



DONNÉES SOINS DE SANTÉ GEZONDHEIDSZORG-DATA

Lay-out

Version / Versie **24**

Te gebruiken vanaf boekhoudmaand **G2026M01**



IMA • AIM
Intermutualistisch A

1. Layout général des données soins de santé - algemene lay-out gezondheidzorgen

[**Nieuwe zones en gewijzigde stukken van bestaande zones worden in het vet en het rood aangeduid**, ~~geschrapte zones worden doorstreept~~]

Nom Zone Naam	Libellé de la zone Label van de zone	Type de données Type data	Nombre de positions Aantal posities	Longueur Lengte	Première position Eerste positie	Dernière position Laatste positie
SS00001	Identification envoi Identificatie zending	Numérique Numeriek	7	7	1	7
SS00005	Identification demande Identificatie aanvraag	Numérique Numeriek	6	6	8	13
SS00010	Identification bénéficiaire Identificatie rechthebbende	Numérique Numeriek	15	15	14	28
SS00015	Date début prestation Begindatum verstrekking	Numérique Numeriek	8	8	29	36
SS00020	Code nomenclature Nomenclatuurcode	Numérique Numeriek	7	7	37	43
SS00025	Année – mois comptable doc C boekhoudjaar / -maand doc C	Numérique Numeriek	6	6	44	49
SS00030	Compétence / Bevoegdheid	Alphanumérique Alfanumeriek	1	1	50	50
SS00035	FILLER	Numérique Numeriek	3	3	51	53
SS00040	FILLER	Numérique Numeriek	1	1	54	54
SS00045	Code comptable doc N Boekhoudcode doc N	Alphanumérique Alfanumeriek	2	2	55	56
SS00050	Nombre de cas Aantal gevallen	Numérique signé Numeriek getekend	Signe + 5 Teken + 5	6	57	62
SS00055	Nombre de jours Aantal dagen	Numérique signé Numeriek getekend	Signe + 5 Teken + 5	6	63	68
SS00060	Montant de remboursement Bedrag terugbetaling	Numérique signé, 2 déc Numeriek getekend, 2 dec	Signe + 11 Teken + 11	12	69	80
SS00065	Prestataire – qualification	Numérique Numeriek	12	12	81	92

Janvier 2026 / Januari 2026

Layout à utiliser à partir de la livraison du mois comptable G2026M01

Layout te gebruiken vanaf boekhoudmaand G2026M01

Nom Zone Naam	Libellé de la zone Label van de zone	Type de données Type data	Nombre de positions Aantal posities	Longueur Lengte	Première position Eerste positie	Dernière position Laatste positie
	Zorgverstrekkers - bekwaming					
SS00070	Prescripteur – qualification Voorschrijver – bekwaming	Numérique Numeriek	12	12	93	104
SS00075	Identification institution Identificatie instelling	Numérique Numeriek	12	12	105	116
SS00080	Code du service Dienstcode	Numérique Numeriek	3	3	117	119
SS00085	Lieu de prestation Plaats van verstrekking	Numérique Numeriek	12	12	120	131
SS00090	Opérateur de dépense Operator uitgaven	Numérique Numeriek	1	1	132	132
SS00095	Code titulaire 1 (CT1) Code Gerechtigde 1 (CG1)	Numérique Numeriek	3	3	133	135
SS00100	Code titulaire 2 (CT2) Code Gerechtigde 2(CG2)	Numérique Numeriek	3	3	136	138
SS00105	Numéro de tiers Nummer derde	Numérique Numeriek	12	12	139	150
SS00110	Date d'admission Datum opname	Numérique Numeriek	8	8	151	158
SS00115	Date de sortie Datum ontslag	Numérique Numeriek	8	8	159	166
SS00120	Type de facture Type factuur	Numérique Numeriek	1	1	167	167
SS00125	Date dernière prestation Datum laatste verstrekking	Numérique Numeriek	8	8	168	175
SS00130	Prestation relative Betrekkelijke verstrekking	Numérique Numeriek	7	7	176	182
SS00135	Numéro de produit Nummer product	Numérique Numeriek	7	7	183	189
SS00140	Norme-prestation Zone vide Norm-verstrekking Lege zone	Numérique Numeriek	1	1	190	190
SS00145	Nuit, week-end ou non Nacht, weekend of niet	Numérique Numeriek	1	1	191	191
SS00150	Code nomenclature facturé Gefactureerde nomenclatuurcode	Numérique Numeriek	7	7	192	198

Janvier 2026 / Januari 2026

Layout à utiliser à partir de la livraison du mois comptable G2026M01

Layout te gebruiken vanaf boekhoudmaand G2026M01

Nom Zone Naam	Libellé de la zone Label van de zone	Type de données Type data	Nombre de positions Aantal posities	Longueur Lengte	Première position Eerste positie	Dernière position Laatste positie
SS00155	Date de prescription Datum voorschrift	Numérique Numeriek	8	8	199	206
SS00160	Intervention personnelle Persoonlijke tussenkomst	Numérique signé, 2 déc Numeriek getekend, 2 dec	Signe + 9 Teken + 9	10	207	216
SS00165	Montant supplément ou montant pour des produits, prestations ou services non- remboursables. Bedrag supplement of bedrag voor niet- vergoedbare producten, verstrekkingen of diensten	Numérique signé, 2 déc Numeriek getekend, 2 dec	Signe + 9 Teken + 9	10	217	226
SS00170	Code implant Code implant	Numérique Numeriek	16	16	227	242
SS00175	Système Tiers-Payant Derdebetalersregeling	Numérique Numeriek	1	1	243	243
SS00180	Filler	Numérique signé, 2 déc Numeriek getekend, 2 dec	Signe + 7 Teken + 7	8	244	251
SS00185	Numéro de version de l'envoi Versienummer van de levering	Numérique Numeriek	1	1	252	252
SS00195	Filler	Numérique signé, 2 déc Numeriek getekend, 2 dec	Signe +11 Teken + 11	12	253	264
SS00200	Filler	Numérique Numeriek	4	4	265	268
SS00205	Flag GPS/Flag GPS	Numérique Numeriek	1	1	269	269
SS00210	Filler	Numérique signé, 2 déc Numeriek getekend, 2 dec	Signe +9 Teken + 9	10	270	279
FILLER	Filler	Numérique Numeriek	4	4	280	283
SS00235	Date réception facture	Numérique Numeriek	8	8	284	291

Nom Zone Naam	Libellé de la zone Label van de zone	Type de données Type data	Nombre de positions Aantal posities	Longueur Lengte	Première position Eerste positie	Dernière position Laatste positie
	Ontvangstdatum van de factuur					
SS00240	Número d'identification de la pièce comptable Identificatienummer van het boekhoudstuk	Alphanumérique Alfanumeriek	69	69	292	360
SS00245	Número BCE KBO nummer	Numérique Numeriek	10	10	361	370
SS00250	Número de compte international International bank Account Number	Alphanumérique Alfanumeriek	34	34	371	404
SS00255	Type de facturation Type facturering	Alphanumérique Alfanumeriek	1	1	405	405
SS00260	Origine du paiement Betalingsoorsprong	Alphanumérique Alfanumeriek	1	1	406	406
SS00265	Type DMG Type GMD	Alphanumérique Alfanumeriek	1	1	407	407
SS00270	Número d'identification du prestataire auxiliaire Identificatienummer van de bijkomende verstrekker	Numérique Numeriek	11	11	408	418
SS00275	Norme plafond Plafondnorm	Alphanumérique Alfanumeriek	1	1	419	419
SS00280	Número de la dent traitée Nummer van de tand	Alphanumérique Alfanumeriek	2	2	420	421
SS00285	Coté du membre traité Behandeld lid	Alphanumérique Alfanumeriek	1	1	422	422
SS00290	Número identification de l'office de tarification Identificatienummer van de tarificatiedienst	Numérique Numeriek	12	12	423	434
SS00295	Número du pharmacien titulaire Nummer apotheker titularis	Numérique Numeriek	12	12	435	446
SS00300	Type de décompte des journées d'entretien Zone vide Normcode verpleegdag Lege zone	Alphanumérique Alfanumeriek	1	1	447	447
SS00305	Número d'admission	Numérique	12	12	448	459

Janvier 2026 / Januari 2026

Layout à utiliser à partir de la livraison du mois comptable G2026M01

Layout te gebruiken vanaf boekhoudmaand G2026M01

Nom Zone Naam	Libellé de la zone Label van de zone	Type de données Type data	Nombre de positions Aantal posities	Longueur Lengte	Première position Eerste positie	Dernière position Laatste positie
	Nummer opname	Numeriek				
SS00310	Heure d'admission Opnameuur	Alphanumérique Alfanumeriek	4	4	460	463
SS00315	Heure de départ Vertrekuur	Alphanumérique Alfanumeriek	4	4	464	467
SS00320	Numéro de course Ritnummer	Alphanumérique Alfanumeriek	11	11	468	478
SS00325	Filler	Alphanumérique Alfanumeriek	11	11	479	489
SS00330	Filler	Alphanumérique Alfanumeriek	2	2	490	491
SS00335	Filler	Alphanumérique Alfanumeriek	2	2	492	493
SS00340	Norme du prestataire Verstrekker norm	Alphanumérique Alfanumeriek	1	1	494	494
SS00345	Norme du prescripteur Voorschrijver norm	Alphanumérique Alfanumeriek	1	1	495	495
SS00350	Exception tiers payant Uitzondering derdebetalersregeling	Alphanumérique Alfanumeriek	1	1	496	496
SS00355	Forme galénique de préparation magistrale Galenische vorm magistrale bereiding	Alphanumérique Alfanumeriek	3	3	497	499
SS00360	Heure de prestation Uur prestatie	Alphanumérique Alfanumeriek	4	4	500	503
SS00365	Code enregistrement Qermid Registratiecode Qermid	Numérique Numeriek	14	14	504	517
SS00370	Lieu du séjour Verblijfplaats	Numérique Numeriek	12	12	518	529
SS00375	Appareil imagerie médicale Toestel medische beeldvorming	Numérique Numeriek	12	12	530	541
SS00385	Motif régularisation Motief regularisatie	Numérique Numeriek	1	1	542	542
SS00455	ID Unique GZSS/FARMA Unieke ID GZSS/FARMA	Numérique Numeriek	23	23	543	565

Nom Zone Naam	Libellé de la zone Label van de zone	Type de données Type data	Nombre de positions Aantal posities	Longueur Lengte	Première position Eerste positie	Dernière position Laatste positie
SS00460	Détenus Gedetineerden	Alphanumérique Alfanumeriek	7	7	566	572
SS00465	Code notification implant Notificatiecode implantaat	Numérique Numeriek	12	12	573	584
SS00470	Code facturation quote-part personnelle ou supplément Code facturering persoonlijk aandeel of supplement	Numérique Numeriek	1	1	585	585
SS00475	Valeur de base prestation Basiswaarde verstrekking	Numérique signé, 2 déc Numeriek getekend, 2 dec	Signe + 7 Teken + 7	8	586	593
SS00480	Norme prestation/ Norm verstrekking	Numérique Numeriek	1	1	594	594
SS00485	Accouchement/ Bevalling	Numérique Numeriek	1	1	595	595
SS00490	Date de paiement/ Betalingsdatum	Numérique Numeriek	8	8	596	603
FILLER	FILLER	Numérique Numeriek	9	9	604	612

Adaptations par rapport à la version précédente (**V23**) / Aanpassingen tegenover de vorige versie (**V23**)

Nr	Zone(s)	Description	Beschrijving
1	Selectiecriterium Critères de sélection	Adaptation description	Aanpassing omschrijving
2	SS00490	Nouvelle zone	Nieuwe zone
3	SS00050 SS00060 SS00160	Ajout instructions INAMI	Aanvulling RIZIV-instructies

Janvier 2026 / Januari 2026

Layout à utiliser à partir de la livraison du mois comptable G2026M01

Layout te gebruiken vanaf boekhoudmaand G2026M01

4	SS00140 SS00300	Adaptation description	Aanpassing omschrijving
5	Filler	Filler final:ajustement longueur et position de début	Eindfiller: aanpassing lengte en startpositie
6	Bijlage 5	Annexe 5 Règles comptables surcoût ajouté en cas d'indisponibilité de médicaments	Bijlage 5 Boekingsregels meerkost bij onbeschikbare geneesmiddelen werd toegevoegd

Critères de sélection :

Les enregistrements suivants devront être livrés pour les livraisons New Attest de GZSS et FARMA :

- TOUS **les enregistrements facturés acceptés et validés**
- Relevant de l' **assurance obligatoire** (y compris les conventions internationales)
- Avec un **code nomenclature**
 - Codes nomenclatures **Fédéraux** (cfr. Table de référence "referentietabel")
Attention! NE PAS TENIR COMPTE des colonnes 'uitg', 'gev' en 'dag'. Ces zones doivent être livrées avec les valeurs utilisées pour la validation de l'enregistrement, avant éventuel recodage pour DOCN..
 - Codes nomenclatures **Régionaux** (depuis G2019M01)
Sauf mention contraire, les instructions/remarques s'appliquent également aux facturations régionales.
Les instructions spécifiques aux facturations VSB sont rassemblées dans les documents suivants :
 - "mapping GZSS_VSB_VSxx.xlsx"
 - "Instructies_VSB_V0x NL.docx".
- ~~Remarque : à la demande de l'INAMI, les facturations portant la valeur SS00140=8 (=Pour la ou les intervention(s) chirurgicale(s) exécutée(s) au cours d'une même séance opératoire dans le même champ que l'intervention principale et qui ne peu(ven)t pas être attestée(s) car il ne s'agit pas de l'intervention principale.) NE peuvent PAS être livrées dans le Modèle N. Elles doivent être enregistrées dans GZSS.~~
- Remarque : à la demande de l'INAMI, les facturations portant la norme prestation « intervention(s) chirurgicale(s) pratiquées au cours d'une même séance opératoire dans le même champ opératoire que l'intervention principale et qui ne peu(ven)t être attestée(s) étant donné qu'il ne s'agit pas de l'intervention principale » NE peuvent PAS être livrées dans le Modèle N. En revanche, elles doivent figurer dans GZSS. Dans les données, ces facturations peuvent être trouvées grâce à SS00140=8 avant G2025M07 et via SS00480=8 à partir de G2025M07.

Les enregistrements suivants NE peuvent PAS être fournis :

- Les "douzièmes" fédéraux.
- Les facturations GEES (Soins de santé mentale : soins psychologiques facturés via l'application web « *mental health* »).
Ces facturations sont fournies par le Collège intermutualiste national (CIN) et passent par un circuit distinct. Elles NE peuvent PAS être transmises par les OA via GZSS.

Le code nomenclature ne doit pas être un critère d'inclusion/exclusion. Il doit juste être utilisé afin de déterminer la livraison dans laquelle il doit être repris (GZSS ou FARMA).

Si le code nomenclature est repris dans le document "INSTRUCTIONS RELATIVES A LA COLLECTE DE DONNEES DES PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES (PISTE UNIQUE : FACTURE ET STATISTIQUE)" (RECORDTYPE 40, ZONE4) » (https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/instructions_collecte_de_donnees.pdf), l'enregistrement devra être livré dans FARMA; sinon il sera livré dans GZSS.

Nous faisons ici une exception pour les factures Tiers-payant introduites via le circuit papier. Bien que de préférence livrées avec FARMA, les factures Tiers Payant introduites via le circuit papier, à la condition expresse de ne pas être livrées également en FARMA, peuvent être livrées en GZSS. Mais en aucun cas ces facturations ne peuvent être livrées 2 fois (=une fois en GZSS et une fois en FARMA).

Les livraisons GZSS/FARMA Newattest sont les données facturées "brutes" et ne peuvent se baser sur les modèles destinés aux autres instances (ex: Modèle N pour INAMI, Données régionales,...).

Selectie criterium:

Voor de NewAttest-bestanden GZSS en FARMA dienen volgende records aangeleverd te worden:

- ALLE **gevalideerde, aanvaarde gefactureerde** registraties
- binnen de **verplichte ziekteverzekering** (inclusief Internationale Conventies)
- met een **nomenclatuurcode**
 - **Federale** nomenclatuurcodes (zie referentietabel)
Opgelet! Er mag GEEN rekening gehouden worden met de kolommen 'uitg', 'gev' en 'dag'. Deze zones moeten opgeleverd worden met de waarden van de gevalideerde records, vóór hercodering voor DocN.
 - **Regionale** nomenclatuurcodes (vanaf G2019M01)
Tenzij anders vermeld, gelden de instructies/opmerkingen ook voor regionale facturaties.
Voor de VSB-facturaties zijn de specifieke instructies gebundeld in de documenten:
 - "mapping GZSS_VSB_VSxx.xlsx"
 - "Instructies_VSB_V0x NL.docx".
- ~~Opmerking: Facturaties met waarde SS00140=8 (=chirurgische ingre(e)p(en) uitgevoerd tijdens eenzelfde operatiezitting in dezelfde opereerstreek als de hoofdingreep en die niet geattesteerd kan (kunnen) worden omdat het niet om de~~

~~hoofdingreep gaat) mogen op vraag van het RIZIV NIET aangeleverd worden in Model N. Zij dienen echter wél opgenomen te worden in GZSS.~~

- Opmerking: Facturaties met als norm verstrekking "chirurgische ingre(e)p(en) uitgevoerd tijdens eenzelfde operatiezitting in dezelfde opereerstreek als de hoofdingreep en die niet geattesteerd kan (kunnen) worden omdat het niet om de hoofdingreep gaat" mogen op vraag van het RIZIV NIET aangeleverd worden in Model N. Zij dienen echter wél opgenomen te worden in GZSS. Deze facturaties zijn in de data vóór G2025M07 terug te vinden met SS00140=8; vanaf G2025M07 met SS00480=8.

Volgende records mogen NIET aangeleverd worden:

- De federale "twaalfden".
- De GEES-facturaties (Geestelijke gezondheidszorg: psychologische zorg gefactureerd via de webtoepassing "mental health"). Deze worden aangeleverd via een apart circuit door het Nationaal Intermutualistisch College (NIC) en mogen door de VI NIET aangeleverd worden via GZSS.

De nomenclatuurcode mag geen criterium van inclusie/exclusie zijn, maar mag enkel gebruikt worden om te bepalen in welke datalevering de record moet opgeleverd worden (GZSS of FARMA).

Indien de nomenclatuurcode opgenomen is in de officiële "Instructies betreffende de gegevensinzameling van de farmaceutische verstrekkingen" (RECORDTYPE 40, ZONE 4) (https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/instructies_gegevensinzameling.pdf) moet de record aangeleverd worden in FARMA; alle andere records moeten aangeleverd worden met GZSS.

Hier geldt één uitzondering: in geval van derdebetalersregeling via het papieren circuit mag de facturatie opgeleverd worden in GZSS, onder voorwaarde dat ze dan niet meer wordt opgeleverd in FARMA (al worden ook deze records bij voorkeur opgeleverd in FARMA). In ieder geval mogen deze facturaties NOOIT twee keer worden opgeleverd (=één keer in GZSS en één keer in FARMA).

De NewAttest dataleveringen GZSS/FARMA zijn de "bruto" gefactureerde gegevens en mogen niet gebaseerd zijn op modellen die bestemd zijn voor andere instanties (vb Model N voor RIZIV, regionale data, ...).

Explication des types de données

Alphanumérique :	chiffres, lettres et autres caractères
Numérique :	numérique
Numérique signé :	numérique avec un signe (+ ou -) à la première position (la plus à gauche) de la zone. Les positions entre le signe et le chiffre sont remplies avec 0.
Numérique signé, 2 déc :	numérique avec un signe (+ ou -) à la première position (la plus à gauche) de la zone. Les positions entre le signe et le chiffre sont remplies avec 0. Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

Uitleg van het datatype

Alfanumeriek:	cijfers, letters en andere tekens
Numeriek:	numeriek
Numeriek getekend:	numeriek met een teken (+ of -) op de eerste (de meeste linkse) positie van de zone. De posities tussen het teken en het getal worden met 0 ingevuld.
Numeriek getekend, 2 dec:	numeriek met een teken (+ of -) op de eerste (de meeste linkse) positie van de zone. De posities tussen het teken en het reële bedrag worden met 0 ingevuld. De twee laatste (de meeste rechtse) posities bevatten altijd decimalen.

2. Layout détaillé des données soins de santé - gedetailleerde lay-out van de gezondheidszorg- data

La description détaillée du layout des données soins de santé est présentée de la manière suivante.

De gedetailleerde beschrijving van de lay-out van de gezondheidszorg-data wordt beschreven als volgt:

Pour chaque zone, un tableau reprendra :

Voor elke zone zal een tabel de volgende elementen bevatten:

- le libellé de la zone / de label van de zone;
- le nom de la zone / de naam van de zone;
- le type de donnée (numérique ou alphanumérique) / het type van data (numeriek of alfanumeriek);
- le nombre de positions / het aantal posities;
- la première position de la zone dans le lay-out / de eerste positie van de zone in de lay-out;
- la dernière position de la zone dans le lay-out / de laatste positie van de zone in de lay-out;
- la description de la zone / de omschrijving van de zone;
- la codification de la zone / de codering van de zone;
- la référence de la zone / de referentie van de zone.

de la manière suivante/op de volgende manier:

Libellé de la zone Label van de zone		Nom de la zone Naam van de zone	
Type de données Type data	Nombre de positions Aantal posities	Première position Eerste positie	Dernière position Laatste positie
Description de la zone – Omschrijving van de zone			
Codification – Codering			
Référence INAMI (Instructions aux établissements hospitaliers, aux laboratoires de biologie clinique agréés, aux praticiens de l'art infirmier et à tous les autres établissements et dispensateurs qui recourent aux système de délivrance des fichiers de facturation et aux organismes assureurs) : http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/information-tous/Pages/facturation-electronique.aspx#.WUy7_et96pp Referentie RIZIV (Instructies aan de verplegingsinrichtingen, aan de erkende laboratoria voor klinische biologie, aan de verpleegkundigen en alle andere inrichtingen of verstrekkers die gebruik maken van het systeem van aflevering van facturatiebestanden en aan de verzekeringsinstellingen) : http://www.inami.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/Paginas/instructies.aspx#.WUy8D-t96po			

Identification envoi Identificatie zending		SS00001	
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 7	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 1	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 7
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Identification envoi Numéro de l'envoi Identificatie zending Nummer van de zending			
<u>Codification - Codering:</u> Identification envoi XAAAATN où X AAAA NN n° de l'OA Pour les facturations GEES (=Soins de santé, livrées par le CIN), indiquez obligatoirement la valeur "7". année n° de suite des livraisons dans l'année Identificatie zending XJJJJTN met X JJJJ NN nummer VI Voor de GEES-facturaties (=Geestelijke Gezondheidszorg, aanlevering door NIC) dient de waarde "7" gebruikt te worden. jaar volgnummer van de leveringen binnen het jaar			
<u>Remarques - Opmerkingen:</u> Pour les analystes, le n° de l'OA est = 0. Voor de analisten is het nummer van de VI = 0.			

Identification demande Identificatie aanvraag		SS00005	
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 6	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 8	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 13
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Identification demande Numéro de l'extraction demandée par l'Agence Intermutualiste Identificatie aanvraag Nummer van de gevraagde extractie door het Intermutualistisch Agentschap			
<u>Codification - Codering:</u> Identification demande PPPSS où PPPP SS le n° du projet attribué par l'IMA un n° de suite par fichier livré pour ce projet Identificatie aanvraag PPPSS met PPPP SS het nummer van het project toegekend door IMA een volgnummer, per geleverd bestand, voor dit project			

Identification bénéficiaire Identificatie rechthebbende			SS00010
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 15	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 14	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 28
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Identification bénéficiaire Chaque bénéficiaire est identifié par un numéro unique. Identificatie rechthebbende Elke rechthebbende wordt geïdentificeerd door een uniek nummer.			
<u>Codification - Codering:</u> Identification bénéficiaire C1 sur base du n° de Registre National du bénéficiaire et de la table de conversion dont disposent les OA. 999999999999991 : on ne trouve pas le n° de Registre National dans la table. 999999999999992 : on ne connaît pas le n° de Registre National. 999999999999993 : Conventions internationales : on ne trouve pas le n° de Registre National dans la table ou on ne le connaît pas. Identificatie rechthebbende C1 op basis van n° van het Rijksregister van de rechthebbende en de conversietabel waarover de VI's beschikken. 999999999999991: n° van het Rijksregister niet teruggevonden in de tabel. 999999999999992: n° van het Rijksregister onbekend. 999999999999993: Internationale Conventies: n° van het Rijksregister niet teruggevonden in de tabel of onbekend.			
<u>Remarques - Opmerkingen:</u> Identification bénéficiaire Après la livraison des données à une 'Trusted Third Party' (TTP), il y aura une deuxième codification de cette zone. Cette deuxième codification est effectuée par la BCSS (à partir d'avril 2009). La nouvelle codification est C2, C3, C4, ... en fonction du projet : par défaut, la codification finale est C2. C'est seulement après ces 2 codifications que les analystes auront accès aux données. Cette zone			

est alors alphanumérique et a 32 positions. Les enregistrements concernant des bénéficiaires non identifiés ne sont pas repris dans les données destinées aux analystes.

Identificatie rechthebbende

Na de levering van de data aan een 'Trusted Third Party' (TTP) gebeurt er een tweede codering van deze zone. Deze tweede codering gebeurt vanaf april 2009 door de KSZ. De nieuwe codering wordt aangeduid als C2, C3, C4 ... in functie van het project: per default is de laatste codificatie C2. Het is pas na de 2 coderingen dat de analisten toegang krijgen tot de data. Deze zone is dan Alfanumeriek en bevat 32 posities. De records m.b.t. niet-geïdentificeerde rechthebbenden worden niet opgenomen in de data bestemd voor de analisten.

Date de début de prestation Begindatum verstrekking		SS00015	
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 8	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 29	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 36

Description de la zone – Omschrijving van de zone:

Date de début de prestation
 Date du premier jour (pouvant être) facturé pour les journées d’entretien.

 Date de début de la période de délivrance ou date de délivrance pour les produits pharmaceutiques.

 Date à laquelle la prestation a été effectuée ou date à laquelle une série de prestations a débuté ou date de réception de la prescription ou date de début de période.

Begindatum verstrekking
 Datum eerste gefactureerde dag (die mag gefactureerd worden) in geval van verpleegdagen.

 Begindatum van de toedieningsperiode of datum van de toediening van de farmaceutische producten.

 Datum waarop de verstrekking is verricht of datum waarop een reeks verstrekkingen is aangevangen of datum van ontvangst van het voorschrift of begindatum van de periode.

Codification - Codering:

Date de début de prestation
AAAAMMJJ où

AAAA Année
MM Mois
JJ Jour

Begindatum verstrekking
AAAAMMJJ met

AAAA Jaar
MM Maand
JJ Dag

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 30, 40 ou/of 50 ZONE 5

Remarques - Opmerkingen:

Pour les analystes :

Après livraison de cette donnée le format SAS DDMMYYN8 est appliqué

Voor de analisten:

Na de aanlevering van de data, wordt het SAS-formaat van deze zone gewijzigd naar DDMMYYN8.

Code nomenclature Nomenclatuurcode			SS00020
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 7	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 37	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 43
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Code nomenclature Numéro du code nomenclature permettant d'effectuer la comptabilité comme décrit dans les instructions comptables et statistiques concernant les prestations de santé INAMI. Nomenclatuurcode Nummer van de nomenclatuurcode waardoor de boekhouding uitgevoerd kan worden, zoals beschreven in de boekhoudkundige en statistieke onderrichtingen van de gezondheidsverstrekingen van het RIZIV.			
<u>Codification - Codering:</u> Code nomenclature Voir nomenclature des prestations de santé. Nomenclatuurcode Zie nomenclatuur van de gezondheidsverstrekingen.			
<u>Remarques - Opmerkingen:</u> Code nomenclature A partir du trimestre comptable 2015Q1 les enregistrements avec pseudocodes 753550, 753572, 753594, 753616 (= codes honoraire pharmacien), sont ajoutés dans les tables Soins de santé. Ces enregistrements reprennent dans la zone SS00060 le remboursement de l'honoraire (= remboursement AMI2) pour les produits délivrés en officine publique. <u>Implications pour les analystes:</u> Le montant de remboursement de l'honoraire est aussi renseigné dans la zone ss000195 de l'enregistrement relatif au produit délivré dans Pharmanet. Attention donc de ne pas comptabiliser 2 fois le produit délivré en officine publique en combinant les informations provenant des 2 tables de dépenses Soins de santé et Pharmanet. Si vous n'êtes explicitement pas intéressés par ces 4 codes honoraires pharmacien, il est conseillé de les exclure de vos analyses. (Voir annexe 1 pour un exemple)			

- A partir de l'année de prestation 2018, les données soins de santé contiennent **tous les pseudocodes** spécifiques maximum à facturer relatifs à la **facturation à 100%** (codes : voir annexe 3 - tableau 2), en ce **y compris la facturation à 100% Pharmanet**. Dans ce cas, nous aurons donc 1 record en Pharmanet contenant la prestation elle-même + 1 record correspondant en soins de santé indiquant la facturation à 100% (voir Annexe 2).
- Les codes nomenclatures "767524 à 767583" et "768526 à 768902" ne sont pas repris dans la base de données Soins de Santé. Il s'agit des douzièmes régionaux et ne contiennent donc aucune donnée individuelle.

Pour les analystes:

Le code nomenclature (SS00020) est le code comptable repris dans les Modèles N (INAMI). Le code est basé sur le code facturé (SS00150). Dans la plupart des cas, ces 2 codes sont identiques. Dans certains cas, le code SS00020 est transformé.

Avant de procéder à l'analyse, il faudra penser à regarder si la sélection sur la zone SS0020 ne doit pas être élargie à une sélection supplémentaire sur la zone ss000150.

Nomenclatuurcode

- Vanaf het boekhoudkwartaal 2015Q1 worden records met de pseudocodes 753550, 753572, 753594, 753616 (i.e. codes honoraria farmacie) toegevoegd aan de tabellen Gezondheidszorgen. Deze records bevatten onder de zone SS00060 het terugbetaald honorarium (= ZIV-tegemoetkoming 2) voor de producten verstrekt in de publieke officina.

Implicaties voor de analisten:

Merk op dat het terugbetaald honorarium ook geregistreerd staat op het productrecord in Farmanet, onder de zone SS00195. Let op dus op voor dubbeltellingen van producten verstrekt in de publieke officina bij het combineren van informatie uit de tabellen Gezondheidszorgen en Farmanet. Indien u niet expliciet geïnteresseerd bent in de vier codes honoraria farmacie, is het daarom aangewezen om deze niet mee te nemen in de analyse. (Zie bijlage 1 voor een voorbeeld)

- Vanaf prestatiejaar 2018 bevatten de Gezondheidszorgen **alle pseudocodes** voor de maximumfactuur met betrekking tot de **100%-facturatie** (codes: zie bijlage 3 - tabel 2), **inclusief de facturaties aan 100% in de publieke officina**. In dat geval vinden we dus in Farmanet het record met de prestatie zelf, en vinden we in de Gezondheidszorgen het overeenkomstige MAF 100%-record (zie bijlage 2).
- De nomenclatuurcodes "767524 tot en met 767583" en "768526 tot en met 768902" worden niet opgenomen in de databank gezondheidszorgen. Dit zijn regionale twaalfden en bevatten geen individuele gegevens.

Voor de analisten:

De nomenclatuurcode (SS00020) is een boekhoudkundige code die gebruikt wordt in Model N (RIZIV). De code is gebaseerd op de gefactureerde code (SS00150). In de meeste gevallen stemmen beide codes (SS00020-SS00150) overeen. In een aantal gevallen, wordt code SS00020 gehercodeerd.

Vóór het aanvangen van de analyse, moet bij de selectie op zone SS00020 nagekeken worden of de selectielijst moet uitgebreid worden met specifieke codes van SS00150.

Année - mois comptable doc C Boekhoudjaar / -maand doc C		SS00025	
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 6	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 44	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 49
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Année - mois comptable doc C Année et mois de comptabilisation dans le plan comptable document C et N – INAMI Boekhoudjaar / -maand doc C Jaar en maand van boeking in het boekhoudplan document C en N – RIZIV			
<u>Codification - Codering:</u> Année - mois comptable doc C AAAAMM où AAAA année comptable MM mois comptable : 01 --> 12 Boekhoudjaar / -maand doc C JJJJMM met JJJJ boekhoudjaar MM boekhoudmaand : 01 --> 12			
<u>Remarques - Opmerkingen:</u> Année - mois comptable doc C Après la livraison des données à une 'Trusted Third Party' (TTP), cette zone sera séparée en 2 zones distinctes : SS00025A : année comptable document C (positions 1 à 4) SS00025B : mois comptable document C (positions 5 à 6) <u>Attention :</u> Le mois comptable peut être antérieur à la date de prestation pour certains codes nomenclatures (entre autres : 109616, 409614, 509611). Boekhoudjaar / -maand doc C Na de levering van de data aan een 'Trusted Third Party' (TTP) wordt de zone opgesplitst in 2 aparte zones :			

SS00025A : boekhoudjaar document C (posities 1 tot 4)

SS00025B : boekhoudmaand document C (posities 5 tot 6)

Opgelet :

De boekhoudmaand kan voor sommige nomenclatuurcodes (o.a. : 109616, 409614, 509611) vroeger liggen dan de prestatiedatum.

Compétence Bevoegdheid			SS00030
<u>Type de donnée :</u> Alphanumérique <u>Type data:</u> Alfanumeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 1	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 50	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 50
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Compétence Entité ou autorité fédérale/fédérée compétente pour laquelle la dépense est introduite Bevoegdheid De deelstaat (gewest, ...) of federale overheid die bevoegd is voor de ingebrachte uitgaven.			
<u>Codification - Codering:</u> Compétence 1 Région Wallonne (hors Communauté Germanophone) 2 Communauté Flamande 3 Communauté Germanophone 4 Bruxelles Cocom 5 Bruxelles Cocof 6 Bruxelles Cocon (aucune institution rattachée à la Cocon, pas de code 6 dans les docs N de décembre 2017) 7 Communauté française (Région Wallonne + Cocof) 8 Lieu de résidence inconnu / adresse à l'étranger 9 Fédéral 0 VSB Bevoegdheid 1 Waals Gewest (excl. Duitstalige Gemeenschap) 2 Vlaamse Gemeenschap 3 Duitstalige Gemeenschap 4 Brussel GGC 5 Brussel Cocof 6 Brussel VGC (geen enkele instelling verbonden aan de VGC, geen code 6 in de documenten N van december 2017) 7 Franstalige Gemeenschap (Waalse Gewest + Cocof) 8 Onbekende woonplaats / adres in het buitenland 9 Federaal 0 VSB			

Remarques - Opmerkingen:

Jusqu'au mois comptable 2018M12, cette zone était toujours = « S ».

Tot en met de boekingsmaand 2018M12 was deze zone altijd = « S ».

Relations entre les zones SS00030-SS00090 / Verhouding tussen de zones SS00030-SS00090

Les liens qu'il est possible d'établir entre les zones SS00030 et SS00090 dépendent du cadre dans lequel les facturations ont été comptabilisées : dans ou en dehors du cadre d'extinction.

Les facturations ayant eu lieu dans le cadre d'extinction ont une compétence régionale ; elles font partie du flux de dépenses fédérales. Ce cadre d'extinction :

- est valable pour les facturations régionales dont la date de prestation est antérieure au 01/01/2019 ;
- est valable pour les facturations régionales 'aides à la mobilité' dont la date de demande est antérieure au 01/01/2019 ;
- a une durée de validité limitée. Actuellement, les facturations sont encore acceptées dans le cadre d'extinction jusqu'à la fin du mois comptable G2023M12. À partir du mois comptable G2024M01, il est possible d'exiger que toutes les facturations régionales soient comptabilisées dans le flux de dépenses régionales.

De toegelaten verhoudingen tussen zones SS00030 en SS00090 zijn afhankelijk van het kader waarin de facturaties geboekt worden: binnen het uitdovingskader of buiten het uitdovingskader.

Facturaties binnen het uitdovingskader zijn facturaties met een regionale bevoegdheid, die opgenomen worden in de federale uitgavenstroom. Dit uitdovingskader:

- geldt voor regionale facturaties met een prestatiedatum vóór 01/01/2019;
- geldt voor regionale facturaties 'mobiliteitshulpmiddelen' met een aanvraagdatum vóór 01/01/2019;
- is beperkt geldig in tijd. Momenteel worden facturaties nog aanvaard in het uitdovingskader tot boekhoudmaand G2024M01. Vanaf deze boekhoudmaand wordt mogelijks geëist dat alle regionale facturaties geboekt worden in de regionale uitgavenstroom.

FACTURATIONS HORS DU CADRE D'EXTINCTION/FACTURATIES BUITEN HET UITDOVINGSKADER

Si SS00090 = Als SS00090 =	Alors SS00030 = Dan SS00030 =
0 (CI/IC,...)	0-1-2-3-4-5-6-7-8(*)-9
1 (DocN INAMI/RIZIV)	8-9
2 (DocN Region)	1-2-3-4-5-6-7-8
3 (VSB)	0-8

(*) La combinaison SS00090=0 – SS00030=8 ne peut se produire que dans les cas de facturation FEDERALE (INAMI).

(*) De combinatie SS00090=0 – SS00030=8 mag enkel voorkomen bij facturaties van de FEDERALE uitgavenstroom (RIZIV).

