes 444113-444124, 444135-444146, 444150-444161, 444172-444183, 444194-444205, 444216-444220, 444231-444242, 444253-444264, 444290-444301, 444312-444323, 444334-444345, 444356-444360, 444371-444382, 444614-444625, 444393-444404, 444415-444426, 444430-444441, 444452-444463, 444474-444485, 444496-444500, 444511-
(☞14,19) 444522, 444533-444544, 444555-444566, 444570-444581, 444592-444603, 444636-444640, 444651-
(☞24) 444662, 444673-444684, 444695-444706, 444614-444625 + consultaties 105932 en 105954 + 444710-444721

Opmerking : *De lezing kan gebeuren bij de simulatie op voorwaarde dat de simulatie op dezelfde factuur als de behandeling staat*

(☞26) o honoraria en forfaitaire tegemoetkomingen uit de overeenkomst betreffende de financiering van dialyse: (pseudo)-codes 470293-470304, 470330-470341, 470315-470326, 470890-470901, 470934-470945, 471111-471122, 471133-471144, 471155-471166, 471170-471181, 767594, 767616, 767631, 767686, 767723, 767664, 767701, 767756, 767782, 767804 en 767955-767966.

(☞23) + bloedproducten afgeleverd in het kader van de dialyse: pseudocodes 0752113-0752124, 0752393-0752404, 0752415-0752426, 0752430-0752441, 0752452-0752463, 0752474-0752485, 0752496-0752500, 0752555-0752566, 0752570-0752581, 0752592-0752603, 0752614-0752625, 0752636-0752640, 0752651-0752662, 0752673-0752684 en 0752695-0752706

- o forfaits MBV : (pseudo)-codes 757293, 757315 en 757330
- o nabehandeling revalidatie : (pseudo)-code 762974

1.4 <u>Factuur met enkel zorgen waarvoor geen lezing van identiteitsdocument vereist is,</u> (R 30/50 Z 4 = (pseudo-) codes van de exhaustieve lijst van zorgen waarvoor geen lectuur van het identiteitsdocument vereist is, zie punt 2.4)

- <u>Geen lectuur.</u>
- <u>Geen record 21 met leesgegevens.</u>

(☞20, 22) <u>Opgelet:</u> De principes uit punt 1.1 hebben voorrang. Een hospitalisatiefactuur (type factuur 1) moet dus steeds een R 21 bevatten, zelfs als ze enkel *prestaties* bevat waarvoor geen lectuur vereist is (bv. een complementaire factuur met uitsluitend prestaties klinische biologie). Een hospitalisatiefactuur met betrekking tot een *patiënt* waarvoor geen lectuur vereist is (eerste 3 streepjes uit punt 2.4) of voor een *elders verblijvende patiënt* (dienstcode = 002) moet geen R 21 bevatten.

2. <u>Uitzonderingen</u>

2.1. <u>Verificatie a posteriori (R 21 Z 5 = 4, 5, 6 of 8)</u>

(☞23) In de volgende gevallen kan de verificatie van de identiteit a posteriori gebeuren door manuele invoering van het INSZ-nummer in R 20 Z 8 en het serienummer in R 21 Z 9 of via a posteriori lectuur (datum en uur van lectuur moeten steeds ingevuld worden) :

- indien de patiënt geen geldig identiteitsdocument kan voorleggen op het moment van de zorgen
- (☞14) in geval de patiënt binnenkomt via spoed of met de MUG en vervolgens wordt gehospitaliseerd : voor de verstrekkingen verricht op spoed of in de MUG wordt de identiteit van de patiënt gelezen binnen de 3 dagen die volgen op de dag van opname (hospitalisatie)
- indien de patiënt 's avonds laat vóór middernacht aankomt op spoed : voor de verstrekkingen verricht op spoed mag de identiteit van de patiënt gelezen worden de volgende dag *(opm.: mag ook de avond zelf).*
- indien de prestatie wordt verleend buiten de administratieve openingsuren van het ziekenhuis
- in geval van panne van het informaticasysteem

(☞10, 22) In het volgende geval kan de verificatie van de identiteit a posteriori gebeuren door manuele invoering van INSZ-nummer in R 20 Z 8 en serienummer in R 21 Z 9:

- gebrek aan interconnectiviteit tussen software

De reden wordt geregistreerd in R 21 Z 8 (reden manuele invoering of a posteriori lectuur).

2.2. <u>Manuele invoering voorafgaand aan de 1ste verstrekking (R 21 Z 5 = 7)</u>

De identiteitsgegevens kunnen manueel ingevoerd worden (voorafgaand aan 1ste verstrekking) ingeval van:

- onbeschikbaarheid van de kaartlezer
- gebruik van een identiteitsdocument zonder chip of met defecte chip

De reden wordt geregistreerd in R 21 Z 8 (reden manuele invoering of a posteriori lectuur).

2.3. <u>Gebruik van het vignet als drager (R 21 Z 6 = 4)</u>

In de volgende gevallen kan de verificatie van de identiteit gebeuren met behulp van een vignet door manueel het INSZ-nummer in te voeren of door de streepjescode op het vignet te lezen:

- In geval van overmacht als de patiënt geen identiteitsdocument bezit
- Ingeval van een prestatie waarvoor de reglementering geen gelijktijdige aanwezigheid van de patiënt en de zorgverstrekker vereist

De reden wordt geregistreerd in R 21 Z 7 (reden gebruik vignet).

2.4. Geen registratie van leesgegevens van het identiteitsdocument (geen record 21)

(☞4,22) - Voor de rechthebbenden van minder dan 3 maanden oud. (hospitalisatie: leeftijd op het moment van opname; ambulant: leeftijd op prestatiedatum).

(☞12,26) - In geval de verstrekking reeds verleend is en de patiënt binnen de maand na de prestatiedatum/opnamedatum overlijdt alvorens a posteriori verificatie kan plaatsvinden.

(☞4) - Voor de personen die van de verplichte ziekteverzekering genieten op basis van een Europese ziekteverzekeringskaart of een formulier S2 of van een formulier E111 of E128 of een Australische Medicare- card. Dit omvat ALLE en uitsluitend de patiënten met CT1 = 18X.

(☞8,10,23) - Prestaties multidisciplinaire consulten zonder aanwezigheid van de patiënt: (pseudo)-codes 105291-105302, 105313-105324, 105335-105346, 105350-105361, 350114-350125, 350136-350140, 350151-350162, 350173-350184, 350291-350302, 350372-350383, 350276-350280, 350453-350464, 350394-350405, 350416-350420,350475-350486, 350674-350685, 350696-350700, 350711-350722, 350733-350744, 350755-350766, 350770-350781 en 350792-350803.

(☞17,18,19,22,23,25) - Andere verstrekkingen zonder patiëntencontact:

- schriftelijk verslag van een hospitalisatieperiode: 350313-350324.
- 2de lezing screeningsmammografie: 450214-450225.
- overeenkomst 'obesitas bij kinderen': advies en ondersteuning aan het 1ste zorgniveau: 400676-400680, trimestrieel forfait: 400632-400643, jaarforfait: 400654.
- overeenkomst 'zorgpad pre- en rehabilitatie abdominale transplantatie': (p)rehabilitatie-overleg: 400750-400761, 400875-400886, 400993-401004, 401111-401122.
- overleg (kinder- en jeugdpsychiatrie): 109336, 109351, 109373, 109395, 109410, 109432, 109454 en 109675.
- overeenkomst 'eetstoornissen': multidisciplinair overleg: 401310.
- pluridisciplinaire nefrologische evaluatie: 103994.
- overeenkomst 'telemonitoring hartfalen': 403012-403023, 403034-403045, 403056-403060, 403071-403082, 403093-403104 en 403115-403126.
- overeenkomst 'transgenderzorg': 783451-783462 en 783473-783484.

(☞8,14,22,23) - Forfaits voor parenterale voeding thuis: (pseudo)-codes 750175, 751354, 751376, 751391, 751413, 751951,751833, 751870, 751855, 751892, 751914, 751936, 764971, 766172 en 766194, alsook de specialiteiten verwerkt in de parenterale voeding (herkenbaar d.m.v. betrekkelijke verstrekking).

- Orale chemotherapie: (pseudo)-codes 767852 en 767863.

- Dringend ziekenvervoer naar ziekenhuis B dat wordt uitgevoerd en gefactureerd door ziekenhuis A: (pseudo)-codes 784416, 784431 en 784453 (deze codes gelden enkel nog voor helikoptervervoer, zie voetnoot R 50 Z 4 V 13).

(☞8) - Dialyse bij de patiënt thuis: (pseudo)-codes 470352, 470875, 470912, 767734, 767815-767826 en 767830- 767841 alsook de farmaceutische producten gefactureerd met dienstcode 750.

(☞11,14) - Verstrekkingen/medicatie verricht/toegediend in de MUG (waarbij patiënt niet naar het ziekenhuis van de MUG wordt gebracht), mits waarde 1 ingevuld wordt in R 40 Z 12 en/of R 50 Z 50b.

