

**INSTRUCTIES AAN DE VOORZIENINGEN EN ALLE ANDERE
VERSTREKKERS DIE GEBRUIKMAKEN VAN HET
BRUSSELSE SYSTEEM VAN AFLEVERING VAN
FACTURATIEBESTANDEN EN AAN DE BRUSSELSE
VERZEKERINGSINSTELLINGEN - EDITIE 19.12.2023 (geldig
sinds 01.01.2024)**

INSTRUCTIES AAN DE VOORZIENINGEN EN ALLE ANDERE VERSTREKKERS DIE GEBRUIKMAKEN VAN HET BRUSSELSE SYSTEEM VAN AFLEVERING VAN FACTURATIEGEVENS VIA CD-ROM OF VIA ELEKTRONISCHE WEG EN AAN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN

De beheerraad voor Gezondheid en Bijstand aan Personen van de bicommunautaire Dienst voor Gezondheid, Bijstand aan Personen en Gezinsbijslag.

Overwegende:

- artikel 22, § 1,7°, van de ordonnantie van 23 maart 2017 houdende de oprichting van de bicommunautaire Dienst voor Gezondheid, Bijstand aan Personen en Gezinsbijslag;
- artikel 2, eerste lid van het besluit van 30 september 2021 van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie tot uitvoering van artikel 3, § 1, tweede lid van de ordonnantie van 21 december 2018 betreffende de Brusselse verzekeringsinstellingen in het domein van de gezondheidszorg en de hulp aan personen.

Besluit:

1. Inleiding en definities

De instructies voor de verzending 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.

Ze vormen een aanvulling op de federale facturatie-instructies die beschikbaar zijn op de website van het RIZIV op het volgende adres <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/info-voor-allen/elektronische-facturatie>

Raadpleeg de facturatie-instructies van het RIZIV voor alle delen die niet uitdrukkelijk in deze facturatie-instructies zijn opgenomen.

In de hiernavolgende tekst wordt onder "papieren factuur" het volgende verstaan:

- honorariumnota (bijlage 83 van de Verordening van 28 juli 2003) (verzamelfactuur + individuele facturen) in geval van facturatie door de Medische Raad, zonder afschaffing van de individuele factuur;
- honorariumnota (bijlage 83 van de Verordening van 28 juli 2003) (alleen verzamelfactuur) in geval van facturatie door de Medische Raad, met afschaffing van de individuele factuur;
- verzamelkostennota + individuele kostennota's in geval van facturatie door een IBW;
- individuele getuigschriften voor verstrekte zorg of verzamelgetuigschriften, met een verzamelstaat (zie bijlage 2 B) in geval van facturatie door een groepering van zorgverstrekkers of in geval van facturatie door andere voorzieningen of zorgverstrekkers.

In de hiernavolgende tekst wordt verstaan onder:

- facturatiebestand: het bestand dat door de facturerende derde naar de Brusselse verzekeringsinstelling wordt verstuurd en de initiële facturatiegegevens bevat.
- afrekeningsbestand: het bestand dat vanuit de Brusselse verzekeringsinstelling naar de facturerende derde wordt verstuurd en de verworpen prestaties/facturen en de gegevens van de afrekening bevat.

Een facturatiebestand kan op verschillende manieren worden verstuurd:

- via het systeem IrisCareNet (zie p.6 t/m 11);
- via cd-rom (in onderhavig document hebben alle technische specificaties betrekking op dit type drager).

2. Algemene procedure

De afrekening (facturatie) gebeurt maandelijks. Daarmee wordt een maandelijkse periodiciteit bedoeld (= de periode tussen twee opeenvolgende afrekeningen bedraagt een maand), ongeacht de dag van de maand waarop de afrekening plaatsvindt.

In het kader van de derdebetalersregeling (voor de zorgverstrekker/voorziening) wordt maandelijks een facturatiebestand bezorgd aan de betrokken Brusselse verzekeringsinstelling op bicommunautair 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 in geval van ambulante prestaties.

De volgorde waarop de facturen in het facturatiebestand worden geregistreerd, moet overeenstemmen met de volgorde waarin de papieren facturen worden verzonden.

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

Basisprincipe:

Er wordt slechts één facturatiebestand per maand en per derde-betalersnummer aanvaard.

Uitzonderingen op dit basisprincipe:

- In uitzonderlijke gevallen is het mogelijk om een bijkomende facturatie in te dienen (bv. afsluiting van de probleemdossiers aan het einde van het jaar). Dit moet worden aangegeven in RT 10 Z 13.
- In principe komt één facturatiebestand aan de Brusselse verzekeringsinstelling overeen met één zending van papieren facturen, alhoewel beide zendingen niet noodzakelijk op hetzelfde tijdstip hoeven te gebeuren. De periode tussen de twee zendingen moet echter zo veel mogelijk beperkt worden, en mag in geen geval 14 dagen overschrijden.
- Als het moeilijk is om maandelijks papieren facturen te versturen, kan een afwijking enkel worden toegestaan met het uitdrukkelijke akkoord van de Brusselse verzekeringsinstelling. In voorkomend geval mag worden aangenomen dat één facturatiebestand overeenkomt met meerdere zendingen van papieren facturen. Bij elke zending van papieren facturen wordt een verzamelstaat gevoegd met vermelding van het subtotaal van de vorige zending of zendingen die tot hetzelfde facturatiebestand behoren.

De facturatieregels voor elk type voorziening worden hieronder besproken:

a. PVT's

Vanaf 1 januari 2022 is voor deze voorzieningen één facturatie per maand gepland. In dit geval moet het facturatiebestand dan ook maandelijks worden opgesteld. Er wordt slechts één facturatiebestand per maand en per derde-betalersnummer aanvaard.

Vanaf 1 november 2024 verloopt de facturatie van regionale prestaties op elektronische drager via IrisCareNet.

b. ROB's, RVT's en CDV's

Vanaf 1 april 2023 is voor deze voorzieningen één facturatie per maand gepland. De facturatie verloopt op elektronische drager via IrisCareNet.

In dit geval moet het facturatiebestand dan ook maandelijks worden opgesteld. Er wordt slechts één facturatiebestand per maand en per derde-betalersnummer aanvaard.

c. IBW's

Voor deze voorzieningen is één facturatie per kwartaal gepland. Deze voorzieningen kunnen een beroep doen op het voorschottensysteem.

In dit geval moet het facturatiebestand dan ook drie maandelijks worden opgesteld.

Er wordt slechts één facturatiebestand per kwartaal en per derde-betalersnummer aanvaard.

d. Revalidatiecentra

Voor deze voorzieningen is één facturatie per maand gepland.

Sommige revalidatiecentra factureren via een ziekenhuis. Die laatste factureert op een elektronische drager.

Vanaf 1 november 2024 gebeurt de facturatie van regionale prestaties op elektronische drager via IrisCareNet.

In dit geval moet het facturatiebestand dan ook maandelijks worden opgesteld.

Er wordt slechts één facturatiebestand per maand en per derde-betalersnummer aanvaard.

e. Multidisciplinaire palliatieve teams

Voor deze voorzieningen is in één facturatie per maand voorzien.

In dit geval moet het facturatiebestand dan ook maandelijks worden opgesteld.

Er wordt slechts één facturatiebestand per maand en per derde-betalersnummer aanvaard.

3. Facturatieproces

A. In geval van facturatie via cd-rom

I. Algemeen

De voorziening bezorgt elke maand een cd-rom aan de Brusselse verzekeringsinstelling (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.

II. Geldigheid en aanvaardbaarheid van cd-roms

Bij ontvangst van een facturatiebestand door een Brusselse verzekeringsinstelling verricht deze laatste een eerste controle van 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 weergegeven van de codificatie van de fouten en de principes van de controles, die door alle 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 dat geval wordt het facturatiebestand aanvaard.
- 3) het facturatiebestand bevat één fout die van die aard is dat ze het systeem blokkeert. De blokkerende fouten zijn opgenomen in de Excel-lijst "Foutcodes". In dat geval wordt het facturatiebestand verworpen en verwacht de Brusselse verzekeringsinstelling een nieuwe versie van het betreffende bestand. In de mate van het mogelijke ontvangt de voorziening een lijst van verworpen records na controle van alle records van het facturatiebestand;
- 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 verworpen en verwacht de Brusselse verzekeringsinstelling 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 fouten overschrijdt de aanvaardingsdrempel niet. In dit geval wordt het facturatiebestand aanvaard.

Enkel in het geval van een geweigerde zending als gevolg van blokkerende fouten of een te hoog foutpercentage zendt de Brusselse verzekeringsinstelling, uiterlijk twee weken na ontvangst van de laatste zending (hetzij een facturatiebestand, hetzij een papieren factuur), de elektronische drager samen met het borderel en een controlelijst terug naar de derde. De facturerende derde moet aan de Brusselse verzekeringsinstelling één adres opgeven voor alle briefwisseling in verband met deze facturatie. Dit adres kan verschillend zijn van het adres waar de voorziening gevestigd is.

De Brusselse verzekeringsinstellingen moeten ervoor zorgen dat de teruggestuurde cd-roms niet beschadigd worden.

De kennisgeving door de Brusselse verzekeringsinstelling van de aanvaarding of weigering van het facturatiebestand verloopt als volgt::

- 1 ☐ Een exemplaar van het begeleidende borderel moet altijd worden teruggestuurd naar de afzender met vermelding van het visum van de Brusselse verzekeringsinstelling en de datum van informatieverwerking in geval van aanvaarding; of de vermelding "weigering" met de motivering voor de weigering in geval van een geweigerd facturatiebestand.
- 2 ☐ Bij bovengenoemd borderel moet een controlelijst (bijlage 5.2) met vermelding van het foutpercentage worden

gevoegd.

- 3 ☐ In uitzonderlijke gevallen (bv. in geval van onleesbaarheid van de drager) mag de controlelijst worden vervangen door een begeleidend schrijven.

Deze documenten (of de uitprint ervan als IrisCareNet werd gebruikt) kunnen gebruikt worden om te voldoen aan de wettelijke en kwaliteitsvereisten van bedrijfsrevisoren, enz. en moeten daarom door de voorziening worden bewaard.

De controlelijst (zie bijlage 5.2) bestaat uit één regel per record en anomalie die is ontdekt door de programma's van de Brusselse verzekeringsinstellingen met, op het einde, een statistiek van deze anomalieën. De Brusselse verzekeringsinstellingen behouden zich het recht voor het aantal gedrukte regels voor de verkeerde records te beperken tot 20 records per type fout.

III.

Verantwoordelijkheden.

De tarifiering, de betalingen en de afrekening worden uitgevoerd door de Brusselse verzekeringsinstelling of door de diensten die de papieren facturen ontvangen.

De betaling verloopt voor alle Brusselse verzekeringsinstellingen via één centrale betaling per Brusselse verzekeringsinstelling.

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 moet worden opgemerkt dat het geen belang heeft wie feitelijk instaat voor de verzending van het facturatiebestand. Dit kan gedaan worden door de facturerende voorziening zelf, de Medische Raad of een dienst ervan.

IV. Nazicht van de facturen en verbeteringen

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

- a. De papieren facturen die fouten bevatten, worden door de Brusselse verzekeringsinstellingen voor correctie teruggestuurd naar de voorziening met een verzoek tot verificatie en een debet- of creditnota.

De voorziening corrigeert deze papieren facturen in overeenstemming met de hieronder vermelde voorschriften:

- de manuele correctie van de getuigschriften voor verstrekte zorg is niet toegelaten;
- alle aanpassingen moeten aangebracht worden aan de hand van een correctiedocument, dat de foutieve en de verbeterde gegevens bevat.

- Er moet een verwijzing worden opgenomen naar het originele document;
- het correctiedocument wordt ondertekend door de persoon die het originele foutieve document heeft ondertekend.

- b. Een volledig verworpen individuele factuur of getuigschrift voor verstrekte zorg moet opnieuw worden ingediend via een facturatiebestand.

De herindiening gebeurt als originele factuur als de nieuwe factuur geadresseerd is aan een andere Brusselse verzekeringsinstelling, of als heringediende verwerping, met verwijzing naar de vorige factuur in recordtype 20, vanaf zone 29 tot zone 41.

c. Alle voorzieningen die van de Brusselse VI's een afrekeningsbestand met gedetailleerde gegevens over de afrekening ontvangen, zijn ertoe gehouden alle gecorrigeerde gegevens opnieuw via elektronische weg in te brengen.

B. In geval van facturatie via IrisCareNet

Naast de communicatie van administratieve gegevens vormt de uitwisseling van financiële gegevens via het netwerk IrisCareNet een belangrijke bijkomende taak.

Deze elektronische uitwisseling laat immers toe om voordeel te halen uit de vervanging van de cd-roms door de informatieoverdracht te versnellen en vooral door aan deze uitwisseling een dekking te verlenen die eigen is aan het IrisCareNet-systeem.

Bovendien zal deze functie de informatisering en de geleidelijke afschaffing van papieren documenten (verzamelacten, afrekeningen, verwerpingen, enz.) in de hand werken waardoor de hele verwerking gemakkelijker wordt, zowel op het niveau van de voorzieningen en zorgverstrekkers als op het niveau van de Brusselse verzekeringsinstellingen. Er wordt een onderscheid gemaakt in de procedure naargelang het type voorziening:

- PVT's: vanaf 1 januari 2022 factureren deze voorzieningen hun kostennota's maandelijks en elektronisch. Het voorschottensysteem wordt afgeschaft. Vanaf 1 november 2024 verloopt de facturatie via IrisCareNet.
- ROB's, RVT's en CDV's: vanaf 1 april 2023 factureren deze voorzieningen hun kostennota's maandelijks en elektronisch. Het voorschottensysteem wordt afgeschaft. Prestaties voor rookstopbegeleiding in het kader van een hospitalisatie mogen de door de GGC erkende ziekenhuizen elektronisch factureren. Vanaf 1 november 2024 verloopt de facturatie via IrisCareNet.
- Sommige revalidatieovereenkomsten worden maandelijks en elektronisch gefactureerd door de ziekenhuizen. Vanaf 1 november 2024 verloopt de facturatie via IrisCareNet.