Si SS00030 = Als SS00030 =	Alors SS00090 = Dan SS00090 =
1-2-3-4-5-6-7 (Region)	0-2

8 (Adresse inconnu / à l'étranger - Adres ongekend / in het buitenland)	0-1-2-3
9 (Fédéral / Federaal)	0-1
0 (VSB)	0-3

FACTURATIONS DANS LE CADRE D'EXTINCTION /FACTURATIES BINNEN HET UITDOVINGSKADER

Si SS00090 =	Alors SS00030 =
Als SS00090 =	Dan SS00030 =
0 (CI/IC,....)	1-2-3-4-5-6-7-8
1 (DocN INAMI/RIZIV)	1-2-3-4-5-6-7-8

Si SS00030 =	Alors SS00090 =
Als SS00030 =	Dan SS00090 =
1-2-3-4-5-6-7 (Region)	0-1
8 (Adresse inconnu / à l'étranger - Adres ongekend / in het buitenland)	0-1

Code comptable doc C Boekhoudcode doc C FILLER			SS00035
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 3	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 51	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 53
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Code comptable doc C Code comptable document C - INAMI tel que décrit dans le plan comptable document C - INAMI. Boekhoudcode doc C Boekhoudcode document C – RIZIV zoals beschreven in het boekhoudplan document C – RIZIV			
<u>Codification - Codering:</u> Code comptable doc C Voir plan comptable document C-INAMI Boekhoudcode doc C Zie boekhoudplan document C – RIZIV			
<u>Remarques - Opmerkingen:</u> Cette zone n'est plus disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1. Deze zone is niet meer beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.			

Suffixe du code comptable doc C Achtervoegsel boekhoudcode doc C FILLER			SS00040
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 1	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 54	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 54
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Suffixe du code comptable doc C A partir de l'exercice 1987, les données sont ventilées selon que la prestation a été effectuée pendant l'exercice en cours ou dans un exercice précédent. Dans la codification comptable, cette première distinction est associée au fait que la prestation est dispensée à un patient ambulatoire ou à un patient hospitalisé. Achtervoegsel boekhoudcode doc C Vanaf het dienstjaar 1987 worden de data geventileerd naargelang de prestatie gebeurde in het lopend dienstjaar of in een vorig dienstjaar. In de boekhoudkundige codering wordt dit eerste onderscheid gelinkt aan het feit of de prestatie verleend wordt aan een ambulante of aan een gehospitaliseerde patiënt.			
<u>Codification - Codering:</u> Suffixe du code comptable doc C 5 prestations d'exercices précédents, patient ambulatoire (AP < AC) 6 prestations d'exercices précédents, patient hospitalisé (AP < AC) 7 prestations d'exercices en cours, patient ambulatoire (AP = AC) 8 prestations d'exercices en cours, patient hospitalisé (AP = AC) 9 codes régularisation (codes doc C = 096, 097, 098 ou 099) 0 autres Où AP : Année de prestation et AC : Année comptable Achtervoegsel boekhoudcode doc C 5 prestaties van voorgaande dienstjaren, ambulante patiënt (PJ < BJ) 6 prestaties van voorgaande dienstjaren, gehospitaliseerde patiënt (PJ < BJ) 7 prestaties van het lopende dienstjaar, ambulante patiënt (PJ = BJ) 8 prestaties van het lopende dienstjaar, gehospitaliseerde patiënt (PJ = BJ) 9 regularisatiecodes (codes doc= C = 096, 097, 098 of 099) 0 andere			

Met

PJ: Prestatiejaar en BJ: Boekhoudjaar

Remarques - Opmerkingen:

Cette zone n'est plus disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1.

Deze zone is niet meer beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.

Code comptable doc N Boekhoudcode doc N			SS00045
<u>Type de donnée :</u> Alphanumérique <u>Type data:</u> Alfanumeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 2	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 55	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 56
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Code comptable doc N Code comptable document N - INAMI tel que décrit dans le plan comptable document N - INAMI. Boekhoudcode doc N Boekhoudkundig code document N – RIZIV zoals beschreven in het boekhoudplan document N – RIZIV.			
<u>Codification - Codering:</u> Code comptable doc N Voir plan comptable document N-INAMI. Boekhoudcode doc N Zie boekhoudplan document N RIZIV.			

Nombre de cas Aantal gevallen			SS00050
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> signe + 5 <u>Aantal posities:</u> teken + 5	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 57	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 62
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Nombre de cas Nombre de fois qu'une prestation a été dispensée ou nombre de fournitures délivrées ou nombre d'unités délivrée ou quantité délivrée ou nombre de fois que le tarif a été porté en compte à la date ou durant la période indiquée. Frais de déplacement dans le cadre de prestations de rééducation : nombre de kilomètres parcourus à l'aller et au retour. Aantal gevallen Aantal keren dat een verstrekking is verleend of aantal leveringen of het aantal afgeleverde eenheden of afgeleverde hoeveelheid of het aantal keer dat het eenheidstarief werd aangerekend op de opgegeven datum of gedurende het opgegeven tijdvak. Voor de reiskosten in geval van revalidatieverstrekingen wordt het aantal kilometers heen en terug vermeld.			
<u>Codification - Codering:</u> Nombre de cas Le signe est le signe du montant de remboursement. En cas de note de crédit, cette zone contient toujours une valeur négative. <i>Pour plus de détail voir les références aux instructions INAMI.</i> Si SS00020=780673 ou 780942 (surcoût en cas de médicament indisponible) et le coût AMI est négatif ou égal à 0 (SS00060<=0), alors SS00050 doit être rempli à l'aide d'une valeur positive, sauf en cas de note de crédit ou de facture corrigée (SS00255 = 3 ou 4). Vous trouverez les détails de facturation de surcoût en annexe 5. Aantal gevallen Het teken is het teken van het bedrag van terugbetaling. In geval van kredietnota bevat deze zone steeds een negatieve waarde.			

Voor meer uitleg: zie referentie RIZIV instructies.

Indien SS00020=780673 of 780942 (meerkost voor een onbeschikbaar geneesmiddel), met een ZIV-kost negatief of gelijk aan 0 (SS00060<=0), dan moet SS00050 ingevuld worden met een positieve waarde, behalve ingeval van creditnota of correctiefactuur (SS00255= 3 of 4). Voor details facturatie meerkost zie bijlage 5.

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 40 ou/of 50 ZONE 22

Remarques - Opmerkingen:

Nombre de cas

Jusque et y compris le mois de facturation décembre 2014, le nombre de prestations de médication en hôpital dans les données Soins de santé n'est pas toujours complété (zone SS00050=0). A partir du mois de facturation janvier 2015, la zone SS00050 est toujours complétée en ce qui concerne la médication en hôpital.

Lors de l'analyse des médicaments en hôpital avant 2015, il est possible de calculer un proxy de la manière suivante :

1. Pour un code CNK (SS00135) et un mois de prestation (SS00015) : calcul du prix unitaire sur base des record avec SS00050 > 0 ET (SS00060 > 0 OU SS00160 > 0 OU SS00165 > 0) :
→ Prix unitaire = (SS00060 + SS00160 + SS00165) / SS00050
2. Application de ce prix unitaire aux records ayant le même code CNK (SS00135) et le même mois de prestation (SS00015) et où SS00050 = 0 ET (SS00060 > 0 OU SS00160 > 0 OU SS00165 > 0) :
→ SS00050_calculé = ROUND ((SS00060 + SS00160 + SS00165) / prix unitaire)

L'information quant aux zones SS00050 (nombre de cas) et SS00055 (nombre de jours) n'est pas toujours enregistrée dans la bonne zone: on retrouve parfois l'information dans la zone SS00050, parfois dans SS00055. Pour vos analyses, tenez compte toujours des 2 zones (càd si une zone est manquante, prenez l'info de l'autre).

Aantal gevallen

Het aantal verstrekkingen van ziekenhuismedicatie in de gegevens gezondheidszorgen is op een deel van de records niet ingevuld t.e.m. boekhoudmaand december 2014 (zone SS00050 = 0).

Vanaf boekhoudmaand januari 2015 is zone SS00050 volledig ingevuld voor de ziekenhuismedicatie. Bij de analyse van ziekenhuismedicatie vóór 2015 kan als volgt een proxy worden berekend:

1. Bereken voor een bepaalde CNK-code (SS00135) en een bepaalde prestatie maand (SS00015) de eenheidsprijs op basis van de medicatierecords waarop SS00050 > 0 EN (SS00060 > 0 OF SS00160 > 0 OF SS00165 > 0):
→ de eenheidsprijs = (SS00060 + SS00160 + SS00165) / SS00050

2. Pas deze eenheidsprijs toe op de records met dezelfde CNK-code (SS00135) en dezelfde prestatie maand én waarbij SS00050 = 0 EN (SS00060 > 0 OF SS00160 > 0 OF SS00165 > 0) om het aantal verstrekkingen te berekenen:
 → $SS00050_calculated = ROUND ((SS00060 + SS00160 + SS00165) / \text{eenheidsprijs})$

De informatie voor de zones SS00050 (aantal gevallen) en SS00055 (aantal dagen) wordt niet altijd in de correcte zone geregistreerd: soms staat de nodige informatie in zone SS00050, soms in SS00055. Tijdens de analyse moeten beide zones steeds op elkaar afgetoetst worden om volledige informatie te bekomen (dwz: indien de info in de ene zone missing is, moet deze opgepikt worden in de andere zone).

Nombre de jours Aantal dagen			SS00055
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data :</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> signe + 5 <u>Aantal posities :</u> teken + 5	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 63	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 68
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Nombre de jours Nombre de journées facturées, de congé ou le nombre de forfaits facturés (en cas de forfait de rééducation). Aantal dagen Aantal gefactureerde dagen, verlofdagen of aantal gefactureerde forfaits (in geval van revalidatie forfait). <u>Codification - Codering :</u> Nombre de jours Le signe est le signe du montant de remboursement. En cas de note de crédit, cette zone contient toujours une valeur négative. Dans le cas de frais de déplacements pour prématurés (0773581) ou de frais de transports pour dialyse et chimiothérapie au départ d'un hôpital psychiatrique (0761946), le nombre de kilomètres doit être mentionné ici. En cas de postcure de rééducation à titre expérimental (codes prestation 0762156 et 0762171; art. 3, § 2 de la Convention Nationale), le nombre d'heures doit être mentionné dans cette zone. Aantal dagen Het teken komt overeen met het teken van het bedrag van terugbetaling. In geval van kredietnota bevat deze zone steeds een negatieve waarde. In geval van vervoerkosten voor te vroeg geboren kinderen (0773581) of vervoerkosten voor dialyse en chimiothérapie vanuit een psychiatrisch ziekenhuis (0761946), moet het aantal kilometers hier vermeld worden. In geval van revalidatienazorg bij wijze van proef (codes verstrekkingen 0762156 en 0762171; art. 3, § 2 van de Nationale Overeenkomst), moet het aantal uren in deze zone vermeld worden.			

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies :

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 30 ZONE 22

Remarques - Opmerkingen :

Nombre de jours

L'information quant aux zones SS00050 (nombre de cas) et SS00055 (nombre de jours) n'est pas toujours enregistrée dans la bonne zone: on retrouve parfois l'information dans la zone SS00050, parfois dans SS00055. Pour vos analyses, tenez compte toujours des 2 zones (càd si une zone est manquante, prenez l'info de l'autre).

Aantal dagen

De informatie voor de zones SS00050 (aantal gevallen) en SS00055 (aantal dagen) wordt niet altijd in de correcte zone geregistreerd: soms staat de nodige informatie in zone SS00050, soms in SS00055. Tijdens de analyse moeten beide zones steeds op elkaar afgetoetst worden om volledige informatie te bekomen (dwz: indien de info in de ene zone missing is, moet deze opgepikt worden in de andere zone).

Montant de remboursement Bedrag terugbetaling			SS00060
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> signe + 11 <u>Aantal posities:</u> teken + 11	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 69	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 80
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Montant de remboursement Montant remboursé par l'organisme assureur (éventuellement corrigé par l'OA). Pour les prestations effectuées à partir du 1/1/2008, la tarification doit être effectuée sur base du CT1. S'il s'agit d'un remboursement forfaitaire de rééducation fonctionnelle, lié à une période déterminée (forfait par semaine, mois, trimestre ou année), le tarif appliqué doit correspondre à une date dans la période de prestation définie. Exception : convention avec les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs ; convention pour l'autogestion du diabète sucré et convention néphrologie pédiatrique. Si la facturation relève de la « réglementation pour détenus », le ticket modérateur est à la charge de l'INAMI et doit faire l'objet d'un enregistrement distinct dans la zone SS00060 (montant AMI). La part personnelle (SS00160) a toujours une valeur nulle. Les règles comptables sont détaillées en annexe 4. Bedrag terugbetaling Terugbetaald bedrag door de verzekeringsinstelling (eventueel verbeterd door de VI). Voor de verstrekkingen uitgevoerd vanaf 1/1/2008, moet de tarificatie op basis van CG1 uitgevoerd worden. Als het over een forfaitaire terugbetaling voor functionele revalidatie, gelinkt aan een bepaalde periode (forfait per week, kwartaal of jaar) gaat, moet het toegepaste tarief met een datum binnen de gedefinieerde prestatieperiode overeenstemmen. Uitzondering : overeenkomst met begeleidende multidisciplinaire equipes voor palliatieve zorgen ; Overeenkomst voor eigen beheer van suikerziekte en overeenkomst voor pediatrische nefrologie. Indien de facturatie onder de "regeling voor gedetineerden" valt, is het remgeld ten laste van het RIZIV en moet dit via een aparte record geboekt worden in zone SS00060 (ZIV-bedrag). Het persoonlijk aandeel (SS00160) is steeds nul. De boekingsregels zijn uitgewerkt in bijlage 4.			

Codification - Codering:

Montant de remboursement

Cette zone reprend le montant remboursé c'est-à-dire le montant pour une prestation multiplié par le nombre de prestations.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche. Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

Dans le cadre d'une délivrance de médicaments remplaçant les « médicaments indisponibles », le surcoût (positif, négatif ou nul) est comptabilisé dans la zone SS00060 à l'aide d'un pseudo-code distinct (780673 ou 780942). Pour plus de détails, voir annexe 5.

Bedrag terugbetaling

Deze zone bevat het terugbetaalde bedrag, m.a.w. het bedrag voor een verstrekking vermenigvuldigd door het aantal verstrekkingen.

Het algebraïsche teken (+ of -) moet altijd vermeld worden in de eerste linkse positie. De twee laatste posities naar rechts bevatten altijd decimalen.

Voor de afleveringen van vervangende geneesmiddelen voor "onbeschikbare geneesmiddelen" wordt de meerkost (positief, negatief of 0) geboekt in zone SS00060 via een aparte pseudo-code (780673 of 780942). Voor meer details: zie bijlage 5."

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 30, 40 ou/of 50 ZONE 19

Remarques - Opmerkingen:

Pour les analystes

Afin de calculer correctement les dépenses (montants AMI et tickets modérateurs), que ce soit avant ou après l'application du MAF, un algorithme spécifique doit être utilisé. Cet algorithme est disponible en annexe 3.

Voor de analisten

Voor de correcte berekening van de uitgaven (ZIV-bedragen en remgelden), hetzij vóór, hetzij ná toepassing van de maf, dient een specifiek algoritme gebruikt te worden. Dit algoritme is beschikbaar in bijlage 3.

Prestataire – qualification Zorgverstreker - bekwaming			SS00065
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 12	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 81	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 92
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Prestataire – qualification Numéro d'identification du dispensateur de soins qui a réellement effectué la prestation. Ce numéro figure sur l'attestation de soins. Lorsque la prestation a été effectuée confraternellement par plusieurs dispensateurs, le numéro de chaque dispensateur doit figurer sur l'attestation, mais un seul dispensateur pris au hasard est indiqué dans cette zone. Ces règles ne sont pas d'application pour les praticiens de l'art infirmier. Exceptionnellement, pour les maisons médicales, le numéro d'agrément de celles-ci est à indiquer dans cette zone lors de la facturation des codes 0102771 et 0102852. Zorgverstreker - bekwaming Identificatienummer van de zorgverstreker die werkelijk de prestatie uitgevoerd heeft. Dit nummer wordt op het getuigschrift voor verstrekte hulp vermeld. Als de verstrekking collegiaal door meerdere verstrekkers uitgevoerd wordt moet het nummer van elke verstreker op het getuigschrift voor verstrekte hulp vermeld worden maar slechts 1 willekeurig gekozen verstreker wordt in deze zone vermeld. Deze regels zijn niet van toepassing voor de experts van verpleegkundige zorgen. Uitzonderlijk, voor de medische huizen, moet het erkenningsnummer van het medisch huis in deze zone vermeld worden bij de facturatie van de codes 0102771 en 0102852.			
<u>Codification - Codering:</u> Prestataire – qualification Ce numéro est structuré comme suit : A B P P P P C C Q Q Q A toujours 0 B code profession (sur 2 positions pour certaines professions) P P P P numéro d'ordre du prestataire (sur 4 positions pour certaines professions) C C chiffres de contrôle Q Q Q qualification			

Zorgverstrekker - bekwaming

Dit nummer wordt als volgt samengesteld :

A B PPPP CC QQQ

A	steeds 0
B	code beroep (voor sommige beroepen op 2 posities)
PPPP	volgnummer verstrekker (voor sommige beroepen op 4 posities)
CC	controlegetal
QQQ	bekwaming

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 50 ZONE 15

ANNEXE 16.1 Structure des numéros d'identification INAMI / BIJLAGE 16.1 structuur van de RIZIV-identificatienummers

Remarques - Opmerkingen:

Prestataire – qualification

Après la livraison des données à une 'Trusted Third Party' (TTP), cette zone sera séparée en 2 zones distinctes :

SS00065A : numéro d'identification du prestataire (positions 1 à 9)

SS00065B : qualification du prestataire (positions 10 à 12)

Pour les analystes

La zone SS00065A sera toujours livrée codée, à moins d'une autorisation explicite du comité de sécurité de l'information. Le format originel est numérique; après codage, il est alphanumérique. Le nombre de positions reste identique.

La profession du prestataire ne peut donc être déduite de la zone codée SS00065A. Si vous avez besoin de l'information, sélectionnez la zone 'PRACTITIONER_CAT' dans le document de sélection.

Zorgverstrekker - bekwaming

Na de levering van de data aan een 'Trusted Third Party' (TTP) wordt de zone opgesplitst in 2 aparte zones :

SS00065A : identificatienummer van de verstrekker (posities 1 tot 9)

SS00065B : bekwaming van de verstrekker (posities 10 tot 12)

Voor de analisten

De zone SS00065A wordt steeds gecodeerd opgeleverd, tenzij er een expliciete toestemming van het informatieveiligheidscomité bekomen wordt. Het originele formaat van deze zone is numeriek, na codering wordt deze zone alfanumeriek. Het aantal posities voor en na codering blijft dezelfde.

Het beroep van de verstrekker is NIET afleidbaar uit de gehercodeerde zone SS00065A. Indien de analist over de beroepscode wenst te beschikken, moet de zone 'PRACTITIONER_CAT' aangevraagd worden.

Prescripteur – qualification Voorschrijver - bekwaming		SS00070	
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 12	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 93	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 104

Description de la zone – Omschrijving van de zone:

Prescripteur – qualification
 Numéro d'identification du dispensateur de soins qui a prescrit la prestation ou le médicament.

Une liste limitative des prestations pour lesquelles un prescripteur doit être rempli, est publiée sur le site de l'INAMI (www.inami.be, rubrique «Dispensateurs de soins» - «Information générale» - «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»).
 Cette liste est actualisée mensuellement.

Voorschrijver - bekwaming
 Identificatienummer van de zorgverstreker die de prestatie of het geneesmiddel heeft voorgeschreven.

Een beperkte lijst van prestaties waarvoor een voorschrijver op de factuur moet vermeld worden, staat op de site van het RIZIV (www.riziv.be, rubriek "Zorgverleners" – "Algemene info" - "Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager"). Deze lijst wordt regelmatig geactualiseerd.

Codification - Codering:

Prescripteur – qualification
 Ce numéro est structuré comme suit :

A B PPPP CC QQQ

A	toujours 0
B	code profession (sur 2 positions pour certaines professions)
PPPP	numéro d'ordre du prestataire (sur 4 positions pour certaines professions)
CC	chiffres de contrôle
QQQ	qualification

S'il s'agit d'un prescripteur étranger, le pseudo-code d'identification suivant doit être utilisé : 01.00000.07.999.

Voorschrijver - bekwaming

Dit nummer wordt als volgt samengesteld :

A B PPPP CC QQQ

A	steeds 0
B	code beroep (voor sommige beroepen op 2 posities)
PPPP	volgnummer verstrekker (voor sommige beroepen op 4 posities)
CC	controlegetal
QQQ	bekwaming

Als het over een buitenlandse voorschrijver gaat, moet de volgende pseudo identificatiecode gebruikt worden: 01.00000.07.999.

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 40 ou/of 50 ZONE 24-25

ANNEXE 16.1 Structure des numéros d'identification INAMI / BIJLAGE 16.1 structuur van de RIZIV-identificatienummers

Remarques - Opmerkingen:

Prescripteur – qualification

Après la livraison des données à une 'Trusted Third Party' (TTP), cette zone sera séparée en 2 zones distinctes :

SS00070A : numéro d'identification du prescripteur (positions 1 à 9)

SS00070B : qualification du prescripteur (positions 10 à 12)

Pour les analystes

La zone SS00070A sera toujours livrée codée, à moins d'une autorisation explicite du comité de sécurité de l'information. Le format originel est numérique; après codage, il est alphanumérique. Le nombre de positions reste identique.

La profession du prescripteur ne peut donc être déduite de la zone codée SS00070A. Si vous avez besoin de l'information, sélectionnez la zone 'PRESCRIBER _CAT' dans le document de sélection.

Voorschrijver - bekwaming

Na de levering van de data aan een 'Trusted Third Party' (TTP) wordt de zone opgesplitst in 2 aparte zones:

SS00070A: identificatienummer van de voorschrijver (posities 1 tot 9)

SS00070B: bekwaming van de voorschrijver (posities 10 tot 12)

Voor de analisten

De zone SS00070A wordt steeds gecodeerd opgeleverd, tenzij er een expliciete toestemming van het informatieveiligheidscomité bekomen wordt. Het originele formaat van deze zone is numeriek, na codering wordt deze zone alfanumeriek. Het aantal posities voor en na codering blijft dezelfde.

Het beroep van de voorschrijver is NIET afleidbaar uit de gehercodeerde zone SS00070A. Indien de

analist over de beroepscode wenst te beschikken, moet de zone 'PRESCRIBER_CAT' aangevraagd worden.

Identification institution Identificatie instelling			SS00075										
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 12	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 105	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 116										
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Identification institution Numéro d'agrément de l'établissement hospitalier ou de rééducation dans lequel le bénéficiaire des prestations est hospitalisé (séjourne). Numéro d'agrément de l'établissement 'hospitalisation d'un jour'. Identificatie instelling Erkenningsnummer van de ziekenhuisinstelling of van het revalidatiecentrum waar de rechthebbende van de prestaties is opgenomen (verblijft). Erkenningsnummer van de instelling 'daghospitalisatie'.													
<u>Codification - Codering:</u> Identification institution Numéro d'identification INAMI de l'établissement du patient hospitalisé. En cas de prestation effectuée dans le cadre d'une convention de rééducation (type de facture = 5 ou 6), il y a lieu de renseigner le numéro d'identification de la convention. S'il s'agit d'un traitement dans une MRS, MRPA, MSP ou IHP (type de facture = 4), le numéro de l'établissement concerné doit être mentionné. Ce numéro est structuré comme suit : A BBB PPP CC QQQ <table> <tr> <td>A</td> <td>toujours 0</td> </tr> <tr> <td>BBB</td> <td>type d'institution</td> </tr> <tr> <td>PPP</td> <td>numéro d'ordre d'institution</td> </tr> <tr> <td>CC</td> <td>chiffres de contrôle</td> </tr> <tr> <td>QQQ</td> <td>qualification</td> </tr> </table>				A	toujours 0	BBB	type d'institution	PPP	numéro d'ordre d'institution	CC	chiffres de contrôle	QQQ	qualification
A	toujours 0												
BBB	type d'institution												
PPP	numéro d'ordre d'institution												
CC	chiffres de contrôle												
QQQ	qualification												

Les précisions suivantes sont d'application dans le cadre des facturations de la **Région wallonne (SS00030=1)** :

- Ce champ peut être complété par des nuls si SS00020 correspond à un pseudo-code « Sevrage tabagique », « Aides à la mobilité » ou à un des 3 pseudo-codes suivants : 191018, 191033, 186004.
- L'institution fictive (0)77777766(000) peut être utilisée uniquement avec le pseudo-code 144424 en zone 6 et ce, pour permettre la comptabilisation des prestations de revalidation réalisées à l'étranger pour des assurés belges

Identificatie instelling

RIZIV Identificatienummer van de instelling van de opgenomen patiënt.

In geval van verstrekking uitgevoerd in het kader van een revalidatieovereenkomst (factuurtype = 5 of 6), moet het identificatienummer van de overeenkomst vermeld worden.

Als het over een therapie in een RVT, ROB, PVT of BW (factuurtype = 4) gaat, moet het nummer van de betrokken instelling vermeld worden.

Dit nummer wordt als volgt samengesteld:

A BBB PPP CC QQQ

A	steeds 0
BBB	type instelling
PPP	volgnummer instelling
CC	controlegetal
QQQ	bekwaming

Voor de facturaties van het **Waalse Gewest (SS00030=1)** gelden volgende specificaties:

- Deze zone mag opgevuld worden met nullen indien SS00020 refereert naar een pseudocode "tabaksontwenning", "mobiliteitshulpmiddelen", of één van de volgende drie pseudo-codes: 191018, 191033, 186004.
- De fictieve code (0)77777766(000) mag enkel gebruikt worden voor facturaties SS00020=144424 voor het boeken van prestaties in het kader van revalidaties in het buitenland voor verzekerde Belgen.

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 30 ou/of 40 ZONE 15

ANNEXE 16.1 Structure des numéros d'identification INAMI / BIJLAGE 16.1 structuur van de RIZIV-identificatienummers.

Remarques - Opmerkingen:

Pour les analystes

Cette zone sera toujours livrée codée, à moins d'une autorisation explicite du comité de sécurité de

l'information. Le format originel est numérique; après codage, il est alphanumérique. Le nombre de positions reste identique.

Le «type d'institution» et la «qualification» NE sont PAS déductible de la zone codée SS00075.

Si vous avez besoin de l'information, sélectionnez respectivement les zones 'INSTITUTION_CAT' et 'INSTITUTION_QUAL' dans le document de sélection

Voor de analisten

Deze zone wordt steeds gecodeerd opgeleverd, tenzij er een expliciete toestemming van het informatieveiligheidscomité bekomen wordt. Het originele formaat van deze zone is numeriek, na codering wordt deze zone alfanumeriek. Het aantal posities voor en na codering blijft dezelfde.

Het "type instelling" en de "bekwaming" zijn NIET afleidbaar uit de gehercodeerde zone SS00075.

Indien men wenst te beschikken over deze informatie, moeten respectievelijk de zones 'INSTITUTION_CAT' (type instelling) en 'INSTITUTION_QUAL' (bekwaming) opgevraagd worden.

Code du service Dienstcode			SS00080
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 3	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 117	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 119
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Code du service Il s'agit du code du service où séjourne le patient à la date mentionnée dans la zone date de début de prestation SS00015 ou le pseudo-code service en cas d'utilisation de la salle de plâtre, de mini- ou maxi-forfait, dialyse rénale dans un "hôpital" (patient ambulant), journée forfaitaire psychiatrie, revalidation (interne ou externe), forfait A, B, C, D (*), forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3 ou autres prestations ambulatoires. Dienstcode Het gaat over de code van de dienst waar de patiënt verblijft op de vermelde datum in de zone begindatum van de prestatie SS00015 of de pseudo-dienstcode in geval van gebruik van de gipskamer, van mini- of maxi-forfait, nierdialyse in een 'ziekenhuis' (ambulant patiënt), dagforfait in psychiatrie, revalidatie (interne of externe), forfait A, B, C, D (*), forfait groep 1, 2, 3, 4, 5, 6 of 7, forfait chronische pijn 1, 2 of 3 of andere ambulante verstrekkingen.			
<u>Codification - Codering:</u> Code du service Remarque : Pour les soins infirmiers et les maisons de repos ou de soins psychiatriques, comme pour toutes les autres prestations ambulatoires, le code service 990 doit être utilisé. Pour plus de détail voir les références aux instructions INAMI. Dienstcode Opmerking: Voor verpleegkundige zorgen, de rusthuizen of psychiatrische zorgen, zoals voor al de andere ambulante verstrekkingen, moet de dienstcode 990 gebruikt worden. Voor meer uitleg: zie referentie RIZIV instructies.			
<u>Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:</u> ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 30 ou/of 50 ZONE 13			

Lieu de prestation Plaats van verstrekking			SS00085																				
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 12	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 120	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 131																				
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Lieu de prestation Lieu où la prestation a réellement été effectuée. Plaats van verstrekking Plaats waar de prestatie werkelijk uitgevoerd werd.																							
<u>Codification - Codering:</u> Lieu de prestation Ce numéro est structuré comme suit : A BBB PPP CC QQQ <table style="margin-left: 20px;"> <tr><td>A</td><td>toujours 0</td></tr> <tr><td>BBB</td><td>type d'institution</td></tr> <tr><td>PPP</td><td>numéro d'ordre d'institution</td></tr> <tr><td>CC</td><td>chiffres de contrôle</td></tr> <tr><td>QQQ</td><td>qualification</td></tr> </table> Plaats van verstrekking Dit nummer wordt als volgt samengesteld: A BBB PPP CC QQQ <table style="margin-left: 20px;"> <tr><td>A</td><td>steeds 0</td></tr> <tr><td>BBB</td><td>type instelling</td></tr> <tr><td>PPP</td><td>volgnummer instelling</td></tr> <tr><td>CC</td><td>controlegetal</td></tr> <tr><td>QQQ</td><td>bekwaming</td></tr> </table>				A	toujours 0	BBB	type d'institution	PPP	numéro d'ordre d'institution	CC	chiffres de contrôle	QQQ	qualification	A	steeds 0	BBB	type instelling	PPP	volgnummer instelling	CC	controlegetal	QQQ	bekwaming
A	toujours 0																						
BBB	type d'institution																						
PPP	numéro d'ordre d'institution																						
CC	chiffres de contrôle																						
QQQ	qualification																						
A	steeds 0																						
BBB	type instelling																						
PPP	volgnummer instelling																						
CC	controlegetal																						
QQQ	bekwaming																						
<u>Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:</u> ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE , 40 ou/of 50 ZONE 14 ANNEXE 16.1 Structure des numéros d'identification INAMI / BIJLAGE 16.1 structuur van de RIZIV-identificatienummers																							

Remarques - Opmerkingen:

Pour les analystes

Cette zone sera toujours livrée codée, à moins d'une autorisation explicite du comité de sécurité de l'information. Le format originel est numérique; après codage, il est alphanumérique. Le nombre de positions reste identique.

Le «type d'institution» et la «qualification» NE sont PAS déductible de la zone codée SS00085.

Si vous avez besoin de l'information, sélectionnez respectivement les zones
'INSTITUTION_SITE_CAT' et 'INSTITUTION_SITE_QUAL' dans le document de sélection

Voor de analisten

Deze zone wordt steeds gecodeerd opgeleverd, tenzij er een expliciete toestemming van het informatieveiligheidscomité bekomen wordt. Het originele formaat van deze zone is numeriek, na codering wordt deze zone alfanumeriek. Het aantal posities voor en na codering blijft dezelfde.

Het "type instelling" en de "bekwaming" zijn NIET afleidbaar uit de gehercodeerde zone SS00085.

Indien men wenst te beschikken over deze informatie, moeten respectievelijk de zones
'INSTITUTION_SITE_CAT' (type instelling) en 'INSTITUTION_SITE_QUAL' (bekwaming) opgevraagd worden.

Opérateur de dépense Operator uitgaven			SS00090
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 1	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 132	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 132
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Opérateur de dépense Opérateur auquel la dépense est attribuée. Operator uitgaven Operator waaraan de uitgaven toegekend worden.			
<u>Codification - Codering:</u> Opérateur de dépense 1 : DOCN INAMI 2 : DOCN des entités fédérées (Régions ...) 3 : VSB (=Vlaamse Sociale Bescherming) 0 : Autres (ex : Conventions internationales ...) Les conventions internationales (CI) VSB (SS00030=0) doivent être comptabilisées sous SS00090=0. Operator uitgaven 1: DOCN RIZIV 2: DOCN van de deelstaten (Gewesten ...) 3: VSB (=Vlaamse Sociale Bescherming) 0: Andere (bv. Internationale conventies ...) De internationale conventies (IC's) VSB (SS00030=0) moeten geboekt worden onder SS00090=0.			
<u>Remarques - Opmerkingen:</u> Jusqu'en 2018 (y compris), cette zone reprenait le Régime de dépense : Assurance Obligatoire : 1 - Assurance Libre : 9 - Autres : 0 Tot en met 2018 bevatte deze zone het Stelsel uitgaven Verplichte Verzekering : 1 - Vrije Verzekering : 9 - Andere : 0			

Relations entre les zones SS00030-SS00090 / Verhouding tussen de zones SS00030-SS00090

Relations entre les zones SS00030-SS00090 / Verhouding tussen de zones SS00030-SS00090

Il est possible d'établir un lien entre les zones SS00030 et SS00090 en fonction du cadre dans lequel les facturations ont été comptabilisées : dans ou en dehors du cadre d'extinction.

Les facturations ayant eu lieu dans le cadre d'extinction ont une compétence régionale ; elles font partie du flux de dépenses fédérales. Ce cadre d'extinction :

- est valable pour les facturations régionales dont la date de prestation est antérieure au 01/01/2019 ;
- est valable pour les facturations régionales 'aides à la mobilité' dont la date de demande est antérieure au 01/01/2019 ;
- a une durée de validité limitée. Actuellement, les facturations sont encore acceptées dans le cadre d'extinction jusqu'à la fin du mois comptable G2023M12. À partir du mois comptable G2024M01, il est possible d'exiger que toutes les facturations régionales soient comptabilisées dans le flux de dépenses régionales.

De toegelaten verhoudingen tussen zones SS00030 en SS00090 zijn afhankelijk van het kader waarin de facturaties geboekt worden: binnen het uitdovingskader of buiten het uitdovingskader.

Facturaties binnen het uitdovingskader zijn facturaties met een regionale bevoegdheid, die opgenomen worden in de federale uitgavenstroom. Dit uitdovingskader:

- geldt voor regionale facturaties met een prestatiedatum vóór 01/01/2019;
- geldt voor regionale facturaties 'mobiliteitshulpmiddelen' met een aanvraagdatum vóór 01/01/2019;
- Is beperkt geldig in tijd. Momenteel worden facturaties nog aanvaard in het uitdovingskader tot boekhoudmaand G2024M01. Vanaf deze boekhoudmaand wordt mogelijks geëist dat alle regionale facturaties geboekt worden in de regionale uitgavenstroom.

FACTURATIONS HORS DU CADRE D'EXTINCTION/FACTURATIES BUITEN HET UITDOVINGSKADER

Si SS00090 = Als SS00090 =	Alors SS00030 = Dan SS00030 =
0 (CI/IC,...)	0-1-2-3-4-5-6-7-8(*)-9
1 (DocN INAMI/RIZIV)	8-9
2 (DocN Region)	1-2-3-4-5-6-7-8
3 (VSB)	0-8

(*) La combinaison SS00090=0 – SS00030=8 ne peut se produire que dans les cas de facturation FEDERALE (INAMI).

(*) De combinatie SS00090=0 – SS00030=8 mag enkel voorkomen bij facturaties van de FEDERALE uitgavenstroom (RIZIV).

Si SS00030 = Als SS00030 =	Alors SS00090 = Dan SS00090 =
1-2-3-4-5-6-7 (Region)	0-2
8 (Adresse inconnu / à l'étranger - Adres ongekend / in het buitenland)	0-1-2-3
9 (Fédéral / Federaal)	0-1
0 (VSB)	0-3

FACTURATIONS DANS LE CADRE D'EXTINCTION/FACTURATIES BINNEN HET UITDOVINGSKADER

Si SS00090 = Als SS00090 =	Alors SS00030 = Dan SS00030 =
0 (CI/IC,...)	1-2-3-4-5-6-7-8
1 (DocN INAMI/RIZIV)	1-2-3-4-5-6-7-8

Si SS00030 = Als SS00030 =	Alors SS00090 = Dan SS00090 =
1-2-3-4-5-6-7 (Region)	0-1
8 (Adresse inconnu / à l'étranger - Adres ongekend / in het buitenland)	0-1

Code Titulaire 1 (CT1) Code Gerechtigde (CG1)		SS00095	
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 3	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 133	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 135
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Code Titulaire 1 (CT1) Le code titulaire 1 définit, avec le code titulaire 2, le statut social des assurés. Il est employé pour les situations suivantes : • tous les risques du régime général; • seulement les gros risques du régime des travailleurs indépendants (avant le 1/1/2008); • tous les risques du régime des travailleurs indépendants (à partir du 1/1/2008) ; • les conventions internationales (identification du type de remboursement auquel l'assuré peut prétendre). Le code se trouve, entre autres, sur la carte d'identité sociale (carte SIS), sur les vignettes et dans le carnet de membre et sur certains documents administratifs utilisés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé. Code Gerechtigde (CG1) De code gerechtigde 1 geeft, met de code gerechtigde 2, het sociaal statuut van de verzekerden weer. Hij wordt gebruikt voor de volgende situaties: • al de risico's van de algemene regeling; • enkel voor de grote risico's van de regeling zelfstandigen (vóór 1/1/2008); • al de risico's van de regeling voor zelfstandigen (vanaf 1/1/2008); • de internationale overeenkomsten (identificatie van het type terugbetaling die de verzekerde aanspraak kan maken). De code staat o.a., op de sociale identiteitskaart (SIS kaart), op de klevers en in het boekje van het lid en op sommige administratieve documenten die in het kader van de verplichte verzekering gezondheidszorgen gebruikt worden.			
<u>Codification - Codering:</u> Code Titulaire 1 (CT1) • Premier chiffre = régime 0 situation indéfinissable ou ne donnant pas lieu à l'ouverture du droit 1 régime général 4 régime des indépendants			

- Deuxième chiffre = catégorie
 - 0 affiliés registre national
 - 1 actifs
 - 2 invalides et handicapés
 - 3 pensionnés
 - 4 veufs, veuves
 - 5 orphelins
 - 6 handicapés (n'est plus valable)
 - 7 communauté religieuse
 - 8 conventions internationales
- Troisième chiffre = taux préférentiel ou non
 - 0 pas de taux préférentiel
 - 1 taux préférentiel

Code Gerechtigde (CG1)

- 1ste cijfer = regeling
 - 0 ondefinieerbare toestanden of geen recht
 - 1 algemene regeling
 - 4 regeling zelfstandigen
- 2de cijfer = categorie
 - 0 aangeslotenen rijksregister
 - 1 actieven
 - 2 invaliden en minder-validen
 - 3 gepensioneerden
 - 4 weduwen en weduwnaars
 - 5 wezen
 - 6 minder-validen (is niet meer geldig)
 - 7 kloostergemeenschappen
 - 8 internationale overeenkomsten
- 3de cijfer = voorkeurregeling of niet
 - 0 geen voorkeurregeling
 - 1 wel voorkeurregeling

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 20 ZONE 27 (positions 5 à 7)

Remarques - Opmerkingen:

Pour les analystes, ce CT1 est celui du membre au moment de la prestation. S'il est nul, prendre celui de la population qui est celui du membre au 30 juin ou au 31 décembre de l'année selon la photo.