(☞6) - Voor alle verstrekkingen klinische biologie, anatomo-pathologie en genetica (art. 3 § 1 AII, § 1 B (2 prestaties) en § 1 CI, art. 18 § 2, B, e, art. 24, art. 24bis, art. 32, art. 33, art. 33bis en art. 33ter van de nomenclatuur; verstrekkingen van de overeenkomst Genetic Counseling (589750, 589761, 589772, 589783, 589794, 589805); KB van 24 september 1992 tot vaststelling van nadere regelen betreffende de forfaitaire honoraria voor sommige verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, alsmede de onderaanneming van deze verstrekkingen (592815, 592911, 592992,
(☞17,24,25) 593014, 593110), Covid-testen en de verstrekkingen 559812-559823, 559834-559845, 559856-559860 (*labo-activiteit IVF*); verstrekkingen van de overeenkomst Opsporing Apenpokken* (557233-557244, 557270-557281); verstrekkingen van de overeenkomst Next Generation Sequencing (535010 t.e.m. 536023)).

(☞5,21) - Voor de forfaits in het kader van revalidatie-overeenkomsten zoals bedoeld in artikel 22, 6° en 23, §3 van de gecoördineerde wet van 14/7/1994, namelijk de forfaits geattesteerd door het ziekenhuis in het kader van een revalidatie-overeenkomst (het betreft de pseudo-codes uit punten 16) en 17) van R 30 Z 4 en de punten 5bis, 5ter, 5quater, 5quinquies en 8 b) uit R 50 Z 4), die met dienstcode 770 en type factuur 5 of 6 gefactureerd worden). De uitzondering geldt ook voor verstrekkingen die samen met het revalidatieforfait op dezelfde factuur van type 5/6 worden gefactureerd.

(☞9) - Voor de ambulante pseudocodes van paragraaf 18) vanR30Z4 (overeenkomstenMS/ALS/Huntington : 764853, 764816, 764831, 770136, 770151 en 770173).

- Mobiele teams: waarbij het ziekenhuis louter de pseudocodes IN/OUT (793715, 793730, 793752 en 793774) en de huisbezoeken van de psychiater (104473, 104495) aanrekent.

(☞11) - Alle radiofarmaceutische producten (zie lijst op de RIZIV-website: https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/radiopharma/vergoedbare-radiofarmaceutische-producten-referentielijsten-en-referentiebestanden).

(☞11) - De "advies" verstrekking van hoofdstuk II van de nomenclatuur (109012).

(☞11,12) - Voor de creditnota's (R 20 Z 11 = 3).

(☞8,14,19,23) - Alle niet-vergoedbare verstrekkingen, producten, diensten, geneesmiddelen. Gratis geneesmiddelen (R 40 Z 16 = 1) worden gelijkgesteld aan niet-vergoedbare geneesmiddelen.

(☞14) - Prestaties verricht op (potentiële) donor en gefactureerd aan ontvanger (R 30, 40, 50 Z 48 = 2).

(☞14,21) - Verstrekkingen op afstand: verstrekkingen uit punt 1 van de omzendbrief met tijdelijke verstrekkingen COVID-19 (https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/individuele-verzorging/honoraires/Paginas/tarieven-tijdelijke-verstrekking-COVID19.aspx) + de verstrekkingen uit art. 37 van de nomenclatuur + de verstrekkingen 309411-309422, 309433-309444, 379411-379422 en 379433- 379444 uit art.5 van de nomenclatuur.

(☞14) - Voor de facturen thuishospitalisatie (herkenbaar op basis van type factuur 7 en pseudo-dienstcode 980).

(☞19) - Prestaties met norm verstrekking 7 in R 50 Z 3.

(☞20) - Pseudocodes IN/OUT pilootprojecten "transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen" (799956-799960 en 799971-799982).

(☞25) - Pseudocodes aan 0 euro in het kader van de overeenkomst "eetstoornissen" (401472-401483, 401494-401505, 401516-401520, 401531-401542, 401553-401564 en 401575-401586).

** Deze overeenkomst blijft slechts van kracht tot en met prestatiedatum 31/12/2024.*

RUBRIEK : TYPE FACTUUR

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 50

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

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

	Waarde	Betekenis
	1	Individuele factuur hospitalisatie of chirurgisch dagziekenhuis, gipskamer, nierdialyse en forfaitaire verpleegdag overeenkomstig art. 4 van de nationale overeenkomst verplegingsinrichtingen - verzekeringsinstellingen voor gehospitaliseerden.
	3	Individuele factuur - niet gehospitaliseerd en anderen dan bedoeld met de codes 4, 5, 6 en 9.
	4	Individuele factuur - rust- en verzorgingstehuis of psychiatrische verzorgingstehuizen of rustoorden voor bejaarden, of beschut wonen.
	5	Interne revalidatie.
	6	Externe revalidatie.
(☞14)	7	Thuishospitalisatie.
(☞12) (☞3,26)	9	Individuele factuur chirurgisch dagziekenhuis, forfait gipskamer, dringende verzorging of intraveneuze infusie (vroeger miniforfait), maxiforfait, (maxi-)forfait oncologie en forfaits hoofd-, hand- en voetkoeling, forfait groep 1, 1bis, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis of 7, forfait chronische pijn 1, 2, 3, nierdialyse voor ambulante patiënten, forfait manipulatie poortkatheter, forfaitaire verpleegdag dienst A in psychiatrische ziekenhuizen of forfaits nabehandeling revalidatie.

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

Nierdialyse
De dialyse thuis of in centra (pseudo-codes uit overeenkomst) mag gefactureerd worden met type factuur 9, op voorwaarde dat de dienstcode (R 30 Z 13) gelijk is aan 750. Als dienstcode 990 gebruikt wordt, dan moet het type factuur gelijk zijn aan 3.

(☞14) Thuishospitalisatie
Het type factuur 7 dient steeds in combinatie met pseudo-dienstcode 980 gebruikt te worden.

RUBRIEK : PRESTATIEDATUM OF OPNAMEDATUM WAAROP LEZING BETREKKING HEEFT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 13

Zone in te vullen bij de verificatie van de identiteit van de patiënt in ziekenhuismilieu.
Facultatieve zone tot op het moment dat de verificatie van de identiteit van de patiënt door lectuur van een identiteitsdocument verplicht wordt in ziekenhuismilieu.

In deze zone wordt de datum vermeld waarop de lezing (of manuele invoering) betrekking heeft.
Voor ambulante facturen (inclusief dagziekenhuis) betreft het de prestatiedatum waarop de record 21 betrekking heeft (algemene regel: één R21 per prestatiedatum). Voor gehospitaliseerde facturen betreft het de opnamedatum (algemene regel: één R21 per opname).

Deze zone moet steeds ingevuld worden.

Deze datum is gelijk aan de datum in R 21 Z 11, behalve in de volgende gevallen:

- A posteriori lezing of a posteriori manuele invoering (R 21 Z 5 = 4, 5, 6 of 8)
- Hospitalisatiefacturen: maximum 3 dagen verschil
- Recurrente behandelingen
- Ambulante factuur met ontslagmedicatie (R 40 Z 12 = 1)
- (☞26) Passage spoed, daghospitalisatie of nachtdialyse verspreid over 2 dagen (R 21 Z 10 = 1): maximum 1 dag verschil

RUBRIEK : AANDUIDING SPOED/DAGHOSPITALISATIE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 40

Zone in te vullen bij de verificatie van de identiteit van de patiënt in ziekenhuismilieu.
Facultatieve zone tot op het moment dat de verificatie van de identiteit van de patiënt door lectuur van een identiteitsdocument verplicht wordt in ziekenhuismilieu.

	Waarde	Betekenis
(☞26)	1	Het gaat om een passage op spoed, daghospitalisatie of nachtdialyse verspreid over 2 dagen.
	0	Alle andere gevallen

Indien deze zone gelijk is aan 1, dan mag er maximum 1 dag verschil zijn tussen de datum van lezing (zone 11) en de prestatiedatum (zone 4).

RUBRIEK : DATUM VAN LEZING ELEKTRONISCH IDENTITEITSDOCUMENT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 41

Zone in te vullen bij de verificatie van de identiteit van de patiënt in ziekenhuismilieu.
Facultatieve zone tot op het moment dat de verificatie van de identiteit van de patiënt door lectuur van een identiteitsdocument verplicht wordt in ziekenhuismilieu.

In deze zone wordt de datum vermeld waarop de lezing (of manuele invoering) gebeurd is.
Deze zone moet steeds ingevuld worden.

Deze datum is gelijk aan de datum in R 21 Z 4, behalve in de volgende gevallen:

- A posteriori lezing of a posteriori manuele invoering (R 21 Z 5 = 4, 5, 6 of 8)
- Hospitalisatiefacturen: maximum 3 dagen verschil
- Recurrente behandelingen
- (☞23) Ambulante factuur met ontslagmedicatie (R 40 Z 12 = 3)
- (☞26) Passage spoed, daghospitalisatie of nachtdialyse verspreid over 2 dagen (R 21 Z 10 = 1): maximum 1 dag verschil

RUBRIEK : NORM VERPLEEGDAG

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 9

Waarde	Betekenis
1	Indien het gaat om de eerste afrekening van ligdagen van de hospitalisatieperiode.
2	Indien het gaat om de enige afrekening van ligdagen van de hospitalisatieperiode.
9	Indien het gaat om de laatste afrekening van ligdagen van de hospitalisatieperiode.
0	Indien het niet gaat om een eerste, een enige of een laatste afrekening van ligdagen van de hospitalisatieperiode.

De V.I.'s moeten aan het R.I.Z.I.V. het aantal gevallen van hospitalisatie meedelen.