Op termijn zal deze functie, samen met de overdracht van administratieve gegevens, gevoelig de kwaliteit van de data verbeteren.

I. Het facturatieproces in zijn geheel

1. De derde-betaler stuurt het facturatiebestand (lay-out Iriscare) samen met de records van de samenvattende borderellen.
2. De Brusselse VI verricht een eerste controle door de records van de borderellen per ziekenfonds goed te keuren;
 - a. als geen enkele fout is vastgesteld, stuurt de Brusselse VI een ontvangstbewijs;
 - b. als een fout is vastgesteld, stuurt de Brusselse VI een bestand waaruit blijkt dat de volledige factuur is verworpen. Na verbetering stuurt de instelling opnieuw een volledig bestand.
3. De Brusselse VI verricht een gedetailleerde controle van de factuur:
 - a. in geval van een blokkerende fout of als het aantal fouten > 5% t.o.v. het aantal records van de facturatie, stuurt de Brusselse VI een foutenbestand. Met andere woorden, de volledige factuur wordt verworpen;
 - b. als er geen blokkerende fout is of als het aantal fouten < 5%, stuurt de Brusselse VI een foutenbestand

dat de derde-betaler moet toelaten eventuele anomalieën in de programma's en/of refertebestanden te verbeteren tegen de volgende facturatie. In dat geval wordt het facturatiebestand aanvaard door de Brusselse VI.

4. De Brusselse VI verricht een meer doorgedreven controle om een afrekeningsbestand op te maken met de bedragen die aanvaard zijn en gecrediteerd worden ten gunste van de voorziening, en een lijst op te stellen van alle definitieve verwerpingen.

II. Structuur van de bestanden

De structuur van de bestanden en de records die er deel van uitmaken, houdt rekening met de structuur die gebruikt wordt bij de derde-betalersadministratie en met de structuur en de inhoud zoals bepaald door Iriscare voor het detail van de facturatie.

De algemeenheden en de principes, die zijn vastgelegd 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.

III. Inventaris van de bestanden

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

Berichten 920000 en 920999

Bij ontvangst van het facturatiebestand (920000) in haar backoffice, zal de Brusselse VI overgaan tot een hele reeks preliminaire controles van de informatie van de records in dit bestand (behalve voor de records detail van factuur).

Wanneer een fout wordt gevonden op dit niveau of wanneer alle records van het type 95 en/of 96 minstens één fout bevatten, zal de Brusselse VI de derde-betaler een specifiek bestand (920999) bezorgen.

Het is belangrijk te vermelden dat de verzending van een dergelijk bestand met kennisgeving van fouten ook betekent dat het volledige facturatiebestand, met inbegrip van de papieren facturen, zal beschouwd worden als ongeldig en terug naar de Brusselse verzekeringsinstelling zal worden gestuurd.

Als geen enkele fout wordt gevonden op het niveau van de records buiten de records detail van factuur, zal de Brusselse VI een bericht 931000 sturen met alleen een ontvangstbewijs van de facturatie die nog moet verwerkt worden.

De fouten die de Brusselse VI's vonden op het niveau van de facturen zullen deel uitmaken van een specifiek bestand van verwerpingen (920099).

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

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

Bericht 931000

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

Voorbeeld: een Brusselse VI stuurt een ontvangstbewijs voor een facturatiebestand; de derde-betaler stuurt een ontvangstbewijs voor een afrekeningsbestand of een verwerpingsbestand.

Bericht 920098

Dit bericht wordt gebruikt in de volgende gevallen¹:

- ☐ 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 dat geval wordt het facturatiebestand aanvaard.

In het bericht 920098 worden alle records (20, 30, 40, 50, ~~51, 52~~ of 80) vermeld waarvoor de Brusselse VI een fout heeft vastgesteld.

Dit bestand wordt binnen veertien dagen na ontvangst van het facturatiebestand (bericht 920000) aan de derde-betaler bezorgd.

De in dit bericht meegedeelde informatie heeft een preventief karakter. Het moet de voorziening in staat stellen toekomstige fouten te vermijden (dit zijn nog geen definitieve verwerpingen). Het volstaat daarom enkel de vastgestelde fouten weer te geven. De volgende records van het facturatiebestand moeten vermeld worden:

- RT 10 en 90 altijd
- RT 20 en 80:
 - indien fout in RT 20, worden enkel RT 30, 40 en 50, ~~51 en 52~~ vermeld als er een fout is in de betreffende record;
 - indien fout in RT 80;
 - indien fout in RT 30, 40, 50, ~~51 of 52~~;
- RT 30, 40, 50, 51, 52 indien fout in de betreffende record

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

Bericht 920099

Het bericht 920099 wordt gebruikt in de volgende gevallen²:

- ☐ 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 Brusselse 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 voorziening een nieuwe versie van het betrokken bestand.

¹ Zie ook punt 2.A.2. (Geldigheid en aanvaarbaarheid van cd-roms) en bijlage 5.1 voor een meer gedetailleerde beschrijving.

² Zie ook punt 2.A.2 (Geldigheid en aanvaarbaarheid van cd-roms) en bijlage 5.1 voor een meer gedetailleerde beschrijving.

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

Dit bestand wordt binnen veertien dagen na ontvangst van het facturatiebestand (bericht 920000) aan de derde-betaler bezorgd.

Bericht 920900

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

- Zone 310 - foutpercentage: het foutpercentage is in deze fase van de verwerking van geen enkel belang. Deze zone dient daarom op nul te worden gezet (zie zone 311).

IV. Schematisch overzicht van de verwerking van een facturatie via IrisCareNet.

Schema

4. Technische specificaties met betrekking tot de verzending van het facturatiebestand via cd-rom

De inhoud van het facturatiebestand is identiek, ongeacht de wijze van transport: fysieke drager (cd-rom) of IrisCareNet.

Het facturatiebestand is opgebouwd uit lijnen van 350 octets.

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

PDF - fr (service) 811 (service)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A	B	C	D	E	F
000	[NUL]	[SOH]	[STX]	[ETX]	[EOT]	[ENQ]	[ACK]	[BEL]	[BS]	[HT]	[LF]	[VT]	[FF]	[CR]	[SO]	[SI]
001	[DLE]	[DC1]	[DC2]	[DC3]	[DC4]	[NAK]	[SYN]	[ETB]	[CAN]	[EM]	[SUB]	[ESC]	[FS]	[GS]	[RS]	[US]
002	[SP]	!	"	#	\$	%	&	'	(	)	*	+	,	-	.	/
003	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	:	;	<	=	>	?
004	@	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
005	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	[	\	]	^	_
006	`	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o
007	p	q	r	s	t	u	v	w	x	y	z	{		}	~	[DEL]

A. Magnetische drager: cd-rom.

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

Eventuele afwijkingen op onderstaande normen kunnen
worden toegestaan mits alle verzekeringsinstellingen instemmen.

Voor cd-rom gelden de volgende normen:

Formaat	5 duim
Capaciteit:	650/700 Mb
Protocol:	ISO 9660 updatable - multisession
Het systeem:	MS-DOS (bruikbaar onder DOS, OS/2, Windows).
Naamgeving	8 tekens, punt, uitbreiding 3 tekens
Pos 1 - 3	nummer R-MOB en Brusselse hulpkas (HZIV) 180/06, 280/04, 380/05, 480/03, 580/03, 600
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 "niet herschrijfbare" type

B. Tekening van een cd-rom

In bijlage 3 vindt u alle mogelijke tekeningen van cd-roms.

C. Tekening van een bestand

Opmerking: bepaalde records zullen niet van toepassing zijn voor de Brusselse bevoegdheden: bijvoorbeeld records van het type 21, 51 en 52. Hieronder vindt u de volgorde van de records in het facturatiebestand.

- Identificatie van de zending (type 10)
- Identificatie van de eerste factuur (type 20)
- Identificatie van de gegevens :
 - verpleegdagen (type 30)
 - idem
 - farmaceutische producten (type 40)
 - idem
 - prestaties of leveringen (type 50)
 - bijbehorende tariefverbintenis e-fac (type 51) (enkel voor (groeperingen/wachtposten van) huisartsen en tandartsen, niet voor specialisten)
 - bijbehorende gegevens lezing elektronisch identiteitsdocument (type 52)
 - idem (type 50)
 - idem (type 51)
 - idem (type 52)
- Totaalbedrag van de eerste factuur (type 80)
- Identificatie van de tweede factuur (type 20)
- Identificatie van de gegevens (type 30, 40, 50, 51, 52)
- Totaalbedrag van de tweede factuur (type 80)
- Idem
- Totaalbedrag van de laatste factuur (type 80)
- Totaalbedrag van de zending (type 90).

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

- Gefactureerd jaar en maand
- Stamnummer derde-betaler
- Stamnummer instelling
- Nummer ziekenfonds van bestemming in stijgende volgorde
- Opnamenummer voor gehospitaliseerde patiënten of volgnummer van de individuele factuur voor ambulante patiënten.

In geval van herindiening van een gecrediteerde factuur, moet de creditnota (type facturatie 3) voorafgaan aan de herfacturatie (type facturatie 1).

D. Betekenis en codering van de elementen

Bijlage 7 bevat de omschrijving en de codering van elk element dat voorkomt in de recordtekening.

5. Identificatie van de patiënt

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

Al deze gegevens zullen door de Brusselse verzekeringsinstelling vermeld worden op het document "Kennissegeving hospitalisatie en betalingsverbintenis". Deze gegevens komen eveneens voor in het lidboekje of op het identificatievignet en op de sociale identiteitskaart.

In de ordonnantie van 21 december 2018 betreffende de Brusselse verzekeringsinstellingen in het domein van de gezondheidszorg en de hulp aan personen wordt bepaald dat elke Brusselse R-MOB, om erkend te worden, alle leden moet verenigen van de ziekenfondsen die de R-MOB hebben opgericht, en die beschouwd moeten worden als Brusselse verzekerde (zie definities van deze ordonnantie, artikel 2, 6^o).⁴ Dit heeft tot gevolg dat wie voor de verplichte ziekteverzekering lid is van een ziekenfonds, automatisch lid is van de overeenkomstige Brusselse R-MOB, voor wat de overgedragen bevoegdheden betreft. Hetzelfde automatisme geldt voor de Brusselse hulpkas, die tijdelijk wordt waargenomen door de HZIV, die de leden van de HZIV en van de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail verenigt, voor wat de overgedragen bevoegdheden betreft. Het Brussels systeem voorziet ook niet in een bijdrage voor het lidmaatschap van een Brusselse VI.

De keuzevrijheid van de betrokkenen is gewaarborgd, aangezien het iedereen vrij staat van ziekenfonds te veranderen, wat automatisch tot gevolg heeft dat de betrokkenen ook van Brusselse verzekeringsmaatschappij veranderen.

6. Identificatie van de rechthebbende

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

A. R-MOB van de Christelijke Mutualiteiten voor het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad

Bij de R-MOB van de Christelijke Mutualiteiten voor het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad moet hiervoor het pseudo-rijksregisternummer van de patiënt genomen worden dat aangebracht is het lidboekje en op de verzekeringskaart. Dit is op dezelfde manierestructureerd als bij de federale VI.

De vorm ervan is :

positie 1 t/m 6	omgekeerde geboortedatum (JJ.MM.DD)
positie 7	blanco (dit betekent dat de rechthebbende in de 20e

³Er zijn twee uitzonderingen:

- Om in de geest van de samenwerkingsakkoorden tussen de deeltentiteiten voor de andere sectoren te blijven, zullen de Brusselse verzekeringsinstellingen gedurende een overgangsperiode van drie jaar (vanaf 2019) dezelfde rechten toekennen aan elke Brusselse rechthebbende die gebruikmaakt van een prestatie voor rookstopbegeleiding buiten het tweetalige gebied Brussel Hoofdstad.
- We hebben voor de sector van de palliatieve multidisciplinaire teams beslist om ons te houden aan het samenwerkingsakkoord tussen de deeltentiteiten. Gedurende een overgangsperiode van drie jaar (vanaf 2019) zullen de Brusselse verzekeringsinstellingen dezelfde rechten toekennen aan alle personen die een beroep doen op een palliatief multidisciplinair team waarmee Iriscare een overeenkomst heeft gesloten, ongeacht hun wettelijke woonplaats.

	eeuw (19xx) of in de 21e eeuw (20xx) is geboren
positie 8 t/m 10	volgnummer in de geboortedatum
positie 11	blanco of M (M betekent dat het geen echt rijksregisternummer betreft, maar een nummer gevormd door de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten)
positie 12 t/m 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. Als het berekende controlegetal niet overeenstemt met het 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). Als na deze herberekening het controlegetal overeenstemt, dan betekent dit dat het een rechthebbende betreft die geboren is na 31 december 1999. Opmerking: deze herberekening heeft enkel zin als de geboortedatum (eerste zes cijfers) tussen 000101 en de huidige datum ligt.

B. R-MOB van de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen voor het Brussels Gewest

Genormaliseerde structuur van het identificatienummer dat wordt gebruikt bij de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen voor het Brussels Gewest. Dit nummer is op dezelfde manier gestructureerd als bij de federale VI

·
ZONE 8 en 8bis van de records (13 tekens).

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nummer van de rechthebbende

check-digit
modulo 97

Nummer van de
rechthebbende

= quotiënt + rest.

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

Voorbeeld: nummer van de rechthebbende = 12345678901; check-digit = 21

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nummer van de rechthebbende

check-digit

Dit nummer van 13 tekens staat onderaan rechts op het identificatievignet

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

Identificatienummer

Dit nummer van 13 karakters wordt vermeld op de magneetkaart.

Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen	
NAAM	VOORNAAM
1234567890121	GEBOORTEDATUM
110/110	GELDIGHEID 07.95/06.96
S T R E E P J E S C O D E	

Identificatienummer.

C. R-MOB van de Socialistische Mutualiteiten voor het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad

Bij de R-MOB van de Socialistische Mutualiteiten is het identificatienummer van de rechthebbende als volgt gestructureerd, zoals bij de federale VI.

13 numerieke tekens:

- 1 t/m 7: identificatienummer van de gerechtigde
- 8 t/m 13: geboortedatum (DD, MM, JJ) van de rechthebbende

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

- 3e cijfer (tienduizendtal) x 2;
- 5e cijfer (honderdtal) x 2;
- 7e cijfer (eenheid) x 2.

Als het resultaat van de vermenigvuldiging groter is dan, moet men er "9" van aftrekken.

Tel deze resultaten op bij het:

- 2e cijfer (honderdduizendtal);
- 4e cijfer (duizendtal);
- 6e cijfer (tiental).

De eenheid van het resultaat van de optelling wordt als controlecijfer in de eerste positie ingeschreven.

- Als het berekende controlecijfer niet overeenstemt met het aanwezige controlecijfer, voegt men "5" toe aan het berekende controlecijfer. Als het niet overeenstemt, is het identificatienummer verkeerd.
- Als het controlecijfer overeenstemt met het aanwezige controlecijfer, is het identificatienummer van de rechthebbende correct voor de berekening van het controlecijfer.

Bijvoorbeeld:

Identificatie van de gerechtigde							Geboortedatum					
C.C. ⁵	Stamnummer						Dag		Maand		Jaar	
1 of 6	0	2	8	2	7	6	2	3	0	6	6	1

In dit voorbeeld wordt het controlecijfer van het identificatienummer van de gerechtigde als volgt berekend:

- het 3e cijfer is 2 → $2 \times 2 = 4$
- het 5e cijfer is 2 → $2 \times 2 = 4$
- het 7e cijfer is 6 → $6 \times 2 = 12 - 9 = 3$

→ De som is $4 + 4 + 3 = 11$. Het bekomen resultaat wordt opgeteld bij het tweede (0), vierde (8) en zesde (7) cijfer: $11 + 15 = 26$. Maar 6 is in principe het controlecijfer. Als het niet overeenstemt met het controlecijfer, voegt men "5" toe: $26 + 5 = 31$.

D. R-MOB van de Landsbond van de Liberale Mutualiteiten voor het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad

Structuur van het identificatienummer van de rechthebbenden bij de R-MOB van de Landsbond van de Liberale Mutualiteiten voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Dit nummer is op dezelfde manier gestructureerd als bij de federale VI

Genormaliseerde structuur van het identificatienummer dat wordt gebruikt bij de R-MOB van de Landsbond van de Liberale Mutualiteiten voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Dit nummer is op dezelfde manier gestructureerd als bij de federale VI

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nummer van de rechthebbende

check-digit
modulo 97

Nummer van de
rechthebbende = quotiënt + rest.

97

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

Voorbeeld:

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

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nummer van de rechthebbende

check-digit

Dit nummer van 13 tekens staat onderaan rechts op het identificatievignet.

IDENTITEIT ZIEKENFONDS	4XX
NAAM VOORNAAM	
ADRES	1.10
GEMEENTE	
110/110	1234567890121

Identificatienummer

Dit nummer van 13 tekens wordt vermeld op de magneetkaart.

LIBERALE MUTUALITEITEN	
4XX	
NAAM VOORNAAM	
1234567890121	GEBOORTEDATUM
110/110 GELDIGHEID 07.95/06.96	

S T R E E P J E S C O D E

Identificatienummer

E. R-MOB van de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad

Genormaliseerde structuur van het identificatienummer dat wordt gebruikt bij de R-MOB van de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Dit nummer is op dezelfde manier gestructureerd als bij de federale VI

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nummer van de rechthebbende

check-digit
modulo 97

Nummer van de
rechthebbende = quotiënt + rest.

97

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

Voorbeeld:

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

$$\begin{array}{r} 12345678901 \\ \hline 97 \end{array} = 127.275.040 + 21$$

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nummer van de rechthebbende

check-digit

Dit nummer van 13 tekens staat onderaan rechts op het identificatievignet.

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

Identificatienummer

Dit nummer van 13 tekens wordt vermeld op de magneetkaart.

Identificatienummer

NAAM VOORNAAM

1234567890121

110/110 GELDIGHEID 07.95/06.96

ONAFHANKELIJKE ZIEKENFONDSEN

5XX

GEBOORTEDATUM

STREEPJESCODE

F. Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

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

0

6		
---	--	--

G.D.

--	--

rangnumme
r van de
rechthebben
de

--	--	--	--	--

Volgnummer van
de verzekerde

--	--

sleutelcijfer

Identificatienummer:

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

2) **Brusselse verzekeringsinstelling - gewestelijke dienst:** 3 numerieke posities

- het tweede cijfer is een 6 (Brusselse VI = Hulpkas)

- de volgende twee cijfers identificeren het lokale bureau van de gewestelijke dienst of de gewestelijke dienst van de VI.

De twee cijfers kunnen uitsluitend de volgende zijn:

- 01: gewestelijke dienst Antwerpen
- 02: gewestelijke dienst Brussels Hoofdstedelijk Gewest
- 03: gewestelijke dienst West-Vlaanderen
- 04: gewestelijke dienst Oost-Vlaanderen
- 05: gewestelijke dienst Henegouwen - bureau van Bergen
- 15: gewestelijke dienst Henegouwen - bureau van Charleroi
- 06: gewestelijke dienst Luik
- 07: gewestelijke dienst Limburg
- 08: gewestelijke dienst Luxemburg
- 09: gewestelijke dienst Namen
- 10: gewestelijke dienst Eupen-Malmédy - bureau van Eupen
- 20: gewestelijke dienst Eupen-Malmédy - bureau van Malmédy
- 12: gewestelijke dienst Vlaams Brabant
- 22: gewestelijke dienst Waals Brabant
- 85: KGV HR Rail
- 75: zeevarenden

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

00 gerechtigde

01 t/m 04 echtgenoot

05 t/m 09 niet-bezoldigde persoon die voor het huishouden instaat (man of vrouw)

10 t/m 89 descendenten

90 t/m 98 ascendenten

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

Dit nummer identificeert de gerechtigde en zijn personen ten laste in het kader van de gewestelijke dienst of het lokale bureau van de gewestelijke dienst.

Het volgnummer van de verzekerde en van zijn personen ten laste is hetzelfde.

De personen ten laste worden geïdentificeerd aan de hand van hun rangnummer (zie punt 3

hierboven). Opmerkingen:

- De nullen links worden geschreven.
- Voor internationale verdragen is het eerste cijfer van het volgnummer 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

Algemene regel: formule: modulo 97:

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

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

Het is gelijk aan de rest van de deling van die 11 cijfers door 97. Als de rest gelijk is aan 0, is het sleutelcijfer 97.

Voor internationale verdragen: formule modulo 97 (zie hierboven) of modulo 89 (vanaf 1 juni 2015):

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

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

Het is gelijk aan de rest van de deling van die 11 cijfers door 89. Als de rest gelijk is aan 0, is het sleutelcijfer 89.

Algemene regeling

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

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

Personen ten laste: bv. 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: bv. 06020091234/22: 97 = 06020091234 rest 22 = check-digit

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

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

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

01 =
echtgenoot/ec
htgenote

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

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

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

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

G. Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail

De factuur voor mensen die bij deze kas zijn aangesloten, wordt naar de HZIV gestuurd. Het identificatienummer van HR Rail blijft evenwel ongewijzigd.

Voorbeeld:

0	4
---	---

5	0	4	9
---	---	---	---

4	4	0	0	0
---	---	---	---	---

0	0
---	---

1
Code Categorie :

2
Identificatie van de gerechtigde

3	4	5
Geboortejaar van de gerechtigde	Volgnummer	AC

6
Rangnummer

Identificatienummer

Aansluitingsnummer bij de KGV: 13N

1	Code Categorie KGV	Positie 1/2	2N	rubrieken 2 t/m 5 = Identificatienummer van de NMBS
2	Identificatie van de gerechtigde	Positie 3/6	4N	
3	Geboortejaar van de gerechtigde	Positie 7/8	2N	
4	Volgnummer	Positie 9/10	2N	
5	Autocontrolecijfer:	Positie 11	1N	
6	Rangnummer	Positie 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 van de gerechtigde:

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

3 Geboortejaar 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, enz.
- bij brugpensioen = 70, 71, enz.
- bij overlevingspensioen = 90, 91, enz.

5 Autocontrolecijfer:

Dit autocontrolecijfer heeft betrekking op de rubrieken 2 t/m 4.

Voorbeeld voor rubrieken 2 t/m 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 twee vermenigvuldigen en tiental en eenheid van deze som optellen met resultaat 1:

$$0 \times 2 = 00 \\ \mathbf{0} + \mathbf{0} + 13 = 13$$

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

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

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

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

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

$$0 \times 2 = 00 \\ \mathbf{0} + \mathbf{0} + 30 = 30$$

- 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 KGV :

00 = gerechtigde
> 00 = persoon ten laste van de gerechtigde

Z7 = ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten

Z18 = 685

Overzicht van de bijlagen

Bijlage 1: lijst van de adressen en contactpersonen van de Brusselse verzekeringsinstellingen

Bijlage 2 A: verzendingsborderel voor magnetische dragers.

Bijlage 4: extern etiket

Bijlage 5.3: Principes voor de aflevering van een afrekeningsbestand

Bijlage 7: beschrijving van de zones.

Bijlage 13: elektronische facturatie door de psychiatrische verzorgingstehuizen

Bijlage 18: elektronische facturatie door de ROB's, RVT's, en CDV's

Lijst van de adressen en contactpersonen van de Brusselse verzekeringsinstellingen

	Facturatieadres	Contactpersoon informatica	Contactpersoon medische akkoorden	Contactpersoon instellingen
Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Christelijke Mutualiteiten voor het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad Voor RH's/RVT's/CDV's	Point Unique de Contact (FR) : SMR MC Bruxelles Service tiers-payant Rue du Douaire, 40 6150 Anderlues puc.ho@mc.be Tél. 071 54 85 80 Point Unique de Contact (NL) : RMOB CM Brussel Facturatie Platte Lostraat, 541 3010 Kessel-Lo zorgverleners.vlbb@c m.be Tél. 02 240 86 23	MyCareNet@cm.be	Point Unique de Contact (FR) : SMR MC Bruxelles Administration médecinconseil Rue du Douaire, 40 6150 Anderlues accord.mr@mc.be Tél. 071 54 84 61 Point Unique de Contact (NL) : RMOB CM Brussel Medische administratie Platte Lostraat, 541 3010 Kessel-Lo medischeadministratie.vl bb @cm.be Tél. 02 240 86 15	L'institution contacte son point unique de contact renseigné dans les colonnes cicontre.
Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Christelijke Mutualiteiten voor het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad Voor: PVT's IBW's Revalidatiecentra multidisciplinaire palliatieve teams rookstopbegeleiding	Point Unique de Contact (FR) : SMR MC Bruxelles Service tiers-payant Bd Anspach, 111-115 1000 Bruxelles MSP : srh@mc.be IHP – CRF – Soins palliatifs – Sevrage tabagique : tierspayant.revalidation .sm r@mc.be Tél. 02 501 55 38 Point Unique de Contact (NL) : RMOB CM Brussel Facturatie Platte Lostraat, 541 3010 Kessel-Lo zorgverleners.vlbb@c m.be Tél. 02 240 86 23	MyCareNet@cm.be	Point Unique de Contact (FR) : SMR MC Bruxelles Administration médecinconseil Bd Anspach, 111-115 1000 Bruxelles accord.revalidation.smr @ mc.be Tél. 02 501 55 44 Point Unique de Contact (NL) : RMOB CM Brussel Medische administratie Platte Lostraat, 541 3010 Kessel-Lo medischeadministratie.vl bb @cm.be Tél. 02 240 86 15	L'institution contacte son point unique de contact renseigné dans les colonnes cicontre. Pour le sevrage tabagique, le point de contact francophone ou néerlandophone dépend de la mutualité à laquelle est affiliée l'assuré (134 FR ou 120 NL)

Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Christelijke Mutualiteiten voor het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad Voor mobiliteitshulpmiddelen	Assurés affiliés à la mutualité 134 : SMR MC Bruxelles Service tiers-payant Place du Vingt Août, 38 4000 Liège tierspayant.bandagiste@mc.be Tél. 04 228 75 99 Assurés affiliés à la mutualité 120 : RMOB CM Brussel Facturatie Platte Lostraat, 541 3010 Kessel-Lo zorgverleners.vlbb@cm.be Tél. 02 240 86 23		Assurés affiliés à la mutualité 134 : SMR MC Bruxelles Administration médecinconseil Place du Vingt Août, 38 4000 Liège accord.bandagiste@mc.be Tél. 04 228 75 98 Assurés affiliés à la mutualité 120 : RMOB CM Brussel Medische administratie Platte Lostraat, 541 3010 Kessel-Lo medischeadministratie@cm.be Tél. 02 240 86 15	Le point de contact francophone ou néerlandophone dépend de la mutualité à laquelle est affiliée l'assuré (134 FR ou 120 NL).
Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Socialistische Mutualiteiten voor het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad	Brusselse R-MOB van de Socialistische Mutualiteiten Departement facturatie Zuidstraat 111 1000 Brussel Tel. 02 506 99 49	mail@fmsb.be	Brusselse R-MOB van de Socialistische Mutualiteiten Departement akkoorden raadgevend artsen Zuidstraat 111 1000 Brussel Tel. 02 506 96 11	Brusselse R-MOB van de Socialistische Mutualiteiten Departement instellingen en onthaal- en verzorgingsstructuren Zuidstraat 111 1000 Brussel Tel. 02 506 99 49
Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Landsbond van Liberale Mutualiteiten voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest	<u>Facturatie op papier en elektronische facturatie:</u> R-MOB BRUMUT Dienst betalende derde Livornostraat 25 1050 Brussel brumut@ml.be	brumut@ml.be	R-MOB BRUMUT Departement akkoorden raadgevend artsen Koninginneplein 51-52 1030 Brussel Tel. 02 209 48 46 brumutmed@mutplus.be	R-MOB BRUMUT Dienst betalende derde Livornostraat 25 1050 Brussel brumut@ml.be 02 542 88 35 (facturatie op papier) 02 542 87 24 (elektronische facturatie)
Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor	Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor het Brussels Hoofdstedelijk	Facturatie via MyCareNet: mycarenet@mloz.be	Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest	smrbru@mloz.be

het Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Gewest Departement facturatie Lenniksebaan 788A 1070 Brussel Tel. 02 778 92 11		Medisch departement Lenniksebaan 788A 1070 Brussel Tel. 02 778 92 11 MEDSMRBRU@MLOZ.BE	
Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen voor het Brussels Gewest	Brusselse neutrale R- MOB Ter attentie van de dienst Gezondheidszorg Charleroisesteenweg 147 1060 Brussel <u>Contactpersonen</u> Karina Hurtado, Ali Hakem Tel.: 02 535 73 58 02 300 11 03 bru200SDS@unmn.be	bru200SDS@unmn.be	Brusselse neutrale R- MOB Ter attentie van de medische dienst Charleroisesteenweg 145 1060 Brussel <u>Contactpersoon:</u> <u>Isabelle Martin</u> Tel. 02 535 73 54 DL200_Medical-Medisch@UNION-NEUTRE.BE	bru200SDS@unmn.be
Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering	Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering Directie Gezondheidszorg Troonstraat 30 A 1000 Brussel Elektronische facturatie: elecfac@caami.be 02 229 34 33 NL: 02 229.34.34	MyCareNet helpdesk.carenet@caami.be 02 229 34 35 NL: Carenet: helpdesk.carenet@hziv.be / 02 229 34 36	Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering MedAdmin Troonstraat 30 A 1000 Brussel medadmin@caami.be 02 227 62 44 NL: MedAdmin: 02 227 62 45	elecfac@caami.be 02 229 34 33
Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail	HR Rail: de facturen en documenten voor HR Rail moeten aan de HZIV geadresseerd worden. Troonstraat 30 A 1000 Brussel Voor alle andere contacten (informatica, medisch en instellingen) moeten de contactgegevens worden gebruikt die voor de HZIV zijn vermeld. (zie hierboven)			

Verzendingsborderel voor magnetische dragers**Berekeningswijze van het controlecijfer per ziekenfonds (kolom (b))**

- De waarden uit de zones 4 van recordtypes 30, 40 en 50 van alle individuele facturen bestemd voor het betreffende ziekenfonds worden opgeteld. Bij dit bedrag wordt nog de som van de waarden uit de zones 17-18 en uit de zones 40-41 van alle recordtypes 40 van dezelfde individuele facturen toegevoegd. Op het resultaat wordt de klassieke modulo 97 toegepast (rest van de deling door 97; als 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 voor het gebruik van het verzendingsborderel

- In geval van facturatievorm 1) moeten de kolommen (a), (b) en (e) worden ingevuld, kolom (c) is facultatief. Alleen het visum van de (ziekenhuis-)instelling moet worden vermeld.
- In geval van facturatievorm 2) moeten de kolommen (a), (b), (c), (d) en (e) worden ingevuld. Het visum van de medische raad moet naast het visum van de (ziekenhuis-)instelling worden vermeld.
- In geval van facturatievorm 3) moeten alle kolommen worden ingevuld. In dit geval mag het verzendingsborderel eventueel uit twee luiken bestaan: een eerste luik waarbij de kolommen (a) en (a) (c) 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 ((ziekenhuis-)instelling en medische raad) worden vermeld.
- In geval van facturatievorm 4) moeten alle kolommen worden ingevuld. In dit geval moet het verzendingsborderel uit twee 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 ((ziekenhuis-)instelling en medische raad) worden vermeld.

Sequentiële orde

Ingeval de facturatiegegevens op twee onderscheiden bestanden worden verstuurd (d.w.z. facturatievormen 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 derde-betaler;
- stamnummer van de voorziening;
- nummer van het 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.

NB In geval van facturatie via IrisCareNet zijn de gegevens van dit verzendingsborderel opgenomen in het elektronische bericht zelf.

Extern etiket

A	B	C	D	E	F	G
XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	XXX	XXX	XXXXXX	XXX	XXX

Het etiket

Dit etiket kan als volgt gelezen worden:

A: X X X X X X X: versie van het bestand.

B : X X X X X X X X X X X X: nummer van de derde-betaler (RT 10 Z 14).

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

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

E : X X X X X X X: de vier eerste posities geven het jaar weer: 1998, 1999, 2000, 2001, enz. (RT 10 Z 22) en de twee volgende geven de maand weer: 01..... 12 (RT 10 Z 23).

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

niet meer toegelaten)

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

Principes omtrent de aflevering van een afrekeningsbestand

1. De aflevering van een afrekeningsbestand wordt gekoppeld aan de verzending van het facturatiebestand via IrisCareNet.
2. De afrekeningsbestanden worden opgemaakt door de zes Brusselse verzekeringsinstellingen.
3. Per betaling (één of meerdere per zending) door de Brusselse verzekeringsinstelling wordt een afrekeningsbestand verstuurd.
In geval van betaling op twee verschillende bankrekeningen, wordt slechts één afrekeningsbestand verstuurd.

De betaling verloopt voor alle Brusselse verzekeringsinstellingen via één centrale betaling per Landsbond met uitzondering van het NVSM (afzonderlijke betaling en afzonderlijk afrekeningsbestand voor ziekenfonds 306).

De verwerkingen van één facturatiebestand mogen verdeeld worden over meerdere afrekeningsbestanden, 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 afrekeningsbestand worden opgenomen
 - als een factuur volledig wordt aanvaard, dan worden alleen recordtype 20 en 80 opgenomen;
 - als een factuur gedeeltelijk wordt aanvaard, dan worden naast recordtype 20 en 80 alleen de foutieve tussenliggende records opgenomen;
 - als 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 Brusselse verzekeringsinstellingen 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 RT 10, met uitzondering van de zones 1 tot en met 101 en 111 tot en met 113;
 - "9" in RT 90, met uitzondering van de zones 1 tot en met 100 en 111 tot en met 113.
9. De zones 114/115 van het afrekeningsbestand moeten als volgt worden opgevuld:
 - in geval van een RT 20: steeds 0;
 - in geval van een RT 21: steeds 0;
 - in geval van een RT 51, 52: steeds 0;
 - in geval van een RT 30, 40 of 50:
Weigering van het record = 0
Aanpassing van het gefactureerde bedrag in – of + = bedrag van de terugbetaling (= getarifeerd bedrag)
Aanvaarding van het record = record staat niet op het afrekeningsbestand;
 - in geval van een RT 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 RT's 30, 40 en 50) (= getarifeerd bedrag).
10. De zone 119 (resultaat BVI) wordt aangevuld als de zones 111b, 112b of 113b een foutcode XX1940 bevatten en wordt opgevuld met het door de BVI getarifeerde bedrag.
11. Verwerpingscodes van RT 20 moeten doorgetrokken worden naar RT's 30, 40, 50 en 80. De verwerpingscodes van RT 20 moeten eerst vermeld worden, dan pas die van RT's 30, 40, 50 en 80.
Voor een factuur die wordt verworpen ingevolge een fout in RT 20 worden de bijbehorende records van het type 30, 40 en 50 vermeld met de respectievelijke foutcode RR0119 (als 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 van het oorspronkelijke record.

Beschrijving van de zones

1. Datum

De datum wordt als volgt numeriek gecodeerd in acht posities:

JJJJ MM DD

JJJJ: het nummer van het jaar

MM : het nummer van de maand van het jaar

DD : het nummer van de dag van 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.

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

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

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

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

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

b. Bedragzones

We willen er uw aandacht op vestigen dat de zones "supplement" en "persoonlijk aandeel" correct moeten worden ingevuld. Zie ook bijlage 9.

RT 30 Z 19, Z 27, Z 30-31

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

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

RT 51 Z 19

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

RT 90 Z 15, Z 19

In alle bedragzones is de eerste positie links alfanumeriek en voorbehouden voor het algebraïsche teken + of -.

De twee eerste posities rechts worden gelezen als decimale getallen.

Het bedrag mag daarom geen tekenaanwijding meer bevatten in de laatste positie.

c. Zones met aantallen of hoeveelheden

RT 30 Z 22

RT 40 Z 22

RT 50 Z 22

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

De aantallen en hoeveelheden mogen daarom geen tekenaanwijding meer bevatten in de laatste positie.

Binnen éénzelfde record moeten de tekens gelijk zijn in alle zones (hetzij overal +, hetzij overal -), behalve als het gaat om een recordtype 30 met persoonlijke aandelen of als het gaat om een record met een tegemoetkoming voor incontinentiemateriaal in ROB's-RVT's (pseudo-code 468115) of een record met een bedrag "betaalbaarheid PVT" (pseudo-code 471099, 471114, 471136, 471158, 471173, 471195, 471217 of 471239).

Als een bedrag of een aantal gelijk is aan nul, dan kan het algebraïsche teken verschillend zijn van de andere zones uit de records die een teken bevatten.

d. Zones met een reservepositie

De zones die gebruikt worden voor de vermelding van een prestatie of product (Z 4, Z 17-18 en Z 40-41), een dienstcode (Z 13), een identificatienummer van een instelling of zorgverstreker (Z 14, Z 15, Z 24-25 en Z 38), werden uitgebreid met een reservepositie, om zo 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 en in de eerste positie rechts voor de zone 13.

Er is voorlopig nog geen enkele hercodering gepland.

e. Zone met referentiegegevens van het netwerk

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

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

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

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

(□3) g. Zone met nummer van het akkoord (RT 52 Z 19)

Als 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).

Elektronische facturatie door de psychiatrische verzorgingstehuizen

Recordtype 10

Z 1	:	recordtype 10
Z 2	:	volgnummer record
Z 3	:	aantal financiële rekeningnummers (indexcode) In geval van facturatie door de PVT's is slechts één rekeningnummer toegestaan
Z 4	:	versie bestand Constante waarde 0001999
Z 5-6a	:	financieel rekeningnummer A Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011 (RT 10 Z 22-23 ≥ 0201101)
Z 7	:	zendingsnummer
Z 8a	:	financieel rekeningnummer B Voorbehouden voor de pool van artsen Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011 (RT 10 Z 22-23 ≥ 0201101)
Z 9	:	code "aanschaffing papieren factuur" Als RT 10 Z 22-23 < 0201001: waarde 1 Als RT 10 Z 22-23 ≥ 0201001: waarde 0
Z 10	:	code afrekeningsbestand Als RT 10 Z 22-23 < 0201001: waarde 0 of 1 Als RT 10 Z 22-23 ≥ 0201001: waarde 0
Z 13	:	inhoud facturatie
Z 14	:	nummer derde-betaler Identificatienummer PVT
Z 15	:	nummer accreditering NIC Altijd 0
Z 22	:	gefactureerd jaar
Z 23	:	gefactureerde maand Waarde 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12 naargelang de gefactureerde periode
Z 25-26	:	datum van opstelling
Z 27	:	KBO-nummer Verplicht vanaf gefactureerde maand juli 2015
Z 28	:	referentie voorziening
Z 31-34	:	
:	:	
BIC financiële rekening A	:	
Z 36-41	:	
:	:	

IBAN
financiële
rekening A
Z 43a

:

BIC financiële
rekening B
Z 45-46-47a

:

IBAN
financiële
rekening C
Z 48

:

aanduiding
regio
Z 49-52

:

IBAN
financiële
rekening B
Z 53-54a

:

BIC financiële
rekening C
Z 99

: **controlecijfer van het record**

Recordtype 20

Z 1	:	Recordtype 20
Z 2	:	volgnummer record
Z 3	:	toestemming derde betaler
(□8)		Altijd 0 (vanaf prestatiedatum 1 mei 2022)
Z 4	:	uur van opname Uur vermelden
Z 5	:	datum van opname Datum vermelden
Z 6a-6b:		datum van ontslag Vermelden als de 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 facturatie
Z 13	:	dienst 721 bis: 0
Z 14	:	nummer facturerende voorziening Nummer PVT in overeenstemming met dat in RT 10 Z 14
Z 15	:	stamnummer van de (ziekenhuis-)instelling (of het 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 Vermelding van het nummer
Z 26	:	toepassing sociale franchise: 0
Z 27	:	code gerechtigde 1 + 2
Z 28	:	referentie voorziening
Z 29-30-31	:	nummer vorige factuur : 0
Z 32	:	FLAG identificatie rechthebbende
Z 34-35-36	:	nummer vorige zending
Z 37	:	nummer ziekenfonds vorige facturatie
Z 38-39:		referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer A
Z 41	:	vorig gefactureerd jaar en maand
Z 42-43-44-45	:	referentiegegevens netwerk
Z 47	:	datum van facturatie (facultatief)
Z 49-51:		referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer B
Z 53	:	begindatum periode verzekerbearheid
Z 54a-54b	:	einddatum periode verzekerbearheid
Z 55	:	datum mededeling informatie
Z 56	:	MAF lopend jaar
Z 57	:	MAF lopend jaar -1
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 altijd 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 altijd 0
Z 11	:	verwijzing financieel rekeningnummer
Z 13	:	dienstcode: 990
Z 14	:	plaats van prestatie Nummer PVT in overeenstemming met RT 10 Z 14
Z 15	:	identificatie overeenkomst/verblijfsvoorziening Nummer PVT
Z 17-18	:	betrekkelijke prestatie altijd 0
Z 19	:	teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming
Z 22	:	teken + aantal dagen of forfaits
Z 24-25	:	teken + indicatief bedrag, grootorde verblijfskosten Altijd 0
Z 27	:	teken + persoonlijk aandeel patiënt
Z 28	:	referentie voorziening
Z 30-31	:	teken + bedrag supplement
Z 32	:	uitzondering derdebetalersregeling
Z 33	:	code facturatie persoonlijk aandeel of supplement
Z 47	:	datum akkoord prestatie
Z 48	:	transplantatie altijd 0
Z 51	:	ziekenhuissite
Z 52	:	identificatie associatie zorggebied
Z 99	:	controlecijfer van het record