Voor de analisten: deze CG1 is deze van het lid op het moment van de prestatie. Indien deze onbekend is, neem je deze uit de populatiedata, hierin staat de CG1 van het lid op 30 juni of 31 december, afhankelijk van de foto.

Code Titulaire 2 (CT2) Code Gerechtigde 2 (CG2)			SS00100
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 3	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 136	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 138

Description de la zone – Omschrijving van de zone:

Code Titulaire 2 (CT2)

Le code titulaire 2 définit, avec le code titulaire 1, le statut social des assurés. Il est employé pour les situations suivantes :

- les petits risques de l'assurance libre (avant le 1/1/2008);
- les petits risques des travailleurs indépendants ayant droit au remboursement des petits risques par l'assurance obligatoire (avant le 1/1/2008);
- les petits risques des cas de double appartenance avec le régime des travailleurs indépendants (avant le 1/1/2008);
- les conventions internationales : identification du type de convention.

Le code se trouve, entre autres, sur la carte d'identité sociale, sur les vignettes et dans le carnet de membre et sur certains documents administratifs utilisés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé.

Code Gerechtigde 2 (CG2)

De code gerechtigde 2 geeft, met de code gerechtigde 1, het sociaal statuut van de verzekerden weer. Hij wordt gebruikt voor de volgende situaties:

- de kleine risico's van de vrije verzekering (vóór 1/1/2008);
- de kleine risico's voor de zelfstandigen die recht aan de terugbetaling van de kleine risico's door de verplichte verzekering heeft (vóór 1/1/2008);
- de kleine risico's voor gevallen van dubbele aansluiting met de regeling van zelfstandigen (vóór 1/1/2008);
- de internationale overeenkomsten : identificatie van type van overeenkomst.

De code is, o.a., op de sociale identiteitskaart, op de klevers en in het boekje van het lid en op sommige administratieve documenten die gebruikt worden in het kader van de verplichte verzekering gezondheidszorgen.

Codification - Codering:

Code Titulaire 2 (CT2)

- Pour l'assurance libre (jusqu'au 31/12/2007) :
 - 000 pas d'assurance libre
 - 900 assurance libre à 75% sans taux préférentiel
 - 901 assurance libre à 100% avec taux préférentiel

- Pour l'assurance obligatoire :
 - régime général : CT1 = CT2
 - régime des indépendants :
 - 460 handicapés 75% sans taux préférentiel
 - 461 handicapés 100% avec taux préférentiel

Pour les prestations effectuées à partir du 1/1/2008 la différence entre le régime général et le régime des travailleurs indépendants n'est plus pertinente pour la tarification.

- Conventions Internationales :
 - Identification du type de convention
 - Premier chiffre = varie selon le règlement financier décidé entre la Belgique et le pays émetteur du formulaire
 - 3 formulaires dont les soins font l'objet d'un remboursement par l'étranger (frais réels ou forfaits)
 - 6 formulaires dont les soins ne font pas l'objet d'un remboursement par l'étranger (car renonciation)
 - 7 situations particulières dont les soins font l'objet d'un remboursement par l'étranger (frais réels ou forfaits)
 - 8 situations particulières dont les soins ne font l'objet d'un remboursement par l'étranger
 - Deuxième et troisième chiffre = détermine la situation dans laquelle se trouve un client assuré à l'étranger. les valeurs des principales situations rencontrées :
 - 01 travailleur frontalier (E106, BL1,...)
 - 05 travailleur (E106,...)
 - 06 travailleur (AT) – (E123,...)
 - 07 séjour temporaire (CEAM, attestation de remplacement,...)
 - 10 transfert de résidence du travailleur en incapacité de travail primaire (E112,...)
 - 12 autorisation de se faire soigner (E112,...)
 - 16 demandeur de pension (E120,...)
 - 17 pensionné (E121,...)
 - 18 membres de famille de pensionné (E121,...)
 - 19 membres de famille de travailleur (E109,...)
- Pour les facturations GEES (Soins de santé mentale, livrées par le CIN):
 - 222 Information non disponible

Code Gerechtigde 2 (CG2)

- Voor de vrije verzekering (tot 31/12/2007)
 - 000 geen vrije verzekering
 - 900 verzekering aan 75% zonder voorkeurregeling
 - 901 vrije verzekering aan 100% met voorkeurregeling

- Voor de verplichte verzekering
Algemene regeling: CG1 = CG2
Regeling zelfstandigen:
 - 460 mindervaliden 75% zonder voorkeurregeling
 - 461 mindervaliden 100% met voorkeurregeling

Voor de prestaties vanaf 01/01/2008 is het verschil tussen de algemene regeling en de regeling zelfstandigen niet meer relevant voor de tarificatie.
- Internationale overeenkomsten:

Identificatie van het type overeenkomst

 - 1ste cijfer = varieert volgens de financiële regeling afgesproken tussen België en het land dat het formulier heeft uitgereikt
 - 3 formulieren waarbij de zorgen het onderwerp uitmaken van een terugbetaling door het buitenland (werkelijke kosten of forfaits)
 - 6 formulieren waarbij de zorgen niet het onderwerp uitmaken van een terugbetaling door het buitenland (want verzaking)
 - 7 bijzondere situaties waarbij de zorgen het onderwerp uitmaken van een terugbetaling door het buitenland (werkelijke kosten of forfaits)
 - 8 bijzondere situaties waarbij de zorgen niet het onderwerp uitmaken van een terugbetaling door het buitenland
 - 2de en 3de cijfer = bepaalt de situatie waarin een klant verzekerd in het buitenland zich bevindt. de waarden van de belangrijkste situaties die zich kunnen voordoen:
 - 01 grensarbeider (E106, BL1 ...)
 - 05 werknemer (E106 ...)
 - 06 werknemer (arbeidsongeval) – (E123 ...)
 - 07 tijdelijk verblijf (EZVK, vervangingsattest ...)
 - 10 woonplaatsoverbrenging van een werknemer in primaire arbeidsongeschiktheid (E112 ...)
 - 12 toelating om zich te laten verzorgen (E112 ...)
 - 16 aanvrager van een pensioen (E120 ...)
 - 17 gepensioneerde (E121 ...)
 - 18 gezinsleden van een gepensioneerde (E121 ...)
 - 19 gezinsleden van een werknemer (E109 ...)
- Voor de GEES-facturaties (Geestelijke gezondheidszorg, aangeleverd door NIC):
 - 222 Informatie niet beschikbaar

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 20 ZONE 27 (positions 8 à 10) (posities 8 tot 10)

Remarques - Opmerkingen:

Pour les analystes, ce CT2 est celui du membre au moment de la prestation. S'il est nul, prendre celui de la population qui est celui du membre au 30 juin ou au 31 décembre de l'année selon la photo.

Voor de analisten: deze CG2 is deze van het lid op het moment van de prestatie. Indien deze onbekend is, neem je deze uit de populatiedata, hierin staat de CG2 van het lid op 30 juni of 31 december, afhankelijk van de foto.

Numéro de tiers Nummer derde		SS00105	
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 12	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 139	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 150
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Numéro de tiers Le numéro du tiers est le numéro de l'établissement ou du dispensateur auquel le paiement doit être effectué ou numéro de l'établissement qui effectue la facturation. S'il s'agit de prestations facturées en tiers-payant via <u>la facturation électronique</u>, cette zone doit être obligatoirement complétée par le numéro d'identification INAMI du tiers-payant. S'il s'agit de prestations avec SS00175= 1 (système tiers-payant) <u>facturées sur papier</u> et que le numéro d'identification INAMI du tiers-payant est connu, alors la zone doit également être complétée avec ce numéro d'identification. S'il s'agit de prestations avec SS00175= 1 (système tiers-payant) et que le numéro d'identification INAMI du tiers-payant <u>n'est pas connu</u>, alors la zone doit être complétée avec le pseudo numéro d'identification 33333356333. Nummer derde Het nummer van de derde is het nummer van de instelling of van de verstrekker waaraan moet betaald worden of het nummer van de instelling die de facturatie uitvoert. Indien het gaat om de derdebetalende via <u>elektronische facturatie</u>, dan moet deze zone verplicht ingevuld worden met het RIZIV-identificatienummer derdebetalende. Indien het gaat om verstrekkingen met SS00175= 1 (Derdebetalersregeling) <u>gefactureerd op papier</u> en het RIZIV-identificatienummer derdebetalende is gekend, dan moet de zone eveneens ingevuld worden met dit identificatienummer. Indien het gaat om verstrekkingen met SS00175= 1 (Derdebetalersregeling) <u>gefactureerd op papier</u> en het RIZIV-identificatienummer derdebetalende <u>is niet gekend</u>, dan moet de zone worden ingevuld met het pseudo-identificatienummer 33333356333.			

Codification - Codering:

Numéro de tiers

Tiers payant = identification de l'institution qui a effectué la facturation.

Ce numéro est structuré comme suit :

A BBB PPP CC QQQ

A	toujours 0
BBB	type d'institution
PPP	numéro d'ordre d'institution
CC	chiffres de contrôle
QQQ	qualification

Nummer derde

Derde betaler = identificatie van de instelling die de facturatie uitgevoerd heeft.

Dit nummer wordt als volgt samengesteld :

A BBB PPP CC QQQ

A	steeds 0
BBB	type instelling
PPP	volgnummer instelling
CC	controlegetal
QQQ	bekwaming

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 10 ou/of 20 ZONE 14

ANNEXE 16.1 Structure des numéros d'identification INAMI / BIJLAGE 16.1

structuur van de RIZIV-identificatienummers

Document P/Zone 17

Remarques - Opmerkingen:

Numéro de tiers

Relations entre les zones SS00175 – SS00105 – SS00260

Si SS00175	Alors SS00105	Alors SS00260
0		3-6
1	Obligatoire	4-5

Si SS00260	Alors SS00105	Alors SS00175
3		0
4	Obligatoire	1
5	Obligatoire	1
6		0

Après la livraison des données à une 'Trusted Third Party' (TTP), cette zone sera séparée en 2 zones distinctes :

SS00105A : numéro d'identification du tiers (positions 1 à 9)

SS00105B : qualification du tiers (positions 10 à 12)

Pour les analystes

Ces zones seront toujours livrées codées, à moins d'une autorisation explicite du comité de sécurité de l'information. Le format originel est numérique; après codage, il est alphanumérique. Le nombre de positions reste identique.

Nummer derde

Verhouding tussen de zones SS00175 – SS00105 – SS00260

Als SS00175	Dan SS00105	Dan SS00260
0		3-6
1	Verplicht	4-5

Als SS00260	Dan SS00105	Dan SS00175
3		0
4	Verplicht	1
5	Verplicht	1
6		0

Na de levering van de data aan een 'Trusted Third Party' (TTP) wordt de zone opgesplitst in 2 aparte zones:

SS00105A: identificatienummer van de derde (posities 1 tot 9)

SS00105B: bekwaming van de derde (posities 10 tot 12)

Voor de analisten:

Deze zones worden steeds gecodeerd opgeleverd, tenzij er een expliciete toestemming van het informatieveiligheidscomité bekomen wordt. Het originele formaat van deze zone is numeriek, na codering wordt deze zone alfanumeriek. Het aantal posities voor en na codering blijft dezelfde.

Date d'admission Datum opname		SS00110	
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 8	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 151	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 158

Description de la zone – Omschrijving van de zone:

Date d'admission
Date qui se trouve sur l'engagement de paiement (721 bis) ou sur la reconnaissance.
En cas de rééducation interne et de séjours dans les MRS, MRPA, MSP ou IHP, il s'agit de la date à laquelle le bénéficiaire est admis dans l'établissement concerné.
En cas de réadmission après interruption, il y a lieu d'indiquer la date de réadmission.

Cette zone est obligatoire lorsqu'il s'agit de dépenses liées à un patient hospitalisé, un séjour dans un centre de rééducation, un séjour dans une MRS, MRPA, MSP ou IHP.

La zone doit être égale à 0 lorsqu'il s'agit des dépenses pour des prestations ambulatoires, salle de plâtre ou forfaits journaliers ambulatoires.

Cette zone reprend la date figurant au dossier administratif.

Datum opname
Datum die op de betalingsovereenkomst (721 bis) of op de erkenning staat.
In geval van interne revalidatie en van verblijven in de RVT's, ROB's, PVT of BW, gaat het over de datum waarop de rechthebbende in de betrokken instelling werd opgenomen.
In geval van heropname na onderbreking moet de datum van heropname vermeld worden.

Deze zone is verplicht als het gaat over uitgaven van een gehospitaliseerde patiënt, een verblijf in een revalidatiecentrum, een verblijf in een RVT, ROB, PVT of BW .

Deze zone moet gelijk zijn aan 0 als het gaat over uitgaven voor ambulante verstrekkingen, gipskamer of ambulante dagforfaits.

Deze zone bevat de datum die op het administratief dossier vermeld wordt.

Codification - Codering:

Date d'admission

AAAAMMJJ où

AAAA année

MM mois

JJ jour

ou 00000000

Datum opname

JJJJMMDD met

JJJJ jaar

MM maand

DD dag

of 00000000

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 20 ZONE 5

Remarques - Opmerkingen:

Pour les analystes

Après livraison de cette donnée le format SAS DDMMYYN8 est appliqué.

Voor de analisten

Na de aanlevering van de data, wordt het SAS-formaat van deze zone gewijzigd naar DDMMYYN8

Date de sortie Datum ontslag		SS00115	
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 8	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 159	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 166
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Date de sortie C'est la date se trouvant sur le document de fin d'hospitalisation (727) ou sur la reconnaissance. Cette zone doit être complétée s'il s'agit d'une facture qui clôture un séjour dans un établissement hospitalier, MRS, MRPA, MSP, IHP ou un établissement de rééducation. Cette zone doit être complétée lorsque la "norme journées d'entretien" (ET 30 Z 3) est égale à 2 ou 9 en cas d'admission dans un hôpital. En cas de rééducation interne, la date de sortie ne peut dépasser la période pour laquelle un accord est accepté. En cas d'admission dans un hôpital, la date se trouve sur le document de fin d'hospitalisation (ex. 727). Si cette date est mentionnée, celle-ci ne peut pas être antérieure à la date d'entrée. La mention de la date de sortie, lorsque le type de facture = 4 ou 5, n'est obligatoire que lorsque la facture se rapporte au forfait de séjour ou au forfait pour les prestations de rééducation ou au forfait dans le cadre des conventions SEP/SLA/Huntington et lorsque la période de séjour est terminée. En cas de prestations effectuées pour des patients hospitalisés qui séjournent ailleurs (type de facture 1), cette zone peut être égale à zéro. Datum ontslag Dit is de datum die op het document van einde hospitalisatie staat (727) of op de erkenning. Deze zone moet ingevuld worden als het over een factuur gaat die het verblijf in een ziekenhuisinstelling, in een RVT, in een ROB, PVT, BW of in een revalidatie-instelling afsluit. Deze zone moet derhalve worden ingevuld als de "norm verpleegdag" (R 30 Z 3) gelijk is aan 2 of 9 ingeval van ziekenhuisopname. In geval van interne revalidatie mag de datum van ontslag uit centrum niet groter zijn dan de einddatum van de periode waarvoor een akkoord werd toegestaan.			

Ingeval van ziekenhuisopname bevindt de datum zich op het document van einde van hospitalisatie (bv. 727).

Deze zone, wanneer ze opgenomen wordt, mag de datum van opneming niet voorafgaan.

Het vermelden van de datum van ontslag, in geval van factuurtype 4 of 5, is enkel verplicht indien de factuur betrekking heeft op het verblijfsforfait of op het forfait voor revalidatieverstrekingen of op het forfait in het kader van de overeenkomsten MS/ALS/Huntington en indien de verblijfsperiode wordt afgesloten. In geval van verstrekingen verricht voor gehospitaliseerde patiënten die elders verblijven (factuurtype 1) mag deze zone opgevuld worden met nullen.

Codification - Codering:

Date de sortie

AAAAMMJJ où

AAAA Année

MM Mois

JJ Jour

ou 00000000

Si cette date est mentionnée, celle-ci ne peut pas être antérieure à la date d'entrée (SS00110).

Datum ontslag

JJJJMMDD met

JJJJ jaar

MM maand

DD dag

of 00000000

Als deze datum vermeld wordt, kan deze datum niet vroeger dan de ingangdatum (SS00110) zijn.

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 20 ZONE 6a-6b

Remarques - Opmerkingen:

Pour les analystes

Après livraison de cette donnée le format SAS DDMMYYN8 est appliqué.

Voor de analisten

Na de aanlevering van de data, wordt het SAS-formaat van deze zone gewijzigd naar DDMMYYN8.

Type de facture Type factuur			SS00120
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 1	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 167	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 167
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Type de facture Ce code fait la distinction entre les différents types de factures établis selon la qualification du patient et selon le genre de traitement. Type factuur Deze code maakt het verschil tussen de verschillende factuurtypes die werden opgemaakt volgens de hoedanigheid van de patiënt en volgens de aard van behandeling. <u>Codification - Codering:</u> Type de facture 1 Facture individuelle hospitalisation ou hôpital chirurgical de jour, salle de plâtre, journée d'entretien forfaitaire, dialyse rénale et journée d'entretien forfaitaire comme prévue dans l'art. 4 de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs pour patients hospitalisés. 3 Facture individuelle pour patients ambulants et autres types que ceux prévus aux codes 4,5,6 et 9. 4 Facture individuelle maisons de repos et de soins, maisons de soins psychiatriques ou maisons de repos pour personnes âgées ou initiatives d'habitations protégées. 5 Revalidation interne. 6 Revalidation externe. 7 Hospitalisation à domicile 9 Facture individuelle hôpital chirurgical de jour, forfait - salle de plâtre, mini- et maxi-forfait, forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3 ou journées d'entretien forfaitaire dialyse rénale pour patients ambulants, journée d'entretien forfaitaire service A dans les hôpitaux psychiatriques ou forfaits postcure de rééducation. Pour plus de détail voir les références aux instructions INAMI.			

Type facture

- 1 Individuelle facture m.b.t. opname of chirurgisch dagziekenhuis, gipskamer, forfaitaire verpleegdag, nierdialyse en forfaitaire verpleegdag als voorzien in het artikel 4 van de nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen voor gehospitaliseerde patiënten.
- 3 Individuelle facture voor ambulante patiënten en andere typen dan die voorzien onder de codes 4,5,6 en 9.
- 4 Individuelle facture rusthuizen, psychiatrische medische huizen of rustoorden of initiatieven van beschermde verblijven.
- 5 Interne revalidatie.
- 6 Externe revalidatie.
- 7 Thuishospitalisatie.
- 9 Individuelle facture chirurgische dagziekenhuis, forfait – gipskamer, mini- en maxi-forfait, forfait groep 1, 2, 3, 4, 5, 6 of 7, forfait chronische pijn 1, 2 of 3 of verpleegdagen nierdialyse voor ambulante patiënten, forfaitaire verpleegdag dienst A in de psychiatrische ziekenhuizen of forfait nazorg van revalidatie.

Voor meer uitleg: zie referentie RIZIV instructies.

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 20 ZONE 10

Date dernière prestation Datum laatste prestatie			SS00125
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 8	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 168	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 175
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Date dernière prestation • Date du dernier jour (pouvant être) facturé pour les codes séjours OU • Date du dernier jour facturé ou date de fin de la période d'administration ou date de fin de délivrance pour les produits pharmaceutiques OU • Date de dernière prestation effectuée ou date à laquelle une série de prestations a pris fin OU • A défaut, date de début de prestation (une date fin doit toujours être mentionnée) Datum laatste prestatie • Datum laatste dag (die kan) gefactureerd worden voor de codes verblijven OF • Datum laatste gefactureerde dag of einddatum van de toedieningsperiode of eind leveringsdatum voor de farmaceutische producten OF • Datum laatste prestatie of datum waarop een reeks prestaties eindigde OF • Bij gebrek, begindatum van de prestatie (een einddatum moet altijd vermeld worden)			
<u>Codification - Coding:</u> Date dernière prestation AAAAMMJJ où AAAA année MM mois JJ jour Pour plus de détail voir les références aux instructions INAMI. Datum laatste prestatie JJJJMMDD met JJJJ jaar MM maand DD dag Voor meer uitleg: zie referentie RIZIV instructies.			

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 30, 40 ou/of 50 ZONE 6a-6b

Remarques - Opmerkingen:

Pour les analystes

Après livraison de cette donnée le format SAS DDMMYYN8 est appliqué.

Voor de analisten:

Na de aanlevering van de data, wordt het SAS-formaat van deze zone gewijzigd naar DDMMYYN8.

Prestation relative Betrekkelijke verstrekking			SS00130
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 7	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 176	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 182
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Prestation relative Il s'agit du numéro de code de la prestation qui justifie et est à l'origine de la facturation du code nomenclature mentionné dans la zone SS00150. Betrekkelijke verstrekking Het gaat over het nummer van de prestatiecode die verantwoordt en aan de oorsprong ligt van de facturatie van de nomenclatuurcode die in de zone SS00150 vermeld wordt.			
<u>Codification - Codering:</u> Prestation relative Une liste limitative des prestations pour lesquelles une prestation relative doit être remplie, est publiée sur le site de l'INAMI (www.inami.be, <u>rubrique «Dispensateurs de soins» - «Information générale» - «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»</u>). Cette liste est actualisée régulièrement. Betrekkelijke verstrekking Een beperkte lijst van prestaties waarvoor een betrekkelijke verstrekking moet ingevuld worden, staat op de site van het RIZIV (www.riziv.be, <u>rubriek "Zorgverleners" – " Algemene info" - "Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager"</u>). Deze lijst wordt regelmatig geactualiseerd.			
<u>Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:</u> ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 30, 40 ou/of 50 ZONE 17 et 18			

Numéro de produit Nummer product		SS00135	
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 7	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 183	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 189
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Numéro de produit Code individuel du produit pharmaceutique. Délivrés à des patients hospitalisés, ou à des patients pour lesquels un forfait pour hospitalisation partielle peut être porté en compte. Nummer product Individuele code van een farmaceutische product. Geleverd aan gehospitaliseerde patiënten of aan patiënten waarvoor een forfait voor deeltijdse opname gefactureerd kan worden.			
<u>Codification - Codering:</u> Numéro de produit Pour plus de détail voir les références aux instructions INAMI. Nummer product Voor meer uitleg: zie referentie RIZIV instructies.			
<u>Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:</u> ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 40 ZONE 40 et 41 La zone est mise à 0000000 pour les enregistrements de type 30 et 50. De zone is op 0000000 gezet voor de records van type 30 en 50.			
<u>Remarques - Opmerkingen:</u> Numéro de produit La zone SS00135 peut contenir aussi bien un code CNK ambulant (comme en Pharmanet) qu'un code CNK hospitalier (commençant par 7). Nummer product De zone SS00135 kan zowel een ambulante CNK-code (zoals in Farmanet) als een ziekenhuis CNK-code (beginnend met een '7') bevatten.			

Norme prestation zone vide Norm verstrekking lege zone		SS00140	
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 1	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 190	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 190
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Norme prestation Ce code (pourcentage) fournit certains renseignements nécessaires à la tarification. Norm verstrekking Deze code (percentage) levert bepaalde inlichtingen die nodig zijn bij de tarificatie.			
<u>Codification - Codering:</u> Norme prestation - Aide opératoire en cas de 1ère intervention chirurgicale ou de prestation interventionnelle principale sous contrôle d'imagerie médicale. Le code de prestation est celui pour lequel l'aide opératoire est portée en compte. - Aide opératoire en cas de 2ème intervention chirurgicale ou d'interventions chirurgicales suivantes. Le code de prestation est celui pour lequel l'aide opératoire est portée en compte. - Honoraire forfaitaire réduit par admission pour l'imagerie médicale, pour la biologie clinique ou pour la permanence (en cas de réadmission du même patient dans le même hôpital dans un délai de 10 jours après une hospitalisation précédente). - Consultations, visites, suppléments d'urgence et indemnité supplémentaire de déplacement sans ticket modérateur dans le cadre de la vaccination contre la grippe AH1N1, où le ticket modérateur est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. - Pour la ou les intervention(s) chirurgicale(s) exécutée(s) au cours d'une même séance opératoire dans les champs nettement distincts de l'intervention principale ou pour des prestations pouvant être comptées à 50 % seulement. - Les matériaux de l'art. 28 et de l'art. 35 de la nomenclature pour lesquels le prix d'achat est inférieur au prix-INAMI, ne sont par conséquent, tarifés qu'au niveau du montant de la facture. Ce n'est pas valable pour les prestations reprises dans l'article 35, § 18, a) - Prestations hors réglementation tiers payant mais qui sont sur le support magnétique pour mémoire et pour lesquelles une facture O.A. par paiement comptant suit.			

- 8 Pour la ou les intervention(s) chirurgicale(s) exécutée(s) au cours d'une même séance opératoire dans le même champ que l'intervention principale et qui ne peu(ven)t pas être attestée(s) car il ne s'agit pas de l'intervention principale.
- 9 Voir les références aux instructions INAMI.
Norme 9, montant = 0 : soins infirmiers.
- 0 Toutes les autres situations ...

Norm verstrekking

- 1 Operatieve hulp bij eerste heelkundige ingreep of van de interventionele hoofdverstrekking onder medische beeldvormingscontrole.
De prestatiecode is deze waarvoor de operatieve hulp aangerekend wordt.
- 2 Operatieve hulp bij tweede of volgende heelkundige ingreep.
De prestatiecode is deze waarvoor de operatieve hulp aangerekend wordt.
- 3 Gereduceerd forfaitair honorarium per opname voor medische beeldvorming, voor klinische biologie of voor permanentie (in geval van een heropname van dezelfde patiënt in hetzelfde ziekenhuis binnen een termijn van 10 dagen na een vorige opname).
- 4 Raadplegingen, bezoeken, bijkomende honoraria voor dringende verstrekkingen en bijkomende verplaatstingsvergoeding in het kader van de vaccinatie tegen de griep AH1N1, waarbij het remgeld ten laste genomen wordt door de verplichte ziekteverzekering.
- 5 Voor de chirurgische interventie of interventies uitgevoerd tijdens eenzelfde zitting in velden, duidelijk onderscheiden van deze waarin de voornaamste ingreep is opgenomen, of voor verstrekkingen die slechts aan 50 % mogen aangerekend worden.
- 6 Materialen uit art. 28 en art. 35 van de nomenclatuur waarvoor de aankoopprijs onder de RIZIV-prijs ligt en derhalve slechts getarifeerd worden ten belope van het factuurbedrag. Dit geldt niet voor de verstrekkingen opgenomen in artikel 35, § 18, a)
- 7 Prestaties die buiten de derdebetalersregeling vallen, maar pro memorie op de magneetband staan en er volgt een factuur VI via contante betaling.
- 8 Voor de chirurgische ingre(e)p(en) uitgevoerd tijdens eenzelfde operatiezitting in dezelfde opereerstreek als de hoofdingreep en die niet geattesteerd kan (kunnen) worden omdat het niet om de hoofdingreep gaat
- 9 Zie referentie RIZIV instructies.
Norm 9, bedrag = 0 : verpleegkundige zorgen.
- 0 Alle andere situaties

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 50 ZONE 3

Remarques - Opmerkingen:

Cette zone est mise à zéro pour les enregistrements de type 30 et 40.

À partir du mois comptable G2025M07, cette zone contient une valeur « missing » dans la base de données.

À partir du mois comptable G2025M07, l'enregistrement de type 50 Zone 3 est enregistré dans la nouvelle zone SS00480 (norme prestation).

Deze zone is op nul gezet voor de records van type 30 en 40.

Deze zone is vanaf boekhoudmaand G2025M07 in de databank opgenomen met een waarde "missing".

De Recordtype 50 zone 3 is vanaf boekhoudmaand G2025M07 opgenomen in de nieuwe zone SS00480 (norm verstrekking).

Nuit, week-end Nacht, weekend			SS00145
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 1	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 191	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 191
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Nuit, week-end Indique que la prestation pour laquelle il y a lieu de percevoir un supplément pour prestation technique urgente, a été effectuée pendant la nuit, le week-end ou durant un jour férié. Dans le cas de prestations de biologie clinique, la mention est facultative. Nacht, weekend Geeft aan dat de prestatie waarvoor een supplement voor dringende technische prestatie noodzakelijk is, uitgevoerd werd tijdens de nacht, in het weekend of op een feestdag. In geval van prestaties m.b.t. klinische biologie is de melding facultatief.			
<u>Codification - Codering:</u> Nuit, week-end 0 Autres 1 Nuit 2 Week-end 3 Jour férié 4 Prestations exécutées entre 0 h et 8 h qui peuvent être prises en considération pour porter en compte les suppléments pour des prestations techniques urgentes. 5 Prestations effectuées par un praticien de l'art infirmier, pour des raisons de convenance personnelle, durant le week-end ou un jour férié. Ces prestations doivent être attestées au tarif de la semaine. Le plafond d'intervention est le plafond de la "semaine" si toutes les prestations effectuées par un praticien de l'art infirmier durant le week-end ou un jour férié l'ont été pour des raisons de convenance personnelle. Dans le cas contraire, il faut prendre en considération le plafond applicable le week-end ou un jour férié. Remarque : en cas d'honoraires forfaitaires par admission, la valeur est toujours égale à zéro.			

Nacht, weekend

- | | |
|---|---|
| 0 | Andere |
| 1 | Nacht |
| 2 | Weekend |
| 3 | Feestdag |
| 4 | Prestaties verricht tussen 0 u en 8 u die in aanmerking komen voor het aanrekenen van de bijkomende honoraria voor dringende technische verstrekkingen. |
| 5 | Verstrekking verricht door een verpleegkundige, om persoonlijke redenen, tijdens het weekeinde of op een feestdag. Deze verstrekkingen moeten worden geattesteerd aan het tarief van de week.

Het plafond van de tegemoetkoming is het "week" plafond in zoverre alle prestaties door een verpleegkundige tijdens het weekeinde of op een feestdag werden verricht om persoonlijke redenen. In het andere geval moet het plafond van het weekeinde of feestdag worden toegepast. |

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

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 50 ZONE 12

Cette zone est mise à 0 pour les enregistrements de type 30 et 40.

Deze zone is op 0 gezet voor de records van type 30 en 40

Code nomenclature facturé Gefactureerde nomenclatuurcode			SS00150
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 7	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 192	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 198
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Code nomenclature facturé Code nomenclature originellement facturé : (pseudo-)code journée d'entretien ou forfait ou (pseudo-)code catégorie du médicament ou (pseudo-)code nomenclature de la prestation fournie de la facture originale. Gefactureerde nomenclatuurcode Nomenclatuurcode die oorspronkelijk gefactureerd werd: (pseudo-)code verpleegdag of forfait of (pseudo-)code categorie van geneesmiddel of (pseudo-)nomenclatuurcode van de geleverde prestatie van de originele factuur.			
<u>Codification - Codering:</u> Code nomenclature facturé Ces numéros de code figurent en général dans la nomenclature des prestations de santé et sont précédés d'un zéro. Le Moniteur belge du 29 septembre 1984 publie l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé. Celle-ci prévoit en particulier, une codification réservée à des bénéficiaires ambulants et une autre à des bénéficiaires hospitalisés. Des pseudo-codes ont été introduits: • pour des dépenses définies dans la nomenclature, mais non codifiées; • pour des dépenses non définies dans la nomenclature, mais dans des accords ou conventions; • etc, ... Pour plus de détail voir les références aux instructions INAMI.			

Gefactureerde nomenclatuurcode

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

Het Belgisch Staatsblad van 29 september 1984 publiceert de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Hierin wordt ondermeer een aparte codering voorzien voor de ambulante rechthebbenden en een andere voor de gehospitaliseerde rechthebbenden.

In deze instructies zal de codering van de geneeskundige verstrekkingen geschieden met 2 codenummers (indien er 2 codenummers voorzien zijn).

Er werden pseudocodenummers ingevoerd :

- voor uitgaven die in de nomenclatuur zijn omschreven maar niet zijn gecodeerd;
- voor uitgaven die niet in de nomenclatuur maar in akkoorden of overeenkomsten zijn omschreven;
- enz...

Voor meer uitleg zie referentie RIZIV instructies.

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 30, 40 ou/of 50 ZONE 4

Date de prescription Datum voorschrift		SS00155	
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 8	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 199	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 206
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Date de prescription Lorsqu'il s'agit d'une prestation qui est effectuée sur prescription, la date de prescription est indiquée dans cette zone. Datum voorschrift Wanneer het een prestatie betreft, uitgevoerd op basis van een voorschrift, dan is de datum van het voorschrift vermeld in deze zone.			
<u>Codification - Codering:</u> Date de prescription AAAAMMJJ où AAAA année MM mois JJ jour ou 00000000 Datum voorschrift JJJJMMDD met JJJJ jaar MM maand DD dag of 00000000			
<u>Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:</u> ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 50 ZONE 20-21			
<u>Remarques - Opmerkingen:</u> Pour les analystes Après livraison de cette donnée le format SAS DDMMYYN8 est appliqué.			

Voor de analisten

Na de aanlevering van de data, wordt het SAS-formaat van deze zone gewijzigd naar DDMMYYN8.

Intervention personnelle Persoonlijke tussenkomst			SS00160
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> signe + 9 <u>Aantal posities:</u> teken + 9	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 207	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 216
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Intervention personnelle Tickets modérateurs (ou quotes-parts personnelles réelles) réglementaires effectivement imputés. Le contenu de cette zone est indispensable dans le cadre du calcul du montant annuel des tickets modérateurs. Lorsque l'intervention personnelle réglementaire n'est que partiellement portée en compte, le montant effectivement porté en compte (peut même être égal à zéro) doit être mentionné dans cette zone. L'intervention personnelle réglementaire (ou la partie effectivement portée en compte) doit également être mentionnée dans cette zone lorsqu'elle est (directement) prise en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée. Si la facturation relève de la « réglementation pour détenus », le ticket modérateur est à la charge de l'INAMI et doit faire l'objet d'un enregistrement distinct dans la zone SS00060 (montant AMI). La part personnelle (SS00160) a toujours une valeur nulle. Les règles comptables sont détaillées en annexe 4. Persoonlijke tussenkomst Wettelijke remgelden (of persoonlijke reële aandelen) reëel toegekend. De inhoud van deze zone is noodzakelijk in het kader van de berekening van het jaarlijkse bedrag van de remgelden. Als de persoonlijke wettelijke tussenkomst enkel gedeeltelijk gefactureerd wordt, moet het gefactureerd bedrag (kan zelf gelijk aan nul zijn) in die zone vermeld worden. De wettelijke persoonlijke tussenkomst (of het deel dat reëel in rekening wordt genomen) moet ook in die zone vermeld worden als ze (rechtstreeks) door de OCMW of door een privéverzekeringsmaatschappij ten laste genomen wordt. Indien de facturatie onder de "regeling voor gedetineerden" valt, is het remgeld ten laste van het RIZIV en moet dit via een aparte record geboekt worden in zone SS00060 (ZIV-bedrag). Het persoonlijk aandeel (SS00160) is steeds nul. De boekingsregels zijn uitgewerkt in bijlage 4.			

Codification - Codering:

Intervention personnelle

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche. Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

Pour plus de détail voir les références aux instructions INAMI.

Si la zone SS00020 = 780673 ou 780942 (surcoût pour médicament indisponible), alors SS00160 = 0.
Pour plus de détails sur la facturation des surcoûts, voir annexe 5.

Persoonlijke tussenkomst

Het algebraïsche teken (+ of -) moet altijd in de eerste linkse positie vermeld worden. De twee eerste rechtste posities bevatten altijd decimalen.

Voor meer uitleg: zie referentie RIZIV instructies

Indien zone SS00020 = 780673 of 780942 (meerkost voor onbeschikbaar geneesmiddel), dan is SS00160 = 0. Voor details facturatie meerkost zie bijlage 5.

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 30, 40 ou/of 50 ZONE 27

Remarques - Opmerkingen:

Pour les analystes

Afin de calculer correctement les dépenses (montants AMI et tickets modérateurs), que ce soit avant ou après l'application du MAF, un algorithme spécifique doit être utilisé. Cet algorithme est disponible en annexe 3.

Voor de analisten

Voor de correcte berekening van de uitgaven (ZIV-bedragen en remgelden), hetzij vóór, hetzij ná toepassing van de maf, dient een specifiek algoritme gebruikt te worden. Dit algoritme is beschikbaar in bijlage 3.