De norm-waarde dient alleen vermeld te worden indien het gaat om een hospitalisatiefactuur (R 20 Z 10 = 1) waarbij er minstens 1 recordtype 30 bestaat met ligdagen.
In alle andere gevallen is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

De regels voor de facturatie van het chirurgisch dagziekenhuis zijn identiek aan de regels voor
(☞3,26) facturatie van miniforfait (*) en maxiforfait en forfait groep 1, 1bis, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis of 7 en forfait
(☞12) chronische pijn 1, 2 of 3 en forfaits hoofd-, hand- en voetkoeling. Hieruit volgt dat het chirurgisch dagziekenhuis zowel in de record van het dagforfait als in de record van het opnameforfait normwaarde “nul” krijgt en dit zowel bij het gebruik van gehospitaliseerde als van ambulante codes.

Normwaarde 2 is gereserveerd voor de facturatie van een gewoon ziekenhuisverblijf dat zich beperkt tot 1 record (bv. prestatiecode 0768025).

Voor de pseudo-code 0767443 (bedrag per dag aan 0 €), is de norm verpleegdag steeds gelijk aan 9.

(*) Miniforfait niet meer aanrekenbaar vanaf 1/1/2014, maar de pseudo-code 761213 krijgt de omschrijving “dringende verzorging of intraveneuze infusie” en wordt op de factuur vermeld met bedragzones gelijk aan nul.

RUBRIEK : DIENSTCODE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 53

Zie codificatietabel in recordtype 50 zone 13 vervolg 1 en vervolg 2.

Het betreft de dienstcode (*) van de dienst waar de patiënt verblijft om 12u 's middags op de datum vermeld in zone 5 of de pseudo-dienstcode ingeval van gebruik gipskamer, dringende verzorging of
(☞12) intraveneuze infusie (vroeger miniforfait), maxiforfait, (maxi-)forfait oncologie, forfaits hoofd-, hand- en voetkoeling, nierdialyse in ziekenhuis (ambulante code), forfaitaire dagprijs psychiatrie, revalidatie
(☞3,26) (intern en extern), forfait groep 1, 1bis, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis of 7, forfait chronische pijn 1, 2 of 3 of andere ambulante prestaties.

Ingeval van forfaitaire verpleegdagen en chirurgisch dagziekenhuis voor elders gehospitaliseerden (gehospitaliseerde code), moet de pseudo-dienstcode 002 worden vermeld.

Indien het gaat om ambulante verstrekkingen (andere dan diegene die hierboven werden geciteerd), moet pseudo-dienstcode 990 worden vermeld.

Voor patiënten die verblijven in RVT, ROB, PVT of BW, moet eveneens pseudo-dienstcode 990 worden vermeld.

Wanneer het record betrekking heeft op de supplementen in verband met het typekamer, farmaceutisch forfait (750002), dagen onbetaald verlof of dagen afwezigheid voor therapeutische doeleinden wordt deze zone op nul gezet.

Farmaceutische forfaits 750175 en 751811: dienstcode 990.

Bedrag per opname (0768003, 0767421, 0793203, 0767480): opnamedienst of 1ste dienst die in aanmerking komt voor aanrekening van het bedrag per opname

Reiskosten prematuren : dienstcode 270.

Eenheden voor zware brandwonden : dienstcode 290.

Nierdialyse thuis of in centra (t.e.m. 31/7/2016: pseudo-codes 0761493, 0761456, 0761515, 0761552, 0761530, 0761471, 0761574, 0761655, 0761670, 0761596; vanaf 1/8/2016: pseudo-codes uit overeenkomst): dienstcode 750 of 990 volgens het type factuur vermeld in R 20 Z 10.

Forfaitaire verpleegdagen dienst A (0761073) en forfait voor nabehandeling revalidatie (0762974) : dienstcode 760.

Chirurgisch dagziekenhuis met ambulante codes : dienstcode 320.

Verpleegdag collectieve vakantiekampen (793321, 793343 en 793365): dienstcode van de dienst waar de patiënt verbleef voor zijn vertrek op collectief vakantiekamp.

Militair hospitaal (0760524, 0760642, 0760653 en 0760664) : dienstcode = 000

(*) Indien het gaat om een verblijf van een pasgeborene kan het ook gaan om een pseudo-dienstcode (170 of 180).

- Voor de andere implantaten met lijst van aangenomen producten en een terugbetaling voor een geheel van materiaal, gebeurt de facturatie als volgt :
  * het aantal opeenvolgende records (reeks) is gelijk aan het aantal gebruikte elementen + 1;
  * de eerste record(s) (aantal gelijk aan aantal gebruikte elementen) moet(en) worden aangeduid met norm 9; de zones 19, 27 en 30-31 zijn steeds gelijk aan nul en de zone 22 is steeds gelijk aan "+0001", de zone 43 bevat de identificatiecode van het gebruikte element;
  * het laatste record van de reeks wordt aangeduid met norm 0 of norm 6; zone 19 bevat het bedrag van de tegemoetkoming; zone 22 is steeds gelijk aan "+0001", zone 43 is steeds gelijk aan nul;
  * de inhoud van de zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25 is identiek in alle op elkaar volgende records met norm 9 en tevens gelijk aan de corresponderende zones in het laatste record (norm 0 of norm 6) van de reeks, waarin het bedrag wordt gefactureerd;

(☞23) De verstrekkingen die op die manier gefactureerd moeten worden, zijn aangeduid met waarde 2 in de zone "*identificationZone43*" van het referentiebestand "*LIST*".

- Voor notificatieplichtige implantaten zonder lijst van aangenomen producten en met een terugbetaling voor een geheel van materiaal, gebeurt de facturatie als volgt :
  * het aantal opeenvolgende records (reeks) is gelijk aan het aantal gebruikte genotificeerde elementen + 1;
  * de eerste record(s) (aantal gelijk aan aantal gebruikte genotificeerde elementen) moet(en) worden aangeduid met norm 9; de zones 19, 27 en 30-31 zijn steeds gelijk aan nul, de zone 55-56 bevat de notificatiecode van het gebruikte element;
  * het laatste record van de reeks wordt aangeduid met norm 0 of norm 6; zone 19 bevat het bedrag van de tegemoetkoming; zone 55-56 is steeds gelijk aan nul;
  * de inhoud van de zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 24-25 is identiek in alle op elkaar volgende records met norm 9 en tevens gelijk aan de corresponderende zones in het laatste record (norm 0 of norm 6) van de reeks, waarin het bedrag wordt gefactureerd;

(☞23,26) De verstrekkingen die op die manier gefactureerd moeten worden, zijn aangeduid met waarde 2 in de zone "*identificationZone55*" van het referentiebestand "*LIST*".
Een concreet voorbeeld is uitgewerkt in R 50 Z 4 V 21 en 22.

- Voor de verstrekkingen 180235-180246 en 180250-180261 gebeurt de facturatie als volgt:
  * het aantal opeenvolgende records is gelijk aan het aantal gebruikte elementen + 1;
  * de eerste record(s) (aantal gelijk aan aantal drug-gecoate ballonnen) moet(en) worden aangeduid met norm 9; de zones 19, 27 en 30-31 zijn steeds gelijk aan nul, de zone 43 bevat de identificatiecode van het gebruikte element;
  * de volgende record(s) (aantal gelijk aan aantal stents) moet(en) worden aangeduid met norm 9; de zones 19, 27 en 30-31 zijn steeds gelijk aan nul, de zone 55-56 bevat de notificatiecode van het gebruikte element;
  * het laatste record van de reeks wordt aangeduid met norm 0 of norm 6; zone 19 bevat het bedrag van de tegemoetkoming; de zones 43 en 55-56 zijn gelijk aan nul;
  * de inhoud van de zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 24-25 is identiek in alle op elkaar volgende records met norm 9 en tevens gelijk aan de corresponderende zones in het laatste record (norm 0 of norm 6) van de reeks, waarin het bedrag wordt gefactureerd;

  Deze verstrekkingen worden in het referentiebestand "LIST" met waarde "2" aangeduid, zowel in de zone *"identificationZone43"* als in de zone "*notificationZone55*".

0 Alle andere toestanden…

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

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

RIZIV-forfait PET (Art. 27/1 van KB 22 mei 2014): 747913-747924

KB van 20 september 2012 tot wijziging van art. 20, §1, f) van de nomenclatuur
De waarde van de verstrekkingen 477116-477120, 477131-477142 en 478096-478100 wordt verhoogd met 50% wanneer ze uitgevoerd worden op een opgenomen patiënt in een erkende functie voor intensieve zorg. In dit geval moeten onderstaande pseudo-codes gebruikt worden voor de facturering:
478166 : verstrekking 477120 uitgevoerd op een opgenomen patiënt in een erkende functie voor intensieve zorg
478181: verstrekking 477142 uitgevoerd op een opgenomen patiënt in een erkende functie voor intensieve zorg
478203 : verstrekking 478100 uitgevoerd op een opgenomen patiënt in een erkende functie voor intensieve zorg

KB van 27/2/2019 (BS 13/3/2019) tot wijziging van art. 17bis en 17quater van de nomenclatuur
De waarde van sommige zwangerschapsechografieën uit art.17bis en art.17quater wordt verhoogd met 50% in geval van meerlingenzwangerschappen. In dat geval moeten de volgende pseudo-codes gebruikt worden:
461856 - 461860: verstrekking 461731 - 461742 ingeval van meerlingenzwangerschap
461871 - 461882: verstrekking 461753 - 461764 ingeval van meerlingenzwangerschap
461893 - 461904: verstrekking 461775 - 461786 ingeval van meerlingenzwangerschap
461915 - 461926: verstrekking 461790 - 461801 ingeval van meerlingenzwangerschap
461930 - 461941: verstrekking 461812 - 461823 ingeval van meerlingenzwangerschap
461952 - 461963: verstrekking 461834 - 461845 ingeval van meerlingenzwangerschap
468856 - 468860: verstrekking 468731 - 468742 ingeval van meerlingenzwangerschap
468871 - 468882: verstrekking 468753 - 468764 ingeval van meerlingenzwangerschap
468893 - 468904: verstrekking 468775 - 468786 ingeval van meerlingenzwangerschap
468915 - 468926: verstrekking 468790 - 468801 ingeval van meerlingenzwangerschap
468930 - 468941: verstrekking 468812 - 468823 ingeval van meerlingenzwangerschap
468952 - 468963: verstrekking 468834 - 468845 ingeval van meerlingenzwangerschap
Alle nomenclatuurregels die van toepassing zijn op de betreffende nomenclatuurcodes zijn eveneens van toepassing op de bijhorende pseudo-codes.