Recordtype 40

Z 1	:	Recordtype 40
Z 2	:	volgnummer record
Z 3	:	norm prestatie: 0
Z 4	:	pseudo-code categorie geneesmiddel Codes onder de punten 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
(□14) Z 12	:	aanduiding medicatie in het kader van lectuur eID: 0
Z 13	:	dienstcode: 990 of 0 (0 enkel in geval van code 0960293 – 0960304)
Z 14	:	plaats van prestatie Nummer PVT
Z 15	:	identificatie overeenkomst/verblijfsvoorziening Nummer PVT
Z 16	:	gratis geneesmiddelen
Z 17-18	:	betrekkelijke prestatie: 0
Z 19	:	teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming Zie art. 95, § 2, van het KB van 21 december 2001
Z 20-21	:	datum voorschrift (voorbehouden zone)
Z 22	:	teken + aantal eenheden Het aantal afgeleverde farmaceutische eenheden (zie eenheid naast productcode aangeduid met "*" in KB van 21 december 2001)
Z 23	:	eenheid
Z 24-25	:	identificatie voorschrijver De voorschrijver moet vermeld worden
Z 27	:	teken + persoonlijk aandeel patiënt Altijd 0
Z 28	:	referentie voorziening
Z 30-31	:	teken + bedrag supplement Enkel 960293 of 960304 mogelijk
Z 32	:	uitzondering derdebetalersregeling
Z 33	:	code facturatie persoonlijk aandeel of supplement: 0
Z 34-35	:	ccode uitzondering profylaxie: 0
Z 36	:	Flag INN
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 december 2001), codes aangeduid met "*"
Z 42-43-44-45	:	omschrijving product Indien nodig
Z 47	:	datum akkoord prestatie

Indien akkoord bestaat

Z 48	:	transplantatie: 0
Z 49	:	nummer apotheker gerechtigde
Z 50	:	geboortejaar (facultatief)
Z 51	:	ziekenhuissite
Z 52	:	identificatie associatie zorggebied
Z 99	:	controlecijfer van het record

Recordtype 50

Z 1	: Recordtype 50
Z 2	: volgnummer record
Z 3	: norm prestatie (percentage)
Z 4	: nomenclatuurcode of pseudo-nomenclatuurcode Ambulante code
Z 5	: datum eerste verrichte prestatie Datum prestatie
Z 6a-6b	: datum eerste verrichte prestatie Datum prestatie
Z 7	: nummer ziekenfonds van aansluiting
Z 8a-8b	: identificatie rechthebbende
Z 9	: geslacht rechthebbende
Z 10	: bevalling Altijd 0
Z 11	: verwijzing financieel rekeningnummer
Z 12	: nacht, weekeinde, feestdag
Z 13	: dienstcode: 990
Z 14	: plaats van prestatie Nummer PVT, behalve in geval van prestaties verricht in een laboratorium voor klinische biologie, een dienst die overeenkomstig de normen werd erkend, weefselbank, revalidatiecentrum of ziekenhuisinstelling. Zie prioriteiten RT 50 Z 14 S 5
Z 15	: identificatie verstrekker
Z 16	: norm verstrekker
Z 17-18	: betrekkelijke prestatie
Z 19	: teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming
Z 20-21	: datum voorschrift
Z 22	: teken + aantal eenheden
Z 23	: afwijking maximaal aantal of identieke prestatie
Z 24-25	: identificatie voorschrijver
Z 26	: norm voorschrijver
Z 27	: teken + persoonlijk aandeel patiënt
Z 28	: referentie voorziening
Z 29	: behandelde tand
Z 30-31	: teken + bedrag supplement
Z 32	: uitzondering derdebetalersregeling
Z 33	: code facturatie 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
Z 43a-43b	: code implant
Z 44-45	: omschrijving product
Z 46	: norm plafond
Z 47	: basiswaarde prestatie
Z 48	: transplantatie
Z 49	: identificatie bijkomende verstrekker
Z 50a	: aandeel in forfait
(□14) Z 50b	: aanduiding prestatie in het kader van lectuur eID: 0
Z 51	: ziekenhuissite
Z 52	: identificatie associatie zorggebied

Z 53-54a : **ritnummer**
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 als de 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 voorziening Nummer PVT in overeenstemming met dat in RT 20 Z14
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
Z 20-21	:	factuurdatum
Z 22	:	uur van ontslag Vermelden als datum ontslag werd ingevuld
Z 24-25	:	nummer individuele factuur Vermelding van het nummer
Z 27	:	teken + persoonlijk aandeel patiënt
Z 28	:	referentie voorziening
Z 30-31	:	teken + bedrag supplement
Z 32	:	FLAG identificatie rechthebbende
Z 38	:	Teken + voorschot financieel rekeningnummer A
Z 55-56	:	teken + bedrag financieel rekeningnummer C
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 Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011 (RT 10 Z 22-23 $\geq$ 0201101)
Z 7	: zendingsnummer
Z 8a	: financieel rekeningnummer B Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011 (RT 10 Z 22-23 $\geq$ 0201101)
Z 14	: nummer derde-betaler 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 27	: KBO-nummer Verplicht vanaf gefactureerde maand juli 2015
Z 28	: referentie voorziening
Z 31-34	

:

**BIC financiële
rekening A**
Z 36-41

:

**IBAN
financiële
rekening A**
Z 43a

:

**BIC financiële
rekening B**
Z 45-46-47a

:

**IBAN
financiële
rekening C**
Z 49-52

:

IBAN
financiële
rekening B
Z 53-54a

:

BIC financiële
rekening C
Z 55-56

:

teken + totaal
bedrag
financieel
rekeningnumm
er C

Z 98 : **controlecijfer van de zending**
Z 99 : **controlecijfer van het record**

Bijlage 18.1

Elektronische facturatie door de ROB's/RVT's/CDV's

Opmerking : Telkens er sprake is van het "identificatienummer ROB/RVT" wordt het unieke RIZIV-nummer bedoeld, inclusief de bekwamingscode (laatste 3 posities).

Recordtype 10		
Zone	Omschrijving	Commentaar over de 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 van facturatie door de ROB's/ RVT's/CDV's, slechts één rekeningnummer toegestaan)</i>
Z 4	Versie bestand	<i>Constante waarde: 0001999 Voor testen 9991999</i>
Z 5-6a	Financieel rekeningnummer A	<i>Rekeningnummer steeds in deze zone vermelden Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011 (RT 10 Z 22-23 $\geq$ 0201101)</i>
Z 7	Zendingsnummer	
Z 8a	Financieel rekeningnummer B	<i>Altijd 0</i>
Z 9	Code "afschaffing papieren factuur"	<i>Indien RT 10 Z 22-23 < 0201001: waarde 1 Indien RT 10 Z 22-23 $\geq$ 0201001: waarde 0</i>
Z 10	Code afrekeningsbestand	<i>Indien RT 10 Z 22-23 < 0201001: waarde 0 of 1 Indien RT 10 Z 22-23 $\geq$ 0201001: waarde 0</i>
Z 13	Inhoud facturatie	<i>Altijd 0</i>
Z 14	Nummer derde-betaler	<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 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12 naargelang de gefactureerde periode</i>
Z 25-26	Datum van opstelling	
Z 27	KBO-nummer	<i>Verplicht vanaf gefactureerde maand juli 2015</i>
Z 28	Referentie voorziening	
Z 31-34	BIC – financiële rekening A	<i>Altijd opgevuld met blanco's</i>
Z 36-41	IBAN – financiële rekening A	<i>Altijd opgevuld met blanco's</i>
Z 43a	BIC – financiële rekening B	<i>Altijd opgevuld met blanco's</i>
Z 45-46-47a	IBAN – financiële rekening C	
Z 48	Aanduiding regio	
Z 49-52	IBAN – financiële rekening B	<i>Altijd opgevuld met blanco's</i>
Z 53-54	BIC – financiële rekening C	
Z 99	Controlecijfer van het record	

Bijlage 18.2

Recordtype 20		
Zone	Omschrijving	Commentaar over de inhoud
Z 1	Recordtype 20	<i>Constante waarde 20</i>
Z 2	Volgnummer record	
Z 3	Toestemming derde-betaler	<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>Vermelden als de verblijfsperiode wordt afgesloten</i>
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	
Z 8a-8b	Identificatie van de rechthebbende	<i>INSZ, behalve in geval van internationale verdragen</i>
Z 9	Geslacht rechthebbende	
Z 10	Type factuur	<i>Altijd 4</i>
Z 11	Type facturatie	
Z 13	Dienst 721 bis	<i>Altijd 0</i>
Z 14	Nummer facturerende voorziening	<i>Nummer ROB/RVT/CDV (= RT 10 Z 14)</i>
Z 15	Stamnummer van de (ziekenhuis-)instelling (of het 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 voorziening	
Z 29-31	Nummer vorige factuur	
Z 32	Flag identificatie rechthebbende	<i>Altijd 1, behalve in geval van internationale verdragen</i>
Z 34-36	Nummer vorige zending	
Z 37	Nummer ziekenfonds vorige facturatie	
Z 38-39	Referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer A	<i>Altijd opgevuld met blanco's</i>
Z 41	Vorig gefactureerd jaar en maand	
Z 42-45	Referentiegegevens netwerk of SIS	<i>Altijd 0</i>
Z 47	Datum van facturatie	<i>Facultatief</i>
Z 49	Referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer B	<i>Altijd opgevuld met blanco's</i>
Z 53	Begindatum periode verzekeraarheid	<i>Altijd 0</i>
Z 54a-54b	Einddatum periode verzekeraarheid	<i>Altijd 0</i>
Z 55	Datum mededeling informatie	<i>Altijd 0</i>
Z 56	MAF lopend jaar	<i>Altijd 0</i>
Z 57	MAF lopend jaar -1	<i>Altijd 0</i>
Z 58	MAF lopend jaar -2	<i>Altijd 0</i>
Z 99	Controlecijfer van het record	

Bijlage 18.3

Recordtype 30		
Zone	Omschrijving	Commentaar over de 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 RT 30 Z4 S5 (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 in geval 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 13	Dienstcode	<i>990</i>
Z 14	Plaats van prestatie	<i>Nummer ROB/RVT/CDV (= RT 10 Z 14)</i>
Z 15	Identificatie overeenkomst/verblijfsvoorziening	<i>Nummer ROB/RVT/CDV</i>
Z 17-18	Betrekkelijke prestatie	<i>Altijd 0</i>
Z 19	Teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming	
Z 22	Teken + aantal dagen of forfaits	
Z 24-25	Teken + indicatief bedrag grootorde verblijfskosten	<i>Altijd 0</i>
Z 27	Teken + persoonlijk aandeel patiënt	<i>Altijd 0</i>
Z 28	Referentie voorziening	
Z 30-31	Teken + bedrag supplement	<i>Altijd 0 (behalve in geval van pseudo-code 468115)</i>
Z 32	Uitzondering derdebetalersregeling	<i>Altijd 0</i>
Z 33	Code facturatie persoonlijk aandeel of supplement	<i>Altijd 0</i>
Z 47	Datum akkoord prestatie	<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	

Bijlage 18.4

Recordtype 50		
Zone	Omschrijving	Commentaar over de inhoud
Z 1	Recordtype 50	
Z 2	Volgnummer record	
Z 3	Norm prestatie (percentage)	<i>Altijd 0</i>
Z 4	(Pseudo-)nomenclatuurcode	<i>Ambulante pseudo-code uit RT 50 Z 4 S 15, rubriek "supplementen ROB-RVT-CDV"</i>
Z 5	Datum eerste verrichte prestatie	<i>Begindatum van periode waarop kosten betrekking hebben (*)</i>
Z 6a-6b	Datum laatste verrichte prestatie	<i>Einddatum van de periode waarop de kosten betrekking hebben (*)</i>
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	<i>INSZ, behalve in geval 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 prestatie	<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 prestatie	<i>Altijd 0</i>
Z 19	Teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming	<i>Altijd 0</i>
Z 20-21	Datum voorschrift	<i>Altijd 0</i>
Z 22	Teken + aantal eenheden	467017, 467039, 467054: aantal dagen; 467098, 467113, 467135, 467194, 467216, 467334, 467415, 467437, 467459, 467474: altijd 1
Z 23	Afwijking maximaal aantal of identieke prestatie	<i>Altijd 0</i>
Z 24-25	Identificatie voorschrijver	<i>Altijd 0</i>
Z 26	Norm voorschrijver	<i>Altijd 0</i>
Z 27	Teken + persoonlijk aandeel patiënt	<i>Altijd 0</i>
Z 28	Referentie voorziening	
Z 29	Behandelde tand	<i>Altijd 0</i>
Z 30-31	Teken + bedrag supplement	<i>Verplicht in te vullen (in geval van 467238 is het bedrag negatief)</i>
Z 32	Uitzondering derdebetalersregeling	<i>Altijd 0</i>
Z 33	code facturatie persoonlijk aandeel of supplement	<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 467157 en 467179</i>
Z 46	Norm plafond	<i>Altijd 0</i>
Z 47	Basiswaarde prestatie	<i>Altijd 0</i>
Z 48	Transplantatie	<i>Altijd 0</i>
Z 49	Identificatie zorgkundige (gereserveerd)	<i>Altijd 0</i>
Z 51	Ziekenhuissite	<i>Altijd 0</i>
Z 52	Identificatie associatie zorggebied	<i>Altijd 0</i>
Z53-54a	Ritnummer	<i>Altijd 0</i>
Z 55-56	Notificatiecode implantaat	<i>Altijd 0</i>