Montant supplément ou montant pour des produits, prestations ou services non-remboursables Bedrag supplement of bedrag voor niet-vergoedbare producten, verstrekkingen of diensten		SS00165	
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> signe + 9 <u>Aantal posities:</u> Teken + 9	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 217	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 226
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Montant supplément ou montant pour des produits, prestations ou services non-remboursables Dans cette zone, sont mentionnés les suppléments - dépassant les interventions personnelles réglementaires ou en surplus des tickets modérateurs réglementaires (voir zone SS00160) - portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée. Bedrag supplement of bedrag voor niet-vergoedbare producten, verstrekkingen of diensten In deze zone zijn de supplementen vermeld – die de persoonlijke wettelijke tussenkomsten overschrijden of bovenop de wettelijke remgelden (zie zone SS00160) – die aan de patiënt gefactureerd worden of (rechtstreeks) door het OCMW of een privé verzekeringsmaatschappij ten laste genomen worden.			
<u>Codification - Codering:</u> Montant supplément ou montant pour des produits, prestations ou services non-remboursables Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche. Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales. Pour plus de détail voir les références aux instructions INAMI. Bedrag supplement of bedrag voor niet-vergoedbare producten, verstrekkingen of diensten Het algebraïsche teken (+ of -) moet altijd in de eerste linkse positie vermeld worden. De twee laatste rechtste posities bevatten altijd decimalen. Voor meer uitleg : zie referentie RIZIV instructies.			
<u>Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:</u> ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 30, 40 ou/of 50 ZONE 30-31			

Code implant Code implant			SS00170
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 16	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 227	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 242
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Code implant Si la zone SS00150 de cet enregistrement est utilisée pour la facturation des implants ou dispositifs médicaux invasifs, pour laquelle l'identification du produit de l'implantation constitue une condition nécessaire pour la tarification, le code d'identification correspondant doit être mentionné dans cette zone. Code implant Als de zone SS00150 van het record gebruikt wordt voor de facturatie van de implantaten of medische invasieve hulpmiddelen waarvoor de identificatie van het product een noodzakelijke voorwaarde voor de tarifiering is, moet de betreffende identificatiecode in deze zone vermeld worden. <u>Codification - Codering:</u> Code implant <u>Jusqu'au 30/06/2014:</u> XXXYYZZZZZC où XXX type d'implant YYY classe du type d'implant ZZZZZ numéro du produit C check digit (modulo 7) <u>À partir de 01/07/2014:</u> XXXYYZZZZZCC met XXX type d'implant YY classe du type d'implant ZZZZZ numéro du produit CC check digit (modulo 97) Dans le cadre des déclarations d'accord, les codes d'identification ont toujours l'ancienne structure avec 1 check-digit calculé selon le modulo 7. A partir du 1/1/2024, les codes d'identification des défibrillateurs cardiaques implantables auront également la nouvelle structure.			

Une liste des (pseudo-)codes nomenclature pour lesquels un code implant doit être mentionné sur le fichier de facturation, est publiée sur le site de l'INAMI (www.inami.be, rubrique «Dispensateurs de soins» - «Information générale» - «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»).

Cette liste est actualisée régulièrement.

Code implant

Tot en met 30/06/2014:

XXXYYZZZZZC met

XXX	type implant
YY	klasse van het type implant
ZZZZZ	productnummer van het implant
C	check digit (modulo 7)

Vanaf 01/07/2014:

XXXYYZZZZZCC met

XXX	type implant
YY	klasse van het type implant
ZZZZZ	productnummer van het implant
CC	check digit (modulo 97)

In het kader van de akkoordverklaringen hebben de identificatiecodes nog steeds de oude structuur met 1 check-digit berekend volgens modulo 7. Vanaf 1 januari 2024 krijgen de identificatiecodes voor implanteerbare hartdefibrillatoren ook de nieuwe structuur

Een lijst van de (pseudo-)nomenclatuurcodes waarvoor er een code implant op het facturatiebestand moet vermeld worden, staat op de site van het RIZIV (www.riziv.be, rubriek "Zorgverleners" – "Algemene info" – "Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager").

Deze lijst wordt regelmatig geactualiseerd.

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 50 ZONE 43

Remarques - Opmerkingen:

Pour les analystes

Cette zone est alphanumérique dans la datawarehouse.

Voor de analisten

Deze zone is alfanumeriek in de datawarehouse.

Système de Tiers-Payant Derdebetalersregeling			SS00175
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 1	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 243	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 243
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Système de Tiers-Payant Pour toutes les prestations remboursées à partir du 1er janvier 1990, il convient de distinguer les prestations remboursées par la voie du tiers payant d'une part, de celles payées directement à l'assuré sous quelque forme que ce soit d'autre part (espèces, assignation postale, ...). L'information relative au mode de paiement est codifiée de la manière suivante : • valeur = 0 pour les prestations remboursées dans le cadre du paiement direct à l'assuré; • valeur = 1 pour les prestations remboursées dans le cadre du tiers payant. Exemple : Pour les prestations facturées via E-Fac, cette zone sera à 1. Derdebetalersregeling Voor alle prestaties, terugbetaald vanaf 1 januari 1990, moet er onderscheid worden gemaakt tussen de verstrekkingen die worden vergoed door middel van het derde betalerssysteem en de verstrekkingen die rechtstreeks aan de verzekerde worden vergoed onder om het even welke vorm (contant geld, postassignatie, ...). De informatie betreffende de betalingswijze wordt op de volgende manier onder code gebracht : • waarde = 0 voor de prestaties vergoed in het kader van de rechtstreekse betaling aan de verzekerde; • waarde = 1 voor de prestaties vergoed in het kader van de derdebetalersregeling. Voorbeeld: Verstrekkingen gefactureerde via E-Fac, zone altijd op 1.			
<u>Codification - Codering:</u> Système de Tiers-Payant 0 Pas de système de Tiers-Payant 1 Système de Tiers-Payant Derdebetalersregeling 0 Geen derdebetalersregeling 1 Derdebetalersregeling			

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

Document P/Zone 6 :

Si Zone 6 Modèle P = 1; alors SS00175 = 0

Si Zone 6 Modèle P = 3; alors SS00175 = 1

Remarques - Opmerkingen:

Système de Tiers-Payant

Relations entre les zones SS00175 – SS00105 – SS00260

Si SS00175	Alors SS00105	Alors SS00260
0		3-6
1	Obligatoire	4-5

Si SS00260	Alors SS00105	Alors SS00175
3		0
4	Obligatoire	1
5	Obligatoire	1
6		0

Derdebetalersregeling

Verhouding tussen de zones SS00175 – SS00105 – SS00260

Als SS00175	Dan SS00105	Dan SS00260
0		3-6
1	Verplicht	4-5

Als SS00260	Dan SS00105	Dan SS00175
3		0
4	Verplicht	1
5	Verplicht	1
6		0

Filler			SS00180
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> signe + 7 <u>Aantal posities:</u> teken + 7	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 244	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 251
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Filler			
<u>Codification - Codering:</u> +0000000			

Numéro de version de l'envoi Versienummer van de levering		SS00185	
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 1	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 252	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 252
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Numéro de version de l'envoi Versienummer van de levering			
<u>Codification - Codering:</u> Numéro de version de l'envoi 1 première version 2 deuxième version 3 deuxième version 4 quatrième version 5 cinquième version 6 sixième version 7 septième version 8 huitième version 9 neuvième version ou suivante Versienummer van de levering 1 eerste versie 2 tweede versie 3 derde versie 4 vierde versie 5 vijfde versie 6 zesde versie 7 zevende versie 8 achtste versie 9 negende of volgende versie			
<u>Remarques - Opmerkingen:</u> Numéro de version de l'envoi Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2019Q1.			

Versienummer van de levering

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2019Q1.

Filler			SS00195
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> signe + 11 <u>Aantal posities:</u> teken + 11	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 253	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 264
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Filler			
<u>Codification - Codering:</u> +000000000000			

Filler		SS00200	
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 4	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 265	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 268
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Filler			
<u>Codification - Codering:</u> 0000			

Flag GPS Flag GPS			SS00205
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 1	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 269	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 269
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Flag GPS Dans cette zone, il est indiqué s'il s'agit ou non d'un « enregistrement à zéro » dans le cadre d'un montant global prospectif (AR portant exécution de la loi relative au financement groupé des activités hospitalières). Flag GPS In deze zone wordt aangegeven of het al dan niet gaat om een "nulrecord" in het kader van een globaal prospectief bedrag (KB tot uitvoering van de wet betreffende de gebundelde financiering van ziekenhuisactiviteiten).			
<u>Codification - Codering:</u> Flag GPS 1 Il s'agit d'un « enregistrement à zéro » dans le cadre d'un montant global prospectif 0 Tous les autres cas Flag GPS 1 Het betreft een "nulrecord" in het kader van een globaal prospectief bedrag 0 Alle andere gevallen			
<u>Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:</u> ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 50 ZONE 54b			

Filler			SS00210
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> signe + 9 <u>Aantal posities:</u> teken + 9	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 270	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 279
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Filler			
<u>Codification - Codering:</u> +000000000			

Filler		Filler	
<u>Type de donnée :</u> Alphanumérique <u>Type data:</u> Alfnumeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 4	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 280	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 283
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Filler			
<u>Codification - Codering:</u> 4 blancs ou 4 zéros / 4 blanco's of 4 nullen			

Date réception facture Ontvangstdatum van de factuur		SS00235	
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 8	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 284	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 291

Description de la zone – Omschrijving van de zone:

Date réception facture
 Ce champs contient la date de réception à l’OA de la pièce contenant la prestation mentionnée.

Ontvangstdatum van de factuur
 Dit veld bevat de ontvangstdatum van het stuk van de vermelde verstrekking bij de VI.

Codification - Codering:

Date réception facture
AAAAMMJJ où
AAAA année
MM mois
JJ jour

Cette zone est obligatoire. Si la date de réception de la facture est inconnue, la zone sera remplie de la manière suivante :

1. Paiement membre : Date de la tarification (= date à laquelle l’OA a tarifé la facture)
2. Tiers payant manuel: Date de la poste (=date du « timbre poste »)
3. Tiers payant électronique : Date de réception du support

Ontvangstdatum van de factuur
JJJJMMDD met
JJJJ jaar
MM maand
DD dag

Dit is een verplichte zone. Indien de ontvangstdatum van de factuur niet gekend is, wordt de zone (naargelang de situatie) ingevuld met volgende informatie:

1. Betaling aan leden: de tarificatiedatum (datum dat de verzekeringsinstelling het factuur tarifieert)
2. Manuele derdebetaler: De postdatum van de factuur (datum van de poststempel)
3. Elektronische derdebetaler: De ontvangstdatum van de elektronische drager

Remarques - Opmerkingen:

Date réception facture

Cette date ne peut pas être vide. Pour les records qui sont générés par l'OA même, la date réception est égale à la date prestation.

Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1.

Pour les analystes

Après livraison de cette donnée le format SAS DDMMYYN8 est appliqué.

Ontvangstdatum van de factuur

Deze datum moet ingevuld zijn. Op records die door de VI zelf worden gegenereerd, is de ontvangstdatum gelijk aan de prestatiedatum.

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.

Voor de analisten

Na de aanlevering van de data, wordt het SAS-formaat van deze zone gewijzigd naar DDMMYYN8.

Numéro d'identification de la pièce comptable Identificatienummer van het boekhoudstuk			SS00240
<u>Type de donnée :</u> Alphanumérique <u>Type data:</u> Alfanumeriek	<u>Nombre de positions :</u> Aantal posities: 69	<u>Première position :</u> Eerste positie: 292	<u>Dernière position :</u> Laatste positie: 360
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Numéro d'identification de la pièce comptable Identificatienummer van het boekhoudstuk			
<u>Codification - Codering:</u> Numéro d'identification de la pièce comptable La constante d'identification appelée anciennement constante de décompte est représentée par 69 caractères. C'est une série de données qui doit rendre possible la recherche des documents. Les derniers caractères non utilisés sont mis à '0' (zéro) ou laissés à blanc. La constante ne peut pas être vide. Identificatienummer van het boekhoudstuk De identificatieconstante, vroeger de aftrekconstante genoemd, bestaat uit 69 karakters. Het is een opeenvolging van gegevens die op het opzoeken van de documenten moet mogelijk maken. De laatste niet-gebruikte karakters worden op '0' (nul) gezet of blanco gelaten. Dit veld mag niet leeg zijn.			
<u>Remarques - Opmerkingen:</u> Numéro d'identification de la pièce comptable Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1. Identificatienummer van het boekhoudstuk Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.			

Numéro BCE KBO nummer		SS00245	
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 10	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 361	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 370
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Numéro BCE Le numéro BCE du tiers qui facture doit être mentionné dans cette zone. KBO nummer In deze zone moet het KBO-nummer vermeld worden van de facturerende derde.			
<u>Codification - Codering:</u> Numéro BCE Cette zone peut (facultatif) être remplie à partir du mois facturé juillet 2014. A partir du mois facturé janvier 2015, le numéro BCE doit obligatoirement être rempli par les hôpitaux, les laboratoires, les praticiens de l'art infirmier et les médecins généralistes. A partir du mois facturé mars 2015, le numéro BCE doit obligatoirement être rempli par les centres de rééducation faisant partie d'un hôpital. A partir du mois facturé juillet 2015, le numéro BCE doit obligatoirement être rempli par tous les tiers qui facturent. Période transitoire : les groupements de dispensateurs en « Association de fait » et les dispensateurs de soins étrangers exerçant des activités en Belgique sans s'établir en Belgique ne disposent pas encore de numéro BCE et doivent provisoirement mentionner le pseudo-numéro BCE fictif 0999.999.922 dans cette zone. A partir du mois facturé février 2021, le pseudo-numéro BCE 0999.999.922 ne peut plus être utilisé. Un véritable numéro BCE doit désormais toujours être rempli dans cette zone. Ce numéro BCE est composé de 10 chiffres et a la structure suivante : ZNNNNNNNCC avec: Z 0 ou 1 NNNNNNN 7 chiffres de 0 à 9 CC check-digit (= 97- reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 8 premiers chiffres du numéro BCE et le diviseur est égal à 97). KBO nummer Deze zone mag (facultatief) ingevuld worden vanaf de gefactureerde maand juli 2014. Vanaf de gefactureerde maand januari 2015 moet het KBO-nummer verplicht ingevuld worden door			

de ziekenhuizen, laboratoria, verpleegkundigen en huisartsen.

Vanaf de gefactureerde maand maart 2015 moet het KBO-nummer ook verplicht ingevuld worden door revalidatiecentra die deel uitmaken van een ziekenhuis.

Vanaf de gefactureerde maand juli 2015 moet het KBO-nummer verplicht ingevuld worden door alle facturerende derden.

Overgangperiode: de groeperingen van zorgverleners in "feitelijke verenigingen" en buitenlandse zorgverleners die activiteiten verrichten in België zonder zich in België te vestigen beschikken nog niet over een KBO-nummer en moeten voorlopig het fictief pseudo-KBO-nummer 0999.999.922 invullen in deze zone.

Vanaf de gefactureerde maand februari 2021 mag het pseudo-KBO-nummer 0999.999.922 niet meer gebruikt worden en moet steeds een werkelijk KBO-nummer ingevuld worden.

Het KBO-nummer is samengesteld uit 10 cijfers en heeft de volgende structuur:

ZNNNNNNNCC met:

Z 0 of 1

NNNNNNN 7 cijfers van 0 tot 9

CC check-digit (= 97 - rest van de deling waarvan het deeltal bestaat uit de eerste 8 cijfers van het KBO-nummer en de deler gelijk is aan 97).

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 10 ZONE 27

Remarques - Opmerkingen:

Numéro BCE

Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1.

Cette zone n'est complétée qu'à partir du mois comptable août 2016.

KBO nummer

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.

Deze zone is pas volledig vanaf boekhoudmaand augustus 2016.

Numéro de compte international International bank account Number			SS00250
<u>Type de donnée :</u> Alphanumérique <u>Type data:</u> Alfanumeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 34	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 371	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 404
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Numéro de compte international Il s'agit de l'IBAN du compte financier auquel le paiement doit être effectué dans le cadre du tiers payant. International bank account Number Het gaat om het IBAN van de financiële rekening waarop de betaling moet verricht worden in het raam van de derdebetalersregeling.			
<u>Codification - Codering:</u> Numéro de compte international La zone "Reference numéro de compte financier" (Enregistrement de type 30/40/50 zone 11) détermine la valeur à indiquer dans la zone SS00250 : Si l'Enregistrement de type 30/40/50 zone 11 = 0 alors SS00250 = ENREGISTREMENT DE TYPE 10 ZONE 36-37-38-39-40-41 (IBAN compte financier A) Si l'Enregistrement de type 30/40/50 zone 11 = 1 alors SS00250 = ENREGISTREMENT DE TYPE 10 ZONE 49-50-51-52 (IBAN compte financier B) Si l'Enregistrement de type 30/40/50 zone 11 = 3 alors SS00250 = ENREGISTREMENT DE TYPE 10 ZONE 45-46-47a (IBAN compte financier C) DÉTAILS ENREGISTREMENT DE TYPE 10 ZONE 36-37-38-39-40-41 (IBAN compte financier A) L'IBAN (International Bank Account Number) comprend au maximum 34 positions alphanumériques. Il se compose d'un code-pays (2 lettres), d'un nombre de contrôle (2 chiffres) et d'un numéro de compte national (complété pour certains pays).			

S'il s'agit d'un compte belge, l'IBAN compte seulement 16 positions. Les 18 dernières positions sont remplies par des blancs. A partir du mois facturé janvier 2011, il est possible d'utiliser un numéro de compte étranger.

L'IBAN doit être rempli sans espaces. En d'autres termes, aucun espace ne doit apparaître entre les chiffres ou les lettres qui composent l'IBAN.

Le format du numéro de compte IBAN est spécifié dans le standard ISO 13616-1 qui correspond au standard ECBS EBS 204.

IBAN check digits control

1. Si l'IBAN se présente sous un format visuel, barrez tous les caractères nonalphanumériques;
2. Déplacez les quatre premiers caractères vers l'extrême droite;
3. Convertissez les lettres en chiffres, A étant égal à 10, B à 11, ... et Z à 35;
4. Le modulo 97 (reste après la division par 97) doit être égal à 1.

Exemple de check digit control pour l'IBAN : BE62 5100 0754 7061

1. BE62510007547061
2. 510007547061 BE62
3. 510007547061111462
4. Le modulo 97 (reste après division par 97) de 510007547061111462 par 97 = 1

Si le paiement doit se faire sur un seul compte financier, l'IBAN de ce compte doit toujours être repris dans cette zone.

Si le paiement se fait sur deux comptes financiers, il y a lieu de mentionner l'IBAN du premier compte dans cette zone; les montants qui doivent y être transférés auront la référence 0 dans la zone 11 de l'enregistrement dans lequel ils figurent.

DÉTAILS ENREGISTREMENT DE TYPE 10 ZONE 49-50-51-52 (IBAN compte financier B)

Il s'agit de l'IBAN de compte financier supplémentaire auquel le paiement doit être effectué dans le cadre du tiers payant.

Si le paiement doit être effectué sur deux comptes financiers, il y a lieu d'introduire l'IBAN du deuxième compte dans cette zone; les montants qui doivent y être transférés auront la référence 1 dans la zone 11 de l'enregistrement où ils figurent.

Cette zone ne peut être utilisée que par l'établissement hospitalier.

Si la zone n'est pas remplie, elle doit être remplie par des blancs.

DÉTAILS ENREGISTREMENT DE TYPE 10 ZONE 45-46-47a (IBAN compte financier C)

Cette zone est réservée (réforme de l'état).

International bank account Number

De zone "Verwijzing Financieel Rekeningnummer" (Recordtype 30/40/50 zone 11) bepaalt welke waarde in zone SS00250 moet ingevuld worden:

Indien Recordtype 30/40/50 zone 11 = 0

dan SS00250= RECORDTYPE 10 ZONE 36-37-38-39-40-41 (IBAN financiële rekening A)

Indien Recordtype 30/40/50 zone 11 = 1

dan SS00250= RECORDTYPE 10 ZONE 49-50-51-52 (IBAN financiële rekening B)

Indien Recordtype 30/40/50 zone 11 = 3

dan SS00250= RECORDTYPE 10 ZONE 45-46-47a (IBAN financiële rekening C)

DETAILS RECORDTYPE 10 ZONE 36-37-38-39-40-41 (IBAN financiële rekening A)

Het IBAN (International Bank Account Number) telt maximum 34 alfanumerieke tekens. Het bestaat uit een landcode (2 letters), een controlegetal (2 cijfers) en een (voor bepaalde landen aangevuld) nationaal rekeningnummer.

Indien het om een Belgische rekening gaat, dan telt het IBAN slechts 16 posities. De laatste 18 posities worden dan opgevuld met blanco's.

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

Het rekeningnummerformaat IBAN is gespecificeerd in de standaard ISO 13616-1 die overeenstemt met de ECBS standaard EBS 204.

IBAN check digits controle

1. Als het IBAN in visueel formaat is, schrap dan alle niet-alfanumerieke tekens;
2. Verplaats de eerste 4 tekens naar uiterst rechts;
3. Converteer de letters in cijfers waarbij A=10, B=11, ... Z=35;
4. De modulus 97 (rest na deling door 97) moet gelijk zijn aan 1.

Voorbeeld van check digit controle voor IBAN: BE62 5100 0754 7061

1. BE62510007547061
2. 510007547061 BE62
3. 5100075470611111462
4. De modulus 97 (rest na deling door 97) van 5100075470611111462 door 97 = 1

Het IBAN moet ingevuld worden zonder spaties. Met andere woorden, er mag geen enkele ruimte zijn tussen de cijfers en letters die het IBAN vormen.

Indien er slechts op 1 financiële rekening moet betaald worden, dan moet het IBAN van deze rekening steeds in deze zone worden vermeld.

Indien er op 2 financiële rekeningen moet betaald worden, dan moet in deze zone het IBAN van de eerste financiële rekening worden vermeld; de bedragen die erop moeten worden gestort zullen de verwijzing 0 krijgen in zone 11 van het recordtype waarin ze staan vermeld.

DETAILS RECORDTYPE 10 ZONE 49-50-51-52 (IBAN financiële rekening B)

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

Indien er op twee financiële rekeningen moet betaald worden dan moet in deze zone het IBAN van de tweede financiële rekening genoteerd worden; de bedragen die erop moeten worden gestort zullen de verwijzing 1 krijgen in de zone 11 van het recordtype waarin ze staan vermeld.

Deze zone kan enkel gebruikt worden door de ziekenhuizen.

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

DETAILS RECORDTYPE 10 ZONE 45-46-47a (IBAN financiële rekening C)

Deze zone is gereserveerd (staatshervorming).

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 10 ZONE 36-37-38-39-40-41

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 10 ZONE 49-50-51-52

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 10 ZONE 45-46-47a

Remarques - Opmerkingen:

Numéro de compte international

Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1.

Cette zone n'est complétée qu'à partir du mois comptable août 2016.

International bank account Number

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.

Deze zone is pas volledig vanaf boekhoudmaand augustus 2016.

Type de facturation Type facturering			SS00255
<u>Type de donnée :</u> Alphanumérique <u>Type data:</u> Alfanumeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 1	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 405	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 405
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Type de facturation Dans cette zone, il est précisé sur quelle base une dérogation au nombre maximum de fichiers de facturation par mois est accordée. Type facturering In deze zone wordt een aanduiding gegeven over de aard van de facturering.			
<u>Codification - Codering:</u> Type de facturation 0 Facture originale 1 Réintroduction d'une facture rejetée ou partiellement rejetée ou créditée 2 Facture complémentaire 3 Note de crédit (valeur -) 4 Facture de correction en accord avec la mutualité (valeur + et -) 5 Facture de correction (valeurs - et +) pour forfaits infirmiers suite à déclassement après visite médecin conseil 6 Facture originale partielle pour séjour « soins à basse variabilité » avec clôture trimestrielle ou annuelle (1 ou plusieurs autres factures partielles de type 6 ou la dernière facture du séjour de type 7 suivront) 7 Dernière facture du séjour « soins à basse variabilité » avec clôture trimestrielle ou annuelle (il s'agit de la dernière facture qui suit la(es) facture(s) partielle(s) de type 6) Une facture originale est une facture qui reprend un séjour ou une période de soins déterminé(e). Une période de séjour ou de soins peut être répartie sur 2 ou plusieurs factures originales partielles. Une facture partielle originale ou complémentaire peut contenir des montants négatifs. Une facture complémentaire est une facture avec des prestations ou d'autres frais se rapportant à un séjour ou à une période de soins antérieurement facturé(e). Une note de crédit et une facture de correction sont introduites sur l'initiative de l'établissement ou du prestataire qui facture et annulent ou corrigent une facture précédemment introduite. Voir			

également le point c de l'annexe 7 suite 1 (dans un même enregistrement, les signes doivent être identiques dans toutes les zones).

Dans le cadre d'une première facturation et s'il s'agit d'un patient qui est hospitalisé dans un autre établissement, la valeur "0" (et non la valeur "2") doit être utilisée dans cette zone.

S'il s'agit d'une réintroduction d'une facture rejetée par un autre organisme assureur, la facture est alors considérée comme facture originale.

Précisions relatives au type de facturation « 5 » :

- Vu qu'une journée de soins est considérée comme "bloc", tous les enregistrements des journées de soins à régulariser doivent être mis en négatif et en positif, pas seulement les enregistrements avec les forfaits et les enregistrements statistiques s'y rapportant.
- Ordre des enregistrements dans la facture de correction: de préférence alternant (càd enregistrements négatifs journée 1, enregistrements positifs journée 1, enregistrements négatifs journée 2, enregistrements positifs journée 2, etc...). En tout cas, l'enregistrement négatif doit toujours précéder l'enregistrement positif s'y rapportant.
- C'est le montant payé (comme mentionné dans le fichier de décompte 920900) qui doit être mis en négatif. Ce montant n'est pas nécessairement égal au montant demandé.
- Ce type de facturation est seulement utilisé dans le cadre d'un déclassement par le médecin conseil. Pour les éventuelles autres corrections sur l'initiative du praticien de l'art infirmier, une note de crédit (type de facturation 3), suivie d'une facture de réintroduction (type de facturation 1), est utilisée. La note de crédit et la facture de réintroduction peuvent se trouver sur le même fichier de facturation, pour autant que la note de crédit précède la facture de réintroduction.

Si, lors de la réintroduction de prestations rejetées, une modification a été apportée aux instructions entre le moment de l'introduction originale et celui de la réintroduction, la formulation de la date d'application de la modification est déterminante pour les règles à suivre lors de la réintroduction :
Si la date d'application était liée à une date de prestation, la réintroduction s'effectue selon les règles en vigueur lors de l'introduction originale;

Si la date d'application était liée à une date de facturation, la réintroduction s'effectue conformément à la réglementation modifiée.

Type facturering

- | | |
|---|--|
| 0 | Originele factuur |
| 1 | Herinbreng van verworpen of gedeeltelijk verworpen of gecrediteerde factuur |
| 2 | Complementaire factuur |
| 3 | Kredietnota (- waarden) |
| 4 | Correctiefactuur (+ en - waarden) in overleg met het ziekenfonds |
| 5 | Correctiefactuur (- en + waarden) voor forfaits verpleegkundige zorgen wegens declassering na bezoek adviserend geneesheer |
| 6 | Partiële originele factuur voor verblijf "laagvariabele zorg" met trimester- of jaarafsluiting (1 of meerdere andere partiële facturen met type 6 of de laatste factuur van het verblijf met type 7 zullen volgen) |
| 7 | Laatste factuur van verblijf "laagvariabele zorg" met trimester- of jaarafsluiting (het gaat om de laatste factuur die de partiële factuur (facturen) met type 6 volgt (volgen)) |

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

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

Een partieel originele of complementaire factuur kan negatieve bedragen bevatten.

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

Een kredietnota en een correctiefactuur worden ingediend op initiatief van de facturerende inrichting of verstrekker en annuleren of corrigeren een eerder ingediende factuur. Zie ook punt c in bijlage 7 vervolg 1 (binnen eenzelfde record moeten de tekens gelijk zijn in alle zones).

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

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

Preciseringen bij type facturering "5":

- Vermits een verzorgingsdag als "blok" beschouwd wordt, moeten alle records van de te regulariseren verzorgingsdagen in negatief en positief geplaatst worden, niet enkel de records met de forfaits en bijhorende statistische records.
- Volgorde van de records binnen de correctiefactuur: bij voorkeur alternerend (d.w.z. negatieve records dag 1, positieve records dag 1, negatieve records dag 2, positieve records dag 2, enz...). In elk geval moet de negatieve record steeds vóór de corresponderende positieve record staan.
- Het is het uitbetaalde bedrag (zoals vermeld in het afrekenbestand 920900) dat in negatief moet geplaatst worden. Dit bedrag is niet noodzakelijk gelijk aan het gevraagde bedrag.
- Dit type facturering wordt enkel gebruikt in het kader van een declassering door de adviserend arts. Voor de eventuele andere correcties op initiatief van de verpleegkundige wordt een kredietnota (type facturering 3), gevolgd door een herinbreng (type facturering 1), gebruikt. De kredietnota en de herinbreng mogen zich op hetzelfde facturatiebestand bevinden, maar de kredietnota moet steeds voorafgaan aan de herinbreng.

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

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

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

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 20 ZONE 11

Remarques - Opmerkingen:

Type de facturation

Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1.
Jusqu'à présent cette zone n'est pas toujours remplie.

Type facturering

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.
Deze zone wordt tot op heden niet 100% volledig ingevuld.

Origine du paiement Betalingsoorsprong			SS00260
<u>Type de donnée :</u> Alphanumérique <u>Type data:</u> Alfanumeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 1	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 406	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 406
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Origine du paiement Betalingsoorsprong			
<u>Codification - Codering:</u> Origine du paiement Le code de tiers-payant ou caisse est représenté par les chiffres '3', '4', '5' ou '6'. 3 signifie qu'il y a eu un paiement au membre sur base d'une attestation rentrée par le membre 4 signifie qu'il y a eu un paiement au tiers sur base d'une facture papier 5 signifie qu'il y a eu un paiement au tiers sur base du système électronique 6 signifie qu'il y a eu un paiement au membre sur du système électronique (ex : eAttest) (nouvelle valeur à partir de G2020M01) Cette zone doit correspondre également avec la zone SS00175. Betalingsoorsprong De code derderbetaler heeft de waarde '3', '4', '5' of '6'. 3 betekent een uitbetaling aan het lid, op basis van een attest binnengebracht door het lid 4 betekent een uitbetaling aan een derde op basis van een factuur op papier 5 betekent een uitbetaling aan een derde op basis van het elektronisch circuit 6 betekent een uitbetaling aan het lid, op basis van het elektronisch circuit (vb. eAttest) (nieuwe waarde vanaf G2020M01) Deze zone moet ook overeenkomen met zone SS00175			

Remarques - Opmerkingen:

Origine du paiement

Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1.

Relations entre les zones SS00175 – SS00105 – SS00260

Si SS00175	Alors SS00105	Alors SS00260
0		3-6
1	Obligatoire	4-5

Si SS00260	Alors SS00105	Alors SS00175
3		0
4	Obligatoire	1
5	Obligatoire	1
6		0

Betalingsoorsprong

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.

Verhouding tussen de zones SS00175 – SS00105 – SS00260

Als SS00175	Dan SS00105	Dan SS00260
0		3-6
1	Verplicht	4-5

Als SS00260	Dan SS00105	Dan SS00175
3		0
4	Verplicht	1
5	Verplicht	1
6		0

Type DMG Type GMD			SS00265
<u>Type de donnée :</u> Alphanumérique <u>Type data:</u> Alfanumeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 1	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 407	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 407
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Type DMG Type GMD			
<u>Codification - Codering:</u> Type DMG 0 Pas de DMG ou statut inconnu en cours au moment de (la date) de prestation 1 DMG en cours au moment de (la date) de prestation Type GMD 0 Geen GMD lopend of status ongekend op het moment van de prestatie(datum) 1 GMD lopende op het moment van de prestatie(datum)			
<u>Remarques - Opmerkingen:</u> Type DMG Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1. La valeur comme elle est présente dans la facturation électronique. Type GMD Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1. De waarde zoals ze voorkomt in de elektronische facturatie.			

Numéro d'identification du prestataire auxiliaire Identificatienummer van de bijkomende verstrekker		SS00270									
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 11	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 408	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 418								
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Numéro d'identification du prestataire auxiliaire Identificatienummer van de bijkomende verstrekker											
<u>Codification - Codering:</u> Numéro d'identification du prestataire auxiliaire Conforme à la zone du flux EH, mais sur 11 positions (sans le zéro du début). Ce numéro est structuré comme suit : B PPPP CC QQ <table> <tr> <td>B</td> <td>code profession (sur 2 positions pour certaines professions)</td> </tr> <tr> <td>PPPP</td> <td>numéro d'ordre du prestataire auxiliaire (sur 4 positions pour certaines professions)</td> </tr> <tr> <td>CC</td> <td>chiffres de contrôle</td> </tr> <tr> <td>QQ</td> <td>qualification</td> </tr> </table> S'il s'agit d'une prestation attestée par un infirmier mais effectuée par un aide soignant dans le cadre de l'art.8 § 12 (<i>Dispositions détaillées concernant les prestations dans le cadre desquelles un aide soignant effectue des activités infirmières, confiées par un infirmier</i>) de la nomenclature alors le numéro d'identification de l'aide soignant qui a effectué la prestation est mentionné dans cette zone. <u>Prestations infirmières pour lesquelles des enregistrements statistiques avec pseudo-codes sont nécessaires (*) :</u> - Lorsque tous les soins dans le cadre d'une de ces prestations ont été effectués par 1 infirmier: Prestation + tous les pseudo-codes: numéro INAMI de l'infirmier - Lorsque tous les soins dans le cadre d'une de ces prestations ont été effectués par 1 aide soignant: Prestation + tous les pseudo-codes: numéro INAMI de l'aide soignant - Lorsque les soins ont été effectués par plusieurs infirmiers et/ou aides soignants: Prestation : numéro INAMI de l'infirmier ou de l'aide soignant qui a effectué la 1ère visite Pseudo-codes: numéro INAMI de l'infirmier ou de l'aide soignant qui a réellement effectué la prestation concernée				B	code profession (sur 2 positions pour certaines professions)	PPPP	numéro d'ordre du prestataire auxiliaire (sur 4 positions pour certaines professions)	CC	chiffres de contrôle	QQ	qualification
B	code profession (sur 2 positions pour certaines professions)										
PPPP	numéro d'ordre du prestataire auxiliaire (sur 4 positions pour certaines professions)										
CC	chiffres de contrôle										
QQ	qualification										

Lorsqu'il s'agit d'une prestation attestée par un médecin mais effectuée par un stagiaire alors cette zone est complétée par le numéro d'identification du médecin stagiaire qui a effectué la prestation.

Le numéro INAMI du gestionnaire du DMG doit être mentionné dans cette zone SS00340=4 (lettre « G » sur l'attestation de soins : médecin a accès aux données du DMG mais n'est pas le gestionnaire de celui-ci).

S'il s'agit d'une prestation attestée par un praticien de l'art dentaire / stomatologue mais effectuée par un hygiéniste bucco-dentaire dans le cadre de la délégation prévue à l'article de la nomenclature (Adaptations détaillées concernant les prestations dans le cadre desquelles un hygiéniste bucco-dentaire effectue des activités dentaires, confiées par un praticien de l'art dentaire), alors le numéro d'identification de l'hygiéniste bucco-dentaire qui a effectué la prestation est mentionné dans cette zone.

Le numéro d'identification est composé de 11 chiffres et est toujours précédé d'un zéro.

Cette zone doit seulement être remplie si SS00340= 2, 4 ou 5.

Exception :

Pour les prestations infirmières pour lesquelles des enregistrements statistiques avec pseudo-codes sont nécessaires (*), la zone doit toujours être remplie (également dans les enregistrements correspondants avec pseudo-codes, ainsi que dans les enregistrements avec norme 1 ou 9).

(*) Forfait A, B, C, PA, PB, PC, PP, prestations 427534, 427556, 427571 ou 429251 ainsi que les honoraires supplémentaires PN.

Identificatienummer van de bijkomende verstrekker

Conform aan de zone van de EH gegevensstroom, maar in 11 posities (zonder de nul in het begin).

Dit nummer wordt als volgt samengesteld:

B PPPP CC QQQ

B	code beroep (voor sommige beroepen op 2 posities)
PPPP	volgnummer bijkomende verstrekker (voor sommige beroepen op 4 posities)
CC	controlegetal
QQQ	Bekwaming

Indien het gaat om een verstrekking geattesteerd door een verpleegkundige maar verricht door een zorgkundige in het kader van art. 8 § 12 van de nomenclatuur (*Nadere bepalingen over de verstrekkingen waarbij een zorgkundige verpleegkundige activiteiten, toevertrouwd door een verpleegkundige, uitvoert*), dan wordt in deze zone het identificatienummer vermeld van de zorgkundige die de verstrekking verricht heeft.

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

- Indien alle zorgen in het kader van een van deze prestaties door 1 verpleegkundige uitgevoerd werden:
Prestatie + alle pseudo-codes: RIZIV-nummer verpleegkundige
- Indien alle zorgen in het kader van een van deze prestaties door 1 zorgkundige uitgevoerd werden:
Prestatie + alle pseudo-codes: RIZIV-nummer zorgkundige
- Indien de zorgen door meerdere verpleegkundigen en/of zorgkundigen uitgevoerd werden:
Prestatie : RIZIV-nummer van de verpleegkundige of zorgkundige die het 1ste bezoek afgelegd heeft
Pseudo-codes: RIZIV-nummer van de verpleegkundige of zorgkundige die de betreffende verstrekking werkelijk uitgevoerd heeft

Indien het gaat om een verstrekking geattesteerd door een arts maar verricht door een stagedoende arts, dan wordt deze zone aangevuld met het identificatienummer van de stagedoende arts die de verstrekking verricht heeft.

Indien SS00340=4 (letter "G" op getuigschrift voor verstrekte hulp: arts heeft toegang tot de gegevens van het GMD, maar is niet de beheerder ervan), dan moet in deze zone het RIZIV-nummer van de beheerder van het GMD vermeld worden.

Indien het gaat om een verstrekking geattesteerd door een tandheekkundige / stomatoloog maar verricht door een mondhygiënist in het kader van de delegatie voorzien in het artikel van de nomenclatuur (*Gedetailleerde aanpassingen betreffende de verstrekkingen waarbij een mondhygiënist tandheekkundige werkzaamheden verricht, toevertrouwd door een tandheekkundige*), dan wordt in deze zone het identificatienummer vermeld van de mondhygiënist die de verstrekking verricht heeft.

Het identificatienummer bestaat uit 11 posities en wordt altijd voorafgegaan door een nul.

Deze zone moet enkel ingevuld worden indien SS00340 = 2, 4 of 5.