Overeenkomst “genetic counseling”
589750-589761: forfait voor de standaard “genetic counseling”
589772-589783: forfait voor de complexe “genetic counseling”
589794-589805: tijdelijk negatief inhaalforfait

(☞23,25) Overeenkomsten borstreconstructie, complexe chirurgie, percutane ablatie onder CT-scanbegeleiding en telemonitoring hartfalen
De pseudo-codes (en bijhorende tarieven) zijn opgenomen in de overeenkomsten tussen het Verzekeringscomité van het RIZIV en de erkende verplegingsinrichtingen.

(☞26) Overeenkomst freezing
De pseudo-codes (en bijhorende tarieven) van de vergoedbare verstrekkingen zijn opgenomen in de overeenkomst tussen het Verzekeringscomité van het RIZIV en de erkende verplegingsinrichting.
De pseudo-codes 96xxxx voor de bedragen ten laste van de rechthebbende zijn opgenomen in R 50 Z 4 V 15.

(☞12) Overeenkomst “mobiele teams”
De pseudo-codes (en bijhorende tarieven) van de vergoedbare verstrekkingen zijn opgenomen in de betreffende overeenkomst.

Kinesitherapie : toeslag “dossieropstart”

639855-639866	Toeslag voor de verstrekkingen 560011, 560114, 560210, 560313 en 560501.
639892	Toeslag voor de verstrekkingen 560416, 564395 en 560571.
639870-639881	Toeslag voor de verstrekking 560534-560545.

(☞26) Overeenkomst freezing

0961376	0961380	Jaarlijkse bijdrage voor freezing (maximum 50 EUR) ten laste van de rechthebbende, zoals voorzien in artikel 12 van de overeenkomst (rechthebbende had reeds een contract op het ogenblik van in voege treden van de overeenkomst)
0961391	0961402	Jaarlijkse bijdrage voor freezing (maximum 50 EUR) ten laste van de rechthebbende, zoals voorzien in artikel 13 van de overeenkomst (verlenging van de bewaring na de periode van 10 jaar, of 20 jaar in het geval van patiënten bij wie de afname voor de zestiende verjaardag plaatsgevonden heeft).
0961273	0961284	Totaal bedrag BTW

Diverse kosten in ziekenhuizen of PVT

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

Diverse kosten in initiatieven voor Beschut Wonen

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

Supplementen in ROB-RVT-CDV

0960551	Huisvestingskosten: éénpersoonskamer
0960573	Huisvestingskosten: tweepersoonskamer
0960595	Huisvestingskosten: gemeenschappelijke kamer
0960610	Huisvestingskosten in CDV
0960632	Huisvestingskosten: abonnement televisie
0960654	Huisvestingskosten: abonnement internet
0960676	Huisvestingskosten: kosten telefoon
0960691	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: verzorgingsmateriaal niet inbegrepen in forfait
0960713	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: incontinentiemateriaal
0960735	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: (para)farmaceutische producten
0960750	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: voedingssupplementen
0960772	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: kortingen (*bedrag in negatief*)
0960794	Andere supplementen: was
0960816	Andere supplementen: pedicure
0960831	Andere supplementen: manicure
0960853	Andere supplementen: drank
0960875	Andere supplementen niet behorend tot vorige categorieën
0960890	Transport in relatie tot gezondheidszorgen: taxi
0960912	Transport in relatie tot gezondheidszorgen: ambulance
0960934	Transport in relatie tot gezondheidszorgen: vervoer woonplaats/CDV
0960956	Kosten dokter *(facultatieve vermelding)*
0960971	Kosten kine *(facultatieve vermelding)*
0960993	Kosten labo *(facultatieve vermelding)*
0960094	Kosten polikliniek *(facultatieve vermelding)*
0961111	Korting art. 10bis overeenkomst MS (*bedrag in negatief*)
0961133	Korting art. 10bis overeenkomst ALS (*bedrag in negatief*)
0961155	Korting art. 10bis overeenkomst Huntington (*bedrag in negatief*)

Arbeidsongevallen Internationale Verdragen

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

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

(*) Het forfaitair bedrag (60 €) dat vanaf 1/1/2019 aan de patiënt kan aangerekend worden voor dringend ambulancevervoer ten gevolge van een oproep 100/112 wordt eveneens onder deze pseudo-code vermeld.

RUBRIEK : DATUM EERSTE VERRICHTE VERSTREKKING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 17

Het gaat om de datum waarop de verstrekking is verricht of waarop een reeks verstrekkingen is aangevangen.

De facturatie van eenzelfde behandeling via één recordtype 50 is enkel toegestaan voor toezichtshonoraria (art. 25, §1). Andere reeksen van eenzelfde behandeling moeten steeds lijn per lijn gefactureerd worden (aparte record per prestatie en begindatum = einddatum en aantal eenheden = 1).

In geval van forfaitaire vergoeding voor bepaalde periode (vb. revalidatieforfaits), moet de begindatum van de periode worden meegegeven.

Voor klinische biologie, nucleaire geneeskunde in vitro, pathologische anatomie en genetische onderzoeken (zowel voor de forfaitaire honoraria per datum van staalafname (KB 24/9/1992) als voor de
(☞23) technische prestaties) en voor de pseudocodes uit de conventie NGS, moet in deze zone de datum van afname van het staal worden vermeld.
Uitzondering: Indien datum van staalafname < datum voorschrift, dan is deze zone gelijk aan de datum van ontvangst van het voorschrift (deze uitzondering geldt niet voor klinische biologie).

Voor de forfaits « genetic counseling » moet de datum van het eindverslag vermeld worden.

(☞26) Voor de forfaits “freezing” moet de datum van afname vermeld worden.

Medische huizen :
(☞18) Voor de (pseudo-)codes 0109616, 0509611, 0409614, 0109594 (t.e.m. 31/12/2023) en 0400396 (vanaf 1/1/2024) moet de eerste dag van de gefactureerde maand (JJJJMM01) in deze zone worden vermeld.
(☞12) Voor de prestaties per akte moet de prestatiedatum worden vermeld.

Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen

0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016 : datum voorschrift;

forfaitaire honoraria klinische biologie per opname of per dag die recht geeft op maxiforfait of dagziekenhuisforfait (art. 24, §2 van de nomenclatuur) : opnamedatum of datum van opname (transfer) in de eerste dienst die in aanmerking komt voor de aanrekening van het forfait of datum maxiforfait of dagziekenhuisforfait;

0590310, 0590332: datum maxiforfait of dagziekenhuisforfait of chirurgisch dagziekenhuis;

0590181, 0590203, 0460703, 0460821, 0460784, 0700000 : opnamedatum of datum opname (transfer) in de eerste acute dienst die in aanmerking komt voor de aanrekening van het forfait;

0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : prestatiedatum.

Globaal prospectief bedrag: opnamedatum.

Tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal (K.B. van 02/06/2010).
Datum van gebruik als greffe (= datum van inplanting)

Tegemoetkoming in de kosten voor typering en vervoer van hematopoëtische bloedstamcellen (pseudo-codes 269872-269883, 269894-269905 (art. 20, §1))
Factuurdatum (*invoice date*) van factuur van organisme dat typering en/of vervoer verricht heeft.
Uitzondering: datum van overlijden indien de patiënt overleden is op *invoice date.*

Tegemoetkoming in de kosten van menselijk volbloed en labiele bloedproducten (K.B. van 20/04/2010): de datum van toediening moet in deze zone vermeld worden.

RUBRIEK : DATUM LAATSTE VERRICHTE VERSTREKKING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 25

Het gaat om de datum waarop een reeks verstrekkingen is geëindigd.

Reeksen van eenzelfde behandeling moeten steeds lijn per lijn gefactureerd worden (aparte record per prestatie en begindatum = einddatum en aantal eenheden = 1).
De facturatie van eenzelfde behandeling via één recordtype 50 is enkel toegestaan voor toezichtshonoraria (art. 25, §1). Indien in dat geval de eenheidsprijs van tegemoetkoming wijzigt gedurende de periode (begindatum – einddatum), dan dient die behandeling in twee of meer records opgesplitst te worden nl. per eenheidsprijs.

In geval van forfaitaire vergoeding voor bepaalde periode (vb. revalidatieforfaits), moet de einddatum van de periode worden meegegeven.

Indien het gaat om klinische biologie, pathologische anatomie, nucleaire geneeskunde in vitro en genetische onderzoeken (zowel voor de forfaitaire honoraria per datum van staalafname (KB 24/9/1992) als voor de technische prestaties) moet in deze zone de datum van afname van het staal worden vermeld.
Uitzondering: Indien datum van staalafname < datum voorschrift, dan is deze zone gelijk aan de datum van ontvangst van het voorschrift (deze uitzondering geldt niet voor klinische biologie).