Z 99	Controlecijfer van het record	<i>Verplicht in te vullen</i>
------	-------------------------------	-------------------------------

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

Recordtype 80		
Zone	Omschrijving	Commentaar over de 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 als de verblijfsperiode wordt afgesloten</i>
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	<i>INSZ, behalve in geval van internationale verdragen</i>
Z 9	Geslacht rechthebbende	
Z 10	Type factuur	<i>Altijd 4</i>
Z 13	Dienst 721 bis	<i>Altijd 0</i>
Z 14	Nummer facturerende voorziening	<i>Nummer ROB/RVT/CDV (= RT 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 voorziening	
Z 30-31	Teken + bedrag supplement	
Z 32	Flag identificatie rechthebbende	<i>Altijd 1, behalve in geval van internationale verdragen</i>
Z 38	Teken + voorschot financieel rekeningnummer A	<i>Altijd 0</i>
Z 55-56	Teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer C	
Z 98	Controlecijfer van de factuur	
Z 99	Controlecijfer van het record	

Bijlage 18.6

Recordtype 90		
Zone	Omschrijving	Commentaar over de inhoud
Z 1	Recordtype 90	
Z 2	Volgnummer record	
Z 5-6a	Financieel rekeningnummer A	<i>Altijd 0</i>
Z 7	Zendingsnummer	
Z 8a	Financieel rekeningnummer B	<i>Altijd 0</i>
Z 14	Nummer derde-betaler	<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	<i>Altijd 0</i>
Z 22	Gefactureerd jaar	
Z 23	Gefactureerde maand	
Z 27	KBO-nummer	<i>Verplicht vanaf gefactureerde maand juli 2015</i>
Z 28	Referentie voorziening	
Z 31-34	BIC – financiële rekening A	<i>Altijd 0</i>
Z 36-41	IBAN – financiële rekening A	<i>Altijd 0</i>
Z 43a	BIC – financiële rekening B	<i>Altijd 0</i>
Z 45-46-47a	IBAN – financiële rekening C	
Z 49-52	IBAN – financiële rekening B	<i>Altijd 0</i>
Z 53-54a	BIC – financiële rekening C	
Z 55-56	Teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer C	
Z 98	Controlecijfer van de zending	
Z 99	Controlecijfer van het record	

RUBRIEK: AANTAL FINANCIËLE REKENINGNUMMERS (INDEXCODE)

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 1 N - 9

De waarde in deze zone wordt bepaald door het aantal verschillende waarden die in de zone 11 van recordtype 30, 40 en 50 worden gebruikt, ongeacht of er effectief een bedrag wordt vermeld.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0	Er wordt slechts één waarde vermeld in RT 30, 40, 50 Z 11
1	De waarden 0 en 1 worden vermeld in RT 30, 40, 50 Z 11 (rekening A en rekening B)
2	De waarden 0 en 3 worden vermeld in RT 30, 40, 50 Z 11 (rekening A en rekening C)
3	De waarden 0, 1 en 3 worden vermeld in RT 30, 40, 50 Z 11 (rekening A, rekening B en rekening C)

Alleen de waarde '0' is van toepassing op de GGC.

RUBRIEK: ZENDINGSNUMMER

VELDLENGTE, TYPE**EN BEGINPOSITIE: 3 N – 33**

Dit nummer wordt toegekend door de facturerende voorziening/verstrekker.

Het nummer moet uniek zijn per derde-betalersnummer en verschillend van nul.
Het moet verschillen van het federale zendingsnummer.

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

In geval van facturatie via magnetische drager (met bijbehorende papieren facturatie), moet dit nummer overgenomen worden op:

- het borderel voor de verzending van magnetische dragers naar de landsbonden;
- de verzamelstaat voor de verzending van de facturen naar de ziekenfondsen.

In geval van facturatie via IrisCareNet moet dit nummer overgenomen worden in zone 301 van segment 300 (factuurborderel).

RUBRIEK: NUMMER DERDE-BETALER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 12 N – 56

Dit is het nummer van de voorziening of de verstrekker die de facturatie verricht.

- * Als het gaat om een individuele verstrekker, dan is het nummer van de derde-betaler gelijk aan het RIZIV-identificatienummer van de verstrekker. De eerste positie links zal steeds nul zijn;
- * Als het gaat om een instelling die over een RIZIV-identificatienummer beschikt (zoals ziekenhuisinstellingen, rust- en verzorgingstehuizen, rustoorden voor bejaarden, psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven voor beschut wonen, enz.), dan is het nummer van de derde-betaler gelijk aan het RIZIV-identificatienummer. De eerste positie links zal steeds nul zijn, gevolgd door acht beduidende cijfers die de voorziening identificeren. De drie laatste posities duiden de kwalificatiecode aan of zijn opgevuld met nullen;
- * Als het gaat om een groepering van zorgverstrekkers die actief zijn binnen een voorziening die over een RIZIV-identificatienummer beschikt, dan is het nummer van de derde-betaler gelijk aan het RIZIV-identificatienummer van de instelling, waarbij in de drie laatste posities de waarde '799' wordt vermeld. De eerste positie links zal steeds nul zijn;
- * Als het gaat om een groepering van zorgverstrekkers die niet actief zijn binnen een voorziening die over een RIZIV-identificatienummer beschikt, dan gaat het om het nummer van de derde-betaler dat is toegekend door de dienst Geneeskundige verzorging.
De eerste vier posities van het nummer zijn steeds "0940, 0941, 0942, 0943, 0944, 0945 of 0946". De laatste drie posities bepalen de kwalificatie van de verstrekkers van de groep;
- * Als het gaat om een groepering van zorgverstrekkers die niet actief zijn binnen een voorziening die over een RIZIV-identificatienummer beschikt en de facturatie verloopt via IrisCareNet, dan wordt het RIZIV-nummer van de individuele verstrekker ingevuld in deze zone en moet er een mandaat bestaan tussen de individuele zorgverstrekker (de mandaatgever) en zijn gemandateerde (een persoon of een organisatie, bv. de verantwoordelijke van de groepering) die de facturatie in zijn naam verstuurt. De principes en praktische regels voor het gebruik van mandaten zijn beschikbaar op de website van het e-Health-platform:
<https://www.ehealth.fgov.be/nl/%252Fegezondheid/mandaten>

RUBRIEK: GEFACTUREERDE MAAND

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 12 N MM - 113

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

Dit is duidelijk in zover de periode waarop de factuur betrekking heeft, overeenstemt met een kalendermaand: de inhoud van zone 23 = de kalendermaand waarop de factuur betrekking heeft.

Als de periode waarop de factuur betrekking heeft niet overeenstemt met een kalendermaand is de einddatum van de facturatieperiode bepalend voor de invulling van zone 23:

- * de facturatieperiode eindigt in de eerste helft van de kalendermaand: de inhoud van zone 23 = de maand die voorafgaat aan de betreffende kalendermaand;
- * de facturatieperiode eindigt in de tweede helft van de kalendermaand: de inhoud van zone 23 = de betreffende kalendermaand.

De gefactureerde maand in combinatie met het gefactureerde jaar mag niet later zijn dan de datum vermeld in RT 10 zone 25-26 (datum van opstelling).

Voor de trimestriële facturaties van psychiatrische voorzieningen moet de waarde 03, 06, 09 of 12 systematisch worden vermeld naargelang de gefactureerde periode.

Voor de maandelijks facturaties van de RVT's, ROB's, CDV's en PVT's moeten de waarden 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12 systematisch worden vermeld naargelang de gefactureerde periode.

Deze waarde blijft ongewijzigd wanneer van een verworpen bestand een nieuwe versie wordt aangemaakt. Zie ook het onderscheid met de datum van opstelling.

RUBRIEK: IBAN - FINANCIËLE REKENING C

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 34 A - 235

Dit is het IBAN van de financiële rekening waarop de betaling van prestaties ten laste van de gemeenschappen/gewesten moet worden verricht (zesde staatshervorming).

Bedragen die op deze rekening moeten worden overgemaakt, krijgen de referentie 3 in zone 11 van het record waarin ze voorkomen.

Als deze zone wordt ingevuld, moet in RT 10 Z 48 worden aangegeven ten laste van welke deeltiteit (gemeenschap/gewest) de bedragen zijn die op deze rekening worden overgemaakt.

RUBRIEK: AANDUIDING REGIO

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 1 N - 270

Deze zone vermeldt de deelentiteit van de prestaties die een verwijzing hebben naar rekening C in RT 30 Z 11 en RT 50 Z 11.

Waarde Betekenis

0 Federale regering

1 Waals Gewest

2 Vlaamse Gemeenschap

3 Duitstalige Gemeenschap

4 Brussel GGC

5 Brussel FGC

6 Brussel VGC

7 Franse Gemeenschap

Alleen de waarde '4' is van toepassing op de GGC.

RUBRIEK: BIC - FINANCIËLE REKENING C

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 11 A - 305

Dit is het BIC van de financiële rekening waarop de betaling van prestaties ten laste van de gemeenschappen/gewesten moeten worden verricht (zesde staatshervorming).

Bedragen die op deze rekening moeten worden overgemaakt, krijgen de referentie 3 in zone 11 van het record waarin ze voorkomen.

Als deze zone wordt ingevuld, moet in RT 10 Z 48 worden aangegeven ten laste van welke deeltiteit (gemeenschap/gewest) de bedragen zijn die op deze rekening worden overgemaakt.

RUBRIEK: TOESTEMMING DERDE-BETALER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 1 N - 9

- Als het gaat om een uitzondering op het verbod op derdebetalersregeling verkregen via IrisCareNet (zone 316 van bericht 801900), dan moet deze zone worden ingevuld, ook als het gaat om gevallen van facturatie van verplichte derde-betaler.
- Als de inhoud van deze zone gelijk is aan 1:
 - * mag in zone 32 van recordtype 50 de waarde nul worden vermeld, behalve in geval van e-fac huisartsen en tandartsen;
 - * moet er geen document ter verantwoording van de uitzondering gevoegd worden bij de papieren factuur.

WaardeBetekenis

0	Geen uitzondering verkregen via IrisCareNet (zone 316 van bericht 801900).
1	Uitzondering verkregen via IrisCareNet (zone 316 van bericht 801900).

(☐7) Het verbod op derdebetalersregeling is volledig opgeheven voor prestaties verricht vanaf 1 januari 2022..

Bij wijze van overgangsregeling mag in deze zone tijdelijk nog een waarde $\neq 0$ ingevuld worden. Vanaf prestatiedatum 1 mei 2022 moet deze zone steeds gelijk zijn aan "0".

RUBRIEK: NUMMER ZIEKENFONDS VAN AANSLUITING**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 3 N – 33**

Zie het Repertorium van de landsbonden en ziekenfondsen van België, Brussel, RIZIV of het overzicht op de website van het RIZIV
(<https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/andere-professionals/ziekenfondsen/contacteer-de-ziekenfondsen>)

VI100	Mut. d'affiliation 134 pour les affiliés à une mutualité francophone 120 pour les affiliés à une mutualité néerlandophone
VI200	Altijd gelijk aan "000"
VI300	Ziekenfonds waarvan de rechthebbende lid is
VI400	Altijd gelijk aan "000"
VI500	Altijd gelijk aan "000"
VI600	Ziekenfonds waarvan de rechthebbende lid is
VI900	Nummer van het Gewestelijk Geneeskundig Centrum (*) Ziekenfonds waarvan de rechthebbende lid is

Maand-, kwartaal- of jaarforfaits voor revalidatie moeten aangerekend worden aan het ziekenfonds waarbij de patiënt aangesloten was op de begindatum van de periode waarop het forfait betrekking heeft.

(*) Het regionale GGC (antwoordbericht MyCareNet, kleeftbriefje, aansluitingskaart: 921, 922, 931, 941, 942, 951) moet vermeld worden in deze zone. De factuur zal echter niet verworpen worden als men in plaats daarvan het boekhoudkundige GGC (910, 920, 930, 940, 950) vermeldt omdat de facturen toch in een centrale boekhouding worden verwerkt. De papieren facturen, zowel van de regionale GGC's als van de boekhoud-GGC's, worden enkel behandeld op het niveau van de boekhoud-GGC's en moeten dus naar deze adressen

gestuurd worden.

RUBRIEK: STAMNUMMER VAN DE (ZIEKENHUIS)INSTELLING (OF HET REVALIDATIECENTRUM) WAAR DE RECHTHEBBENDE OPGENOMEN IS (VERBLIJFT)

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 12 N – 68

In deze zone moet het identificatienummer van het ziekenhuis van de opname worden vermeld als het gaat om een factuur voor een gehospitaliseerde patiënt.

Als het gaat om facturen die betrekking hebben op een revalidatieovereenkomst (hetzij intern, hetzij extern) moet het nummer van de overeenkomst worden opgenomen.

Als het gaat om facturen van RVT's, ROB's, PVT's of IBW's moet het nummer van de betreffende instelling worden vermeld.

Zie recordtype 10 zone 14.

Als het gaat om een gehospitaliseerde patiënt die gelijktijdig een revalidatieprogramma volgt, moet de factuur verplicht opgesplitst worden in een individuele factuur hospitalisatie en een individuele factuur revalidatie.

Als recordtype 20 zone 10 = 1 moet in deze zone het nummer van het ziekenhuis worden vermeld.

Als recordtype 20 zone 10 = 5 of 6 moet in deze zone het nummer van het revalidatiecentrum worden vermeld.

Als recordtype 20 zone 10 = 4 moet in deze zone het nummer van de betreffende instelling worden vermeld.

In alle andere gevallen moet de inhoud van deze zone gelijk zijn aan nul.