Uitzondering:

Voor verpleegkundige prestaties waarvoor statistische records met pseudocodes nodig zijn (*), (ook in de bijhorende records met pseudo-codes) moet de zone steeds ingevuld worden (dus ook in records met norm 1 of 9).

(*) Forfait A, B, C, PA, PB, PC, PP, prestaties 427534, 427556, 427571 of 429251 en supplementair honorarium PN.

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 50 ZONE 49

ANNEXE 16.1 Structure des numéros d'identification INAMI / BIJLAGE 16.1 structuur van de RIZIV-identificatienummers

Remarques - Opmerkingen:

Numéro d'identification du prestataire auxiliaire

Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1.

Après la livraison des données à une 'Trusted Third Party' (TTP), cette zone sera séparée en 2 zones distinctes :

SS00270A : numéro d'identification du prestataire auxiliaire (positions 1 à 8)

SS00270B : qualification du prestataire auxiliaire (positions 9 à 11)

Pour les analystes

Ces zones seront toujours livrées codées, à moins d'une autorisation explicite du comité de sécurité de l'information. Le format originel est numérique; après codage, il est alphanumérique. Le nombre de positions reste identique.

Identificatienummer van de bijkomende verstrekker

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.

Na de levering van de data aan een 'Trusted Third Party' (TTP) wordt de zone opgesplitst in 2 aparte zones:

SS00270A: identificatienummer van de bijkomende verstrekker (posities 1 tot 8)

SS00270B: bewaking van de bijkomende verstrekker (posities 9 tot 11)

Voor de analisten

Deze zones worden steeds gecodeerd opgeleverd, tenzij er een expliciete toestemming van het informatieveiligheidscomité bekomen wordt. Het originele formaat van deze zone is numeriek, na codering wordt deze zone alfanumeriek. Het aantal posities voor en na codering blijft dezelfde.

Norme plafond Plafondnorm		SS00275	
<u>Type de donnée :</u> Alphanumérique <u>Type data:</u> Alfanumeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 1	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 419	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 419
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Norme plafond Le code fournit certains renseignements nécessaires à la tarification. Plafondnorm Deze code geeft informatie die nodig is voor de tarifiering.			
<u>Codification - Codering:</u> Norme plafond <u>Valeur 7 ou 8</u> Les traitements (groupes de codes prestation), pour lesquels l'intervention globale atteint un plafond, sont indiqués au moyen de la norme 7 ou 8. Les enregistrements qui atteignent ensemble le plafond d'intervention doivent se suivre directement sur bande magnétique et être signalés à l'aide de la norme 8 pour autant que la somme des montants des interventions de l'assurance reste inférieure ou égale au plafond. La prestation avec laquelle le plafond est atteint et pour laquelle le montant de l'intervention de l'assurance est limité à la différence entre le plafond et la somme des montants des enregistrements avec la norme 8, est indiquée au moyen de la norme 7. Si d'autres enregistrements contenant des prestations suivent encore, leur montant O.A. sera égal à zéro et leur norme sera égale à 7. La norme 7 est seulement utilisée pour les prestations effectuées à partir du 1er janvier 1995. Dans le cas où le plafond de la marge de délivrance prévu dans la convention avec les fournisseurs d'implants est d'application pour la somme des marges de délivrance calculées sur plusieurs prestations de nomenclature, les normes 7 et 8 doivent alors être utilisées. Les normes 7 et 8 doivent également être utilisées dans le cadre du plafond journalier pour les prestations 478052-478063, 478074-478085, 478096-478100 et 478111-478122 (art. 20, §1, f) de la nomenclature). <u>Valeur 0</u> Dans tous les autres cas. Plafondnorm <u>Waarde 7 of 8</u> De behandelingen (groepen van prestatiecodes) waarvan de gezamenlijke tussenkomst een plafond			

bereikt, worden aangeduid met norm 7 of 8. De prestatie records die samen het plafond van tussenkomst bereiken, moeten op de magneetband direct op elkaar volgen en aangeduid zijn met norm 8 voor zover de som van de bedragen van de verzekeringstegemoetkoming kleiner of gelijk blijft aan het plafondbedrag.

De verstrekking waarmee het plafondbedrag wordt overschreden en waarvoor het bedrag aan verzekeringstegemoetkoming beperkt wordt tot het verschil tussen het plafondbedrag en de som van de bedragen in de records met norm 8, wordt aangeduid met norm 7.

De prestatie records die eventueel nog kunnen volgen met bedrag V.I. gelijk aan nul, krijgen eveneens norm 7.

Ingeval het grensbedrag van de afleveringsmarge, die wordt voorzien in de overeenkomst met de verstrekkers van de implantaten, van toepassing is op de som van de afleveringsmarges van meerdere nomenclatuurprestaties, dan moet eveneens gebruik worden gemaakt van de normwaarden 7 en 8.

De normcodes 7 en 8 moeten ook gebruikt worden in het kader van het dagplafond voor de prestaties 478052-478063, 478074-478085, 478096-478100 en 478111- 478122 (art. 20, §1, f) van de nomenclatuur).

Waarde 0

Alle andere gevallen.

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 50 ZONE 46

Remarques - Opmerkingen:

Norme plafond

Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1.

Plafondnorm

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.

Numéro de la dent traitée Nummer van de tand		SS00280	
<u>Type de donnée :</u> Alphanumérique <u>Type data:</u> Alfanumeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 2	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 420	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 421
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Numéro de la dent traitée Le code de la dent traitée. Nummer van de tand De code van de behandelde tand.			
<u>Codification - Codering:</u> Numéro de la dent traitée Le code de la dent traitée (voir art. 6, § 15 du règlement du 28/07/2003) (alignement à droite) doit être mentionné dans cette zone. Cette obligation est valable : - pour les prestations dentaires de l'art. 5 de la nomenclature des soins de santé, indiquées par le Conseil technique dentaire. Les prestations pour lesquelles un numéro de dent doit être mentionné, sont indiquées dans la liste des tarifs des prestations dentaires publiée sur le site de l'INAMI (http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/prestationsindividuelles/prix/Pages/dentiste.aspx) - pour la prestation 317236-317240 (art 14, I de la nomenclature des soins de santé), si elle est exécutée par un dentiste. Pour les stomatologues, le remplissage de cette zone est facultatif. Si dans le cadre de certains forfaits (par ex : 375575/586), plusieurs dents sont traitées, alors le numéro de dent de la dent sur laquelle la plupart du travail a été fait doit être mentionné. Nummer van de tand De code van de behandelde tand (zie art. 6, § 15 van de Verordening van 28/07/2003) (rechts gealigneerd) moet in deze zone vermeld worden. Deze verplichting geldt: - voor de prestaties van art. 5 van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen, die door de Technisch Tandheelkundige Raad worden aangeduid. De prestaties waarvoor een tandnummer vermeld moet worden, worden aangeduid in de lijst van de tarieven van de tandheelkundige verstrekkingen die gepubliceerd wordt op de website van het RIZIV (http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/individueleverzorging/honoraire/Paginas/tandheelkundige.aspx).			

- voor de prestatie 317236-317240 (art 14,l van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen), indien uitgevoerd door een tandheeskundige. Voor stomatologen is het invullen van deze zone facultatief.

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

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 50 ZONE 29

Remarques - Opmerkingen:

Numéro de la dent traitée

Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1.

Nummer van de tand

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.

Côté du membre traité Behandeld lid		SS00285									
<u>Type de donnée :</u> Alphanumérique <u>Type data:</u> Alfanumeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 1	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 422	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 422								
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Côté du membre traité Dans cette zone, il est mentionné, au moyen d'un code, si le traitement a été effectué sur un membre gauche ou droit. Behandeld lid In deze zone moet door middel van een code worden aangeduid of de behandeling werd verricht op een linker of een rechter lidmaat.											
<u>Codification - Codering:</u> Côté du membre traité Dans cette zone, il est mentionné, au moyen d'un code, si le traitement a été effectué sur un membre gauche ou droit <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 15%;">Valeur</th> <th style="text-align: left;">Signification</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Gauche</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Droit</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>Tous les autres cas</td> </tr> </tbody> </table> Cette zone peut également être remplie facultativement pour d'autres prestations que celles énumérées. <u>A. Prestations effectuées avant 01/04/2022 :</u> 1. Art. 14 : - les prestations d'ophtalmologie 245151-245162 de l'art. 14 h), §1, I, 1° de la nomenclature; - les prestations d'ophtalmologie de l'art. 14, h), §1, I, 6° de la nomenclature et les prestations d'ophtalmologie pour le traitement laser (art. 14, h), § 1er ,II, 3° de la nomenclature) et les prestations 248334-248345 et 248415-248426 de l'art. 14, h), §1, II, 1° de la nomenclature - les prestations de chirurgie vasculaire de l'art.14, f), 4° de la nomenclature des soins de santé à l'exception des 238011-238022, 238276-238280 et 238335-238346. - les prestations 251576-251580, 251613-251624 et 251591-251602 de l'art. 14 c) 2. Convention reconstruction mammaire: prestations 252652-252663 et 252696-252700 3. Art. 17 et 17ter:				Valeur	Signification	1	Gauche	2	Droit	0	Tous les autres cas
Valeur	Signification										
1	Gauche										
2	Droit										
0	Tous les autres cas										

les radiographies du système ostéo-articulaire (prestations de l'art. 17, § 1er, 7° (codes 0455011 à 0455265 et 0455814 à 0455862) et de l'art. 17 ter, A, 7° (codes 0466012 à 0466266 et 0466292 à 0466340) de la nomenclature) à savoir, selon les règles de la nomenclature, les prestations pour lesquelles, il existe des règles de cumul, notamment par côté.

4. « La Liste » (implants) :

- les prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 et 181252-181263 (implant d'ancrage pour prothèse externe).
- les prestations 152935-152946, 152950-152961, 152972-152983, 152994-153005, 170811-170822, 170833-170844, 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064, 153075-153086, 153090-153101, 153112-153123, 180574-180585, 180596-180600, 180611-180622, 180633-180644, 180655-180666, 180670-180681, 180692-180703, 180714-180725 (implants cochléaires)
- les prestations 181974-181985 pour le traitement du glaucome

B. Prestations effectuées à partir du 01/04/2022 :

Il faut mentionner la latéralité (gauche ou droite) pour chaque membre et chaque organe pair (AR 06/09/21, MB 27/09/21). Cela n'a aucun impact sur les règles d'application de la nomenclature actuellement en vigueur. Les codes nomenclatures concernés sont inclus dans la liste Excel « Membre traité » qui fait partie intégrante des instructions de facturation et qui, si besoin, sera mise à jour en cas de futurs changements de nomenclature. Cette liste contient également les autres prestations pour lesquelles il fallait déjà remplir la zone (voir points 2, 3 et 4 ci-dessus).

Behandeld lid

In deze zone moet door middel van een code worden aangeduid of de behandeling werd verricht op een linker of een rechter lidmaat.

Waarde Betekenis

1	Links
2	Rechts
0	Alle andere gevallen

Deze zone mag ook facultatief ingevuld worden voor andere verstrekkingen dan deze die opgesomd zijn.

A. Prestaties verricht voor 01/04/2022 :

1. Art. 14 :

- oftalmologische prestatie 245151-245162 uit art. 14 h), §1, I, 1° van de nomenclatuur;
- oftalmologische prestaties uit art. 14, h), §1, I, 6° van de nomenclatuur; oftalmologische prestaties voor de behandeling met lazer (art. 14, h), § 1, II, 3° van de nomenclatuur); oftalmologische prestaties 248334-248345 en 248415-248426 uit art. 14 h), §1, II, 1° van de nomenclatuur;
- de prestaties inzake bloedvatenheelkunde uit art. 14, f), 4° van de nomenclatuur, met uitzondering van 238011-238022, 238276-238280 en 238335-238346.
- de prestaties 251576-251580, 251613-251624 en 251591-251602 uit art. 14 c)

2. Overeenkomst borstreconstructie: de prestaties 252652-252663 en 252696-252700

3. Art. 17 et 17ter:

de radiografieën van het osteoarticulair systeem (prestaties uit art. 17, § 1, 7° (codes 0455011 tot 0455265 en 0455814 tot 0455862) en uit art. 17ter, A, 7° (codes 0466012 tot 0466266 en 0466292 tot 0466340) van de nomenclatuur) te weten, de verstrekkingen waarvan, volgens de regels van de nomenclatuur, cumulregels bestaan, namelijk per zijde.

4. « De Lijst » (implantaten) :

- de prestaties 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 et 181252-181263 (verankeringsimplantaat voor externe prothese).
- de prestaties 152935-152946, 152950-152961, 152972-152983, 152994-153005, 170811-170822, 170833-170844, 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064, 153075-153086, 153090-153101, 153112-153123, 180574-180585, 180596-180600, 180611-180622, 180633-180644, 180655-180666, 180670-180681, 180692-180703, 180714-180725 (cochleaire implantaten)
- de prestaties 181974-181985 voor behandeling voor glaucoom.

B. Prestaties verricht vanaf 01/04/2022 :

Lateraliteit (links of rechts) moet vermeld worden voor elke lidmaat en elk paar orgaan (KB 06/09/21, BS 27/09/21). Dit heeft geen impact op de geldende toepassingsregels in de nomenclatuur. De betreffende nomenclatuurcodes worden in de Excel-lijst "Behandeld lid" opgenomen, die integraal deel uit maakt van de instructies en die, indien nodig, bijgewerkt wordt bij toekomstige nomenclatuurwijzigingen. Deze lijst bevat ook de andere verstrekkingen waarvoor de zone al moest worden ingevuld (zie punten 2, 3 en 4 hierboven).

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 50 ZONE 34

Remarques - Opmerkingen:

Côté du membre traité

Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1.

Behandeld lid

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.

Numéro identification de l'office de tarification Identificatienummer van de tarificatiedienst		SS00290	
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 12	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 423	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 434
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Numéro identification de l'office de tarification Numéro d'identification de l'office de tarification agréé de l'officine de l'hôpital qui a délivré les médicaments (voir A.R. 23 novembre 1995, M.B. 11 janvier 1996). Identificatienummer van de tarificatiedienst Identificatienummer van de erkende tarifieringsdienst van de ziekenhuisofficina die de geneesmiddelen heeft afgeleverd (zie K.B. 23 november 1995, B.S. 11 januari 1996).			
<u>Codification - Codering:</u> Numéro identification de l'office de tarification Uniquement pour les produits pharmaceutiques délivrés en hôpital. Identificatienummer van de tarificatiedienst Enkel voor de farmaceutische producten die in het ziekenhuis geleverd worden.			
<u>Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:</u> ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 40 ZONE 38			
<u>Remarques - Opmerkingen:</u> Numéro identification de l'office de tarification Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1. Pour les analystes Cette zone sera toujours livrée codée, à moins d'une autorisation explicite du comité de sécurité de l'information. Le format originel est numérique; après codage, il est alphanumérique. Le nombre de positions reste identique. Identificatienummer van de tarificatiedienst Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.			

Voor de analisten

Deze zone wordt steeds gecodeerd opgeleverd, tenzij er een expliciete toestemming van het informatieveiligheidscomité bekomen wordt. Het originele formaat van deze zone is numeriek, na codering wordt deze zone alfanumeriek. Het aantal posities voor en na codering blijft dezelfde.

Numéro du pharmacien titulaire Nummer apotheker titularis			SS00295
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 12	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 435	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 446
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Numéro du pharmacien titulaire Dans cette zone, le pharmacien titulaire est identifié par le numéro d'identification de l'INAMI. Nummer apotheker titularis In deze zone wordt de apotheker titularis geïdentificeerd aan de hand van zijn RIZIV-identificatienummer.			
<u>Codification - Codering:</u> Numéro du pharmacien titulaire Ce numéro est structuré comme suit : A B CCCCC DD EEE A La première position est toujours 0. B La deuxième position est toujours le chiffre 2. CCCCC Numéro d'ordre, accordé par l'INAMI (positions 3 à 9). DD Chiffres de contrôle. EEE Les 3 dernières positions indiquent 001 titulaire Nummer apotheker titularis Dit nummer wordt als volgt samengesteld: A B CCCCC DD EEE A De eerste positie is steeds 0. B De tweede positie is steeds 2. CCCCC Volgnummer, toegekend door het RIZIV (positie 3 tot en met 9). DD Controlecijfer EEE De drie laatste posities hebben de volgende betekenis 001 titularis			

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 40 ZONE 49

ANNEXE 16.1 Structure des numéros d'identification INAMI / BIJLAGE 16.1 structuur van de RIZIV-identificatienummers

Remarques - Opmerkingen:

Numéro du pharmacien titulaire

Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1.

Après la livraison des données à une 'Trusted Third Party' (TTP), cette zone sera séparée en 2 zones distinctes :

SS00295A : numéro d'identification du pharmacien titulaire (positions 1 à 9)

SS00295B : qualification du pharmacien titulaire = toujours '001' (positions 10 à 12)

Pour les analystes

Ces zones seront toujours livrées codées, à moins d'une autorisation explicite du comité de sécurité de l'information. Le format originel est numérique; après codage, il est alphanumérique. Le nombre de positions reste identique.

Nummer apotheker titularis

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.

Na de levering van de data aan een 'Trusted Third Party' (TTP) wordt de zone opgesplitst in 2 aparte zones:

SS00295A: identificatienummer van de apotheker titularis (posities 1 tot 9)

SS00295B: bekwaming van de apotheker titularis = altijd '001' (posities 10 tot 12)

Voor de analisten

Deze zones worden steeds gecodeerd opgeleverd, tenzij er een expliciete toestemming van het informatieveiligheidscomité bekomen wordt. Het originele formaat van deze zone is numeriek, na codering wordt deze zone alfanumeriek. Het aantal posities voor en na codering blijft dezelfde.

Type de décompte des journées d'entretien Zone vide Normcode verpleegdag Lege zone			SS00300										
Type de donnée : Alphanumérique Type data: Alfanumeriek	Nombre de positions : Aantal posities: 1	Première position : Eerste positie: 447	Dernière position : Laatste positie: 447										
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Type de décompte des journées d'entretien Normcode verpleegdag													
<u>Codification - Codering:</u> Type de décompte des journées d'entretien A compléter si SS00020 correspond à une prestation journée d'entretien. <table><tr><th>Valeur</th><th>Signification</th></tr><tr><td>1</td><td>S'il s'agit du premier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.</td></tr><tr><td>2</td><td>S'il s'agit d'un décompte unique des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.</td></tr><tr><td>9</td><td>S'il s'agit du dernier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.</td></tr><tr><td>0</td><td>S'il ne s'agit pas du premier, du seul ou du dernier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.</td></tr></table> Les organismes assureurs doivent communiquer à l'I.N.A.M.I. le nombre d'hospitalisations. La valeur norme ne doit être mentionnée que lorsqu'il s'agit d'une facture d'hospitalisation (ET 20 Z 10 = 1) contenant au moins un enregistrement de type 30 avec des journées d'entretien. Dans tous les autres cas, le contenu de cette zone est égal à zéro. L'hospitalisation chirurgicale de jour suit les mêmes règles de facturation que celles des miniforfait(*), maxiforfait et forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7 et forfait douleur chronique 1, 2 ou 3. Dès lors, pour l'hôpital chirurgical de jour, tant dans l'enregistrement du forfait par jour que dans celui du forfait par admission, la norme est égale à «zéro», et cela qu'il s'agisse de codes hospitalisés ou ambulants. La norme 2 est réservée pour la facturation d'un séjour hospitalier classique, limitée à un enregistrement (ex. code prestation 0768025). Pour le pseudo-code 767443 (montant par jour à 0 €), la norme journée d'entretien est toujours égale à 9.				Valeur	Signification	1	S'il s'agit du premier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.	2	S'il s'agit d'un décompte unique des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.	9	S'il s'agit du dernier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.	0	S'il ne s'agit pas du premier, du seul ou du dernier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.
Valeur	Signification												
1	S'il s'agit du premier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.												
2	S'il s'agit d'un décompte unique des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.												
9	S'il s'agit du dernier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.												
0	S'il ne s'agit pas du premier, du seul ou du dernier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.												

(*) Mini-forfait plus facturable à partir du 1/1/2014, mais le pseudo-code 761213 reçoit le libellé « soins urgents ou perfusion intraveineuse » et est mentionné sur la facture avec zones montant égales à zéro.

Normcode verpleegdag

Enkel in te vullen indien het veld SS00020 overeenstemt met een code van een verpleegdagverstrekking.

Waarde Betekenis

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

De VI's moeten aan het RIZIV het aantal gevallen van hospitalisatie meedelen.

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

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

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

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

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

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 30 ZONE 3

Remarques - Opmerkingen:

Type de décompte des journées d'entretien

Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1.

À partir du mois comptable G2025M07, cette zone contient une valeur « missing » dans la base de données.

À partir du mois comptable G2025M07, l'enregistrement de type 50 Zone 3 est enregistré dans la nouvelle zone SS00480 (norme prestation).

Normcode verpleegdag

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.

Deze zone is vanaf boekhoudmaand G2025M07 in de databank opgenomen met een waarde "missing".

De Recordtype 50 zone 3 is vanaf boekhoudmaand G2025M07 opgenomen in de nieuwe zone SS00480 (norm verstrekking).

Numéro d'admission Nummer opname		SS00305	
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 12	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 448	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 459
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Numéro d'admission Nummer opname			
<u>Codification - Codering:</u> Numéro d'admission Pour les patients hospitalisés (type facture ET 20 Z 10 = 1), il s'agit du numéro d'admission encrypté attribué par les établissements hospitaliers. En cas d'hospitalisation de jour (ET 20 Z 10 = 9) pour laquelle la facture est scindée en une partie gestion de l'hôpital et une partie conseil médical, la liaison entre les deux parties de facture peut s'effectuer facilement si l'on mentionne un numéro unique dans la zone 19 de chaque partie de facture. La mention d'un même numéro est souhaitable mais n'est provisoirement pas obligatoire. Remarque : Si la facturation est effectuée par 2 parties (gestion de l'hôpital d'une part et conseil médical d'autre part), le même patient doit obligatoirement être identifié par un même numéro sur les 2 supports magnétiques. En cas de prestations facturées pour des patients qui séjournent ailleurs, le contenu de cette zone peut être égal à zéro. En cas d'hospitalisation chirurgicale de jour (avec code ambulancier ou hospitalisé et type de facture = 1 ou 9), il s'agit d'un numéro d'admission dans l'hôpital chirurgical de jour encrypté. Pour les praticiens de l'art infirmier, le contenu de la zone est égal à zéro. Dans tous les autres cas, cette zone est égale à zéro.			
Nummer opname Voor gehospitaliseerde patiënten (type factuur R 20 Z 10 = 1), gaat het om het geëncrypteerd nummer van opname toegekend door de ziekenhuizen.			

Ingeval van daghospitalisatie (R 20 Z 10 = 9) waarbij de factuur wordt uitgesplitst in een gedeelte ziekenhuisbeheer en een gedeelte medische raad kan de linking van beide deelfacturen vergemakkelijkt worden door de vermelding van een uniek nummer in zone 19 van beide delen. De vermelding van een dergelijk nummer is wenselijk maar voorlopig niet verplicht.

Opmerking: Indien de facturatie wordt uitgesplitst in 2 delen (ziekenhuisbeheerder enerzijds en medische raad anderzijds) dan moet dezelfde patiënt geïdentificeerd worden door éénzelfde nummer op de 2 magnetische dragers.

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

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

Voor de verpleegkundigen is de inhoud van deze zone nul.

In alle andere gevallen is de zone gelijk aan nul.

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 20 ZONE 19

Remarques - Opmerkingen:

Numéro d'admission

Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1.

Nummer opname

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.

Heure d'admission Opnameuur		SS00310	
<u>Type de donnée :</u> Alphanumérique <u>Type data:</u> Alfanumeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 4	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 460	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 463
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Heure d'admission Opnameuur			
<u>Codification - Codering:</u> Heure d'admission A compléter si SS00020 correspond à un code prestation hospitalisé. 'HHMM' valeurs entre '0001' et '2400'. - L'heure doit être mentionnée pour tous les séjours pour lesquels l'heure d'admission et l'heure de sortie ont une influence sur la facturation (facture de type 1, 4 ou 5). - La mention de l'heure d'admission, lorsque le type de facture = 4 ou 5, n'est obligatoire que lorsque la facture se rapporte au forfait de séjour ou au forfait pour les prestations de rééducation ou au forfait dans le cadre des conventions SEP/SLA/Huntington. - Dans tous les autres cas, cette zone est égale à zéro. - En cas de prestations effectuées pour des patients hospitalisés, qui séjournent ailleurs, cette zone peut être égale à zéro (facture de type 1). Opnameuur Enkel in te vullen indien het veld SS00020 overeenstemt met een code van een gehospitaliseerde verstrekking 'UUMM' waarde tussen '0001' en '2400'. - Het uur dient vermeld te worden voor alle verblijven waarvoor het uur van opname en ontslag een invloed heeft op de facturering (factuurtype 1, 4 of 5). - Het vermelden van het uur van opname, in geval van factuurtype 4 of 5, is enkel verplicht indien de factuur betrekking heeft op het verblijfsforfait of op het forfait voor revalidatieverstrekingen of op het forfait in het kader van de overeenkomsten MS/ALS/Huntington. - Deze zone moet gelijk zijn aan nul in alle andere gevallen. - In geval van verstrekking verricht voor gehospitaliseerde patiënten die elders verblijven mag deze zone gelijk zijn aan nul (factuurtype 1).			

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 20 ZONE 4

Remarques - Opmerkingen:

Heure d'admission

Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1.

Opnameuur

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.

Heure de départ Vertrekuur		SS00315	
<u>Type de donnée :</u> Alphanumérique <u>Type data:</u> Alfanumeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 4	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 464	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 467
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Heure de départ Vertrekuur			
<u>Codification - Codering:</u> Heure de départ A compléter si SS00020 correspond à un code prestation hospitalisé. 'HHMM' valeurs entre '0001' et '2400'. • L'heure de sortie doit être mentionnée si la zone 6a-6b est complétée. • Dans tous les autres cas, cette zone doit être égale à zéro. • La mention de l'heure de sortie, lorsque le type de facture = 4 ou 5, n'est obligatoire que lorsque la facture se rapporte au forfait de séjour ou au forfait pour les prestations de rééducation ou au forfait dans le cadre des conventions SEP/SLA/Huntington et lorsque la période de séjour est terminée. Vertrekuur Enkel in te vullen indien het veld SS00020 overeenstemt met een code van een gehospitaliseerde verstrekking 'UUMM' waarden tussen '0001' en '2400'. • Het uur van ontslag moet vermeld worden wanneer zone 6a-6b werd ingevuld. • Deze zone moet gelijk zijn aan nul in alle andere gevallen. • Het vermelden van het uur van ontslag, in geval van factuurtype 4 of 5, is enkel verplicht indien de factuur betrekking heeft op het verblijfsforfait of op het forfait voor revalidatieverstrekingen of op het forfait in het kader van de overeenkomsten MS/ALS/Huntington en indien de verblijfsperiode wordt afgesloten			
<u>Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:</u> ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 20 ZONE 22			

Remarques - Opmerkingen:

Heure de départ

Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1.

Vertrekuur

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.

Numéro de course Ritnummer		SS00320																															
<u>Type de donnée :</u> Alphanumérique <u>Type data:</u> Alfnumeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 11	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 468	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 478																														
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Numéro de course Ritnummer																																	
<u>Codification - Codering:</u> Numéro de course Lors de la facturation du transport urgent de malades (AR 26/4/2009, MB 8/5/2009) (pseudo-codes 0784416-0784420, 0784431-0784442, 0784453-0784464, 0784475-0784486), le numéro de course, attribué par le centre d'appel, doit obligatoirement être rempli dans cette zone. Attention : Le « numéro de course » est le « numéro d'intervention » qui est communiqué par le centre d'appel. Si cette zone, alphanumériquement définie, n'est pas remplie, elle doit alors être complètement remplie de zéro, ceci constitue une exception aux principes généraux (voir annexe 7 suite 1). Actuellement, 2 plates-formes informatiques (CityGis et CAD Astrid) et 2 structures de « numéro de course » sont utilisés par les centres d'appels. La plate- forme CityGis utilise un « numéro de course » avec la structure suivante : PPAAJJJMMMM <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 10%;">PP</td> <td style="width: 45%;">code province du centre d'appel :</td> <td style="width: 45%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>10 = Anvers</td> <td>60 = Liège</td> </tr> <tr> <td></td> <td>22 = Wavre</td> <td>90 = Namur</td> </tr> <tr> <td></td> <td>50 = Mons</td> <td>21 = Louvain</td> </tr> <tr> <td></td> <td>80 = Arlon</td> <td>40 = Gand</td> </tr> <tr> <td></td> <td>20 = Bruxelles</td> <td>70 = Hasselt</td> </tr> <tr> <td></td> <td>30 = Bruges</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AA</td> <td colspan="2">Année</td> </tr> <tr> <td>JJJ</td> <td colspan="2">jour de l'année</td> </tr> <tr> <td>MMMM</td> <td colspan="2">numéro de mission dans la journée (attention: dans le cas où le centre d'appel attribue un numéro à 5 chiffres, on considère uniquement les 4 derniers chiffres de ce numéro comme MMMM)</td> </tr> </table>				PP	code province du centre d'appel :			10 = Anvers	60 = Liège		22 = Wavre	90 = Namur		50 = Mons	21 = Louvain		80 = Arlon	40 = Gand		20 = Bruxelles	70 = Hasselt		30 = Bruges		AA	Année		JJJ	jour de l'année		MMMM	numéro de mission dans la journée (attention: dans le cas où le centre d'appel attribue un numéro à 5 chiffres, on considère uniquement les 4 derniers chiffres de ce numéro comme MMMM)	
PP	code province du centre d'appel :																																
	10 = Anvers	60 = Liège																															
	22 = Wavre	90 = Namur																															
	50 = Mons	21 = Louvain																															
	80 = Arlon	40 = Gand																															
	20 = Bruxelles	70 = Hasselt																															
	30 = Bruges																																
AA	Année																																
JJJ	jour de l'année																																
MMMM	numéro de mission dans la journée (attention: dans le cas où le centre d'appel attribue un numéro à 5 chiffres, on considère uniquement les 4 derniers chiffres de ce numéro comme MMMM)																																

Exemples:

- La mission 124 du 3 janvier 2009 pour la province d'Anvers aura comme numéro de course: 10090030124
- La mission 12345 du 3 janvier 2009 pour la province d'Anvers aura comme numéro de course: 10090032345

La **plate-forme CAD Astrid** utilise un « numéro de course » avec la structure suivante :
DSAAJJNNNN

D	discipline (ex : pour l'instant, M = médical)	
S	site	
	A (NT) = Anvers	O (V) = Flandre-Orientale
	G (LIE) = Liège	X (LUX) = Luxembourg
	N (AM) = Namur	F (BRW) = Brabant Wallon
	W (VL) = Flandre-Occidentale	L (IM) = Limbourg
	B (XL) = Bruxelles	V (BR) = Brabant Flamand
	H (AI) = Hainaut	
AA	Année	
JJJ	jour de l'année	
NNNN	numéro de mission dans la journée (attention: dans le cas où le centre d'appel attribue un numéro à 5 chiffres, on considère uniquement les 4 derniers chiffres de ce numéro comme NNNN)	

Exemples:

- La mission 124 du 3 janvier 2009 pour la province d'Anvers aura comme numéro de course: MA090030124
- La mission 12345 du 3 janvier 2009 pour la province d'Anvers aura comme numéro de course: MA090032345

Ritnummer

Ingeval van facturatie van dringend ziekenvervoer (KB 26/4/2009, BS 8/5/2009) (pseudo-codes 0784416-0784420, 0784431-0784442, 0784453-0784464, 0784475-0784486) moet het ritnummer, dat toegekend werd door de oproepcentrale, in deze zone verplicht ingevuld worden.

Opgelet : Het « ritnummer » is het « nummer van de interventie » dat meegedeeld wordt door de oproepcentrale.

Indien deze zone, die alfanumeriek gedefinieerd is, niet wordt ingevuld, dan moet ze opgevuld worden met nullen. Dit vormt een uitzondering op de algemene principes (zie bijlage 7 vervolg 1).

Momenteel worden door de oproepcentrales 2 verschillende informaticaplatformen (CityGis en CAD Astrid) en 2 verschillende structuren van « ritnummer » gebruikt.

Het **platform CityGis** gebruikt een « ritnummer » met de volgende structuur :

PPJJDDMMMM

PP	provinciecode van de oproepcentrale:	
	10 = Antwerpen	60 = Luik
	22 = Waver	90 = Namen
	50 = Bergen	21 = Leuven
	80 = Aarlen	40 = Gent
	20 = Brussel	70 = Hasselt
	30 = Brugge	
JJ	Jaar	
DDD	dag binnen het jaar	
MMMM	nummer van de missie binnen de dag (opgelet: indien de oproepcentrale een nummer van 5 cijfers toekent, dan moet men enkel de 4 laatste cijfers van dit nummer als MMMM beschouwen)	

Voorbeelden:

- Missie 124 van 3 januari 2009 voor de provincie Antwerpen heeft als ritnummer 100900301240
- Missie 12345 van 3 januari 2009 voor de provincie Antwerpen heeft als ritnummer 10090032345

Het **platform CAD Astrid** gebruikt een « ritnummer » met de volgende structuur:

DSJJDDNNNN

D	discipline (bv. momenteel M = medisch)	
S	site	
	A (NT) = Antwerpen	O (V) = Oost-Vlaanderen
	G (LIE) = Luik	X (LUX) = Luxemburg
	N (AM) = Namen	F (BRW) = Waals- Brabant
	W (VL) = West-Vlaanderen	L (IM) = Limburg
	B (XL) = Brussel	V (BR) = Vlaams-Brabant
	H (AI) = Henegouwen	
JJ	Jaar	
DDD	dag binnen het jaar	
NNNN	nummer van de missie binnen de dag (opgelet: indien de oproepcentrale een nummer van 5 cijfers toekent, dan moet men enkel de 4 laatste cijfers van dit nummer als NNNN beschouwen)	

Voorbeelden:

- Missie 124 van 3 januari 2009 voor de provincie Antwerpen heeft als ritnummer MA090030124
- Missie 12345 van 3 januari 2009 voor de provincie Antwerpen heeft als ritnummer MA090032345

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 50 ZONE 53-54

Remarques - Opmerkingen:

Numéro de course

Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1.

Ritnummer

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.

Filler			SS00325
<u>Type de donnée :</u> Alphanumérique <u>Type data:</u> Alfnumeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 11	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 479	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 489
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Filler			
<u>Codification - Codering:</u>			
<u>Remarques - Opmerkingen:</u> Pour les analystes: cette zone n'est pas disponible dans la banque de données. Voor de analisten: deze zone is niet beschikbaar in de databank.			

Filler			SS00330
<u>Type de donnée :</u> Alphanumérique <u>Type data:</u> Alfnumeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 2	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 490	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 491
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Filler			
<u>Codification - Codering:</u>			
<u>Remarques - Opmerkingen:</u> Pour les analystes: cette zone n'est pas disponible dans la banque de données. Voor de analisten: deze zone is niet beschikbaar in de databank.			

Filler		SS00335	
<u>Type de donnée :</u> Alphanumérique <u>Type data:</u> Alfnumeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 2	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 492	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 493
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Filler			
<u>Codification - Codering:</u>			
<u>Remarques - Opmerkingen:</u> Pour les analystes: cette zone n'est pas disponible dans la banque de données. Voor de analisten: deze zone is niet beschikbaar in de databank.			

Norme du prestataire Verstrekker norm			SS00340																
<u>Type de donnée :</u> Alphanumérique <u>Type data:</u> Alfanumeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 1	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 494	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 494																
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Norme du prestataire Verstrekker norm																			
<u>Codification - Codering:</u> Norme du prestataire <table><tr><th>Valeur</th><th>Signification</th></tr><tr><td>0</td><td>Il n'y a pas de dispensateur communiqué dans la zone SS00065.</td></tr><tr><td>1</td><td>Prestation ou série de prestations pouvant être affectées au dispensateur unique qui l'a effectuée.</td></tr><tr><td>2</td><td>Prestation ou série de prestations attestée par un infirmier, mais effectuée par un aide soignant. Prestation attestée par un praticien de l’art dentaire / stomatologue, mais effectuée par un hygiéniste bucco-dentaire.</td></tr><tr><td>3</td><td>Prestation de physiothérapie (art. 22) (partiellement) effectuée par un (ou plusieurs) kinésithérapeute(s) sous la surveillance d’un médecin spécialiste qui a attesté la prestation.</td></tr><tr><td>4**</td><td>Lettre « G » sur l’attestation de soins (médecin a accès aux données du DMG mais n’est pas le gestionnaire de celui-ci).</td></tr><tr><td>5</td><td>Prestation attestée par le maître de stage mais effectuée par le médecin stagiaire (seulement dans le cadre d’e-fac médecins généralistes, pas pour les médecins spécialistes ni pour les dentistes).</td></tr><tr><td>9</td><td>Prestation ou série de prestations ne pouvant pas être affectées à un dispensateur unique, car celle-ci a été effectuée collégialement par plusieurs dispensateurs.</td></tr></table> Honoraires forfaitaires ou quotes-parts personnelles : 0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, de 0592815 à 0592874, de 0592911 à 0592970, de 0593014 à 0593073, de 0593110 à 0593176 : valeur 1 ou 9 selon que les prestations de la prescription sont effectuées par 1 ou plusieurs dispensateurs; de 0590166 à 0590332, 0460703, 0460784, 0460821, 0641465(***), 0641480(***), 0641502(***), 0641524 :				Valeur	Signification	0	Il n'y a pas de dispensateur communiqué dans la zone SS00065.	1	Prestation ou série de prestations pouvant être affectées au dispensateur unique qui l'a effectuée.	2	Prestation ou série de prestations attestée par un infirmier, mais effectuée par un aide soignant. Prestation attestée par un praticien de l’art dentaire / stomatologue, mais effectuée par un hygiéniste bucco-dentaire.	3	Prestation de physiothérapie (art. 22) (partiellement) effectuée par un (ou plusieurs) kinésithérapeute(s) sous la surveillance d’un médecin spécialiste qui a attesté la prestation.	4**	Lettre « G » sur l’attestation de soins (médecin a accès aux données du DMG mais n’est pas le gestionnaire de celui-ci).	5	Prestation attestée par le maître de stage mais effectuée par le médecin stagiaire (seulement dans le cadre d’e-fac médecins généralistes, pas pour les médecins spécialistes ni pour les dentistes).	9	Prestation ou série de prestations ne pouvant pas être affectées à un dispensateur unique, car celle-ci a été effectuée collégialement par plusieurs dispensateurs.
Valeur	Signification																		
0	Il n'y a pas de dispensateur communiqué dans la zone SS00065.																		
1	Prestation ou série de prestations pouvant être affectées au dispensateur unique qui l'a effectuée.																		
2	Prestation ou série de prestations attestée par un infirmier, mais effectuée par un aide soignant. Prestation attestée par un praticien de l’art dentaire / stomatologue, mais effectuée par un hygiéniste bucco-dentaire.																		
3	Prestation de physiothérapie (art. 22) (partiellement) effectuée par un (ou plusieurs) kinésithérapeute(s) sous la surveillance d’un médecin spécialiste qui a attesté la prestation.																		
4**	Lettre « G » sur l’attestation de soins (médecin a accès aux données du DMG mais n’est pas le gestionnaire de celui-ci).																		
5	Prestation attestée par le maître de stage mais effectuée par le médecin stagiaire (seulement dans le cadre d’e-fac médecins généralistes, pas pour les médecins spécialistes ni pour les dentistes).																		
9	Prestation ou série de prestations ne pouvant pas être affectées à un dispensateur unique, car celle-ci a été effectuée collégialement par plusieurs dispensateurs.																		

toujours la valeur 9;
0591076, 0591080, 0591091, 0591102, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146, 0591603, 0700000
et pseudo-codes oncofreezing : toujours la valeur 1.