Voor de forfaits « genetic counseling » moet de datum van het eindverslag vermeld worden.

(☞26) Voor de forfaits “freezing” moet de datum van afname vermeld worden.

Medische huizen :
Voor de codes 0109616, 0509611 en 0409614 moet de laatste dag van de gefactureerde maand (JJJJMMDD) in deze zone worden vermeld.
(☞18) Voor de pseudo-code 0109594 (t.e.m. 31/12/2023) of 0400396 (vanaf 1/1/2024): einddatum = begindatum.
(☞12) Voor de prestaties per akte moet de prestatiedatum worden vermeld.

Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen of globaal prospectief bedrag:
einddatum = begindatum.

Tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal (K.B. van 02/06/2010).
Datum van ondertekening van het attest betreffende het gebruik van het materiaal als greffe.

Tegemoetkoming in de kosten voor typering en vervoer van hematopoëtische bloedstamcellen (pseudo-codes 269872-269883, 269894-269905 (art. 20, §1))
einddatum = begindatum.

Tegemoetkoming in de kosten van menselijk volbloed en labiele bloedproducten (K.B. van 20/04/2010): de datum van toediening moet in deze zone vermeld worden.

(☞14) Overeenkomsten “thuishospitalisatie”, “psychiatrische functie binnen mobiele teams”,
(☞17,18) “obesitas bij kinderen”, “zorgpad pre- en rehabilitatie abdominale transplantatie”,
(☞20,25) “transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen”, “telemonitoring hartfalen”, “eetstoornissen”:
Z 5 = Z 6

Opmerking :
1. Er moet altijd een einddatum worden vermeld; ook als deze gelijk is aan de begindatum.
2. Voor verpleegkundige zorgen is de einddatum steeds gelijk aan de begindatum.

RUBRIEK : DIENSTCODE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 53

Het betreft de dienstcode (*) van de dienst waar de patiënt verblijft op de datum vermeld in zone 5 of de pseudo-dienstcode ingeval van verstrekkingen tijdens gebruik gipskamer, dringende verzorging of intraveneuze infusie (☞12) (vroeger mini-forfait), maxi-forfait, (maxi-)forfait oncologie, forfaits hoofd-, hand- en voetkoeling nierdialyse in (☞3,26) ziekenhuis, forfaitaire dagprijs psychiatrie, revalidatie (intern en extern), forfait groep 1, 1bis, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis en (☞14) 7, forfait chronische pijn 1, 2 of 3, forfait manipulatie poortkatheter, thuishospitalisatie of andere ambulante prestaties

Indien het gaat om prestaties die op voorschrift werden verricht, dan moet in deze zone de dienstcode of pseudo-dienstcode worden vermeld van de (pseudo-)dienst waar de patiënt verbleef op het ogenblik van het voorschrift. Deze regel is geldig voor prestaties verricht tot en met 31/1/2014.
Indien het gaat om klinische biologie, pathologische anatomie, nucleaire geneeskunde in vitro en genetische onderzoeken (zowel forfaitaire honoraria per datum van staalafname als technische prestaties) moet in deze zone de dienstcode worden vermeld van de (pseudo-)dienst waar de patiënt verbleef op de datum vermeld in zone 5 en 6.

Dienstcode 49 dient uitsluitend te worden vermeld indien er daadwerkelijk gebruik wordt gemaakt van de functie intensieve verzorging (i). Intensieve verzorging die niet wordt verleend in deze functie wordt gefactureerd in de dienst waar de patiënt op dat moment verblijft (bv. dienst D).

(☞26) * In geval van bedragen voor niet door ZIV-vergoede verstrekkingen aangerekend aan gehospitaliseerde of ambulante patiënten dient deze zone op nul te worden gezet.

* In geval van afleveringsmarge of veiligheidsgrens van implantaten dient deze zone op nul te worden gezet.

* Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen :
0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, 0591076, 0591091, 0591113, 0591135, forfaitaire honoraria per datum van staalafname voor ambulante klinische biologie (KB 24/9/1992): code 990 ofwel pseudo-dienstcode ingeval deze forfaitaire honoraria gekoppeld worden aan prestaties verricht tijdens een forfaitaire verpleegdag.
0590310 en 0590332 : pseudo-dienstcode forfaitaire verpleegdag of dienstcode 320 of pseudo-dienstcode 002 (elders gehospitaliseerden)
0590181, 0590203, 0591080, 0591102, 0591124, 0591146, 0591603, 0460703, 0460821, 0460784, 0700000 : opnamedienst of indien de opnamedienst niet in aanmerking komt voor de aanrekening van het forfait de eerste acute dienst na transfert die wel in aanmerking komt.

* Globaal prospectief bedrag: opnamedienst

* Prestaties verricht voor elders gehospitaliseerden (gehospitaliseerde code) = pseudo-dienstcode 002 (behalve voor niet door ZIV-vergoede verstrekkingen waarvoor dienstcode = 000)

* Voor verpleegkundige zorgen en de medische huizen dient evenals voor alle andere ambulante verstrekkingen steeds dienstcode 990 te worden gebruikt.

* Voor prestaties klinische biologie verricht voor patiënten opgenomen in een revalidatiecentrum, moet steeds de dienstcode 770 worden gebruikt.

(☞3) * Voor de prestaties R30-R60, in het kader van revalidatie-overeenkomsten 9.50 en 9.51, de implanteerbare hartdefibrillatoren en de forfaits sensor-meting in het kader van de (kinder)diabetesovereenkomst moet steeds de dienstcode 770 worden gebruikt.

* Voor beschikbaarheidshonoraria tijdens afwezigheden met therapeutische doeleinden (0597704): dienstcode van de dienst waar de patiënt verbleef voor vertrek op therapeutisch verlof.

* In geval van dringend ziekenvervoer (pseudo-codes 784416 t.e.m. 784486) is deze zone gelijk aan nul

* Voor de ambulante code 599970 moet de dienstcode 190 of 180 vermeld worden. In de nomenclatuur is het expliciet voorzien dat de prestatie moet worden uitgevoerd in de dienst N*.

(☞14,20,25) * Voor de pseudocodes 793715, 793730, 793752, 793774 (begin en einde tenlasteneming overeenkomst mobiele teams), 799956-799960, 799971-799982 (begin en einde tenlasteneming transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen), en de pseudo-codes 401472-401483, 401494-401505, 401516-401520, 401531-401542, 401553-401564, 401575-401586 (zorgtraject eetstoornissen), is deze zone gelijk aan nul.

(☞14) * Overeenkomst thuishospitalisatie:
- o forfaits gefactureerd door het ziekenhuis + pseudo-codes aan 0 € voor begin en einde tenlasteneming: pseudo-dienstcode 980
- o forfaits gefactureerd door huisarts of verpleegkundige: pseudo-dienstcode 990

(*) Indien het gaat om een verblijf van een pasgeborene kan het ook gaan om een pseudo-dienstcode (170 of 180).

CODIFICATIETABEL VAN DE PSEUDO-DIENSTENCODES

Lijst van de diensten voor patiënten die behandeld worden in een afdeling van dagverpleging en voor ambulante patiënten		
RIZIV-codes	Type ziekenhuis	Omschrijving
002	Gen.	Prestaties verricht voor elders gehospitaliseerden
710	Gen.	Gipskamer
(*) 720	Gen.	Dringende verzorging of intraveneuze infusie (vroeger miniforfait) + forfait oncologische basiszorg
(☞12) 730	Gen.	Maxiforfait + maxiforfait oncologie + forfaits hoofd-, hand- en voetkoeling
750	Gen.	Nierdialyse
760	Psy.	Psychiatrische forfaitaire verpleegdag + nabehandeling revalidatie
770		Revalidatie
(☞3,26) 840	Gen.	Forfait groep 1, 1bis, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis of 7 + forfait chronische pijn 1, 2 of 3 + forfait manipulatie poortkatheter
(☞14) 980	Gen.	Thuishospitalisatie
990	Gen./ Psy.	Andere ambulante patiënten of ambulante nierdialyse

Pseudo-dienstcodes pasgeborenen		
Pseudo-dienst-code RIZIV	Type ziekenhuis	Omschrijving
170	Gen.	Pasgeborene gehospitaliseerd op de kamer bij de moeder op dienst M
180	Gen.	Pasgeborene gehospitaliseerd op N* terwijl de moeder ook als patiënt aanwezig is in het ziekenhuis

CODIFICATIE VOOR DE DIENST Sp

Pseudo-dienst-code RIZIV	Boekhoudcode Volksgezondheid	Index M.K.G./ M.V.G.	Omschrijving
			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

(*) Deze pseudo-dienstcode wordt gebruikt in alle situaties die vóór 1/1/2014 aanleiding gaven tot aanrekening van het miniforfait (dringende verzorging of intraveneuze infusie) en voor het forfait voor oncologische basiszorg.

