

RICHTLIJNEN BETREFFENDE DE ELEKTRONISCHE FACTURERING VAN DE GENEESKUNDIGE VERZORGING ZIEKENHUIZEN IN HET KADER VAN FEDASIL – Fase 1

1. Algemene procedure

Elke maand bezorgt de derde betaler (zorgverlener/instelling) aan de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) een factureringsbestand met de zorgen verstrekt in het kader van Fedasil. Er hoeft geen enkele papieren factuur naar de HZIV opgestuurd te worden.

Het zal gaan om een **afzonderlijk** bestand, los van de zendingen met betrekking tot de facturering aan de verzekerden van de Hulpkas voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Het factureringsbestand bevat alle afrekeningen van een maand, op basis van het opnamenummer in geval van hospitalisatie en op basis van het volgnummer van de individuele facturen in geval van ambulante verstrekkingen.

2. Factureringsproces

2.1. Geldigheid van de factureringzendingen

De factureringsbestanden worden via MyCareNet overgemaakt.

Bij ontvangst van een factureringsbestand, controleert de HZIV de aanvaardbaarheid van het factureringsbestand.

De regels die beschreven worden in de richtlijnen voor de facturering op elektronische drager zijn van toepassing.

2.2. Verantwoordelijkheden

De tarifiering wordt uitgevoerd door de HZIV.

Alle vragen betreffende de verworpen facturen of verstrekkingen, of betalingen kunnen gericht worden aan de helpdesk elektronische facturatie via volgende kanalen:

efac4Fedasil@caami-hziv.fgov.be

Tel 02 229 34 34

De betaling van de kosten, die door de Fedasil ten laste worden genomen, wordt uitgevoerd door de HZIV.

2.3. Controle van de facturen en rechtzettingen

De verworpen facturen of verstrekkingen moeten opnieuw toegevoegd worden aan een elektronische zending.

2.4. In geval van facturering via MyCareNet

De regels die beschreven worden in de richtlijnen voor de facturering op elektronische drager zijn van toepassing.

De headers van de verschillende berichten (records 100, 200, 300) worden opgesteld overeenkomstig de richtlijnen (zie www.mycarenet.be), uitgezonderd de zones 102 en 103 waar het nieuwe pseudo (691) nummer VI wordt ingevuld.

Als de HZIV een betaling, in opdracht van Fedasil uitvoert, zal er een afrekenbestand (920900) worden verzonden.

3. Technische specificaties

De regels die beschreven worden in de richtlijnen voor de facturering op magnetische of elektronische drager zijn van toepassing.

Het pseudonummer van de verzekeringsinstelling en mutualiteit van aansluiting voor geneeskundige verzorging in het kader van Fedasil is **691**.

4. Identificatie van de patiënten

Begunstigden van Fedasil worden geïdentificeerd aan de hand van een BIS-nummer. Met dit nummer kan men de verzekeraar elektronisch consulteren via Member Data (MDA). Na consultatie wordt ook een betalingsverbintenis afgeleverd.

De Verzoeker om Internationale Bescherming (VIB) zal normaal gezien minstens één van de 4 volgende documenten kunnen voorleggen ter identificatie: aanvraag tenlasteneming, "oranje kaart" , bijlage 25 of 26.

Ter verduidelijking:

- Aanvraag tenlasteneming = papieren formulier van Fedasil (het oude formulier voor de akkoorden)
- Oranje kaart = bijlage 4 Vreemdelingenbesluit van 08/10/1981 = attest van immatriculatie
- Bijlage 26 = Vreemdelingenbesluit van 08/10/1981 = indiening verzoek om internationale bescherming
- Bijlage 25 = asielaanvraag aan de grens

5. Toepassingsdatum

Deze instructies zijn van toepassing vanaf **1/7/2024** voor de pilootziekenhuizen en vanaf **01/03/2025** voor de hele sector.

6. *Wat mag aangerekend worden?*

De nomenclatuur is onderverdeeld in 3 categorieën:

- Groen: terugbetaling volgens de ZIV-wetgeving
- Oranje: onderhevig aan een akkoord van de adviserend arts Fedasil. De patiënt heeft hiervoor een specifiek document 'tenlasteneming'.
- Rood: geen terugbetaling

Fedasil neemt ook een gedeelte van de medicatie van categorie D ten laste. Deze medicatie moet verplicht voorgeschreven worden en kan aangerekend worden via 961494 – 961505 (ambulant – gehospitaliseerd).

Recordtype van het type 10 / R10

De regels die beschreven worden in de richtlijnen voor de facturering op magnetische of elektronische drager zijn van toepassing.