Prestations infirmières pour lesquelles des enregistrements statistiques avec pseudo-codes sont nécessaires(*) :

- Lorsque tous les soins dans le cadre d'une de ces prestations ont été effectués par 1 infirmier: Prestation + tous les pseudo-codes: norme 1
- Lorsque tous les soins dans le cadre d'une de ces prestations ont été effectués par 1 aide soignant: Prestation + tous les pseudo-codes: norme 2
- Lorsque les soins ont été effectués par plusieurs infirmiers et/ou aides soignants: Prestation: norme 9 Pseudo-codes: norme 1 pour les prestations effectuées par un infirmier; norme 2 pour les prestations effectuées par un aide soignant

Conventions chirurgie complexe

Toujours norme 9 (puisque les prestations doivent être effectuées par deux médecins-spécialistes en chirurgie).

(*) Forfait A, B, C, PA, PB, PC, PP, prestations 427534, 427556, 427571 ou 429251 ainsi que les honoraires supplémentaires PN.

(**) La norme 4 peut seulement être utilisée lorsque, dans le circuit papier, la lettre "G" est utilisée (donc seulement pour les prestations avec diminution du ticket modérateur grâce au DMG).

(***) Supprimés à partir du 01/04/2022.

Verstrekker norm

Waarde Betekenis

0	Er wordt geen verstrekker meegedeeld in zone SS00065.
1	Verstrekking of reeks van verstrekkingen die kan toegeschreven worden aan één enkele verstrekker die ze heeft verricht.
2	Verstrekking of reeks van verstrekkingen geattesteerd door verpleegkundige maar verricht door zorgkundige. Verstrekking geattesteerd door tandheelkundige of stomatoloog maar verricht door mondhygiënist.
3	Verstrekking fysiotherapie (art. 22) die (gedeeltelijk) verricht werd door een (of meerdere) kinesitherapeut(en) onder toezicht van een geneesheer-specialist die de verstrekking heeft geattesteerd.
4**	Letter "G" op getuigschrift voor verstrekte hulp (arts heeft toegang tot de gegevens van het GMD, maar is niet de beheerder ervan).
5	Verstrekking geattesteerd door de stagemester maar verricht door een stagedoende geneesheer (enkel in het kader van e-fac huisartsen, niet voor artsen-specialisten of tandartsen).
9	Verstrekking of reeks van verstrekkingen die niet kan toegeschreven worden aan één enkele verstrekker, want ze werd door verscheidene verstrekkers gezamenlijk verricht.

Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen:

0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, 0592815 tot 0592874, 0592911 tot 0592970, 0593014 tot 0593073, 0593110 tot 0593176 : moeten steeds vermeld worden met waarde 1 of 9, naargelang al de prestaties van het voorschrift door 1 of meerdere verstrekkers werden verricht; 0590166 tot 0590332, 0460703, 0460784, 0460821, 0641465(**), 0641480(**), 0641502 (**), 0641524 : moeten steeds worden vermeld met waarde 9; 0591076, 0591080, 0591091, 0591102, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146, 0591603, 0700000 en pseudo-codes oncofreezing: moeten steeds vermeld worden met waarde 1.

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

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

Overeenkomsten complexe chirurgie

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

(*) Forfait A, B, C, PA, PB, PC, PP, prestaties 427534, 427556, 427571 of 429251 en supplementair honorarium PN.

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

(***) Geschrapt vanaf 01/04/2022.

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 50 ZONE 16

Remarques - Opmerkingen:

Norme du prestataire

Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1.

Verstrekker norm

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.

Norme du prescripteur Voorschrijver norm			SS00345																																
<u>Type de donnée :</u> Alphanumérique <u>Type data:</u> Alfanumeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 1	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 495	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 495																																
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Norme du prescripteur Voorschrijver norm																																			
<u>Codification - Codering:</u> Norme du prescripteur <table><tr><th>Valeur</th><th>Signification</th></tr><tr><td>0</td><td>Pas de prescripteur.</td></tr><tr><td>1</td><td>La prestation peut être attribuée à un prescripteur.</td></tr><tr><td>2</td><td>Echelonnement (la prestation est facturée avec intervention personnelle réduite) (le numéro d'identification du médecin généraliste référent doit être mentionné dans la zone 24-25). (Nouvelle valeur à partir de G2021M01)</td></tr><tr><td>3</td><td>Les prestations sont effectuées pour ses propres patients.</td></tr><tr><td>4</td><td>Il s'agit de prestations ajoutées.</td></tr><tr><td>5</td><td>La prestation peut être attribuée à un prescripteur et elle a été substituée.</td></tr><tr><td>6</td><td>La prestation est prescrite par différents prescripteurs et elle a été substituée.</td></tr><tr><td>9</td><td>La prestation est prescrite par différents prescripteurs. Le numéro d'identification de l'un d'entre eux est enregistré dans la zone du prescripteur (zone SS00070).</td></tr></table> Pour les soins infirmiers, la norme prescripteur est égale à 0, 1 ou 9. Voorschrijver norm <table><tr><th>Waarde</th><th>Betekenis</th></tr><tr><td>0</td><td>Geen voorschrijver.</td></tr><tr><td>1</td><td>De verstrekking kan toegeschreven worden aan 1 voorschrijver.</td></tr><tr><td>2</td><td>Echelonnering (de verstrekking wordt gefactureerd met verminderd persoonlijk aandeel) (het identificatienummer van de verwijzende huisarts moet vermeld worden in de zone 24-25). (Nieuwe waarde vanaf G2021M01)</td></tr><tr><td>3</td><td>De verstrekkingen worden verricht voor eigen patiënten.</td></tr><tr><td>4</td><td>Het betreft toegevoegde verstrekkingen.</td></tr><tr><td>5</td><td>De verstrekking kan toegeschreven worden aan 1 voorschrijver en werd gesubstitueerd.</td></tr></table>				Valeur	Signification	0	Pas de prescripteur.	1	La prestation peut être attribuée à un prescripteur.	2	Echelonnement (la prestation est facturée avec intervention personnelle réduite) (le numéro d'identification du médecin généraliste référent doit être mentionné dans la zone 24-25). (Nouvelle valeur à partir de G2021M01)	3	Les prestations sont effectuées pour ses propres patients.	4	Il s'agit de prestations ajoutées.	5	La prestation peut être attribuée à un prescripteur et elle a été substituée.	6	La prestation est prescrite par différents prescripteurs et elle a été substituée.	9	La prestation est prescrite par différents prescripteurs. Le numéro d'identification de l'un d'entre eux est enregistré dans la zone du prescripteur (zone SS00070).	Waarde	Betekenis	0	Geen voorschrijver.	1	De verstrekking kan toegeschreven worden aan 1 voorschrijver.	2	Echelonnering (de verstrekking wordt gefactureerd met verminderd persoonlijk aandeel) (het identificatienummer van de verwijzende huisarts moet vermeld worden in de zone 24-25). (Nieuwe waarde vanaf G2021M01)	3	De verstrekkingen worden verricht voor eigen patiënten.	4	Het betreft toegevoegde verstrekkingen.	5	De verstrekking kan toegeschreven worden aan 1 voorschrijver en werd gesubstitueerd.
Valeur	Signification																																		
0	Pas de prescripteur.																																		
1	La prestation peut être attribuée à un prescripteur.																																		
2	Echelonnement (la prestation est facturée avec intervention personnelle réduite) (le numéro d'identification du médecin généraliste référent doit être mentionné dans la zone 24-25). (Nouvelle valeur à partir de G2021M01)																																		
3	Les prestations sont effectuées pour ses propres patients.																																		
4	Il s'agit de prestations ajoutées.																																		
5	La prestation peut être attribuée à un prescripteur et elle a été substituée.																																		
6	La prestation est prescrite par différents prescripteurs et elle a été substituée.																																		
9	La prestation est prescrite par différents prescripteurs. Le numéro d'identification de l'un d'entre eux est enregistré dans la zone du prescripteur (zone SS00070).																																		
Waarde	Betekenis																																		
0	Geen voorschrijver.																																		
1	De verstrekking kan toegeschreven worden aan 1 voorschrijver.																																		
2	Echelonnering (de verstrekking wordt gefactureerd met verminderd persoonlijk aandeel) (het identificatienummer van de verwijzende huisarts moet vermeld worden in de zone 24-25). (Nieuwe waarde vanaf G2021M01)																																		
3	De verstrekkingen worden verricht voor eigen patiënten.																																		
4	Het betreft toegevoegde verstrekkingen.																																		
5	De verstrekking kan toegeschreven worden aan 1 voorschrijver en werd gesubstitueerd.																																		

6	De verstrekking is voorgeschreven door meerdere voorschrijvers en werd gesubstitueerd.
9	De verstrekking is voorgeschreven door meerdere voorschrijvers. Het identificatienummer van één van hen wordt opgenomen in de zone van de voorschrijver (zone SS00070).
<u>Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:</u> ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 50 ZONE 26	
<u>Remarques - Opmerkingen:</u> Norme du prescripteur Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1. Voorschrijver norm Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.	

Exception tiers payant Uitzondering derdebetalersregeling			SS00350																						
<u>Type de donnée :</u> Alphanumérique <u>Type data:</u> Alfanumeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 1	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 496	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 496																						
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Exception tiers payant Uitzondering derdebetalersregeling																									
<u>Codification - Codering:</u> Exception tiers payant La cause de l'exception à l'interdiction de l'application du régime tiers payant est mentionnée, au moyen d'un code, dans cette zone (voir A.R. du 18/9/2015). Lorsque le contenu de cette zone est différent de zéro, l'exception doit être justifiée selon les modalités fixées dans la circulaire O.A 2017/305 du 23 octobre 2017. <table><tr><th>Valeur</th><th>Signification</th></tr><tr><td>1</td><td>décès, coma</td></tr><tr><td>2</td><td>état d'urgence financière</td></tr><tr><td>3</td><td>VIPO tarif préférentiel, revenus annuels bruts imposables < minimum d'existence, chômeurs longue durée, droit aux allocations familiales majorées</td></tr><tr><td>4</td><td>prestations dispensées dans le cadre d'un accord prévoyant le paiement forfaitaire de certaines prestations</td></tr><tr><td>5</td><td>prestations dispensées dans les centres de santé mentale, centres de planning familial et d'information sexuelle et centres d'accueil pour toxicomanes</td></tr><tr><td>6</td><td>prestations dispensées dans des établissements spécialisés dans les soins aux enfants, aux personnes âgées ou aux handicapés</td></tr><tr><td>7</td><td>prestations dispensées dans le cadre d'un service de garde de médecine générale</td></tr><tr><td>8</td><td>statut affection chronique</td></tr><tr><td>P</td><td>patients palliatifs</td></tr><tr><td>0</td><td>tous les autres cas</td></tr></table>				Valeur	Signification	1	décès, coma	2	état d'urgence financière	3	VIPO tarif préférentiel, revenus annuels bruts imposables < minimum d'existence, chômeurs longue durée, droit aux allocations familiales majorées	4	prestations dispensées dans le cadre d'un accord prévoyant le paiement forfaitaire de certaines prestations	5	prestations dispensées dans les centres de santé mentale, centres de planning familial et d'information sexuelle et centres d'accueil pour toxicomanes	6	prestations dispensées dans des établissements spécialisés dans les soins aux enfants, aux personnes âgées ou aux handicapés	7	prestations dispensées dans le cadre d'un service de garde de médecine générale	8	statut affection chronique	P	patients palliatifs	0	tous les autres cas
Valeur	Signification																								
1	décès, coma																								
2	état d'urgence financière																								
3	VIPO tarif préférentiel, revenus annuels bruts imposables < minimum d'existence, chômeurs longue durée, droit aux allocations familiales majorées																								
4	prestations dispensées dans le cadre d'un accord prévoyant le paiement forfaitaire de certaines prestations																								
5	prestations dispensées dans les centres de santé mentale, centres de planning familial et d'information sexuelle et centres d'accueil pour toxicomanes																								
6	prestations dispensées dans des établissements spécialisés dans les soins aux enfants, aux personnes âgées ou aux handicapés																								
7	prestations dispensées dans le cadre d'un service de garde de médecine générale																								
8	statut affection chronique																								
P	patients palliatifs																								
0	tous les autres cas																								

Lorsque l'exception a été reçue via (My)CareNet, alors cette zone peut être égale à zéro sauf dans le cas d'e-fac médecins généralistes ou dentistes (où la justification tiers payant qui est communiquée dans la réponse à la consultation du tarif doit être mentionnée dans cette zone).

Le contenu de cette zone est toujours égal à zéro pour toutes les prestations qui ne tombent pas sous l'interdiction du régime du tiers payant.

Uitzondering derdebetalersregeling

In deze zone moet door middel van een code worden aangeduid welke de oorzaak is van de uitzondering op het verbod om de derdebetalersregeling toe te passen (zie K.B. van 18/9/2015).

Indien de waarde in deze zone verschillend is van nul moet de uitzondering worden gewettigd volgens de modaliteiten vastgelegd in de omzendbrief V.I. 2017/305 van 23 oktober 2017.

Waarde Betekenis

- | | |
|---|---|
| 1 | overlijden, coma |
| 2 | financiële noodsituatie |
| 3 | WIGW voorkeurtarief,
bruto belastbaar inkomen < leefloon,
langdurig werklozen,
recht op verhoogde kinderbijslag |
| 4 | prestaties verricht in het kader van een akkoord dat voorziet in de forfaitaire betaling van bepaalde prestaties |
| 5 | prestaties verricht in centra voor geestelijke gezondheidszorg, centra voor gezinsplanning en seksuele voorlichting en centra voor opvang van toxicomanen |
| 6 | prestaties verricht in inrichtingen gespecialiseerd in het verzorgen van kinderen, bejaarden of mindervaliden |
| 7 | prestaties verricht in het kader van een georganiseerde huisartsenwachtdienst |
| 8 | statuut chronische aandoening |
| P | palliatieve patiënten |
| 0 | alle andere gevallen |

Indien de uitzondering werd verkregen via (My)CareNet, dan mag deze zone gelijk zijn aan nul, behalve ingeval van e-fac huisartsen of tandartsen (waarbij de rechtvaardiging derdebetaler, 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.

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 50 ZONE 32

Attention: cette zone **ne peut plus être remplie** à partir de la **date de prestation 01/04/2024**. À compter de cette date, le type d'enregistrement 50 – ZONE 32 contient les instructions relatives à l'information de « Justification » (New Deal médecins généralistes).

Opgelet: deze zone **mag niet meer ingevuld worden** vanaf **prestatiedatum 01/04/2024**. Het recordtype 50 – ZONE 32 bevat vanaf die datum de instructies voor "Rechtvaardiging" (New Deal huisartsen).

Remarques - Opmerkingen:

Exception tiers payant

Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1 jusqu'à la date de prestation 01/04/2024.

Uitzondering derdebetalersregeling

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1 tot prestatiedatum 01/04/2024.

Forme galénique préparation magistrale Galenische vorm magistrale bereiding		SS00355																																									
<u>Type de donnée :</u> Alphanumérique <u>Type data:</u> Alfnumeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 3	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 497	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 499																																								
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Forme galénique préparation magistrale Galenische vorm magistrale bereiding																																											
<u>Codification - Codering:</u> Forme galénique préparation magistrale Cette zone doit obligatoirement être complétée si le contenu de la zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072, 0750094. Si la zone 4 = 0750116, alors cette zone peut être remplie (facultatif). Dans tous les autres cas, le contenu de cette zone est égal à 0. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Valeur</th> <th>Signification</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>01</td><td>Gélules</td></tr> <tr><td>02*</td><td>Cachets</td></tr> <tr><td>08</td><td>suppo adultes</td></tr> <tr><td>09</td><td>suppo enfants</td></tr> <tr><td>10</td><td>Ovules</td></tr> <tr><td>11</td><td>Rectioles</td></tr> <tr><td>13</td><td>ampoules</td></tr> <tr><td>15</td><td>poudres à diviser</td></tr> <tr><td>20</td><td>solutions usage interne</td></tr> <tr><td>21</td><td>solutions usage externe</td></tr> <tr><td>22*</td><td>solutions usage externe (usage aigu : 2 tickets modérateurs maximum)</td></tr> <tr><td>27</td><td>gouttes ophtalmiques</td></tr> <tr><td>28</td><td>lotions ophtalmiques</td></tr> <tr><td>30</td><td>pommades</td></tr> <tr><td>31</td><td>pommades ophtalmiques</td></tr> <tr><td>32*</td><td>pommades (usage aigu : 2 tickets modérateurs maximum)</td></tr> <tr><td>40</td><td>mélanges de poudres ou de plantes</td></tr> <tr><td>71</td><td>gélules enrobées</td></tr> <tr><td>90</td><td>délivrances telles quelles (p.ex. oxygène)</td></tr> </tbody> </table>				Valeur	Signification	01	Gélules	02*	Cachets	08	suppo adultes	09	suppo enfants	10	Ovules	11	Rectioles	13	ampoules	15	poudres à diviser	20	solutions usage interne	21	solutions usage externe	22*	solutions usage externe (usage aigu : 2 tickets modérateurs maximum)	27	gouttes ophtalmiques	28	lotions ophtalmiques	30	pommades	31	pommades ophtalmiques	32*	pommades (usage aigu : 2 tickets modérateurs maximum)	40	mélanges de poudres ou de plantes	71	gélules enrobées	90	délivrances telles quelles (p.ex. oxygène)
Valeur	Signification																																										
01	Gélules																																										
02*	Cachets																																										
08	suppo adultes																																										
09	suppo enfants																																										
10	Ovules																																										
11	Rectioles																																										
13	ampoules																																										
15	poudres à diviser																																										
20	solutions usage interne																																										
21	solutions usage externe																																										
22*	solutions usage externe (usage aigu : 2 tickets modérateurs maximum)																																										
27	gouttes ophtalmiques																																										
28	lotions ophtalmiques																																										
30	pommades																																										
31	pommades ophtalmiques																																										
32*	pommades (usage aigu : 2 tickets modérateurs maximum)																																										
40	mélanges de poudres ou de plantes																																										
71	gélules enrobées																																										
90	délivrances telles quelles (p.ex. oxygène)																																										

91 préparations préfabriquées

En cas d'imputation d'honoraires supplémentaires, la valeur est précédée de « 1 ».

Dans tous les autres cas la valeur est précédée de « 0 »

A partir du 1/4/2014, la première position de cette zone est toujours égale à zéro. En effet, un honoraire supplémentaire est seulement encore prévu pour les gélules enrobées (« 71 »).

(*) supprimé pour les délivrances à partir du 1/4/2014

Galenische vorm magistrale bereiding

Deze zone moet verplicht ingevuld worden indien de inhoud van zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072, 0750094.

Indien zone 4 = 0750116, dan mag deze zone ingevuld worden (facultatief).

In alle andere gevallen is deze zone gelijk aan nul.

Waarde Betekenis

01	Gelulen
02*	Ouwels
08	suppo volwassenen
09	suppo kinderen
10	Ovulen
11	rectiolen
13	ampullen
15	te verdelen poeders
20	oplossingen inwendig gebruik
21	oplossingen uitwendig gebruik
22*	oplossingen uitwendig gebruik (acuut gebruik : 2 remgelden maximum)
27	oogdruppels
28	ooglotion
30	Zalven
31	oogzalven
32*	zalven (acuut gebruik : 2 remgelden maximum)
40	gemengde poeders of planten
71	gelulen omhuld
90	afleveringen als dusdanig (bv. zuurstof)
91	geprefabriceerde preparaten

Indien er een bijkomend honorarium aangerekend wordt, wordt de waarde voorafgegaan door "1".

In alle andere gevallen wordt de waarde voorafgegaan door "0".

Vanaf 1/4/2014 is de eerste positie van deze zone steeds gelijk aan nul. Er is immers enkel nog een bijkomend honorarium voorzien voor omhulde gelulen ("71").

(*) geschrapt voor afleveringen vanaf 1/4/2014

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 40 ZONE 37

Remarques - Opmerkingen:

Forme galénique préparation magistrale

Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1.

Galenische vorm magistrale bereiding

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.

Heure de prestation Uur prestatie		SS00360	
<u>Type de donnée :</u> Alphanumérique <u>Type data:</u> Alfanumeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 4	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 500	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 503
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Heure de prestation Uur prestatie			
<u>Codification - Codering:</u> Heure de prestation Cette zone est provisoirement inutilisée, mais réservée pour une éventuelle application ultérieure. Le but à terme, est de mentionner dans cette zone l'heure de début de prestation (ou l'heure de prélèvement en cas de prestations de biologie clinique). L'utilisation de cette zone n'est justifiée que lorsque plusieurs prestations sont effectuées le même jour ou risquent de poser un problème lors de contrôles de cumul. Exemples pour lesquels la mention de l'heure de prestation serait utile : • prestations ambulatoires effectuées le jour d'admission ou de sortie d'un établissement hospitalier; • prestations avec plusieurs séances le même jour, effectuées deux ou plusieurs fois par jour; • prestations qui ne peuvent pas être cumulées dans une même séance, lorsqu'elles sont effectuées durant plusieurs séances le même jour; • prestations de biologie clinique lors de prélèvements multiples effectués le même jour = heure du prélèvement; • prestations qui donnent droit aux suppléments d'honoraires pour prestations techniques urgentes (art. 26), dans le cas où elles sont effectuées la nuit, à des périodes différentes; • ... Uur prestatie Deze zone wordt voorlopig niet gebruikt, maar gereserveerd voor een mogelijk latere toepassing. Het is de bedoeling om op termijn, in deze zone, het beginuur te laten vermelden van een prestatie (of een afname ingeval van prestaties klinische biologie). Het gebruik van deze zone is enkel gewettigd indien meerdere verstrekkingen op eenzelfde dag zijn verricht, of indien er zich een mogelijk probleem stelt met betrekking tot de cumulregels.			

Voorbeelden waarbij het vermelden van het uur van prestatie nuttig zou kunnen zijn :

- ambulante verstrekking verricht de dag van opname of ontslag uit een verplegingsinrichting;
- verstrekkingen van meerdere zittingen per dag, 2 of meerdere malen verricht per dag;
- verstrekkingen die niet mogen gecumuleerd worden tijdens eenzelfde zitting, en die tijdens meerdere zittingen op dezelfde dag worden gepresteerd;
- verstrekkingen klinische biologie afkomstig van meerdere afnames op dezelfde dag;
- verstrekkingen die aanleiding geven tot honoraria supplementen voor dringende technische prestaties (art. 26), wanneer ze op verschillende tijdstippen gedurende de nacht worden verricht.
- - ...

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 50 ZONE 36-37

Remarques - Opmerkingen:

Heure de prestation

Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1.

Uur prestatie

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.

Code enregistrement Registratiecode		SS00365	
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 14	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 504	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 517
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Code enregistrement Qermid ou BELRAP Registratiecode Qermid of BELRAP			
<u>Codification - Codering:</u> Code enregistrement Qermid ou BELRAP Cette zone peut seulement être remplie à partir du 1/4/2015 (ET 50 Z 5 ≥ 20150401). Elle est remplie avec des zéros jusqu'au 31/03/2015 inclus (ET 50 Z 5 < 20150401). Pour les prestations de 1/4/2015 à 31/8/2015 inclus, le remplissage de cette zone est facultatif. Pour les prestations à partir du 1/9/2015, le remplissage est obligatoire. En cas de facturation des implants ou des dispositifs médicaux invasifs pour lesquels la zone « Qermid » du fichier de référence « LIST » est égale à 2, le code d'enregistrement qui a été obtenu via Qermid doit être mentionné dans cette zone, sauf dans les enregistrements statistiques (norme 9). Dans tous les autres cas, cette zone est égale à zéro, donc également lors de l'acte médical durant lequel du matériel avec code Qermid = 2 est utilisé ou pour la marge de délivrance ou pour la marge de sécurité du matériel avec code Qermid = 2. A partir de la date de prestation x/x/2017 (encore à déterminer), le code d'enregistrement obtenu via BELRAP doit être mentionné pour la prestation 432773-432784. Ce code d'enregistrement a la structure suivante : 0XXXXAAZZZZZZCC. XXX type produit AA année ZZZZZZ numéro d'ordre CC check-digit (= reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 11 premiers chiffres du code d'enregistrement et le diviseur est égal à 97) Registratiecode Qermid of BELRAP Deze zone mag slechts ingevuld worden vanaf 1/4/2015 (R 50 Z 5 ≥ 20150401). Tot en met 31/03/2015 (R 50 Z 5 < 20150401) moet ze dus met nullen opgevuld worden.			

Voor prestaties van 1/4/2015 tot en met 31/8/2015 is de invulling van deze zone facultatief.
Voor prestaties vanaf 1/9/2015 is de invulling verplicht.

Ingeval van facturatie van implantaten of invasieve medische hulpmiddelen, waarvoor de zone "Qermid" in het referentiebestand "LIST" gelijk is aan 2, moet in deze zone de registratiecode vermeld worden die via Qermid bekomen werd, behalve in statistische records (norm 9).
In alle andere gevallen is deze zone gelijk aan nul, dus ook bij de medische akte waarbij materiaal met code Qermid = 2 gebruikt wordt of bij de afleveringsmarge of veiligheidsgrens bij materiaal met code Qermid = 2.

Vanaf prestatiedatum x/x/2017 (nog te bepalen) moet voor de verstrekking 432773-432784 de registratiecode vermeld worden die via BELRAP bekomen werd.

Deze registratiecode heeft de volgende structuur:

0XXYYZZZZZCC.

XXX	type product
AA	jaartal
ZZZZZZ	volgnummer
CC	check-digit (= rest van de deling waarvan het deeltal bestaat uit de eerste 11 cijfers van de registratiecode en de deler gelijk is aan 97).

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 50 ZONE 57-58-59

Remarques - Opmerkingen:

Code enregistrement

Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1.

Registratiecode

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.

Lieu du séjour Verblijfplaats			SS00370
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 12	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 518	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 529
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Lieu du séjour Verblijfplaats			
<u>Codification - Codering:</u> Lieu du séjour Dans cette zone, le numéro d'identification de l'hôpital d'admission doit être mentionné s'il s'agit d'une facture relative à un patient hospitalisé. S'il s'agit de factures se rapportant à une convention de rééducation (soit interne, soit externe), le numéro de la convention doit être repris. S'il s'agit de factures des MRS, MRPA, MSP ou IHP, alors le numéro de l'institution concernée doit être mentionné. Voir enregistrement de type 10 zone 14. Lorsqu'il s'agit d'un patient hospitalisé pour lequel une salle de plâtre, une journée d'entretien pour dialyse rénale ou une journée d'entretien forfaitaire peut être facturée parallèlement à une journée d'hospitalisation, il y a lieu de reprendre le numéro de l'hôpital où le patient a été admis originellement. Lorsqu'il s'agit d'un patient hospitalisé qui suit un programme de rééducation simultanément, la facture doit obligatoirement être subdivisée en une facture hospitalisation individuelle et une facture rééducation individuelle. Si la zone 10 de l'enregistrement de type 20 = 1, le numéro de l'hôpital doit alors être mentionné dans cette zone. Si la zone 10 de l'enregistrement de type 20 = 5 ou 6, le numéro du centre de rééducation doit alors être mentionné dans cette zone. Si la zone 10 de l'enregistrement de type 20 = 4, le numéro de l'institution concernée doit alors être mentionné dans cette zone.			

Dans tous les autres cas, et donc également pour les praticiens de l'art infirmier, le contenu de cette zone doit être égal à zéro.

Ce numéro est structuré comme suit :

A BBB PPP CC QQQ

A	toujours 0
BBB	type d'institution
PPP	numéro d'ordre d'institution
CC	chiffres de contrôle
QQQ	qualification

Verblijfplaats

In deze zone moet het identificatienummer van de verplegingsinrichting van de opname worden vermeld ingeval het gaat om een factuur betreffende een gehospitaliseerde patiënt.

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

Indien het gaat om facturen van RVT, ROB, PVT of BW moet het nummer van de betreffende inrichting worden vermeld.

Zie recordtype 10 zone 14.

Wanneer het een gehospitaliseerde patiënt betreft voor wie een gipskamer, een forfait nierdialyse of een forfaitaire verpleegdag mag gefactureerd worden samen met een werkelijke verpleegdag, dient het nummer van de verplegingsinrichting te worden vermeld waar de patiënt eerst opgenomen werd.

Indien het gaat om een gehospitaliseerde patiënt die gelijktijdig een revalidatieprogramma ondergaat dan moet de factuur verplicht opgesplitst worden in een individuele factuur hospitalisatie en een individuele factuur revalidatie.

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

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

Indien recordtype 20 zone 10 = 4 dan moet in deze zone het nummer van de betreffende inrichting worden vermeld.

In alle andere gevallen, dus ook voor de verpleegkundigen, is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

Dit nummer wordt als volgt samengesteld :

A BBB PPP CC QQQ

A	steeds 0
BBB	type instelling
PPP	volgnummer instelling
CC	controlegetal

QQQ

bekwaming

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 20 ZONE 15

ANNEXE 16.1 Structure des numéros d'identification INAMI / BIJLAGE 16.1 structuur van de RIZIV-identificatienummers

Remarques - Opmerkingen:

Lieu du séjour

Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1.

Pour les analystes

Cette zone sera toujours livrée codée, à moins d'une autorisation explicite du comité de sécurité de l'information. Le format originel est numérique; après codage, il est alphanumérique. Le nombre de positions reste identique.

Verblijfplaats

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.

Voor de analisten

Deze zone wordt steeds gecodeerd opgeleverd, tenzij er een expliciete toestemming van het informatieveiligheidscomité bekomen wordt. Het originele formaat van deze zone is numeriek, na codering wordt deze zone alfanumeriek. Het aantal posities voor en na codering blijft dezelfde.

Appareil d'imagerie medicale Toestel medische beeldvorming		SS00375	
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 12	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 530	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 541
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Appareil d'imagerie medicale Dans cette zone, le numéro d'identification unique de l'appareil d'imagerie médicale attribué par l'INAMI doit être complété. Toestel medische beeldvorming In deze zone moet het uniek identificatienummer van het toestel medische beeldvorming, dat toegekend werd door het RIZIV, worden ingevuld.			
<u>Codification - Codering:</u> Appareil d'imagerie medicale 0YYYYYYZZCCC avec YYYYYY un numéro d'ordre ZZ check-digit CCC 000 Si l'appareil est défectueux et que l'examen est, donc, exécuté sur un appareil de remplacement, alors le numéro d'identification de l'appareil attribué par l'INAMI doit être mentionné dans cette zone en remplaçant la dernière position par « 1 ». Toestel medische beeldvorming 0YYYYYYZZCCC met YYYYYY een volgnummer ZZ check-digit CCC 000 Indien het toestel defect is en het onderzoek dus op een vervangtoestel uitgevoerd wordt, dan moet in deze zone het identificatienummer van het toestel dat toegekend werd door het RIZIV vermeld worden, waarbij de laatste positie vervangen wordt door "1".			
<u>Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:</u>			

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 52 ZONE 18

Remarques - Opmerkingen:

Appareil d'imagerie médicale

Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2015Q1.

Toestel medische beeldvorming

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2015Q1.

Motif régularisation Motief regularisatie			SS00385
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 1	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 542	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 542
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Motif régularisation Pour les régularisations, la raison de la régularisation doit être remplie. Motief regularisatie Voor de regularisaties moet de reden van de regularisatie worden ingevuld.			
<u>Codification - Codering:</u> Motif régularisation 0 comptabilisation normale (initiale) des dépenses 1 subrogation (application article 136 SSI) 2 récupération des prestations indûment payées (application article 164 SSI, contrôle à posteriori, fraude, activité service contrôle INAMI...) 3 irrégularités tiers/assurés (double facturation, remboursement spontané, dossier incomplet droit au statut préférentiel (par l’assuré), dossier incomplet droit au maximum à facturer (par l’assuré)...) 4 irrégularités organismes assureurs (mauvaise interprétation de la nomenclature par les mutualités, attribution erroné du droit au statut préférentiel par les mutualités, droit d’attribution erroné du droit au maximum à facturé par les mutualités...) 5 irrégularités INAMI/autorité de tutelle (adaptation règlementaire avec effet rétroactif, adaptation des tarifs avec effet rétroactif...) 6 autres irrégularités 7 montant refusé par les caisses étrangères devant être réintroduit dans le régime Belge Motief regularisatie 0 normale (initiële) boeking uitgave 1 subrogatie (toepassing artikel 136 GvU) 2 terugvorderingen van ten onrechte betaalde prestaties (toepassing artikel 164 GvU, controle à posteriori, fraude, activiteit controlediensten RIZIV, ...)			

3	onregelmatigheden derden/verzekerden (dubbele facturatie, spontane terugbetalingen, onvolledig dossier recht op voorkeurregeling (door verzekerde), onvolledig dossier recht op maximumfactuur (door verzekerde), ...)
4	onregelmatigheden verzekeringsinstellingen (verkeerde interpretatie nomenclatuur door ziekenfonds, verkeerdelijke toekenning recht op voorkeurregeling (door ziekenfonds), verkeerdelijke toekenning recht op maximumfactuur (door ziekenfonds), ...)
5	onregelmatigheden RIZIV/toeziende overheid (toepassing reglementering met terugwerkende kracht, toepassing prijzen met terugwerkende kracht, ...)
6	andere onregelmatigheden
7	bedragen die door buitenlandse kassen zijn geweigerd en die opnieuw in de Belgische regeling moeten worden ingediend

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

Modèle N : ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 1 ZONE 14

Remarques - Opmerkingen:

Motif régularisation

Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2018Q1.

Motief regularisatie

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2018Q1.

ID unique GZSS/FARMA Unieke ID GZSS/FARMA			SS00455
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 23	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 543	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 565

Description de la zone – Omschrijving van de zone:

ID unique GZSS/PHARMA

GZSS et PHARMANET doivent être considérés comme une seule et même base de données, dans laquelle chaque enregistrement porte un numéro d'identification unique.

Cet ID unique consiste en une chaîne de caractères numériques qui sont couplés à un enregistrement unique dans GZSS ou PHARMANET. L'ID unique permet de sélectionner un enregistrement issu de la base de données GZSS ou PHARMANET de façon certaine.

L'ID doit répondre aux conditions suivantes:

- Une valeur ayant été utilisée pour une facturation dans GZSS ne peut être réutilisée pour une autre facturation dans PHARMANET (et vice-versa).
 Une zone figurant dans la base de données GRSI permet le couplage à la base de données GZSS. Pour une seule et même facturation, la valeur indiquée dans GR00120 (GRSI) doit être identique à celle de SS00455 (GZSS).
- En cas de relivraison éventuelle, le même ID unique doit être relivré pour un même enregistrement. Cela vaut également pour les facturations transmises dans l'envoi original avec GZSS qui font l'objet d'une relivraison dans PHARMA (et vice-versa).

Exemple :

GZSS	PHARMA
1000000000000000000000124	
10000000000000000000000125	
100000000000000000000000126	
	100000000000000000000000127
	100000000000000000000000128
100000000000000000000000129	
100000000000000000000000130	

Unieke ID GZSS/FARMA:

GZSS en FARMANET moeten beschouwd worden als één databank waarbinnen elke record een uniek identificatienummer krijgt.

Deze unieke ID is een numerieke tekenreeks die gekoppeld is aan één enkele record in GZSS of

00

- Numéro aléatoire – Numérique.
- Le numéro aléatoire ne peut être lié à aucune autre notion du secteur (p.ex. mois comptable, distinction GZSS/PHARMA, etc.).

Unieke ID GZSS/FARMA:

XYZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZ

- | | |
|----------|---|
| 1 | VI1 |
| 2 | VI2 |
| 3 | VI3 |
| 4 | VI4 |
| 5 | VI5 |
| 6 | VI6 |
| 7 | GEES-facturaties aangeleverd door NIC |
| 9 | VI9 (inclusief COCOM-facturaties opgeleverd door VI6) |
- YY: buffer
- | | |
|-----------|---|
| 60 | COCOM facturaties van VI9 aangeleverd door VI6 |
| 61 | VSF-facturaties van VI4 aangeleverd onder hosting VI3 |
| 62 | alle andere facturaties van VI4 aangeleverd onder hosting VI3 |
| 71 | GEES-facturaties aangeleverd door NIC |
| 72 | VSF-facturaties |
| 00 | alle andere |
- XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX: ID-nummer
- o Willekeurig nummer – Numeriek.
 - o Het willekeurig nummer mag aan geen enkele business notie gerelateerd zijn (bv. boekhoudmaand, onderscheid GZSS/FARMA, enz.).