(☞17) * Nummer ziekenhuis + 120 (globaal zorgprogramma "cardiale pathologie" B) of nummer ziekenhuis + 127 (deelprogramma's B1 en B2) voor de verstrekkingen 453552 t.e.m. 453600, 464155 t.e.m. 464203, 589013-589046, 589153-589164, 589735-589746, 590251-590262, 590273-590284

(☞8) * Nummer ziekenhuis + 122 (erkenning cardiale pathologie T) voor de verstrekkingen 181473-181484, 181554-181565, 183610, 183632 en 476652-476663

* Nummer ziekenhuis + 124 (erkenning cardiale pathologie E + B3) voor de verstrekking 589551 – 589562

* Nummer ziekenhuis + 124 (erkenning cardiale pathologie E + B3) of nummer ziekenhuis + 125 (erkenning cardiale pathologie E zonder B3) voor de verstrekkingen 475952-475963, 476276-476280, 476630-476641, 589492 t.e.m. 589540, 589573-589584

* Nummer ziekenhuis + 131 (gespecialiseerde spoedgevallenzorg) voor de verstrekkingen 590181, 590310, 590516 t.e.m. 590995

* Nummer ziekenhuis + 131 (gespecialiseerde spoedgevallenzorg) of nummer ziekenhuis + 130 (eerste opvang van spoedgevallen) voor de verstrekkingen 212015 en 214012

* Nummer ziekenhuis + 131 (gespecialiseerde spoedgevallenzorg) of nummer ziekenhuis + 130 (eerste opvang van spoedgevallen) voor de verstrekking 211013 indien ze werd uitgevoerd in een erkende functie spoedgevallen.

* Nummer ziekenhuis + 132 (functie mobiele urgentiegroep) voor de verstrekkingen 590413-590424, 590435, 590446 of 590472.

(☞21) * Nummer ziekenhuis + 134 (zorgprogramma oncologie) voor de verstrekking 350291-350302 (vanaf 1/8/2024 enkel nog indien geen diagnose borstkanker; ingeval van diagnose borstkanker is erkenning 135 vereist)

(☞21) * Nummer ziekenhuis + 135 (gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker) voor de verstrekkingen:

- 350372-350383, 350276-350280, 350291-350302, 350453-350464, 350394-350405 en 350475-350486 ingeval van diagnose borstkanker
- 252453-252464, 252475-252486, 252490-252501, 252534-252545, 252556-252560, 252571-252582, 252512-252523 en 252615-252626
- 227636-227640, 227651-227662, 227673-227684, 227695-227706, 227710-227721, 227732-227743, 227754-227765, 227776-227780, 227791-227802, 227813-227824, 227835-227846, 227894-227905 en 226936-226940
- 227592-227603 en 227614-227625 ingeval van diagnose borstkanker

(vanaf 1/8/2024)

(☞22) * Nummer ziekenhuis + 138 (gespecialiseerd zorgprogramma acute beroertezorg met invasieve procedures) voor de verstrekking 588991-589002.

* Nummer ziekenhuis + 141(centrum voor reproductieve geneeskunde B) voor de verstrekkingen 432714 t.e.m. 432725, 559812 t.e.m. 559860

* Nummer ziekenhuis + 155 (expertisecentrum voor comapatiënten) voor de verstrekking 477606

<u>Overeenkomst betreffende de financiering van dialyse</u>

Nummer ziekenhuis + 560 voor alle verstrekkingen uit de overeenkomst dialyse

<u>Implantaten</u>

(☞3,21,26) * Nummer ziekenhuis + 120 (globaal zorgprogramma cardiale pathologie B) indien het gaat om verstrekkingen 172594-172605, 158815 t.e.m. 158863, 180810 t.e.m.180843, 181915 t.e.m. 181941, 185253 t.e.m. 185286, 185835-185846

(☞17) * Nummer ziekenhuis + 122 (cardiale pathologie T) indien het gaat om verstrekkingen 159574- 159585, 172793 t.e.m. 172933, 180331 t.e.m. 180471, 181414 t.e.m. 181580

* Nummer ziekenhuis + 123 (cardiale pathologie C) indien het gaat om verstrekkingen 159471-159482, 172955 t.e.m. 173003

(☞13) * Nummer ziekenhuis + 124 (cardiale pathologie E + B3) indien het gaat om verstrekkingen 158933-158944 en 182851 t.e.m. 183002

* Nummer ziekenhuis + 124 (cardiale pathologie E +B3) of nummer ziekenhuis + 125 (erkenning cardiale pathologie E zonder B3) indien het gaat om verstrekkingen 158550 t.e.m. 158642, 158734 t.e.m. 158760, 158874 t.e.m. 158922, 158955 t.e.m. 158966, 170590 t.e.m. 170623, 172572-172583.

(☞12) * Nummer ziekenhuis + 126 (cardiale pathologie P) indien het gaat om verstrekkingen 158653 t.e.m. 158723, 172395 t.e.m. 172465, en 184015-184026.

(☞23,24) * Nummer ziekenhuis + 120 (cardiale pathologie B) of nummer ziekenhuis + 127 (cardiale pathologie B1 + B2) indien het gaat om verstrekkingen 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040, 158970-158981, 159552-159563 en 170656-170660 (vanaf 1/9/2024).

(☞9) (☞13) * Nummer ziekenhuis + 135 (erkenning van het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker) indien het gaat om verstrekkingen 161991-162002 en 182836-182840 (t.e.m. xx/xx/202x; vanaf xx/xx/202x: 136 of 137).

* Nummer ziekenhuis + 150 (centrum voor robotchirurgie) indien het gaat om verstrekkingen 777114-777125 (tot en met 29/2/2016).

* Nummer ziekenhuis + 151 (centrum voor endoprothesen zonder erkenning cardiale pathologie B3) of + 152 (centrum voor endoprothesen met erkenning cardiale pathologie B3) indien het gaat om verstrekkingen 161114 t.e.m. 161206, 161210-161221, 161350 t.e.m. 161405, 161453-161464, 180493-180504, 180515-180526, 180854 t.e.m.180880.

* Nummer ziekenhuis + 152 (centrum voor endoprothesen met erkenning cardiale pathologie B) indien het gaat om verstrekkingen 161232 t.e.m. 161346, 161416 t.e.m. 161442, 172690 t.e.m. 172723.

(☞23) * Nummer ziekenhuis + 156 (centrum "coronaire en drug eluting stent") indien het gaat om verstrekkingen 158970 t.e.m. 158981, 158992 t.e.m. 159040, 159552 t.e.m. 159563, 170656 t.e.m. 170660 (t.e.m. 31/8/2024).

* Nummer ziekenhuis + 161 (centrum "neurostimulatoren en toebehoren in geval van Parkinson en essentiële tremor") indien het gaat om verstrekkingen 151454 t.e.m. 151981.

* Nummer ziekenhuis + 163 (centrum "percutane herstelling van mitralisklepbladen") indien het gaat om verstrekkingen 172491-172502 en 172513-172524.

(☞26) * Nummer ziekenhuis + 164 (centrum "radiofrequentie ablatie slokdarm") indien het gaat om verstrekkingen 172616-172620, 172631-172642, 172653-172664, 185290-185301, 185312-185323 en 185334-185345.

(☞11) * Nummer ziekenhuis + 165 (centrum "neurostimulatoren obsessieve-compulsieve stoornis") indien het gaat om verstrekkingen 173014 t.e.m. 173541 en 183654 t.e.m. 183982.

* Nummer ziekenhuis + 166 (centrum "neurostimulatoren bewegingsstoornissen") indien het gaat om verstrekkingen 173552 t.e.m. 173902.

(☞13) * Nummer ziekenhuis + 167 (centrum "percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie") indien het gaat om verstrekkingen 172734-172745 en 181952-181963.
Voor 01/05/23 : nummer ziekenhuis + 167 of + 120 indien het gaat om verstrekkingen 172756-172760, 172771-172782.
Vanaf 01/05/23 : nummer ziekenhuis + 167 indien het gaat om verstrekkingen 172756-172760, 172771- 172782.

* Nummer ziekenhuis + 168 (centrum "verankeringsimplantaat voor externe prothese" (Opra)) indien het gaat om verstrekkingen 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 en 181252-181263.

(☞11) * Nummer ziekenhuis + 169 (centrum "percutane sluiting van het linker hartoortje in geval van niet-valvulaire voorkamerfibrillatie") indien het gaat om verstrekkingen 180272-180283 en 180294-180305(*).

(☞25) * Nummer ziekenhuis + 170 (centrum "magnetisch verlengbare staven en zelf-implanteerbare groeisystemen" (Magec en Nemost)) indien het gaat om verstrekkingen 182210-182221, 182232-182243, 182254-182265, 182276-182280, 182291-182302, 182313-182324, 185371-185382, 185393-185404 en 185415-185426.

(☞17) * Nummer ziekenhuis + 171 (centrum "implanteerbare sensor voor de continue meting van het glucoseniveau") indien het gaat om verstrekkingen 174370 t.e.m. 174521 (t.e.m. 31/10/2023).

(☞11) (*) Deze verstrekking is geschrapt vanaf 01/12/22.

* Nummer ziekenhuis + 172 (centrum "neurostimulatoren van de dorsale wortel ganglion en toebehoren in geval van CRPS") indien het gaat om verstrekkingen 174532 t.e.m. 174661.

* Nummer ziekenhuis + 173 (centrum "endobronchiale éénrichtingskleppen") indien het gaat om de verstrekkingen 180773–180784 en 180795-180806.

(☞9) * Nummer ziekenhuis + 174 (centrum "implantaten voor de behandeling van fecale incontinentie") indien het gaat om de verstrekkingen 157533-157544, 157555-157566, 181591-181602, 157570-157581, 157592-157603, 157614-157625, 181613-181624, 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646, 157673-157684, 157695-157706, 157710-157721, 157732-157743, 157754-157765, 157776-157780, 181650-181661, 157511-157522, 181672-181683, 181694-181705, 182733-182744, 182755-182766, 182770-182781, 182792-182803 en 182814-182825.