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

VI100	0 Mut. de destination - 134 si le PUC actuel se trouve en Wallonie ou à Bruxelles (Francophone) - 120 si le PUC actuel se trouve en Flandre ou à Bruxelles (Néerlandophone) Remarque : d'un point de vue organisationnel (points uniques de contact), rendez-vous sur nos pages web Données de contact de la Mutualité chrétienne pour les prestataires de soins Mutualité chrétienne (mc.be) et Contactgegevens voor zorgverleners CM Factures individuelles pour les prestations non-réalisées Covid-19 utilisant le n° bénéficiaire fictif 991231 999M39 → 120
VI200	Ziekenfonds waarvan de rechthebbende lid is
VI300	300 voor de leden van ziekenfondsen 304, 309, 311, 319, 322 en 323. 306 voor de leden van ziekenfonds 306. Uitzonderingen: • Bepaalde revalidatieovereenkomsten: 300
VI400	Ziekenfonds waarvan de rechthebbende lid is
VI500	Ziekenfonds waarvan de rechthebbende lid is
VI600	= ziekenfonds van aansluiting (Z7)
VI900	= ziekenfonds van aansluiting (Z7)

RUBRIEK: NUMMER INDIVIDUELE FACTUUR

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 12 N – 115

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

In het papieren circuit stemt een individuele factuur overeen met

- ofwel de individuele factuur van de verpleegnota;
- ofwel één of meerdere getuigschriften voor verstrekte zorg die allen betrekking hebben op dezelfde patiënt;
- ofwel de individuele kostennota. In deze zone worden individuele facturen

genummerd.

Dit nummer moet eveneens vermeld worden op

- de verzamelfactuur van de verpleegnota;
- ofwel op de verzamelstaat uit bijlage 2 B als getuigschriften voor verstrekte zorg worden gebruikt.
- ofwel op de verzamelkostennota (in geval van facturatie door een PVT/IBW/ROB/RVT/CDV).

Dit wil zeggen dat op de papieren verzamelfactuur (verpleegnota) of verzamelstaat (bijlage 2 B) of verzamelkostennota één 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 Brusselse verzekeringsinstellingen (zie recordtype 80) en in geval van de verpleegnota eveneens de bedragen die ten laste komen van de patiënt.

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

Het nummer moet uniek zijn en verschillend van nul.

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

Het nummer van een getuigschrift voor verstrekte zorg (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 ook overgenomen worden op alle bijbehorende getuigschriften.

In geval van facturatie door (groeperingen of wachtposten van) artsen of tandartsen (e-fac) moet een eigen gestructureerd nummer gebruikt worden (niet het nummer van het getuigschrift voor verstrekte zorg).

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

RUBRIEK: REFERENTIEGEGEVENS NETWERK

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

213

Deze zone is voorbehouden voor de vermelding van de gegevens van de netwerkconsultatie (IrisCareNet).

Indien geen vervangingsattest werd voorgelegd en geen netwerk werd geconsulteerd, is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

De inhoud van deze zone is als volgt gestructureerd :

RRNNNNNNNNNNNVVA000

waarb R = 32 alfanumerieke posities voor het nummer van akkoord betalingsverbintenis (in ij

geval van netwerkconsultatie)

N = 10 numerieke posities voor het kaartnummer

V = 2 numerieke posities voor het versienummer

A = 1 numerieke positie

A = 1: vervangingsattest

A = 2: netwerkconsultatie

0 = 3 numerieke reserveposities, opgevuld met nullen.

Indien positie A = 1, worden de posities N en V vanaf het vervangingsattest ingevuld; de posities R zullen in dit geval gelijk zijn aan nul.

Indien positie A = 2, worden de posities R ingevuld vanuit de zone 333, 344, 355, 366 of 377

(□2) van het IrisCareNet-bericht 801900 of vanuit *payment.Approval* uit MDA (Member Data). De posities N en V zijn gelijk aan nul.

RUBRIEK: DATUM VAN FACTURATIE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 8 N JJJJMMDD – 262

Deze zone moet enkel door de ziekenhuizen en revalidatiecentra worden ingevuld. In de andere gevallen is de invulling van deze zone facultatief.

Deze zone bevat de datum van opmaak/afwerking van de betreffende factuur (= datum waarop de berekeningen voor de betreffende factuur gebaseerd zijn).

Op basis van deze datum bepaalt de Brusselse verzekeringsinstelling met welke MyCarenet-berichten 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, op voorwaarde dat de regels in bijlage 19 (MAF 100% facturatie) en in de omzendbrief worden nageleefd. Zh. 2012/6 (Psy 2012/5) (Omz. VI 2012/125) (ambulante betalingsverbintenissen).

De datum van facturatie mag niet later zijn dan de huidige datum.

RUBRIEK: PSEUDO-CODE VERPLEEGDAG EN FORFAIT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 7 N – 10

Met deze code kan de boekhouding gebeuren volgens de rubrieken waarin Iriscare voorziet.

Opmerking : Elke record "persoonlijk aandeel" moet voorafgegaan worden door een record "verpleegdag" en de aantallen van beide records moeten gelijk zijn.

De records "bedrag per dag" en "persoonlijk aandeel" moeten steeds samen blijven, ook in geval van een creditnota, correctiefactuur of herindiening.

A. In geval van verblijf in een revalidatie- of herscholingscentrum

a) 1e dag

PUG - descendenten	0476408
PUG - gelijkgestelde werkloze titularis + PTL	0476423
PUG - anderen	0476445
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - descendenten	0476067
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - anderen	0476489
PUG + WIGW + NBP + Kl. gem. 100 %	0476504

b) Vanaf de 2e dag

PUG - descendenten	0476526
PUG - gelijkgestelde werkloze titularis + PTL	0476548
PUG - anderen	0476563
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - descendenten	0476585
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - anderen	0476607
PUG + WIGW + NBP + Kl. gem. 100 %	0476629

B. In geval van sommige overeenkomsten met revalidatievoorzieningen zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 29 april 1996

Persoonlijk aandeel in geval van gewone facturatie 0476633 (°) Persoonlijk aandeel in geval van overschrijding van de normale facturatiecapaciteit 0476618 (°) 0477248 (°)

Opmerking : Deze pseudo-codes 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 = XX1) mag geen record persoonlijk aandeel vermeld worden.

C. In geval van verblijf in psychiatrische verzorgingstehuizen

Persoonlijke aandelen

- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 2 a, van het KB van 17 december 2002	0471254
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 2 b, van het KB van 17 december 2002	0471276
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 2 c, van het KB van 17 december 2002	0471298
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 1 a, van het KB van 17 december 2002	0471313
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 1 b, van het KB van 17 december 2002	0471335
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 1 c, van het KB van 17 december 2002	0471357

Opmerking: voor rechthebbenden die zowel in de oude als in de nieuwe regeling in de middelste groep vallen, moet de nieuwe pseudo-code 0471335 worden gebruikt.

De overgangsregeling blijft van kracht zolang het verblijf zonder onderbreking wordt voortgezet.

Persoonlijke aandelen in geval van individueel betaald verlof (verminderd met 6,20 euro)

- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 2 a, van het KB van 17 december 2002	0471379
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 2 b, van het KB van 17 december 2002	0471394
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 2 c, van het KB van 17 december 2002	0471416
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 1 a, van het KB van 17 december 2002	0471438
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 1 b, van het KB van 17 december 2002	0471453

- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 1 c, van het KB van 17 december 2002

0471475

Opmerking: voor rechthebbenden die zowel in de oude als in de nieuwe regeling in de middelste groep vallen, moet de nieuwe pseudo-code 0790930 worden gebruikt.

De overgangsregeling blijft van kracht zolang het verblijf zonder onderbreking wordt voortgezet.

D. ROB-RVT-CDV

Gebruikte afkortingen:

VT: volledige tegemoetkoming

PT: partiële tegemoetkoming

KVB: kortverblijf

1. Rust- en verzorgingstehuizen

- forfait categorie B in RVT (VT)	0462316
- forfait categorie C in RVT (VT)	0462419
- forfait categorie Cdem in RVT (VT)	0462515
- forfait categorie B in RVT (PT)	0462338
- forfait categorie C in RVT (PT)	0462434
- forfait categorie Cdem in RVT (PT)	0462537

2. Rustoorden voor bejaarden

- geregistreerde niet-erkende voorzieningen	0460113
- forfait categorie O in ROB (VT)	0461115
- forfait categorie A in ROB (VT)	0461218
- forfait categorie B in ROB (VT)	0461314
- forfait categorie C in ROB (VT)	0461417
- forfait categorie Cdem in ROB (VT)	0461513
- forfait categorie D in ROB (VT)	0461616
- forfait categorie O in ROB (PT)	0461137
- forfait categorie A in ROB (PT)	0461233
- forfait categorie B in ROB (PT)	0461336
- forfait categorie C in ROB (PT)	0461439
- forfait categorie Cdem in ROB (PT)	0461535
- forfait categorie D in ROB (PT)	0461638
- forfait categorie O in ROB (VT) - KVB	0461159
- forfait categorie A in ROB (VT) - KVB	0461255
- forfait categorie B in ROB (VT) - KVB	0461458
- forfait categorie C in ROB (VT) - KVB	0461454
- forfait categorie Cdem in ROB (VT) - KVB	0461557
- forfait categorie D in ROB (VT) - KVB	0461653
- forfait categorie O in ROB (PT) - KVB	0461174
- forfait categorie A in ROB (PT) - KVB	0461277
- forfait categorie B in ROB (PT) - KVB	0461373
- forfait categorie C in ROB (PT) - KVB	0461476
- forfait categorie Cdem in ROB (PT) - KVB	0461579
- forfait categorie D in ROB (PT) - KVB	0461675

3. Centra voor dagverzorging

Forfait F	0463119
Forfait Fp	0463318
Forfait D	0463414
Forfait Fd	0463215

4. ROB-RVT: korting op de gesolidariseerde kost van het incontinentiemateriaal

Andere patiënten 0468115

E. Initiatieven voor beschut wonen 0472013

F. Psychiatrische verzorgingstehuizen

- a) Totale opnemingsprijs per dag voor
 - psychiatrische patiënt, zonder nabehandeling revalidatie 0471018
 - psychiatrische patiënt, met nabehandeling revalidatie 0471033
 - patiënt met een mentale handicap, zonder nabehandeling revalidatie 0471055
 - patiënt met een mentale handicap, met nabehandeling revalidatie 0471077
- b) Dagen onbetaald verlof 0471777
- Dagen individueel betaald verlof
 - psychiatrische patiënt, zonder nabehandeling revalidatie 0471578
 - psychiatrische patiënt, met nabehandeling revalidatie 0471593
 - patiënt met een mentale handicap, zonder nabehandeling revalidatie 0471615
 - patiënt met een mentale handicap, met nabehandeling revalidatie 0471637
- d) Dagen verblijf in collectieve vakantiecampen
 - psychiatrische patiënt, zonder nabehandeling revalidatie 0471497
 - psychiatrische patiënt, met nabehandeling revalidatie 0471519
 - patiënt met een mentale handicap, zonder nabehandeling revalidatie 0471534
 - patiënt met een mentale handicap, met nabehandeling revalidatie 0471556
- e) Bijkomende forfaitaire tegemoetkoming van de ziekteverzekering om de betaalbaarheid in PVT's te verbeteren (art. 4, § 2, overeenkomst PVT-VI)
 - rechthebbende uit categorie a) 0471099
 - rechthebbende uit categorie b) 0471114
 - rechthebbende uit categorie c) 0471136
 - rechthebbende uit categorie d) 0471158
 - rechthebbende uit categorie e) 0471173
 - rechthebbende uit categorie f) 0471195
 - rechthebbende uit categorie g) 0471217
 - rechthebbende uit categorie h) 0471239

Het bedrag van deze tegemoetkoming moet in positief vermeld worden in RT 30 Z 19 en in negatief in RT 30 Z 27.

G. Psychiatrische ziekenhuizen en diensten

Onbetaald verlof 0467496 Onbetaald verlof tijdens een periode van 0476699

H. Revalidatie en herscholing - Type overeenkomsten

- Functioneringsrapport - Gehospitaliseerde rechthebbenden of rechthebbenden die binnen het revalidatiecentrum een revalidatieprogramma volgen - Overeenkomsten 790 Ambulant 419019
- Functioneringsrapport - Gehospitaliseerde rechthebbenden of rechthebbenden die binnen het revalidatiecentrum een revalidatieprogramma volgen - Overeenkomsten 790 Gehospitaliseerd 419023
- Functioneringsrapport - Rechthebbenden die geen revalidatieprogramma in de instelling of een andere instelling volgen - Overeenkomsten 790 - Ambulant 419034
- Functioneringsrapport - Rechthebbenden die geen revalidatieprogramma in de instelling of een andere instelling volgen - Overeenkomsten 790 - Gehospitaliseerd 419045

- Revalidatie van rechthebbenden die aan een gezichtsstoornis lijden (969)
 - Initieel bilan 0476913 0476924
 - Tussentijds bilan 0476935 0476946
 - Zitting in 0476957 0476968
 - Zitting out 0476979 0476983
 - Groepszitting 0476994 0476909
- Referentiecentra voor autismespectrumstoornissen
 - diagnostische zitting (1 uur) 0477613 0477624
 - coördinatiezitting 0477635 0477646

17) Revalidatie en herscholing – Specifieke overeenkomsten

Motorische revalidatie (771)	0477119	0477123
Psychosociale revalidatie (772)	0477215	0477226
Revalidatie voor alcoholici en druggebruikers (773)	0477318	0477329
Revalidatie voor psychotici (774)	0477414	0477425
Revalidatieprogramma voor vroegtijdige stoornissen van de interactie ouders/kind (774-5)	0477517	0477528
Revalidatie voor slechthorenden (779)	0477915	0477926
Revalidatie voor hersenverlamden (784)	0477819	0477823
Respijteenheden (776-7)	-	0477727

Overschrijding van de "normale facturatiecapaciteit" (facturatie aan een verminderde prijs)

Motorische revalidatie (771)	0477134	0477145
------------------------------	---------	---------

Psychosociale revalidatie (772)	0477237	0477248
Revalidatieprogramma voor alcoholici en druggebruikers (773)	0477333	0477344
Revalidatieprogramma voor psychotici (774)	0477436	0477447
Revalidatieprogramma voor vroegtijdige stoornissen van de interactie ouders/kind (774-5)	0477539	0477543
Revalidatieprogramma voor slechthorenden (779)	0477937	0477948
Revalidatieprogramma hersenverlamden (784)	0477834	0477845
Respijteenheden (776-7)	-	0477749

Opmerking: De dagen boven de maximale capaciteit moeten niet op de factuur vermeld worden.