Remarques - Opmerkingen:

ID Unique

Cette zone est disponible à partir du mois comptable G2023M01. Le format originel est numérique; après codage, il est alphanumérique. Le nombre de positions reste identique.

Unieke ID

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudmaand G2023M01. Het originele formaat van deze zone is numeriek, na codering wordt deze zone alfanumeriek. Het aantal posities voor en na codering blijft dezelfde.

Détenus Gedetineerden			SS00460
<u>Type de donnée :</u> Alphanumérique <u>Type data:</u> Alfanumeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 7	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 566	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 572
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Détenus Cette zone identifie le type de détenus concernés par la prestation. Le numéro est repris du référentiel détenus envoyés périodiquement aux O.A. par le SPF Justice ou du formulaire papier transmis par l’institution avec la demande de remboursement. Gedetineerden Deze zone geeft aan op welk type gedetineerde de verstrekking betrekking heeft. Het nummer wordt gehaald uit de referentietabel "gedetineerden" die de FOD Justitie periodiek naar de VI's stuurt of uit het papieren formulier dat de instelling samen met de terugbetalingsaanvraag verstrekt.			
<u>Codification - Codering:</u> Détenus Pour les détenus dont le ticket modérateur est également remboursé par l’assurance maladie invalidité, celui-ci doit être comptabilisé sur une ligne spécifique, avec une codification spécifique pour cette zone (détails : voir annexe 4).			
Code "Montant AMI"	Code "Ticket modérateur"	Description régime	
<u>Avec table de référence:</u>			
AMIGE1	TMGE1	Régime classique	
AMIGE4	TMGE4	Semi-liberté	
AMIGE7	TMGE7	Détention limitée	
AMIGE8	/	Détention à domicile	
AMIGE9	/	B/A sous ET (détention préventive sous surveillance électronique)	
AMIGE10	/	ET Dir, à l’exception de TD (surveillance électronique accordée par le directeur de la prison)	
AMIGE11	/	ET DDB (surveillance électronique accordée par la Direction Gestion de la Détention)	

AMIGE12	/	ET SURB (surveillance électronique accordée par le tribunal de l'application des peines)
AMIGE13	/	ET TBS (surveillance électronique accordée en cas de mise à disposition par le tribunal de l'application des peines)
AMIGE14	TMGE14	Maison de transition
AMIGE15	/	Surveillance électronique octroyée par le Juge d'Application des Peines
AMIGE16	TMGE16	Détention Limitée octroyée par le Juge d'Application des Peines
AMIIVER	TMIVER	IVER
AMIIUPM	TMIUPM	En permis de sortie
<u>Sur support papier:</u>		
AMII	TMI	Internés (institutions fédérales de soins privées ou centre régional de soins psychologique) p.e. : CRP Les Marronniers
AMIIIC	TMIIC	internés en institutions communautaires de soins privées p.e. : Maison de repos, maison de repos et de soins, maison de soins psychiatriques
<u>Autres:</u>		
AMIAN1	/	autres détenus. Lorsque le détenu n'entre dans aucune autre catégorie. Cela ne devrait normalement pas arriver.
AMIAN2	TMAND2	autres détenus. Lorsque le détenu n'entre dans aucune autre catégorie. Cela ne devrait normalement pas arriver.

"/"= les types de détenus dont la partie ticket modérateur ne sera vraisemblablement pas remboursée. Ils relèvent de la réglementation classique.

En ce qui concerne les valeurs constituées de moins de 7 positions, la valeur doit être alignée à gauche et complétée par des blancs.

P.ex. « AMII » => à fournir comme « AMII »

Pour les **non détenus**, cette zone ne peut pas être remplie (laissée à blanc).

Gedetineerden

Voor gedetineerden van wie het remgeld ook wordt terugbetaald door de ziekte- en invaliditeitsverzekering, moet het remgeld op een specifieke lijn worden geboekt, met een specifieke codering voor deze zone (voor details: zie bijlage 4).

Code "ZIV-bedrag"	Code "remgeld"	Omschrijving regime
<u>Met referentietabel:</u>		
AMIGE1	TMGE1	Gewoon regime
AMIGE4	TMGE4	Halve vrijheid
AMIGE7	TMGE7	Beperkte detentie
AMIGE8	/	Thuisdetentie
AMIGE9	/	B/A onder ET (voorlopige hechtenis onder elektronisch toezicht)
AMIGE10	/	ET Dir, uitgezonderd TD (elektronisch toezicht toegekend door gevangenisdirecteur)
AMIGE11	/	ET DDB (elektronisch toezicht toegekend door Directie Detentiebeheer)
AMIGE12	/	ET SURB (elektronisch toezicht toegekend door strafuitvoeringsrechtbank)
AMIGE13	/	ET TBS (elektronisch toezicht bij terbeschikkingstelling door strafuitvoeringsrechtbank)
AMIGE14	TMGE14	Transitiehuis
AMIGE15	/	Elektronische toezicht toegekend door de strafuitvoeringsrechtbank
AMIGE16	TMGE16	Beperkte detentie toegekend door de strafuitvoeringsrechtbank
AMIIVER	TMIVER	IVER
AMIIUPM	TMIUPM	In Uitgangspersmissie
<u>Met papiervorm:</u>		
AMII	TMI	Geïnterneerden rechtgeïnterneerden (particuliere federale zorginstellingen of regionaal psychologisch zorgcentrum) bvb: CRP Les marronniers
AMIIIC	TMIIC	Geïnterneerden in particuliere gemeenschapsinstellingen bvb: rustoorden, rust- en verzorgingsinstellingen, psychiatrische verzorgingstehuizen
<u>Andere:</u>		
AMIAN1	/	Andere gedetineerden. Wanneer de gedetineerde niet in een andere categorie past. Dit zou normaal niet mogen gebeuren
AMIAN2	TMAND2	Andere gedetineerden. Wanneer de gedetineerde niet in een andere categorie past. Dit zou normaal niet mogen gebeuren

"/"= de soorten gedetineerden waarvoor het gedeelte remgeld naar verwachting niet zal worden terugbetaald. Zij vallen onder de klassieke regeling.

Voor de waarden die bestaan uit minder dan 7 posities, moet de waarde links gealigneerd worden en aangevuld worden met blanco's.

Vb. "AMII" => aan te leveren als "AMII "

Voor **niet-gedetineerden** mag deze zone niet ingevuld worden (blanco laten).

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

Modèle N : ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 1 ZONE 17

Remarques - Opmerkingen:

Détenus

Cette zone est d'application à partir du mois comptable G2023M02.

Gedetineerden

Deze zone is van toepassing vanaf boekhoudmaand G2023M02.

Code notification implant Notificatiecode implantaat			SS00465
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 12	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 573	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 584
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Code notification implant Chaque implant notifié reçoit un code de notification unique, qui doit être mentionné dans cette zone pour: - les implants non remboursables avec obligation de notification (pseudo-code 960234-960245) - les implants remboursables sans liste nominative avec obligation de notification Notificatiecode implantaat Elk genotificeerd implantaat krijgt een unieke notificatiecode, die in deze zone moet vermeld worden voor: - niet-vergoedbare notificatieplichtige implantaten (pseudo-code 960234-960245); - notificatieplichtige implantaten in terugbetaling zonder nominatieve lijst.			
<u>Codification - Codering:</u> Code notification implant XXXXXXXXXXCC avec XXXXXXXXXX code de notification CC check-digit (97- reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 10 premiers chiffres du code de notification et le diviseur est égal à 97) Les prestations pour lesquelles un code de notification doit être rempli sont indiquées avec la valeur « 1 » ou « 2 » dans la zone « notificationZone55 » du fichier de référence « LIST ». De plus, un code de notification doit également être mentionné pour les pseudo-codes relatifs aux électrodes de la convention « défibrillateur cardiaque implantable ». Lorsqu'un dispositif sur mesure est utilisé pour les prestations de la catégorie I.D. Chapitre I (Pneumologie et système respiratoire) ou de la catégorie II.D (tous les chapitres) pour lesquelles la mention d'un code notification est obligatoire (càd des prestations avec valeur « 1 » ou « 2 » dans la zone "notificationZone55" du fichier de référence "LIST"), le pseudo-code notification 999999999850 doit être rempli dans cette zone.			

Dans tous les autres cas (notamment, pour les implants avec des listes nominatives), cette zone est égale à zéro.

Notificatiecode implantaat

XXXXXXXXXXCC met

XXXXXXXXXX notificatiecode

CC check digit (97 - rest van de deling waarvan het deeltal bestaat uit de eerste 10 cijfers van de notificatiecode en de deler gelijk is aan 97)

Verstrekkingsen waarvoor de notificatiecode moet ingevuld worden zijn in het referentiebestand "LIST" aangeduid met waarde "1" of "2" in de zone "notificationZone55".

Daarnaast moet ook voor de pseudo-codes betreffende elektroden uit de overeenkomst "implanteerbare hartdefibrillatoren" de notificatiecode vermeld worden.

Indien voor verstrekkingen uit categorie I.D Hoofdstuk I (Pneumologie en ademhalingsstelsel) of uit categorie II.D (alle hoofdstukken) waarvoor het vermelden van een notificatiecode verplicht is (m.a.w. verstrekkingen met waarde "1" of "2" in de zone "notificationZone55" in referentiebestand "LIST") een hulpmiddel op maat wordt gebruikt, dan moet de pseudo-notificatiecode 999999999850 ingevuld worden in deze zone.

In alle andere gevallen (o.a. voor implantaten met nominatieve lijsten) is deze zone gelijk aan nul.

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 50 ZONE 55-56

Remarques - Opmerkingen:

Cette zone est disponible à partir du trimestre comptable 2024Q3, mois comptable juillet 2024.

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudtrimester 2024Q3, boekhoudmaand juli 2024.

Code facturation quote-part personnelle ou supplément		SS00470	
Code facturering persoonlijk aandeel of supplement			
<u>Type de donnée :</u> Numérique	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 1	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 585	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 585
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Code facturation quote-part personnelle ou supplément Dans cette zone, on peut indiquer que l'intervention personnelle ou le supplément n'a pas été pris en charge par le patient ou seulement en partie. Code facturering persoonlijk aandeel of supplement In deze zone kan worden aangeduid of het persoonlijk aandeel of het supplement niet of slechts gedeeltelijk ten laste werd gelegd van de patiënt.			
<u>Codification - Codering:</u> Code facturation quote-part personnelle ou supplément 1 L'intervention personnelle et/ou le supplément ont/a été pris(e) en charge, en tout ou en partie, par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI. 2 Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales 3 Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation MAF. Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. 4 Communication droit au MAF reçue mais la facturation à 100 % n'est pas appliquée parce que la facture patient et/ou la facture OA était déjà établie au moment de la communication ou parce qu'il s'agit d'une correction, d'une refacturation ou d'une réintroduction d'une facture normale (pas à 100%). Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. 5 Suppléments d'honoraires attestés par un médecin/dentiste conventionné suite à des exigences particulières du patient, comme prévu dans les accords médico-mut et dento-mut. 6 Interné placé (facturation comme pour un assuré normal, mais facture patient adressée au SPF Justice) 7 Interné placé pour lequel les tickets modérateurs sont portés dans le cadre de la réglementation MAF. Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés.			

- 8** Interné placé pour lequel la communication droit au MAF a été reçue mais la facturation à 100 % n'est pas appliquée parce que la facture patient et/ou la facture OA était déjà établie au moment de la communication ou parce qu'il s'agit d'une correction, d'une refacturation ou d'une réintroduction d'une facture normale (pas à 100%). Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés.
- 9** Catégorie sociale spécifique
- 0** Dans tous les autres cas, également lorsque l'intervention personnelle et/ou le supplément sont/est (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.

Code facturering persoonlijk aandeel of supplement

- 1** Persoonlijk aandeel en/of supplement werd geheel of gedeeltelijk ten laste gelegd van de verstrekker/installing zelf of van een wetgeving buiten de ZIV.
- 2** Remgelden gedragen in het kader van de reglementering arbeidsongevallen internationale verdragen.
- 3** Remgelden gedragen in het kader van de reglementering MAF. Deze waarde kan enkel gebruikt worden door ziekenhuizen voor gehospitaliseerde patiënten.
- 4** Mededeling MAF-recht ontvangen maar 100% facturatie niet toegepast omdat de patiëntenfactuur en/of de factuur aan de VI reeds opgemaakt was op het ogenblik van de mededeling of omdat het gaat om een correctie, herfacturatie of herindiening van een gewone (niet 100%) factuur. Deze waarde kan enkel gebruikt worden door ziekenhuizen voor gehospitaliseerde patiënten.
- 5** Honorariumsupplement aangerekend door geconventioneerde (tand)arts omwille van bijzondere eisen van de patiënt, zoals voorzien in het akkoord (tand)artsen-ziekenfondsen.
- 6** Geplaatste geïnterneerde (facturatie zoals voor een gewone verzekerde, maar patiëntenfactuur wordt aan de FOD Justitie geadresseerd)
- 7** Geplaatste geïnterneerde waarvoor remgelden gedragen worden in het kader van de reglementering MAF. Deze waarde kan enkel gebruikt worden door ziekenhuizen voor gehospitaliseerde patiënten.
- 8** Geplaatste geïnterneerde waarvoor mededeling MAF-recht ontvangen werd maar 100% facturatie niet toegepast werd omdat de patiëntenfactuur en/of de factuur aan de VI reeds opgemaakt was op het ogenblik van de mededeling of omdat het gaat om een correctie, herfacturatie of herindiening van een gewone (niet 100%) factuur. Deze waarde kan enkel gebruikt worden door ziekenhuizen voor gehospitaliseerde patiënten.
- 9** Specifieke sociale categorie.
- 0** In alle andere gevallen, ook als persoonlijk aandeel en/of supplement (rechtstreeks) ten laste genomen wordt van het OCMW of een privé-verzekeringsmaatschappij.

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 30/40/50 ZONE 33

Remarques - Opmerkingen:

Cette zone est disponible à partir du mois comptable janvier 2025.

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudmaand januari 2025.

Valeur de base prestation Basiswaarde verstrekking		SS00475	
<u>Type de donnée :</u> Numérique signé, 2 décimales <u>Type data:</u> Numeriek getekend, 2 decimalen	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> Signe + 7 Tekens + 7	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 586	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 593
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Valeur de base de la prestation Lorsque SS00205 = 1 (« enregistrement à zéro » dans le cadre d'un séjour à basse variabilité dans un hôpital), et SS00165 (montant supplément) > 0, la valeur de base de la prestation doit être mentionnée dans cette zone pour les admissions à partir du 1/7/2019. Il s'agit de la base de calcul pour le supplément mentionné dans SS00165. La valeur de base de la prestation doit être ≤ à l'honoraire réglementaire. Dans tous les autres cas, cette zone doit être remplie avec « +0000000 » (ou éventuellement « -0000000 »). Basiswaarde verstrekking Indien SS00205 = 1 ("nulrecord" in het kader van een verblijf laagvariabele zorg in een ziekenhuis) en SS00165 (bedrag supplement) > 0, dan moet voor opnames vanaf 1/7/2019 in deze zone de basiswaarde van de verstrekking vermeld worden. Het betreft de rekenbasis voor het supplement dat in SS00165 vermeld wordt. De basiswaarde van de verstrekking moet ≤ zijn aan het wettelijk vastgelegde honorarium. In alle andere gevallen moet deze zone opgevuld worden met "+0000000" (of eventueel "-0000000").			
<u>Codification - Codering:</u> Valeur de base de la prestation Cette zone est remplie à partir de la droite. Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche. Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales. Basiswaarde verstrekking Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts. Het algebraïsch teken (+ of -) moet altijd worden vermeld in de eerste positie links. De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal.			

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 50 ZONE 47

Remarques - Opmerkingen:

Cette zone est disponible à partir du mois comptable janvier 2025.

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudmaand januari 2025.

Norm verstrekking/ Norme prestation			SS00480																		
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data :</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities :</u> 1	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie :</u> 594	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie :</u> 594																		
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone :</u> Norme prestation Norm verstrekking																					
<u>Codification - Codering:</u> Les valeurs de cette zone diffèrent selon l'enregistrement de type dont chaque facturation est issue. Norme journée d'entretien (Enregistrement de type 30) <table><tr><th>Valeur</th><th>Signification</th></tr><tr><td>1</td><td>S'il s'agit du premier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.</td></tr><tr><td>2</td><td>S'il s'agit d'un décompte unique des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.</td></tr><tr><td>9</td><td>S'il s'agit du dernier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.</td></tr><tr><td>0</td><td>S'il ne s'agit pas du premier, du seul ou du dernier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.</td></tr></table> Norme prestation produits pharmaceutiques (Enregistrement de type 40) Mode de facturation de la quote-part personnelle théorique du patient <table><tr><th>Valeur</th><th>Signification</th></tr><tr><td>0</td><td>Dans tous les autres cas qui ne sont pas repris dans la valeur 1, 2 ou 9.</td></tr><tr><td>1</td><td>En cas de facturation de médicaments de catégorie B, Bg, Br ou Fb délivrés aux bénéficiaires hospitalisés en dehors du champ d'application de la forfaitarisation, pour lesquels le ticket modérateur théorique a déjà été décompté précédemment pour le même patient et au sein du même service (ticket modérateur théorique = 0)</td></tr><tr><td>2</td><td>En cas de facturation de médicaments de la catégorie B, Bg, Br ou Fb délivrés aux bénéficiaires hospitalisés en dehors du champ d'application de la forfaitarisation, pour</td></tr></table>				Valeur	Signification	1	S'il s'agit du premier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.	2	S'il s'agit d'un décompte unique des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.	9	S'il s'agit du dernier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.	0	S'il ne s'agit pas du premier, du seul ou du dernier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.	Valeur	Signification	0	Dans tous les autres cas qui ne sont pas repris dans la valeur 1, 2 ou 9.	1	En cas de facturation de médicaments de catégorie B, Bg, Br ou Fb délivrés aux bénéficiaires hospitalisés en dehors du champ d'application de la forfaitarisation, pour lesquels le ticket modérateur théorique a déjà été décompté précédemment pour le même patient et au sein du même service (ticket modérateur théorique = 0)	2	En cas de facturation de médicaments de la catégorie B, Bg, Br ou Fb délivrés aux bénéficiaires hospitalisés en dehors du champ d'application de la forfaitarisation, pour
Valeur	Signification																				
1	S'il s'agit du premier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.																				
2	S'il s'agit d'un décompte unique des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.																				
9	S'il s'agit du dernier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.																				
0	S'il ne s'agit pas du premier, du seul ou du dernier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.																				
Valeur	Signification																				
0	Dans tous les autres cas qui ne sont pas repris dans la valeur 1, 2 ou 9.																				
1	En cas de facturation de médicaments de catégorie B, Bg, Br ou Fb délivrés aux bénéficiaires hospitalisés en dehors du champ d'application de la forfaitarisation, pour lesquels le ticket modérateur théorique a déjà été décompté précédemment pour le même patient et au sein du même service (ticket modérateur théorique = 0)																				
2	En cas de facturation de médicaments de la catégorie B, Bg, Br ou Fb délivrés aux bénéficiaires hospitalisés en dehors du champ d'application de la forfaitarisation, pour																				

lesquels le ticket modérateur théorique a déjà été partiellement décompté précédemment pour le même patient et au sein du même service et donc, est plus grand que zéro mais plus petit que le montant attendu.

- 9 En cas de facturation de la spécialité Inomax, les unités supérieures à 96 (heures) sont mentionnées dans un enregistrement séparé avec la norme 9. Les zones SS00060, SS00160 et SS00165 sont égales à zéro.

Norme prestation (Enregistrement de type 50)

Valeur	Signification
1	Aide opératoire en cas de 1ère intervention chirurgicale. Le code de prestation est celui pour lequel l'aide opératoire est portée en compte.
2	Aide opératoire en cas de 2ème intervention chirurgicale ou d'interventions chirurgicales suivantes. Le code de prestation est celui pour lequel l'aide opératoire est portée en compte.
3	Honoraire forfaitaire réduit par admission pour l'imagerie médicale, pour la biologie clinique ou pour la permanence (en cas de réadmission du même patient dans le même hôpital dans un délai de 10 jours après une hospitalisation précédente).
4	Consultations, visites, suppléments d'urgence et indemnité supplémentaire de déplacement sans ticket modérateur dans le cadre de la vaccination contre la grippe AH1N1, où le ticket modérateur est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.
5	Pour la ou les intervention(s) chirurgicale(s) exécutée(s) au cours d'une même séance opératoire dans les champs nettement distincts de l'intervention principale ou pour des prestations pouvant être comptées à 50 % seulement.
6	Les matériaux de l'art. 28 et de l'art. 35 de la nomenclature pour lesquels le prix d'achat est inférieur au prix-INAMI, ne sont par conséquent, tarifés qu'au niveau du montant de la facture. Ce n'est pas valable pour les prestations reprises dans l'article 35, § 18, a)
7	Prestations hors réglementation tiers payant mais qui sont sur le support magnétique pour mémoire et pour lesquelles une facture O.A. par paiement comptant suit.
8	Pour la ou les intervention(s) chirurgicale(s) exécutée(s) au cours d'une même séance opératoire dans le même champ que l'intervention principale et qui ne peu(ven)t pas être attestée(s) car il ne s'agit pas de l'intervention principale.
9	Voir les références aux instructions INAMI. Norme 9, montant = 0 : soins infirmiers.

0 Tous les autres cas

Deze zone heeft aangepaste waarden naargelang het recordtype waarin het gefactureerd werd.

Norm verpleegdag (Recordtype 30)

Waarde Betekenis

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

Norm verstrekking farmaceutische producten (Recordtype 40)

Facturatiewijze theoretisch persoonlijk aandeel van de patiënt.

Waarde Betekenis

- 0 In alle andere gevallen die niet bedoeld zijn onder waarde 1, 2 of 9
- 1 In geval van facturering van geneesmiddelen van categorie B, Bgc, Br of Fb, afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden buiten het toepassingsgebied van de forfaitarisering, waarbij het theoretisch persoonlijk aandeel reeds eerder werd in mindering gebracht voor dezelfde patiënt en binnen dezelfde dienst (theoretisch persoonlijk aandeel = 0).
- 2 In geval van facturering van geneesmiddelen van categorie B, Bgc, Br of Fb, afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden buiten het toepassingsgebied van de forfaitarisering, waarbij het theoretisch persoonlijk aandeel reeds eerder gedeeltelijk in mindering gebracht werd voor dezelfde patiënt en binnen dezelfde dienst en dus groter is dan nul maar kleiner dan het verwachte bedrag.
- 9 In geval van facturering van de specialiteit Inomax worden de eenheden boven de 96 (uren) in een aparte record vermeld met norm 9. Zone 19 (SS00060), zone 27 (SS00160), zone 30-31 (SS00165) en zone 39 (niet aanwezig in de GZSS-layout) zijn dan steeds gelijk aan nul.

Norm verstrekking (Recordtype 50)

Waarde Betekenis

- 1 Operatieve hulp bij eerste heelkundige ingreep.
De prestatiecode is deze waarvoor de operatieve hulp aangerekend wordt.
- 2 Operatieve hulp bij tweede of volgende heelkundige ingreep.
De prestatiecode is deze waarvoor de operatieve hulp aangerekend wordt.
- 3 Gereduceerd forfaitair honorarium per opname voor medische beeldvorming, voor klinische biologie of voor permanentie (in geval van een heropname van dezelfde patiënt in hetzelfde ziekenhuis binnen een termijn van 10 dagen na een vorige opname).
- 4 Raadplegingen, bezoeken, bijkomende honoraria voor dringende verstrekkingen en bijkomende verplaatstingsvergoeding in het kader van de vaccinatie tegen de griep AH1N1, waarbij het remgeld ten laste genomen wordt door de verplichte ziekteverzekering.
- 5 Voor de chirurgische interventie of interventies uitgevoerd tijdens eenzelfde zitting in velden, duidelijk onderscheiden van deze waarin de voornaamste ingreep is opgenomen, of voor verstrekkingen die slechts aan 50 % mogen aangerekend worden.
- 6 Materialen uit art. 28 en art. 35 van de nomenclatuur waarvoor de aankoopprijs onder de RIZIV-prijs ligt en derhalve slechts getarifeerd worden ten belope van het factuurbedrag.

Dit geldt niet voor de verstrekkingen opgenomen in artikel 35, § 18, a)
- 7 Prestaties die buiten de derdebetalersregeling vallen, maar pro memorie op de magneetband staan en er volgt een factuur VI via contante betaling.
- 8 Voor de chirurgische ingre(e)p(en) uitgevoerd tijdens eenzelfde operatiezitting in dezelfde opereerstreek als de hoofdingreep en die niet geattesteerd kan (kunnen) worden omdat het niet om de hoofdingreep gaat
- 9 Zie referentie RIZIV instructies.
Norm 9, bedrag = 0: verpleegkundige zorgen.
- 0 Alle andere gevallen

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 30, 40, 50 ZONE 3

Remarques - Opmerkingen:

Cette zone est disponible à partir du mois comptable juillet 2025.

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudmaand juli 2025.

Accouchement Bevalling		SS00485	
<u>Type de donnée :</u> Numérique	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u>	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u>	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u>
<u>Type data:</u> Numeriek	<u>1</u>	595	595
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Accouchement Bevalling			
<u>Codification - Codering:</u> Les valeurs de cette zone diffèrent selon l'enregistrement de type dont chaque facturation est issue. Accouchement (Enregistrement de type 30) 0 Il n'y a pas eu d'accouchement. 1 Il y a eu accouchement. Accouchement (Enregistrement de type 40 ou 50) 0 Il n'y a pas eu d'accouchement. 1 Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour la mère. 2 Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le nouveau-né, alors que la mère séjourne dans l'hôpital. 3 Il y a eu accouchement et il s'agit d'une naissance multiple et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le(s) nouveau-né(s), alors que la mère séjourne dans l'hôpital. 4 Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le nouveau-né et la mère a accouché en ambulatoire (type de facture 3 ou 9). 5 Il y a eu accouchement et il s'agit d'une naissance multiple et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le(s) nouveau-né(s) et la mère a accouché en ambulatoire (type de facture 3 ou 9). 6 Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour la mère qui a accouché en ambulatoire (type de facture 3 ou 9).			

Deze zone heeft aangepaste waarden naargelang het recordtype waarin het gefactureerd werd.

Bevalling (Recordtype 30)

- 0 Er is geen bevalling geweest.
- 1 Er is een bevalling geweest.

Bevalling (Recordtype 40 of 50)

- 0 Er is geen bevalling geweest
- 1 Er is een bevalling geweest en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de moeder.
- 2 Er is een bevalling geweest en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de pasgeborene, terwijl de moeder in het ziekenhuis verblijft.
- 3 Er is een bevalling geweest van meerlingen en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de pasgeborene(n), terwijl de moeder in het ziekenhuis verblijft.
- 4 Er is een bevalling geweest en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de pasgeborene en de moeder is ambulant bevallen (factuurtype 3 of 9).
- 5 Er is een bevalling geweest van meerlingen en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de pasgeborene(n) en de moeder is ambulant bevallen (factuurtype 3 of 9).
- 6 Er is een bevalling geweest en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de moeder die ambulant bevallen is (factuurtype 3 of 9).

Références aux instructions INAMI / Referenties naar de RIZIV instructies:

ENREGISTREMENT DE TYPE / RECORDTYPE 30, 40, 50 ZONE 10

Remarques - Opmerkingen:

Accouchement

A partir du 1/1/2021, cette zone n'est plus nécessaire sauf dans les cas exceptionnels où il n'est pas possible d'établir une facture séparée au nom du nouveau-né (p.ex. bébé mort né). En cas de facturation séparée pour la mère et le bébé, la zone peut être remplie facultativement.

Cette zone est disponible à partir du mois comptable juillet 2025.

Bevalling

Vanaf 1/1/2021 is deze zone enkel nog noodzakelijk in de uitzonderlijke gevallen waarin er geen aparte factuur op naam van de pasgeborene kan opgemaakt worden (bv. doodgeboren baby).

Ingeval van aparte facturatie voor moeder en baby mag de zone facultatief ingevuld worden.

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudmaand juli 2025.

Date de paiement/ Betaldingsdatum		SS00490	
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data :</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities :</u> 8	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie :</u> 596	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie :</u> 603
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone :</u> Date de paiement Ce champ contient la date du paiement par l'OA au tiers (en cas de tiers-payant) ou au bénéficiaire. Betaldingsdatum Dit veld bevat de datum van betaling door de verzekeringsinstelling aan de derde (in geval van de derdebetalersregeling) of aan de rechthebbende.			
<u>Codification – Codering :</u> Date de paiement AAAAMMJJ AAAA Année MM Mois JJ Jour Si la date de paiement est inconnue, la zone sera remplie par un proxy. Si la date de paiement est inconnue et que la zone n'a pas été remplie par un proxy, cela s'explique généralement par : - Récupérations - Paiements bloqués - Refus de paiement dans le programme de paiement Betaldingsdatum JJJJMMDD JJJJ Jaar MM Maand DD Dag Indien de betaldingsdatum niet gekend is, wordt het veld ingevuld door een proxy.			

Deze zone mag missing zijn indien de betalingsdatum niet gekend is en er geen proxy beschikbaar is.
Dit kan het geval zijn bij:

- Terugvorderingen
- Geblokkeerde betalingen
- Geweigerde betalingen in het betaalprogramma

Remarques - Opmerkingen :

Cette zone est disponible à partir du mois comptable 2026M01.

Deze zone is beschikbaar vanaf boekhoudmaand 2026M01.

Filler		Filler	
<u>Type de donnée :</u> Numérique <u>Type data:</u> Numeriek	<u>Nombre de positions :</u> <u>Aantal posities:</u> 9	<u>Première position :</u> <u>Eerste positie:</u> 604	<u>Dernière position :</u> <u>Laatste positie:</u> 612
<u>Description de la zone – Omschrijving van de zone:</u> Filler			
<u>Codification - Codering:</u> 9 zéros / 9 nullen 000000000			

Annexe 1 / Bijlage 1 : record honoraire pharmacien/honoraria pharmacie

A titre d'exemple, vous trouvez ci-dessous un enregistrement honoraire de pharmacien tel qu'il doit figurer dans la table Soins de santé et dans la table Pharmanet. (voir remarque de la zone ss00020 pour plus d'information)

Ter illustratie wordt in onderstaande een voorbeeld gegeven van een record honoraria pharmacie in tabel Gezondheidszorgen en het bijhorende productrecord in de tabel Farmanet (zie de opmerking bij de zone SS00020 voor meer informatie).

GEZONDHEIDSZORGEN																		
SS00010	SS00015	SS00020	SS00025	...	SS00050	...	SS00060	SS00065	SS00070	...	SS00135	...	SS00150	...	SS00160	...	SS00195	SS00200
Identification bénéficiaire/ Identificatie rechthebben de	02102015	753550 (pseudocode honoraire/ honorarium)	201511	...	1	...	4,41 (ZIV2)	Pharmacies Apotheker	Prescripteur Voorschrijver	...	1414333	...	750536 (pseudocode catégorie médicament/ catégorie geneesmiddel)	...	0	...	0	0 (filler)

FARMANET															
SS00010	SS00015	SS00020	SS00025	...	SS00050	SS00060	SS00065	SS00070	...	SS00135	...	SS00160	...	SS00195	SS00200
Identification bénéficiaire/ Identificatie rechthebben de	02102015	750536 (pseudocode catégorie médicament/ catégorie geneesmiddel)	201511	...	1	1,51 (ZIV1)	Pharmacies Apotheker	Prescripteur Voorschrijver	...	1414333	...	0,74	...	4,41 (ZIV2)	1 (type d'honoraire, en GZSS indiqué par la zone SS00020/ type honorarium, in GZSS af te

191

SS00020	SS00060	SS00160	SS00135	SS00230
Catégorie de remboursement	AMI1	TM	CNK	3

Dans GZSS : enregistrement du record MAF 100% en officine publique:

SS00020	SS00060	SS00160	SS00135
Code-MAF 100%	TM	0	CNK

Bijlage 2 (Nederlandstalige versie): Registratiewijze facturaties 100% publieke officina

Verstrekkingsen die in de publieke officina worden afgeleverd vanaf 1 januari 2018 en die wegens het bereiken van de MAF-drempel gefactureerd zijn aan 100%, worden vanaf dat moment uniform geregistreerd volgens onderstaande instructies.

Voor de rechthebbenden die de MAF bereikt hebben, geldt bij iedere facturatie aan 100% in de publieke officina (SS00230 = 3):

Het remgeld-bedrag wordt in Farmanet in de zone persoonlijke tussenkomst ss00160 opgenomen (i.p.v. de ZIV1-zone SS00060).

De ZIV1-zone SS00060 in Farmanet bevat dus uitsluitend het wettelijk vastgelegde aandeel in de prijs van het geneesmiddel dat vergoed wordt door de ZIV.

Voor iedere facturatie aan 100% in de publieke officina wordt in de Gezondheidszorgen een MAF-record (codes : zie bijlage 3 – tabel 2) verzonden. Op dit MAF-record is het aan de VI gefactureerde remgeld-bedrag opgenomen in de zone ss00060.

(ter herinnering: voor iedere verstrekking in de publieke officina wordt eveneens een Honorarium-record (codes 753550-753616) opgenomen in de Gezondheidszorgen)

Voorbeeld:

Record 100% facturatie (publieke officina) FARMANET:

SS00020	SS00060	SS00160	SS00135	SS00230
Terugbetalingscategorie	ZIV	RG	CNK	3

Tegenboeking' in GZSS van records 100% facturatie in publieke officina:

SS00020	SS00060	SS00160	SS00135
MAF-code 100%	RG	0	CNK

Annexe 3 (version Francophone) : méthodes de calcul des dépenses (y compris historique enregistrements MAF)

Le schéma ci-dessous indique la méthode pour calculer correctement les montants AMI et tickets modérateurs en fonction des différentes périodes, que ce soit avant ou après l'application du MAF. **Ces méthodes de calcul sont uniquement d'application qu'à la condition que les données aient été corrigées par l'AIM, ou que vous ayez reçu les corrections-instructions nécessaires de l'AIM.**

Pour le calcul des montants après l'application du MAF, toutes les dépenses de santé doivent être agrégées par année de prestation (et par individu). Les montants avant application du MAF peuvent être calculés par mois de prestation, par code de nomenclature, par groupe de dépenses, par produit, etc.

Dépenses AVANT MAF , c.-à-d. les tickets modérateurs payés (remboursés) par l'OA sont comptabilisés comme <u>ticket modérateur</u> Peut être calculé pour un groupe spécifique de dépenses/pour une période limitée		Dépenses APRES MAF , c.-à-d. les tickets modérateurs payés (remboursés) par l'OA sont comptabilisés comme <u>dépense AMI</u> TOUTES les dépenses doivent être comptées dans une année de prestation (soins de santé + Pharmanet).		
Période	AMI avant MAF	Ticket modérateur avant MAF	AMI après MAF	Ticket modérateur après MAF
Année comptable 2004 - Année comptable 2005	<u>FARU</u> : $\Sigma 60 + \Sigma 195$	<u>FARU</u> : $\Sigma 160$	<u>FARU</u> : Impossible	<u>FARU</u> : Impossible

Année comptable 2006 - Année de prestation 2014	<u>FARU:</u> $\Sigma 60 + \Sigma 195$ <u>GZSS:</u> $\Sigma 60$ where not ss00020 in [pseudocodes MAF]	<u>FARU:</u> $\Sigma 160$ <u>GZSS:</u> $\Sigma 160$ where not ss00020 in [pseudocodes MAF]	<u>FARU:</u> $\Sigma 160$ <u>GZSS:</u> $\Sigma 160 - (\Sigma 60 \text{ where ss00020 in}$ [pseudocodes MAF])
Année de prestation 2015 - Année de prestation 2017	<u>FARU:</u> Impossible <u>GZSS:</u> $\Sigma 60$ where not ss00020 in [pseudocodes MAF]	<u>FARU:</u> Impossible <u>GZSS:</u> $\Sigma 160$	<u>FARU:</u> $\Sigma 60 + \Sigma 195$ <u>GZSS:</u> $\Sigma 60$ <u>FARU:</u> $\Sigma 160$ <u>GZSS:</u> $\Sigma 160 - (\Sigma 60 \text{ where ss00020 in}$ [pseudocodes MAF])
Années de prestation 2018 - ...	<u>FARU:</u> $\Sigma 60 + \Sigma 195$ <u>GZSS:</u> $\Sigma 60$ where not ss00020 in [pseudocodes MAF]	<u>FARU:</u> $\Sigma 160$ <u>GZSS:</u> $\Sigma 160$	

* "pseudocodes MAF" = codes remboursement MAF et codes facturation MAF 100% ; "60" = zone ss00060 ; "160" = zone ss00160 ; "195" = zone ss00195

** Rappel 1 : dans Pharmanet, tenir compte aussi de la zone ss00165: le montant SS00165 (Diminution du montant remboursé / Contribution des pharmaciens) Le montant SS00165 est repris dans la zone SS00060. Pour le montant AMI exact, le calcul SS00060 – SS00165 doit être effectué. SS00165 est uniquement rempli pour les années comptables 2002-2006 et du 1/07/2012 au 31/12/2012. Étant donné les changements fréquents dans la législation relative aux records Pharmanet, la variable SS00165 n'est ni remplie, ni existante pour les autres années.

*** Rappel 2 : on ne tient pas compte de la zone ss00180 dans Pharmanet.

*** Rappel 3 : exclure les codes honoraires pharmaciens dans Soins de santé (753550, 753572, 753594, 753616)

Le mode de calcul change au fil du temps en raison de la modification du mode d'enregistrement du MAF (voir schéma ci-dessous). En règle générale, les prestations MAF sont comptabilisées de la même manière que les prestations non-MAF « régulières ». Cela signifie que le ticket modérateur payé (remboursé) par l'OA est comptabilisé dans la zone SS00160. Dans les Soins de santé, on ne fait pas la distinction entre ces prestations MAF et les prestations « régulières ». Dans Pharmanet, les prestations MAF peuvent en revanche être identifiées, à savoir grâce à la zone SS00230=3. Outre la prestation MAF même, le ticket modérateur payé (remboursé) est comptabilisé dans le fichier Soins de santé en tant que coût AMI sous un pseudocode MAF spécifique (même lorsque la prestation initiale est une prestation Pharmanet).