(☞7) * Nummer ziekenhuis + 175 (centrum "neurostimulatoren voor dysfuncties van de lage urinewegen") indien het gaat om de verstrekkingen 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582, 182512-182523, 182534-182545, 182593-182604, 155050-155061, 155072-155083, 155094-155105, 155116-155120, 155131-155142, 155153-155164, 182630-182641, 182556-182560 en 182615-182626.

(☞13) * Nummer ziekenhuis + 176 (centrum "hypoglossale neurostimulatie bij obstructief slaapapneu") indien het gaat om de verstrekkingen 184030-184041, 184052-184063, 184074-184085, 184096-184100, 184111-184122, 184133-184144 en 184155-184166.

(☞20) * Nummer ziekenhuis + 177 (centrum "neurostimulatie van de occipitale zenuwen bij clusterhoofdpijn") indien het gaat om de verstrekkingen 184973-184984, 184995-185006, 185010-185021, 185032-185043, 185054-185065, 185076-185080, 185091-185102, 185113-185124, 185135-185146, 185150-185161 en 185172-185183.

(☞20) * Nummer ziekenhuis + 178 (centrum "percutane coronaire rotationele atherectomie") indien het gaat om de verstrekkingen 184936-184940 en 184951-184962.

(☞21) * Nummer ziekenhuis + 179 (centrum "centromedullaire magnetisch verlengbare nagel") indien het gaat om de verstrekking 185194-185205.

* Het erkenningsnummer van het referentiecentrum voor refractaire epilepsie indien het gaat om verstrekkingen 170892 t.e.m. 171080, 152773 t.e.m. 152924, 171496 t.e.m. 171824

* Het identificatienummer van het erkend centrum voor de implantatie van hartdefibrillatoren indien het gaat om implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes.

Overeenkomst borstreconstructie: nummer ziekenhuis + 190
(☞20) Overeenkomst complexe chirurgie pancreas + 185231-185242: nummer ziekenhuis + 193
Overeenkomst complexe chirurgie slokdarm: nummer ziekenhuis + 194
(☞23) Overeenkomst percutane ablatie onder CT-scan begeleiding: nummer ziekenhuis + 196
Deze erkenningsnummers moeten vermeld worden voor alle pseudo-codes uit de overeenkomsten, ook voor de codes "*Deelname aan het multidisciplinair consult door de verwijzende arts-specialist die niet behoort tot de staf van het centrum*" en "*Deelname aan het multidisciplinair consult door de behandelende huisarts*", die eventueel door de betreffende arts-specialist of huisarts zelf gefactureerd worden en niet door het ziekenhuis.

(☞26) Overeenkomst freezing (ook voor de 96-codes):
- rechthebbende vanaf 16 jaar: nummer ziekenhuis + 191 of + 192
- rechthebbende jonger dan 16 jaar (ongeacht de verstrekking): nummer ziekenhuis + 192

(☞17) Overeenkomst obesitas bij kinderen: nummer ziekenhuis + 195 (behalve voor het jaarforfait voor de huisarts of pediater (400654))

(☞25) Overeenkomst telemonitoring hartfalen: nummer ziekenhuis + 197 (behalve voor het jaarforfait voor de huisarts (403115-403126), waarbij plaats van verstrekking = Nul)

RUBRIEK : IDENTIFICATIE VERSTREKKER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 68

Voor de structuur van de RIZIV-nummers van zorgverstrekkers: zie bijlage 16.

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

Het gaat om het identificatienummer van de verzorgingsverstrekker die de verstrekking werkelijk heeft verleend. Dat nummer moet op het getuigschrift van verzorging voorkomen. Wanneer de verstrekking collegiaal door verscheidene verstrekkers is verricht, moet het nummer van elke verstrekker op het getuigschrift worden vermeld, maar één enkele lukraak gekozen verstrekker wordt in die zone vermeld. In zone 16 wordt vermeld dat er "verscheidene verstrekkers" zijn geweest.
Deze regels zijn niet van toepassing voor de verpleegkundigen.
De specifieke regels voor verpleegkundigen zijn opgenomen in R 50 Z 4 V 27 en volgende.

(☞18) Uitzonderlijk moeten de medische huizen, in geval van facturatie van de (pseudo-)code 0109594 (t.e.m. 31/12/2023) of 0400396 (vanaf 1/1/2024), hun identificatienummer in deze zone vermelden.
Deze zone is gelijk aan nul voor de forfaits 0109616, 0509611 en 0409614.

(☞12) Voor de prestaties per akte moet de verstrekker worden vermeld.

Indien een verstrekker een nieuwe bekwaming verwerft <u>in de loop van een maand</u> (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.

<u>Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen</u>
0460784, 0591076, 0591080, 0591091, 0591102, 0591603, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146,
(☞26) 700000, pseudo-codes freezing en pseudo-codes globaal prospectief bedrag: pseudo-nummer verstrekker 01.00001.06.999

(☞8) 0590181, 0590203, 0590310 en 0590332: identificatienummer van de hoofdarts die verantwoordelijk is voor de wacht.

forfaitaire honoraria per datum van staalafname voor ambulante klinische biologie (KB 24/9/1992), 0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016: nummer van de verstrekker (of één van de verstrekkers) van de biologieprestaties (resp. radiologieprestaties) van het betreffende voorschrift.

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

(☞10) 0641524: nummer van de bandagist

<u>Tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal</u>
Identificatienummer van de arts die verantwoordelijk is voor de bank van menselijk lichaamsmateriaal = coördinator van de bank van menselijk lichaamsmateriaal.

<u>Supplementen uit art. 14 m) van de nomenclatuur in verband met transplantaties</u>
Bij vermelding van codes 0269872 tot 0269964 in zone 4, is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

<u>Implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes</u>: Nummer van de verstrekker van implantaten.

(☞14) <u>Materiaal mechanische trombectomie (overeenkomst art. 56)</u>: Nummer van de verstrekker van implantaten (die actief is in een verplegingsinrichting die de overeenkomst heeft ondertekend).

<u>Gips, moedermelk en desinfecterende baden bij brandwonden</u>
Bij facturering van verbanden en andere gipsstoffen, moedermelk en de desinfecterende baden bij brandwonden dient deze zone op nul te worden gezet.

<u>Niet door Z.I.V.-vergoede producten, verstrekkingen of diensten</u>
Voor niet door Z.I.V.-vergoede producten, verstrekkingen of diensten is deze zone gelijk aan nul.
(☞22) <u>Uitzondering</u>: voor pseudo-code 960035-960046 (niet-vergoedbare laboratoriumonderzoeken) en voor de transparantiecodes (codes 384016 tot en met 384241) moet de verstrekker verplicht vermeld worden.

RUBRIEK : NORM VERSTREKKER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 80

	Waarde	Betekenis
	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.
	2	Verstrekking of reeks van verstrekkingen geattesteerd door verpleegkundige maar verricht door zorgkundige
(☞8)		Verstrekking geattesteerd door tandheelkundige of stomatoloog maar verricht door mondhygiënist
	3	Verstrekking fysiotherapie (art. 22) die (gedeeltelijk) verricht werd door een (of meerdere) kinesitherapeut(en) onder toezicht van een arts-specialist die de verstrekking heeft geattesteerd.
	4 **	Letter "G" op getuigschrift voor verstrekte hulp (arts heeft toegang tot de gegevens van het GMD, maar is niet de beheerder ervan).
(☞2)	5	Verstrekking geattesteerd door de stagemeester maar verricht door een stagelopende arts (enkel in het kader van e-fac huisartsen, niet voor artsen-specialisten of tandartsen)
	9	Verstrekking of reeks van verstrekkingen die niet kan toegeschreven worden aan één enkele 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;
(☞8) 0590181, 0590203, 0590310 en 0590332, 0460703, 0460784, 0460821, 0641465(***), 0641480(***), 0641502(***), 0641524, 0656165, 0656180: moeten steeds worden vermeld met waarde 9;
0591076, 0591080, 0591091, 0591102, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146, 0591603, 0700000 en
(☞26) pseudocodes freezing: moeten steeds vermeld worden met waarde 1.

(☞3) Verpleegkundige prestaties waarvoor statistische records met pseudocodes nodig zijn (*) :

- Indien alle zorgen in het kader van een van deze prestaties door 1 verpleegkundige uitgevoerd werden:
  Prestatie + alle pseudo-codes: norm 1
- Indien alle zorgen in het kader van een van deze prestaties door 1 zorgkundige uitgevoerd werden:
  Prestatie + alle pseudo-codes: norm 2
- Indien de zorgen door meerdere verpleegkundigen en/of zorgkundigen uitgevoerd werden:
  Prestatie: norm 9
  Pseudo-codes: norm 1 bij de verstrekkingen die door een verpleegkundige werden uitgevoerd; norm 2 bij de verstrekkingen die door een zorgkundige werden uitgevoerd

Overeenkomsten complexe chirurgie
Steeds norm 9 (want de verstrekkingen moeten verricht worden door twee artsen-specialisten in de heelkunde).

(☞3) (*) Forfait A, B, C, PA, PB, PC, PP, prestaties 427534, 427556, 427571 of 429251 en supplementair honorarium PN.
(**) Norm 4 mag enkel gebruikt worden in de gevallen waar in het papieren facturatiecircuit de letter "G" gebruikt wordt (dus enkel voor prestaties met remgeldvermindering omwille van GMD).
(☞8) (***)Geschrapt vanaf 01/04/2022.