Palliatieve verzorging	0476817
- eenmalig forfaitair bedrag	
- verminderd forfaitair bedrag	0476839

7108

Dagen betaald verlof binnen een revalidatieperiode

Dagen betaald verlof binnen een revalidatieperiode overschrijding van de normale facturatiecapaciteit	0477189
--	---------

CAR – overeenkomst NOK-PSY-sector			
<u>Doelgroepen (zie artikel 3)</u>	<u>Zittingen die deel uitmaken van een aanvangsbilan (zie artikel 15)</u>	<u>Gewone revalidatiezittingen (zie artikel 19)</u>	<u>Groepszittingen voor leerkrachten (zie artikel 20)</u>
Groep 1	478018 478029	478416 478427	478799 478803
Groep 2	478033 475044	478438 478449	478814 478825
Groep 3	475055 478066	478453 478464	478836 478847
Groep 4	475077 478088	478475 478486	478858 478869
Groep 5	478099 478103	478497 478508	478873 478884
Groep 6	478114 478125	478519 478523	478895 478906
Groep 7	478136 478147	478534 478545	478917 478928
Groep 8	478158 478169	478556 478567	478939 478943
Groep 9	478173 478184	478578 478589	478954 478965
Groep 10	478195 478206	478593 478604	478976 478987
Groep 11	478217 478228	478615 478626	478998 479009
Groep 12	478239 478243	478637 478648	479013 479024
Groep 13	478254 478265	478659 478663	479035 479046
Groep 14	478276 478287	478674 478685	479057 479068
Groep 15	478298 478309	478696 478707	479079 479083

Groep 16	478313 478324	478718 478729	479094 479105
Groep 17	478335 478346	478733 478744	479116 479127
Groep 18	478357 478368	478755 478766	479138 479149
Groep 19	478379 478383	478777 478788	479153 479164
Groep 20	479197 479208		479234 479245
Logopedie-nomenclatuur (onverminderd artikel 8, § 2, van deze overeenkomst)	478394-478405	-	-
Groep 1bis	479175-479186		

Voorzieningen voor motorische revalidatie (771)	0477156	0477167
Voorzieningen voor psychosociale revalidatie van volwassen psychiatrische patiënten (772)	0477259	0477263
Voorzieningen voor druggebruikers (773)	0477355	0477366
Voorzieningen voor revalidatie van kinderen en adolescenten met ernstige psychische aandoeningen (774)	0477458	0477469
Revalidatieprogramma voor vroegtijdige stoornissen van de interactie ouders-kind (774-5)	0477554	0477565
Voorzieningen voor revalidatie van slechthorenden (779)	0477959	0477963
Voorzieningen voor revalidatie van hersenverlamden (784)	0477856	0477867
Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging	0476854	-
Referentiecentra voor autismespectrumstoornissen (774-6)	0477657	-
CAR-overeenkomst (953/965)	0479256	0479267

Inhaalforfaits revalidatieovereenkomsten

Revalidatiecentrum voor hersenverlamden Arthur Regnier (770) 0784114 (°°) 0784125 (°°)
 Voorziening voor motorische revalidatie (771) 0477156 0477167 (°)
 Voorzieningen voor psychosociale revalidatie van volwassen psychiatrische patiënten (772) 0477259 0477263 (°°)
 Voorzieningen voor revalidatie van druggebruikers (773) 0477355 (°°) 0477366 (°°)
 Voorzieningen voor psychosociale revalidatie van kinderen en adolescenten met ernstige psychische aandoeningen (774) 0477458 (°°) 0477469 (°°)
 Voorzieningen voor revalidatie van vroegtijdige stoornissen van de interactie ouders-kind (774-5) 0477554 (°°) 0477565 (°°)
 Voorzieningen voor revalidatie van kinderen met respiratoire aandoeningen (776-5) - 0777280 (°°)
 Voorzieningen voor pediatrische revalidatie 0777335 0777346
 Geheugenklinieken (778-1) 0785551 0785562
 Voorzieningen voor revalidatie van slechthorenden (779) 0477959 (°°) 0477963 (°°)
 Voorzieningen voor revalidatie van hersenverlamden (784) 0477856 (°°) 0477867 (°°)
 Revalidatie-voorzieningen voor kinderneuropsychiatrie (784-5) 0784254 0784265
 Referentiecentra voor patiënten die lijden aan mucoviscidose (789-4) 0784276 0784280

Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging 0476854(°°) -
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 revalidatieovereenkomsten 0784011 0784022
Spina Bifida-revalidatiecentra 0784070 0784081
Referentiecentra voor autismespectrumstoornissen (774-6) 0477657 (°°) -
Voorziening "Centre neurologique de réadaptation fonctionnelle" te Fraiture 0785536 (°°) 0785540 (°°)
CAR-overeenkomst (953/965) 0479256 (°°) 0477267 (°°)

RUBRIEK: VERWIJZING FINANCIËEL REKENINGNUMMER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 1 N - 51

Door middel van een code moet worden aangeduid op welke financiële rekening het bedrag uit zone 19 moet worden overgemaakt.

WaardeBetekenis

0 Het verschuldigde bedrag moet worden gestort op financiële rekening A (zie RT 10 Z 31-32-33-34, Z 36-37-38-39-40-41).

1 Het verschuldigde bedrag moet worden gestort op financiële rekening B (zie RT 10 Z 43a, Z 49-50-51-52).

3 Het verschuldigde bedrag moet worden gestort op financiële rekening C (zie RT 10 Z 45-46-47a, Z 53-54a) voor een deeltiteit (de deeltiteit wordt genoemd in RT 10 Z 48)

Alleen de waarde '3' is van toepassing op de GGC.

RUBRIEK: NOMENCLATUURCODE OF PSEUDO-NOMENCLATUURCODE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 1 N - 51

Het is de code van de verrichte prestatie.

In het algemeen zijn die codes opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige prestaties en worden ze voorafgegaan door een nul.

Er werden pseudo-codenummers 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.

D) Reiskosten

- Geïndividualiseerd vervoermiddel, aangepast aan de handicap, naar een geconventioneerd revalidatiecentrum, georganiseerd door het revalidatiecentrum 0476139 0476143
- Geïndividualiseerd vervoermiddel, aangepast aan de handicap, naar een geconventioneerd revalidatiecentrum, aangepast persoonlijk voertuig 0476117 04761262
- Geïndividualiseerd vervoermiddel, aangepast aan handicap (overeenkomsten "mobiliteitshulpmiddelen") (7.90):
- Voertuig van de voorziening of privétransporteur 0476014 0476025
- Aangepast voertuig van de rechthebbende 0476036 0476047

Niet door de ZIV vergoede producten, prestaties of diensten

Diverse kosten in ziekenhuizen of PVT's

0471659	Kamercomfort
0471674	Kosten voor begeleidende persoon
0471696	Eten en drinken
0471718	Hygiëneproducten zonder APB-code
0471733	Andere producten/diensten die op verzoek de patiënt worden geleverd
0471755	Ambulancekosten (*)

Diverse kosten in initiatieven van beschut wonen

0472919	Verblijfsvergoeding zoals vermeld in de verblijfsovereenkomst
0472934	Eventuele kosten bovenop de verblijfsvergoeding voorzien in de verblijfsovereenkomst
0472956	Bijkomende 'andere' kosten niet voorzien in de verblijfsovereenkomst

Supplementen in ROB's-RVT's-CDV's

0467017	Huisvestingskosten: eenpersoonskamer
0467039	Huisvestingskosten: tweepersoonskamer
467054	Huisvestingskosten: gemeenschappelijke kamer
0467076	Huisvestingskosten in CDV's
0467098	Huisvestingskosten: televisieabonnement
467113	Huisvestingskosten: internetabonnement
0467135	Huisvestingskosten: telefoonkosten
0467157	Supplementen in verband met gezondheidszorg: verzorgingsmateriaal niet inbegrepen in het forfait
0467179	Supplementen in verband met gezondheidszorg: incontinentiemateriaal
0467194	Supplementen in verband met gezondheidszorg: (para)farmaceutische producten
0467216	Supplementen in verband met gezondheidszorg: voedingssupplementen
0467238	Supplementen in verband met gezondheidszorg: kortingen (bedrag in negatief)
0467253	Andere supplementen: was
0467275	Andere supplementen: pedicure
0467297	Andere supplementen: manicure
467319	Andere supplementen: drank
0467334	Andere supplementen niet behorend tot de vorige categorie
0467356	Transport in verband met gezondheidszorg: taxi
0467378	Transport in verband met gezondheidszorg: ambulance
0467393	Transport in verband met gezondheidszorg: vervoer woonplaats/CDV
0467415	Kosten arts (facultatieve vermelding)
0467437	Kosten kine (facultatieve vermelding)
0467459	Kosten labo (facultatieve vermelding)
0467474	Kosten polikliniek (facultatieve vermelding)

I. Rookstopbegeleiding

Eerste sessie - ambulante	421016
Eerste sessie - gehospitaliseerd	421027
Volgende sessies - ambulante	421038
Volgende sessies - gehospitaliseerd	421049
Sessies voor zwangere vrouwen - ambulante	421053
Sessies voor zwangere vrouwen - gehospitaliseerd	421064

RUBRIEK: UITZONDERING DERDEBETALERSREGELING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 1 A - 175

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 KB van 18 september 2015).

Als de waarde in deze zone verschillend is van nul moet de uitzondering worden gewettigd volgens de nadere regels die zijn vastgelegd in de omzendbrief VI 2017/305 van 23 oktober 2017.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
1	KB 18 september 2015, art. 9/2, 4 ^o (overlijden, coma)
2	KB 18 september 2015, art. 9/2, 5 ^o (financiële noodsituatie)
3	KB 18 september 2015, art. 9/2, 6 ^o (WIGW voorkeurtarief), 7 ^o (bruto belastbaar inkomen < leefloon), 8 ^o (langdurig werklozen), 9 ^o (recht op verhoogde kinderbijslag)
4	KB 18 september 2015, art. 9/2, 1 ^o (prestaties verricht in het kader van een akkoord dat voorziet in de forfaitaire betaling van bepaalde prestaties)
5	KB 18 september 2015, art. 9/2, 2 ^o (prestaties verricht in centra voor geestelijke gezondheidszorg, centra voor gezinsplanning en seksuele voorlichting en opvangcentra voor druggebruikers)
6	KB 18 september 2015, art. 9/2, 3 ^o (prestaties verricht in voorzieningen gespecialiseerd in het verzorgen van kinderen, bejaarden of personen met een handicap)
7	KB 18 september 2015, art. 9/2, laatste lid (prestaties verricht in het kader van een huisartsenwachtdienst)
8	KB 18 september 2015, art. 9/2, 10 ^o (statuut chronische aandoening)
P	KB 18 september 2015, art. 9/2, 11 ^o (palliatieve patiënten)
0	Alle andere gevallen

Als de uitzondering werd verkregen via IrisCareNet (RT 20 Z 3 = 1), dan mag deze zone gelijk zijn aan nul, behalve in geval van e-fac huisartsen of tandartsen (waarbij de rechtvaardiging van de derde-betaler, die meegegeven wordt in het antwoord op de consultatie van het tarief, moet vermeld worden in deze zone).

De inhoud van deze zone is steeds gelijk aan nul voor alle prestaties die niet onder het verbod op derdebetalersregeling vallen.

(□ 7) Het verbod op derdebetalersregeling is volledig opgeheven voor prestaties verricht vanaf 1 januari 2022.
Bij wijze van overgangsregeling mag in deze zone tijdelijk nog een waarde $\neq 0$ ingevuld worden. Vanaf prestatiedatum 1 mei 2022 moet deze zone steeds gelijk zijn aan "0".

RUBRIEK: OMSCHRIJVING PRODUCT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 30 A - 231

Als in zone 4 een code 096XXXX wordt gebruikt voor de vermelding van supplementen voor niet door ZIV vergoede producten, prestaties of diensten moet in deze zone de omschrijving van het product, de prestatie of de dienst worden vermeld.

In geval van supplementen in ROB's-RVT's-CDV's moet enkel voor de pseudo-codes 467157 en 467179 een omschrijving vermeld worden.

Voor de code 0961273-0961284 en de codes 961332-961343 en 961354-961365 moet deze zone niet ingevuld worden.

RUBRIEK: TEKEN + BEDRAG FINANCIËEL REKENINGNUMMER C

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 1 A + 11 N - 321

Dit is het factuurbedrag dat de Brusselse verzekeringsinstelling moet overmaken op financiële rekening C.

Deze zone wordt vanaf rechts ingevuld.

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

De twee laatste posities rechts bevatten altijd decimalen.

RUBRIEK: IBAN - FINANCIËLE REKENING C

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 34 A - 235

Zie recordtype 10 zone 45-46-47a

RUBRIEK: BIC - FINANCIËLE REKENING C

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 11 A - 305

Zie recordtype 10 zone 53-54a

RUBRIEK: TEKEN + TOTAAL BEDRAG FINANCIËEL REKENINGNUMMER C

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 1 A + 11 N - 321

Teken en totaal bedrag van de zending dat moet worden overgemaakt op financiële rekening C
Zie recordtype 80 zone 55-56