Il existe toutefois deux exceptions à ce mode d'enregistrement : (1) aucune donnée soins de santé n'est disponible pour les années 2004-2005 et (2) en 2015-2017, les montants du ticket modérateur et de l'AMI 1 sont additionnés dans la zone ss00060 lors de la facturation à 100% par les officines publiques. La situation après MAF en 2004-2005 et la situation avant MAF en 2015-2016 ne peuvent donc pas être calculées. Il est à souligner qu'il existe des exceptions à l'aperçu des enregistrements MAF ci-dessous, auxquelles l'AIM doit appliquer les corrections qui s'imposent.

Période	Prestation avec remboursement ultérieur du ticket modérateur (Pharmanet/Soins de santé)			Prestations hospitalières facturées à 100% (Soins de santé)	Prestations officines publiques facturées à 100% (Pharmanet) – voir Annexe 2		
Années comptables 2004-2005	<u>FARU :</u>			Pas d'application	Pas d'application		
	SS00020	SS00060	SS00160				
	catégorie médicament	AMI1	TM A				
Années comptables 2006-2007	<u>FARU :</u>						
	SS00020	SS00060	SS00160				
	catégorie médicament	AMI1	TM A				
Année de prestation 2008 – Année de prestation 2014	<u>GZSS:</u>						
	SS00020	SS00060	SS00160				

Année de prestation 2015 - Année de prestation 2017	GZSS:			prestation	AMI	TM C	FARU :			
	SS00020	SS00060	SS00160					SS00020	SS00060	SS00160
Année de prestation 2018 - ...	prestation	AMI	TM B	SS00020	SS00060	SS00160	FARU :	catégorie médicament	AMI 1 + TM D	0
				MAF 100%	TM C	0				
	SS00020	SS00060	SS00160					SS00020	SS00060	SS00160
	Remboursement MAF	TM A + TM B	0					catégorie médicament	AMI 1	TM D
							GZSS:			
								SS00020	SS00060	SS00160
								MAF 100%	TM D	0

Pseudocode nomenclature remboursement MAF

Les pseudo codes nomenclatures ci-dessous sont utilisés pour comptabiliser le remboursement des tickets modérateurs dans le cadre du MAF.

Tabel 1: Pseudocodes remboursement MAF (les montants repris sont ceux de 2022; ils sont indexés chaque année)

pseudocode	begindatum	einddatum	omschrijving NL	description FR
780975	1/01/1994	01/01/2018	Terugstorting remgeld	Remboursements ticket modérateur
781535	1/01/2022	31/12/2999	Normale uitgaven voor de maximumfactuur (exclusief 100%) : gezinnen met een inkomen tot 11.120,00 EUR	Dépenses normales pour le maximum à facturer (hormis la facturation à 100%) : ménages ayant des revenus jusqu'à 11.120,00 EUR

pseudocode	begindatum	einddatum	omschrijving NL	description FR
781572	1/01/2022	31/12/2999	Normale uitgaven voor de maximumfactuur (exclusief 100% - facturatie): gezinnen met een inkomen tussen 11.120,01 EUR en 19.894,05 EUR	Dépenses normales pour le maximum à facturer (hormis la facturation à 100%) : ménages ayant des revenus à partir de 11.120,01 EUR jusqu'à 19.894,05 EUR
781771	1/01/2006	31/12/2999	Normale uitgaven voor de maximumfactuur (exclusief 100% - facturatie) : gezinnen met inkomen van 30.583,39 EUR tot 41.272,75 EUR	Dépenses normales pour le maximum à facturer (hormis la facturation à 100%) : ménages ayant des revenus à partir de 30.583,39 EUR à 41.272,75 EUR
781793	1/01/2006	31/12/2999	Normale uitgaven voor de maximumfactuur (exclusief 100% - facturatie) : gezinnen met inkomen van 41.272,76 EUR tot 51.516,72 EUR	Dépenses normales pour le maximum à facturer (hormis la facturation à 100%) : ménages ayant des revenus à partir de 41.272,76 EUR à 51.516,72 EUR
781815	1/01/2006	31/12/2999	Normale uitgaven voor de maximumfactuur (exclusief 100% - facturatie) : gezinnen met inkomen vanaf 51.516,73 EUR	Dépenses normales pour le maximum à facturer (hormis la facturation à 100%) : ménages ayant des revenus à partir de 51.516,73 EUR
781874	1/01/2002	01/01/2022	Normale uitgaven voor de maximumfactuur (exclusief 100% - facturatie) : gezinnen met inkomen tot 18.231,97 EUR	Dépenses normales pour le maximum à facturer (hormis la facturation à 100%) : ménages ayant des revenus jusqu'à 18.231,97 EUR
781896	1/01/2002	31/12/2999	Normale uitgaven voor de maximumfactuur (exclusief 100% - facturatie) : gezinnen met inkomen van 19.894,06 EUR tot 30.583,38 EUR	Dépenses normales pour le maximum à facturer (hormis la facturation à 100%) : ménages ayant des revenus à partir de 19.894,06 EUR jusqu'à 30.583,38 EUR
781911	1/01/2002	31/12/2999	Normale uitgaven voor de maximumfactuur (exclusief 100% - facturatie) : kinderen, jonger dan 19 jaar	Dépenses normales pour le maximum à facturer (hormis la facturation à 100%) : enfants âgés de moins de 19 ans

pseudocode	begindatum	einddatum	omschrijving NL	description FR
781933	1/01/2002	31/12/2999	Normale uitgaven voor de maximumfactuur (exclusief 100% - facturatie) : kinderen met recht op verhoogde kinderbijslag	Dépenses normales pour le maximum à facturer (hormis la facturation à 100%) : enfants pouvant prétendre à des allocations familiales majorées
781955	1/01/2002	31/12/2999	Normale uitgaven voor de maximumfactuur (exclusief 100% - facturatie) : rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming	Dépenses normales pour le maximum à facturer (hormis la facturation à 100%) : bénéficiaires d'allocations familiales majorées
781970	1/01/2002	31/12/2999	Maximumfactuur : One-shot-operatie	Maximum à facturer : Opération one-shot

Pseudocode nomenclature MAF 100%

Depuis 2008, une nouvelle liste est introduite reprenant les pseudocodes spécifiques pour les facturations à 100%.

Tabel 2. Pseudocodes MAF facturation 100% (les montants repris sont ceux de 2022; ils sont indexés chaque année)

pseudocode	begindatum	einddatum	omschrijving NL	déscription FR
781550	1/01/2022	31/12/2999	Specifieke uitgaven voor de maximumfactuur met betrekking tot de 100% - facturatie: gezinnen met een inkomen tot 11.120,00 EUR	Dépenses spécifiques pour le maximum à facturer en ce qui concerne la facturation à 100% : ménages ayant des revenus jusqu'à 11.120,00 EUR
781594	1/01/2022	31/12/2999	Specifieke uitgaven voor de maximumfactuur met betrekking tot de 100% - facturatie: gezinnen met een inkomen tussen 11.120,01 EUR en 19.894,05 EUR	Dépenses spécifiques pour le maximum à facturer en ce qui concerne la facturation à 100% : ménages ayant des revenus à partir de 11.120,01 EUR jusqu'à 19.894,05 EUR
781616	1/01/2008	01/01/2022	Specifieke uitgaven voor de maximumfactuur met betrekking tot de 100% - facturatie : gezinnen met inkomen tot 18.231,97 EUR	Dépenses spécifiques pour le maximum à facturer en ce qui concerne la facturation à 100% : ménages ayant des revenus jusqu'à 18.231,97 EUR

pseudocode	begindatum	einddatum	omschrijving NL	déscription FR
781631	1/01/2008	31/12/2999	Specifieke uitgaven voor de maximumfactuur met betrekking tot de 100% - facturatie : gezinnen met inkomen van 19.894,06 EUR tot 30.583,38 EUR	Dépenses spécifiques pour le maximum à facturer en ce qui concerne la facturation à 100% : ménages ayant des revenus à partir de 19.894,06 EUR jusqu'à 30.583,38 EUR
781653	1/01/2008	31/12/2999	Specifieke uitgaven voor de maximumfactuur met betrekking tot de 100% - facturatie : gezinnen met inkomen van 30.583,39 EUR tot 41.272,75 EUR	Dépenses spécifiques pour le maximum à facturer en ce qui concerne la facturation à 100% : ménages ayant des revenus à partir de 30.583,39 EUR à 41.272,75 EUR
781675	1/01/2008	31/12/2999	Specifieke uitgaven voor de maximumfactuur met betrekking tot de 100% - facturatie : gezinnen met inkomen van 41.272,76 EUR tot 51.516,72 EUR	Dépenses spécifiques pour le maximum à facturer en ce qui concerne la facturation à 100% : ménages ayant des revenus à partir de 41.272,76 EUR à 51.516,72 EUR
781690	1/01/2008	31/12/2999	Specifieke uitgaven voor de maximumfactuur met betrekking tot de 100% - facturatie : gezinnen met inkomen vanaf 51.516,73 EUR	Dépenses spécifiques pour le maximum à facturer en ce qui concerne la facturation à 100% : ménages ayant des revenus à partir de 51.516,73 EUR
781712	1/01/2008	31/12/2999	Specifieke uitgaven voor de maximumfactuur met betrekking tot de 100% - facturatie : kinderen, jonger dan 19 jaar	Dépenses spécifiques pour le maximum à facturer en ce qui concerne la facturation à 100% : enfants âgés de moins de 19 ans
781734	1/01/2008	31/12/2999	Specifieke uitgaven voor de maximumfactuur met betrekking tot de 100% - facturatie : kinderen met recht op verhoogde kinderbijslag	Dépenses spécifiques pour le maximum à facturer en ce qui concerne la facturation à 100% : enfants pouvant prétendre à des allocations familiales majorées
781756	1/01/2008	31/12/2999	Specifieke uitgaven voor de maximumfactuur met betrekking tot de 100% - facturatie : rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming	Dépenses spécifiques pour le maximum à facturer en ce qui concerne la facturation à 100% : bénéficiaires d'allocations familiales majorées

Bijlage 3 (Nederlandstalige versie) : berekeningswijze uitgaven (incl. historiek MAF-registraties)

Onderstaand schema geeft voor verschillende periodes weer hoe op een correcte wijze de ZIV-bedragen en Remgelden kunnen worden berekend, hetzij vóór, hetzij ná toepassing van de MAF. **Deze berekeningswijzen zijn alleen geldig indien de gegevens werden gecorrigeerd door het IMA, of indien de nodige correctie-instructies van het IMA werden verkregen.**

Bij het rapporteren van bedragen ná toepassing van de MAF moeten alle gezondheidsuitgaven binnen een prestatiejaar (per individu) worden samengeteld. Bedragen vóór toepassing van de MAF mogen wél worden gerapporteerd per prestatie maand, per nomenclatuurcode, per uitgavegroep, per product, enz.

	Uitgaven VOOR MAF , d.w.z. dat de door de VI (terug)betalde remgelden als <u>remgeld</u> worden geteld Mag voor een specifieke groep van uitgaven/ voor een beperkte periode worden berekend		Uitgaven NA MAE , d.w.z. dat de door de VI (terug)betalde remgelden als <u>ZIV-uitgave</u> worden geteld ALLE uitgaven moeten binnen een prestatiejaar opgeteld worden. (Gezondheidszorgen + Farmanet)	
Periode	<u>ZIV</u> vóór MAF	<u>Remgeld</u> vóór MAF	<u>ZIV</u> na MAF	<u>Remgeld</u> na MAF
Boekhoudjaar 2004 – Boekhoudjaar 2005	<u>FARU</u> : $\Sigma 60 + \Sigma 195$	<u>FARU</u> : $\Sigma 160$	<u>FARU</u> : Niet mogelijk	<u>FARU</u> : Niet mogelijk
Boekhoudjaar 2006 - Prestatiejaar 2014	<u>FARU</u> : $\Sigma 60 + \Sigma 195$ <u>GZSS</u> : $\Sigma 60$ where not ss00020 in [pseudocodes MAF]	<u>FARU</u> : $\Sigma 160$ <u>GZSS</u> : $\Sigma 160$ where not ss00020 in [pseudocodes MAF]		<u>FARU</u> : $\Sigma 160$ <u>GZSS</u> : $\Sigma 160 - (\Sigma 60 \text{ where ss00020 in } [pseudocodes MAF])$
Prestatiejaar 2015 – Prestatiejaar 2017	<u>FARU</u> : Niet mogelijk <u>GZSS</u> : $\Sigma 60$ where not ss00020 in [pseudocodes MAF]	<u>FARU</u> : Niet mogelijk <u>GZSS</u> : $\Sigma 160$	<u>FARU</u> : $\Sigma 60 + \Sigma 195$ <u>GZSS</u> : $\Sigma 60$	<u>FARU</u> : $\Sigma 160$ <u>GZSS</u> : $\Sigma 160 - (\Sigma 60 \text{ where ss00020 in } [pseudocodes MAF])$
Prestatiejaren 2018 - ...	<u>FARU</u> : $\Sigma 60 + \Sigma 195$ <u>GZSS</u> : $\Sigma 60$ where not ss00020 in [pseudocodes MAF]	<u>FARU</u> : $\Sigma 160$ <u>GZSS</u> : $\Sigma 160$		

* "pseudocodes MAF" = codes MAF-terugbetaling én codes MAF-facturatie 100% ; "60" = zone ss00060 ; "160" = zone ss00160 ; "195" = zone ss00195

** *Reminder 1 : in Farmanet ook rekening houden met zone ss00165: Het bedrag SS00165 (Vermindering van het terugbetalingsbedrag / Bijdrage van de apothekers) Het bedrag SS00165 is opgenomen in de zone SS00060. Voor het exact ZIV-bedrag moet de berekening SS00060 – SS00165 gemaakt worden. SS00165 is enkel ingevuld voor de BHJ 2002-2006 en 1/07/2012 tot 31/12/2012. Door de snel wijzigende regelgeving voor de Farma-records is de variabele SS00165 voor de andere jaren niet ingevuld, niet bestaand.*

*** *Reminder 2 :in Farmanet hoeft er geen rekening gehouden te worden met zone ss00180.*

*** *Reminder 3 : in Gezondheidszorgen codes honoraria farmacie uitsluiten (753550, 753572, 753594, 753616)*

De reden voor de verschillende berekeningswijzen doorheen de tijd is de variatie in de wijze waarop de MAF geregistreerd is (zie onderstaand schema). In de regel worden Maf-prestaties op dezelfde wijze geboekt als "reguliere" niet-MAF prestaties. Dat wil zeggen dat het door de VI (terug)betalde remgeld onder de zone SS00160 wordt geboekt. In de Gezondheidszorgen zijn deze MAF-prestaties niet te onderscheiden van "reguliere" prestaties. In Farmanet kunnen MAF-prestaties wél worden herkend, namelijk aan de zone SS00230=3. Naast de MAF-prestatie zelf, wordt het (terug)betalde remgeld in de Gezondheidszorggegevens als een ZIV-kost geboekt onder een specifieke MAF-pseudocode (ook wanneer de initiële prestatie een Farmanet-verstrekking is).

Er zijn echter twee uitzonderingen tegen deze registratiewijze: (1) voor de jaren 2004-2005 zijn geen gegevens gezondheidszorgen beschikbaar en (2) in 2015-2017 werd bij facturatie aan 100% in publieke officina het remgeld- en ziv1-bedrag samengeteld in de zone ss00060. Daarom kan in 2004-2005 de toestand ná MAF niet worden berekend en in 2015-2016 de toestand vóór MAF niet worden berekend. Merk op dat er tegen onderstaande overzicht van MAF-registraties uitzonderingen bestaan, waarvoor het IMA de nodige correcties kan uitvoeren

Periode	Prestaties met achteraf terugbetaling van remgeld (Farmanet/Gezondheidszorgen)			Ziekenhuisprestaties gefactureerd aan 100% (Gezondheidszorgen)			Verstrekkingen publieke officina gefactureerd aan 100% (Farmanet) – zie Annexe/Bijlage 2																				
Boekhoudjaren 2004-2005	<u>FARU :</u> <table><tr><td>SS00020</td><td>SS00060</td><td>SS00160</td></tr><tr><td>categorie geneesmiddel</td><td>ZIV1</td><td>remgeld A</td></tr></table>			SS00020	SS00060	SS00160	categorie geneesmiddel	ZIV1	remgeld A	NVT			NVT														
SS00020	SS00060	SS00160																									
categorie geneesmiddel	ZIV1	remgeld A																									
Boekhoudjaren 2006-2007																											
Prestatiejaar 2008 - Prestatiejaar 2014	<u>FARU :</u> <table><tr><td>SS00020</td><td>SS00060</td><td>SS00160</td></tr><tr><td>categorie geneesmiddel</td><td>ZIV1</td><td>remgeld A</td></tr></table>			SS00020	SS00060	SS00160	categorie geneesmiddel	ZIV1	remgeld A	<u>GZSS:</u> <table><tr><td>SS00020</td><td>SS00060</td><td>SS00160</td></tr><tr><td>prestatie</td><td>ZIV</td><td>remgeld C</td></tr></table>			SS00020	SS00060	SS00160	prestatie	ZIV	remgeld C	<u>FARU :</u> <table><tr><td>SS00020</td><td>SS00060</td><td>SS00160</td></tr><tr><td>categorie geneesmiddel</td><td>ZIV 1 + remgeld D</td><td>0</td></tr></table>			SS00020	SS00060	SS00160	categorie geneesmiddel	ZIV 1 + remgeld D	0
SS00020	SS00060	SS00160																									
categorie geneesmiddel	ZIV1	remgeld A																									
SS00020	SS00060	SS00160																									
prestatie	ZIV	remgeld C																									
SS00020	SS00060	SS00160																									
categorie geneesmiddel	ZIV 1 + remgeld D	0																									
Prestatiejaar 2015 - Prestatiejaar 2017	<u>GZSS:</u> <table><tr><td>SS00020</td><td>SS00060</td><td>SS00160</td></tr><tr><td>prestatie</td><td>ZIV</td><td>remgeld B</td></tr></table>			SS00020	SS00060	SS00160	prestatie	ZIV	remgeld B																		
SS00020	SS00060	SS00160																									
prestatie	ZIV	remgeld B																									
Prestatiejaar 2018 - ...				<table><tr><td>SS00020</td><td>SS00060</td><td>SS00160</td></tr><tr><td>MAF 100%</td><td>remgeld C</td><td>0</td></tr></table>			SS00020	SS00060	SS00160	MAF 100%	remgeld C	0	<u>FARU :</u> <table><tr><td>SS00020</td><td>SS00060</td><td>SS00160</td></tr><tr><td>categorie geneesmiddel</td><td>ZIV 1</td><td>remgeld D</td></tr></table>			SS00020	SS00060	SS00160	categorie geneesmiddel	ZIV 1	remgeld D						
	SS00020	SS00060	SS00160																								
	MAF 100%	remgeld C	0																								
SS00020	SS00060	SS00160																									
categorie geneesmiddel	ZIV 1	remgeld D																									
	<table><tr><td>SS00020</td><td>SS00060</td><td>SS00160</td></tr><tr><td>MAF terugbetaling</td><td>remgeld A + remgeld B</td><td>0</td></tr></table>			SS00020	SS00060	SS00160	MAF terugbetaling	remgeld A + remgeld B	0	<u>GZSS:</u> <table><tr><td>SS00020</td><td>SS00060</td><td>SS00160</td></tr><tr><td>MAF 100%</td><td>remgeld D</td><td>0</td></tr></table>			SS00020	SS00060	SS00160	MAF 100%	remgeld D	0									
SS00020	SS00060	SS00160																									
MAF terugbetaling	remgeld A + remgeld B	0																									
SS00020	SS00060	SS00160																									
MAF 100%	remgeld D	0																									

Pseudonomenclatuur MAF terugbetaling

Onderstaande pseudonomenclatuurcodes worden gebruikt om terugbetaling van remgelden in het kader van de MAF te boeken.

Tabel 1. Pseudocodes MAF terugbetaling (de vermelde bedragen gelden voor het prestatiejaar 2022; deze bedragen worden jaarlijks geïndexeerd)

pseudocode	begindatum	einddatum	omschrijving NL	description FR
780975	1/01/1994	01/01/2018	Terugstortingen remgeld	Terugstortingen remgeld
781535	1/01/2022	31/12/2999	Normale uitgaven voor de maximumfactuur (exclusief 100%) : gezinnen met een inkomen tot 11.120,00 EUR	Dépenses normales pour le maximum à facturer (hormis la facturation à 100%) : ménages ayant des revenus jusqu'à 11.120,00 EUR
781572	1/01/2022	31/12/2999	Normale uitgaven voor de maximumfactuur (exclusief 100% - facturatie): gezinnen met een inkomen tussen 11.120,01 EUR en 19.894,05 EUR	Dépenses normales pour le maximum à facturer (hormis la facturation à 100%) : ménages ayant des revenus à partir de 11.120,01 EUR jusqu'à 19.894,05 EUR
781771	1/01/2006	31/12/2999	Normale uitgaven voor de maximumfactuur (exclusief 100% - facturatie) : gezinnen met inkomen van 30.583,39 EUR tot 41.272,75 EUR	Dépenses normales pour le maximum à facturer (hormis la facturation à 100%) : ménages ayant des revenus à partir de 30.583,39 EUR à 41.272,75 EUR
781793	1/01/2006	31/12/2999	Normale uitgaven voor de maximumfactuur (exclusief 100% - facturatie) : gezinnen met inkomen van 41.272,76 EUR tot 51.516,72 EUR	Dépenses normales pour le maximum à facturer (hormis la facturation à 100%) : ménages ayant des revenus à partir de 41.272,76 EUR à 51.516,72 EUR
781815	1/01/2006	31/12/2999	Normale uitgaven voor de maximumfactuur (exclusief 100% - facturatie) : gezinnen met inkomen vanaf 51.516,73 EUR	Dépenses normales pour le maximum à facturer (hormis la facturation à 100%) : ménages ayant des revenus à partir de 51.516,73 EUR

pseudocode	begindatum	einddatum	omschrijving NL	description FR
781874	1/01/2002	01/01/2022	Normale uitgaven voor de maximumfactuur (exclusief 100% - facturatie) : gezinnen met inkomen tot 18.231,97 EUR	Dépenses normales pour le maximum à facturer (hormis la facturation à 100%) : ménages ayant des revenus jusqu'à 18.231,97 EUR
781896	1/01/2002	31/12/2999	Normale uitgaven voor de maximumfactuur (exclusief 100% - facturatie) : gezinnen met inkomen van 19.894,06 EUR tot 30.583,38 EUR	Dépenses normales pour le maximum à facturer (hormis la facturation à 100%) : ménages ayant des revenus à partir de 19.894,06 EUR jusqu'à 30.583,38 EUR
781911	1/01/2002	31/12/2999	Normale uitgaven voor de maximumfactuur (exclusief 100% - facturatie) : kinderen, jonger dan 19 jaar	Dépenses normales pour le maximum à facturer (hormis la facturation à 100%) : enfants âgés de moins de 19 ans
781933	1/01/2002	31/12/2999	Normale uitgaven voor de maximumfactuur (exclusief 100% - facturatie) : kinderen met recht op verhoogde kinderbijslag	Dépenses normales pour le maximum à facturer (hormis la facturation à 100%) : enfants pouvant prétendre à des allocations familiales majorées
781955	1/01/2002	31/12/2999	Normale uitgaven voor de maximumfactuur (exclusief 100% - facturatie) : rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming	Dépenses normales pour le maximum à facturer (hormis la facturation à 100%) : bénéficiaires d'allocations familiales majorées
781970	1/01/2002	31/12/2999	Maximumfactuur : One-shot-operatie	Maximum à facturer : Opération unique

Pseudonomenclatuur MAF 100%

In 2008 werd een afzonderlijke lijst van pseudocodes specifiek voor de facturaties aan 100% ingevoerd.

Tabel 2. Pseudocodes MAF facturatie 100% (de vermelde bedragen gelden voor het prestatiejaar 2022; deze bedragen worden jaarlijks geïndexeerd)

pseudocode	begindatum	einddatum	omschrijving NL	déscription FR
781550	1/01/2022	31/12/2999	Specifieke uitgaven voor de maximumfactuur met betrekking tot de 100% - facturatie: gezinnen met een inkomen tot 11.120,00 EUR	Dépenses spécifiques pour le maximum à facturer en ce qui concerne la facturation à 100% : ménages ayant des revenus jusqu'à 11.120,00 EUR
781594	1/01/2022	31/12/2999	Specifieke uitgaven voor de maximumfactuur met betrekking tot de 100% - facturatie: gezinnen met een inkomen tussen 11.120,01 EUR en 19.894,05 EUR	Dépenses spécifiques pour le maximum à facturer en ce qui concerne la facturation à 100% : ménages ayant des revenus à partir de 11.120,01 EUR jusqu'à 19.894,05 EUR
781616	1/01/2008	01/01/2022	Specifieke uitgaven voor de maximumfactuur met betrekking tot de 100% - facturatie : gezinnen met inkomen tot 18.231,97 EUR	Dépenses spécifiques pour le maximum à facturer en ce qui concerne la facturation à 100% : ménages ayant des revenus jusqu'à 18.231,97 EUR
781631	1/01/2008	31/12/2999	Specifieke uitgaven voor de maximumfactuur met betrekking tot de 100% - facturatie : gezinnen met inkomen van 19.894,06 EUR tot 30.583,38 EUR	Dépenses spécifiques pour le maximum à facturer en ce qui concerne la facturation à 100% : ménages ayant des revenus à partir de 19.894,06 EUR jusqu'à 30.583,38 EUR
781653	1/01/2008	31/12/2999	Specifieke uitgaven voor de maximumfactuur met betrekking tot de 100% - facturatie : gezinnen met inkomen van 30.583,39 EUR tot 41.272,75 EUR	Dépenses spécifiques pour le maximum à facturer en ce qui concerne la facturation à 100% : ménages ayant des revenus à partir de 30.583,39 EUR à 41.272,75 EUR
781675	1/01/2008	31/12/2999	Specifieke uitgaven voor de maximumfactuur met betrekking tot de 100% - facturatie : gezinnen met inkomen van 41.272,76 EUR tot 51.516,72 EUR	Dépenses spécifiques pour le maximum à facturer en ce qui concerne la facturation à 100% : ménages

				ayant des revenus à partir de 41.272,76 EUR à 51.516,72 EUR
781690	1/01/2008	31/12/2999	Specifieke uitgaven voor de maximumfactuur met betrekking tot de 100% - facturatie : gezinnen met inkomen vanaf 51.516,73 EUR	Dépenses spécifiques pour le maximum à facturer en ce qui concerne la facturation à 100% : ménages ayant des revenus à partir de 51.516,73 EUR
781712	1/01/2008	31/12/2999	Specifieke uitgaven voor de maximumfactuur met betrekking tot de 100% - facturatie : kinderen, jonger dan 19 jaar	Dépenses spécifiques pour le maximum à facturer en ce qui concerne la facturation à 100% : enfants âgés de moins de 19 ans
781734	1/01/2008	31/12/2999	Specifieke uitgaven voor de maximumfactuur met betrekking tot de 100% - facturatie : kinderen met recht op verhoogde kinderbijslag	Dépenses spécifiques pour le maximum à facturer en ce qui concerne la facturation à 100% : enfants pouvant prétendre à des allocations familiales majorées
781756	1/01/2008	31/12/2999	Specifieke uitgaven voor de maximumfactuur met betrekking tot de 100% - facturatie : rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming	Dépenses spécifiques pour le maximum à facturer en ce qui concerne la facturation à 100% : bénéficiaires d'allocations familiales majorées

Annexe 4 (version Francophone) : Règles de comptabilisation détenus

Régime classique

Le détenu est traité comme un patient classique : la part AMI est remboursée ; le ticket modérateur est à charge du patient ; le ticket modérateur est pris en compte dans le calcul du MAF.

Comptabilisation : la comptabilisation se fait de la même manière que pour un patient classique, à l'exception de la zone « détenus » (SS00460) qui devra être complétées en fonction du type de détenus. Le ticket modérateur est indiqué dans la zone « tickets modérateurs » (SS00160).

Exemples:

	SS00020	SS00050	SS00060	SS00160	SS00460
Exemple 1	101076	1	21,8	6	AMIGE11
Exemple 2	768025	1	26,4	44,51	AMIGE11
	768003	1	131,45	0	AMIGE11
	766065	1	-44,51	0	AMIGE11

Régime détenus

La part AMI est remboursée ; le ticket modérateur, s'il y en a un, est également à charge de l'AMI ; le ticket modérateur n'est alors pas pris en compte dans le calcul du MAF.

Comptabilisation : la part AMI et l'éventuel ticket modérateur à charge de l'AMI sont tous deux comptabilisés séparément dans la zone « dépenses » (SS00060). La zone ayant « ticket modérateur » (SS00160) est 0. La nouvelle zone « détenus » (SS00460) est complétée en fonction du type de détenus. Une valeur spécifique doit être utilisée à cet effet, selon qu'il s'agit de la part AMI ou du ticket modérateur. Le nombre de cas (SS00050) et de jours (SS0055) pour la partie « ticket modérateur » est égal à 0.

Exemples:

	SS00020	SS00050	SS00060	SS00160	SS00460
Exemple 1	101076	1	21,8	0	AMIGE11

	101076	0	6	0	TMGE1
Exemple 2	768025	1	26,4	0	AMIGE1
	768003	1	131,45	0	AMIGE1
	766065	1	-44,51	0	AMIGE1
	766065	0	44,51	0	TMGE1

Bijlage 4 (Nederlandstalige versie) : Boekingsregels gedetineerden

Klassieke regeling

De gedetineerde wordt behandeld als een gewone patiënt: het ZIV-aandeel wordt terugbetaald en het remgeld is ten laste van de patiënt. Het remgeld telt mee voor de berekening van de MAF.

Boeking: gebeurt op dezelfde manier als voor een klassieke patiënt, behalve dat de zone "gedetineerden" (SS00460) moet worden ingevuld volgens het type gedetineerde. Het remgeld wordt aangegeven in de zone "remgelden" (SS00160).

Voorbeelden:

	SS00020	SS00050	SS00060	SS00160	SS00460
Voorbeeld 1	101076	1	21,8	6	AMIGE11
Voorbeeld 2	768025	1	26,4	44,51	AMIGE11
	768003	1	131,45	0	AMIGE11
	766065	1	-44,51	0	AMIGE11

Regeling voor gedetineerden

Het ZIV-aandeel wordt terugbetaald en ook het eventuele remgeld is ten laste van de ZIV. Het remgeld telt dan niet mee voor de berekening van de MAF.

Boeking: het ZIV-aandeel en het eventuele remgeld ten laste van de ZIV worden afzonderlijk geboekt in de zone "ZIV-bedrag" (SS00060). De zone "remgeld" (SS00160) is 0. De nieuwe zone "gedetineerden" (SS00460) wordt ingevuld volgens het type gedetineerden. Hiervoor moet een specifieke waarde worden gebruikt, naargelang het gaat om het ZIV-aandeel of het remgeld. Het aantal gevallen (SS00050) en dagen (SS00055) voor het aandeel "remgeld" is gelijk aan 0.

Voorbeelden:

	SS00020	SS00050	SS00060	SS00160	SS00460
Voorbeeld 1	101076	1	21,8	0	AMIGE1
	101076	0	6	0	TMGE1

Voorbeeld 2	768025	1	26,4	0	AMIGE1
	768003	1	131,45	0	AMIGE1
	766065	1	-44,51	0	AMIGE1
	766065	0	44,51	0	TMGE1

Annexe 5 (version francophone) : règles comptables surcoût dû à l'indisponibilité d'un médicament

L'AR du 26 avril 2024 (« modifiant l'arrêté royal du 1er février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques ») prévoit que le surcoût d'un médicament qui remplace une spécialité essentielle indisponible peut être facturé en premier lieu à l'assurance maladie.

Les spécialités éligibles au remboursement du surcoût sont publiées sur le site web de [l'INAMI](#) (« Spécialités éligibles à l'AR Compensation – dd.mm.yyyy »).

Le surcoût d'un médicament de substitution est facturé *via* une ligne de facturation distincte et à l'aide du pseudo-code nomenclature 780673 (ambulatoire) ou 780942 (hospitalisation). À partir du 01/01/2025, de nouvelles règles comptables sont entrées en vigueur selon lesquelles deux lignes de facturation distinctes doivent être comptabilisées :

- Ligne de facturation 1:
 - o SS00020 = pseudo-code catégorie (du médicament de substitution (toujours considéré comme spécialité 'originale'));
 - o SS00135 = code CNK du médicament de substitution;
 - o SS00060 = intervention classique ;
 - o SS00160 = ticket modérateur du médicament de substitution (déterminé à partir de la base de remboursement, du ticket modérateur, du groupe de remboursement du médicament indisponible).
- Ligne de facturation 2:
 - o SS00020 = Pseudo-code 780673 (ambulatoire) ou 780942 (hospitalisation);
 - o SS00135 = code CNK du médicament de substitution;
 - o SS00060 = surcoût du médicament de substitution;
 - o SS00160 = 0.
 - o Les autres zones, à l'exception des données de facturation administratives (p.ex. SS00455 [ID unique]), doivent contenir les valeurs qui figurent sur la ligne précédente.

Les deux lignes de facturation sont considérées comme un bloc : l'enregistrement 'surcoût' (pseudo-code 780673 ou 780942) doit toujours être précédé d'un enregistrement comprenant un pseudo-code catégorie (spécialités).

Le surcoût peut être positif, négatif ou nul. Il correspond au nombre d'unités multiplié par le surcoût par unité (exprimé jusqu'à quatre chiffres après la virgule), arrondi à deux

chiffres après la virgule (plus d'explications dans la Mise à jour 2021-24 – version 2 SSS publiée le 03/12/2024). Si le surcoût relatif à un médicament indisponible est négatif ou nul, alors SS00050 doit quand même être remplie à l'aide d'une valeur positive, sauf en cas de note de crédit ou de facture corrigée (SS00255 = 3 ou 4).

Exemple:

Le médicament x (CNK 7777-777) est indisponible. Par conséquent, 1 000 unités du médicament de substitution Y (CNK 8888-888) sont achetées à l'étranger.

Le surcoût total de ces 1 000 unités (par rapport au médicament indisponible x) s'élève à 2 000 €. Le surcoût par unité est donc égal à 2 €.

Délivrance de trois unités à un patient ambulatoire :

SS000020	SS00050	SS00060	SS00135	SS00160
750934	3	2.54	8888-888	0.85
780673	3	6	8888-888	0

Bijlage 5 (Nederlandstalige versie) : boekingsregels meerkost bij onbeschikbare geneesmiddelen

Het KB van 26 april 2024 (*"tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten"*) voorziet dat de meerkost van een geneesmiddel dat een essentiële onbeschikbare specialiteit vervangt in eerste instantie aan de ziekteverzekering kan gefactureerd worden.

De specialiteiten die in aanmerking komen voor de terugbetaling van de meerkost worden gepubliceerd op de website van het [RIZIV](#) (*"Specialiteiten die in aanmerking komen voor KB Compensatie – dd.mm.yyyy"*).

De meerkost van een vervangend geneesmiddel wordt gefactureerd via een aparte facturiatielijn met de pseudo-nomenclatuurcode 780673 (ambulant) of 780942 (gehospitaliseerd). Vanaf 01/01/2025 gelden hiervoor nieuwe boekingsregels waarbij twee aparte facturiatielijnen moeten geboekt worden:

- Facturiatielijn 1:
 - o SS00020 = pseudo-categoriecode van het vervangend geneesmiddel (dat steeds als 'originele' specialiteit beschouwd wordt);
 - o SS00135 = CNK-code van het vervangend geneesmiddel;
 - o SS00060 = normale tegemoetkoming;
 - o SS00160 = remgeld van het vervangend geneesmiddel (bepaald op basis van vergoedingsbasis, remgeld, vergoedingsgroep van het onbeschikbare geneesmiddel).
- Facturiatielijn 2:
 - o SS00020 = Pseudocode 780673 (ambulant) of 780942 (gehospitaliseerd);
 - o SS00135 = CNK-code van het vervangend geneesmiddel;
 - o SS00060 = meerkosten van het vervangend geneesmiddel;
 - o SS00160 = 0.
 - o De overige zones, met uitzondering van administratieve facturatiegegevens (bv. SS00455 (Unieke ID)), moeten de waarden uit de voorafgaande lijn bevatten.

De twee facturiatielijnen worden als blok beschouwd: de record 'meerkost' (pseudo-code 780673 of 780942) moet steeds voorafgegaan worden door een record met pseudo-categoriecode (specialiteiten).

De meerkost kan positief, negatief of gelijk zijn aan nul. Deze meerkost is gelijk aan het aantal eenheden vermenigvuldigd met de meerkost per eenheid (uitgedrukt tot op 4 cijfers na de komma), afgerond tot op twee cijfers na de komma (zie meer uitleg in bijwerking "Bijwerking 2021-24 - versie 2 CGV" gepubliceerd op 03/12/2024). Indien de meerkost voor een onbeschikbaar geneesmiddel negatief of gelijk aan 0 is, dan moet SS00050 toch ingevuld worden met een positieve waarde, behalve ingeval van creditnota of correctiefactuur (SS00255= 3 of 4).

Voorbeeld:

Het geneesmiddel X (CNK 7777-777) is onbeschikbaar. Er worden daarom 1000 eenheden van het vervangend geneesmiddel Y (CNK 8888-888) in het buitenland aangekocht.

De totale meerkost van deze 1000 eenheden (t.o.v. onbeschikbaar geneesmiddel X) is 2000€. De meerkost per eenheid is dus 2€.

Aflevering van 3 eenheden aan een ambulante patiënt:

SS000020	SS00050	SS00060	SS00135	SS00160
750934	3	2.54	8888-888	0.85
780673	3	6	8888-888	0