RUBRIEK : CODE FACTURERING PERSOONLIJK AANDEEL OF SUPPLEMENT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 176

(☞9) Zie recordtype 30 zone 33.

	Waarde	Betekenis
	1	Persoonlijk aandeel en/of supplement werd geheel of gedeeltelijk ten laste gelegd van de verstrekker/instelling zelf of van een wetgeving buiten de ZIV (inhoud zone 27 en/of zone 30-31 kleiner dan verwacht bedrag of gelijk aan nul).
	2	Remgelden gedragen in het kader van de reglementering arbeidsongevallen internationale verdragen (inhoud zone 27 gelijk aan nul, remgeld wordt vermeld in zone 19)
	3	Remgelden gedragen in het kader van de reglementering MAF (inhoud zone 27 gelijk aan nul, remgeld wordt vermeld in zone 19) Deze waarde kan enkel gebruikt worden door ziekenhuizen voor gehospitaliseerde patiënten. (*)
	4	Mededeling MAF-recht ontvangen maar 100% facturatie niet toegepast omdat de patiëntenfactuur en/of de factuur aan de VI reeds opgemaakt was op het ogenblik van de mededeling of omdat het gaat om een correctie, herfacturatie of herindiening van een gewone (niet 100%) factuur. Deze waarde kan enkel gebruikt worden door ziekenhuizen voor gehospitaliseerde patiënten. (*)
(☞24)	5 ****	Honorariumsupplement aangerekend omwille van bijzondere eisen van de patiënt, zoals voorzien in het akkoord (tand)artsen-ziekenfondsen. Deze waarde moet gebruikt worden indien een geconventioneerde (tand)arts (Z 35 = 1) een honorariumsupplement aanrekent of indien een (tand)arts, al dan niet geconventioneerd, een honorariumsupplement aanrekent aan een rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming.
	6 **	Geplaatste geïnterneerde (facturatie zoals voor een gewone verzekerde, maar patiëntenfactuur wordt aan de FOD Justitie geadresseerd)
	7 **	Geplaatste geïnterneerde waarvoor remgelden gedragen worden in het kader van de reglementering MAF (inhoud zone 27 gelijk aan nul, remgeld wordt vermeld in zone 19) Deze waarde kan enkel gebruikt worden door ziekenhuizen voor gehospitaliseerde patiënten. (*)
	8 **	Geplaatste geïnterneerde waarvoor mededeling MAF-recht ontvangen werd maar 100% facturatie niet toegepast werd omdat de patiëntenfactuur en/of de factuur aan de VI reeds opgemaakt was op het ogenblik van de mededeling of omdat het gaat om een correctie, herfacturatie of herindiening van een gewone (niet 100%) factuur. Deze waarde kan enkel gebruikt worden door ziekenhuizen voor gehospitaliseerde patiënten. (*)
(☞9)	9 ***	Specifieke sociale categorie (inhoud zone 27 gelijk aan nul, remgeld wordt vermeld in zone 19)
	0	In alle andere gevallen, ook als persoonlijk aandeel en/of supplement (rechtstreeks) ten laste genomen wordt van het OCMW of een privé-verzekeringsmaatschappij (persoonlijk aandeel moet vermeld worden in zone 27; supplement moet vermeld worden in zone 30-31)

Reglementaire persoonlijke aandelen die niet worden aangerekend door de verstrekker: Z 27 = 0 en Z 33 = 1.

(☞9) Opgelet : waarden 3, 4, 6, 7, 8, 9 primeren op waarde 1. Waarde 9 primeert ook op waarden 3 en 4.

In zone 27 en in zone 30-31 komen de bedragen die effectief worden aangerekend aan de patiënt of die (rechtstreeks) ten laste worden genomen door het OCMW of een privé-verzekeringsmaatschappij.
Bedragen die (rechtstreeks) ten laste worden genomen door de verstrekker/instelling zelf of door een andere wetgeving buiten de ZIV komen niet op de factuur.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.

(*) De waarde 3, 4, 7, 8 moet ook gebruikt worden voor prestaties zonder persoonlijk aandeel. De waarde 3, 4, 7 of 8 mag evenwel niet gebruikt worden ingeval van facturatie van de verplaatsingskosten “dringend ziekenvervoer” (pseudo-codes 784416 t.e.m. 784486) of ingeval van facturatie van niet-vergoedbare verstrekkingen of diensten (960-codes).

(☞9) (**) Deze waarde wordt geschrapt vanaf prestatiedatum 1/1/2023. Voor de geplaatste geïnterneerden zullen dezelfde regels van toepassing zijn als voor de gedetineerden (waarde 9).

(☞9) (***) Het betreft gedetineerden waarvoor het remgeld ten laste genomen wordt door de ziekteverzekering.

(☞11) Deze waarde mag niet gebruikt worden voor prestaties verricht voor een pasgeborene die op naam van de (gedetineerde) moeder gefactureerd worden (R 50 Z 10 = 2, 3, 4 of 5).

(☞15) Deze waarde mag ook niet gebruikt worden voor niet-vergoedbare verstrekkingen (codes 96xxxx).

(☞26) (****) Deze waarde kan tevens facultatief gebruikt worden door een niet-geconventioneerde (tand)arts voor een patiënt zonder recht op de verhoogde tegemoetkoming.

RUBRIEK : ZIEKENHUISSITE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 287

In deze zone wordt het nummer vermeld van de site waar de prestatie verricht werd.

Deze zone moet ingevuld worden voor prestaties verricht in het kader van een associatie "zorggebied". Een ziekenhuis dat prestaties verricht in het kader van een associatie "zorggebied" op een site zonder bedden (dus zonder sitenummer) (bv. polikliniek), kan voor deze site een nummer aanvragen bij de FOD Volksgezondheid.

(☞13) Vanaf prestatiedatum 1/7/2023 moet deze zone ook ingevuld worden voor de verstrekkingen 161991-162002 en 182836-182840 en voor de pseudo-codes uit de overeenkomst borstreconstructie. Vanaf prestatiedatum 1/8/2024 moet deze zone ook ingevuld worden voor de verstrekkingen die enkel vergoedbaar zijn in erkende borstklinieken, zoals voorzien in het KB tot uitvoering van art. 64 van de Wet.

(☞20,21) Vanaf prestatiedatum 1/1/2025 moet deze zone ook ingevuld worden voor alle verstrekkingen van "De Lijst" (implantaten en invasieve medische hulpmiddelen), ook voor de eventuele statistische records (met norm 9) en voor de records "afleveringsmarge" en "veiligheidsgrens".

(☞23) Vanaf prestatiedatum 1/4/2025 moet deze zone ook ingevuld worden voor de verstrekkingen die aanleiding geven tot vergoeding van reiskosten, namelijk:

- 101592, 101614, 470293, 470315, 470330, 470875, 470890, 470912 en 470934.
- 444113, 444135, 444150, 444172, 444194, 444216, 444231, 444253, 444290, 444312, 444334, 767874, 767896, 767911 en 767933.
- 102270, 102292, 102351, 102373, 105932, 105954, 106293, 106315, 106330 en 106352 (enkel indien de patiënt eerder al één van de verstrekkingen 444113, 444135, 444150, 444172, 444194, 444216, 444231, 444253, 444290, 444312, 444334, 767874, 767896, 767911 of 767933 heeft genoten).

(☞26) Voor alle andere verstrekkingen verricht in een ziekenhuis (Z 14 = nummer ziekenhuis) mag deze zone facultatief ingevuld worden.

Het identificatienummer van een site bestaat uit 4 posities (cfr. codificatie FOD Volksgezondheid) en wordt voorafgegaan door 2 nullen.

RUBRIEK : REDEN MANUELE INVOERING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 9

Zone facultatief tot wanneer de verificatie van de identiteit van de patiënt door de lezing van het identiteitsdocument verplicht wordt.
Voor de verpleegkundigen is de verplichting ingegaan op 1/10/2017.

Deze zone moet verplicht ingevuld worden indien R 52 Z 9 = 4.

	Waarde	Betekenis
(☞26)	1	Gebruik identiteitsdocument zonder chip of met defecte chip
	2	Onbeschikbaarheid kaartlezer
	3	Panne informaticasysteem (in dit geval gebeurt de invoering van de gegevens achteraf en moet datum en uur van lezing (zones 6a-6b en 12-13) niet ingevuld worden)
	4	Uitgestelde verificatie zonder panne, omdat de patiënt geen geldig identiteitsdocument kon voorleggen (in dit geval gebeurt de invoering van de gegevens achteraf en moet datum en uur van lezing (zones 6a-6b en 12-13) niet ingevuld worden)
	5	Uitgestelde verificatie zonder panne, omdat vergeten werd om het identiteitsdocument in te lezen (in dit geval gebeurt de invoering van de gegevens achteraf en moet datum en uur van lezing (zones 6a-6b en 12-13) niet ingevuld worden)
	6	Gebrek aan interconnectiviteit tussen software (in dit geval gebeurt de invoering van de gegevens achteraf en moet datum en uur van lezing (zones 6a-6b en 12-13) niet ingevuld worden)
(☞15,19)	7	Manuele invoering omdat rechthebbende geen identiteitsdocument (zoals bedoeld in artikel 3 van het KB van 18/09/2015) kan voorleggen op ogenblik van geneeskundige verzorging maar diens identiteit werd vastgesteld