Zone	Inhoud gebruikelijke richtlijnen	Lengte	Inhoud specifieke richtlijnen
3	Aantal financiële rekeningnummers	1 N	0: Rekeningnummer A 1: Totaal uitgesplitst over rekeningnummer A en B
31-34	BIC financiële rekeningnummer A	11 A	
36-41	IBAN financiële rekeningnummer A	34 A	
43a	BIC financiële rekeningnummer B	11 A	
49-52	IBAN financiële rekeningnummer B	34 A	

Recordtype van het type 20 / R20

Hieronder worden de zones weergegeven waarvan de inhoud/controlle gewijzigd moeten worden:

Zone	Inhoud gebruikelijke richtlijnen	Lengte	Inhoud specifieke richtlijnen
7	Nummer mutualiteit van aansluiting	3 N	691
8	Identificatie rechthebbende Fedasil	13 A	INSZ of BIS nummer
18	Nummer mutualiteit van bestemming	3 N	691
27	CG1 CG2	10 N	100/100

Zone 4, 5, 6, 13, 22: Bij hospitalisatie dienen deze zones ingevuld te worden, niettegenstaande er noch een hospitalisatiedossier via MyCareNet, noch een papieren hospitalisatiedossier, moet ingediend worden.

Bij ambulante prestaties worden deze zones met nullen opgevuld.

Betalingsverbintenis in het kader van een ziekenhuisopname:

Aangezien er geen gebruik wordt gemaakt van de stroom 721xxx, zal de betalingsverbintenis die men voor een VIB verkrijgt via de berichtenstroom Member Data ook gelden voor een ziekenhuisopname. Deze kan vervolgens vermeld worden in de factuur in RT20 zone 42-43-44-45.

Merk op dat de verzekeraarbaarheid net als bij ambulante opnames tot maximum 30 dagen in de toekomst mag opgevraagd worden. Aan het einde van de 30 dagen en bij verlengde hospitalisatie moet het ziekenhuis een nieuwe verbintenis via MDA aanvragen.

Recordtype van het type 21 / R21

Voor VIB's is een identificatie via een elektronisch identiteitsdocument of een andere drager niet mogelijk en hoeft er geen recordtype 21 ingevuld te worden.

Recordtype van het type 30 / R30

Hieronder worden de zones weergegeven waarvan de inhoud/controlle gewijzigd moeten worden:

Zone	Inhoud gebruikelijke richtlijnen	Lengte	Inhoud specifieke richtlijnen
4	Pseudo-code verpleegdag	7 N	Pseudo-codes dagprijs (*) 100%
7	Nummer mutualiteit van aansluiting	3 N	691
19	Bedrag tegemoetkoming ZIV	1 A + 11N	100% van het bedrag
27	Persoonlijk aandeel	1 A + 9 N	Enkel nullen ingeven
30	Bedrag supplement (deel 1)	1 A + 1 N	Eventueel supplement ten laste van patiënt
31	Bedrag supplement (deel 2)	8 N	
33	Code persoonlijk aandeel of supplement	1 N	9

(*) Pseudo-codes voor de dagprijs aan 100% (*):

Acute ziekenhuizen: Dagprijs 100%	0768504
Chirurgisch dagziekenhuis: Dagprijs 100%	0768471
	0768482
AZ Sp-diensten ander dan palliatieve: Dagprijs 100%	0768460
AZ palliatieve Sp-diensten: Dagprijs 100%	0768445
Psychiatrisch ziekenhuis: Dagprijs 100%	0768423
Centra voor brandwonden: Dagprijs 100%	0768401

Maatregelen Ziekenhuizen 1-1-2014 (zie punt 4 van bijwerking 2013/5)

Gereduceerd bedrag per opname (heropname zelfde patiënt in zelfde ziekenhuis binnen 10 dagen na vorige opname): Deze maatregel is NIET van toepassing voor de facturatie Fedasil.

Ontslagdag aan 0 € (ingeval van opname vóór 12u en ontslag na 14u) : Deze maatregel is van toepassing voor de facturatie Fedasil

Regionale nomenclatuurcodes worden ten laste genomen door Fedasil. Dit geldt echter niet voor de Vlaamse codes die op papier blijven gefactureerd worden.

Het infrastructuurforfait voor ziekenhuizen wordt ten laste genomen door Fedasil.

Klassieke hospitalisatie met overnachting en dagopname:
170018 – 170029 (Ambulant – Hospitalisatie)

Recordtype van het type 40 / R40

Hieronder worden de zones weergegeven waarvan de inhoud/controlle gewijzigd moeten worden:

Zone	Inhoud gebruikelijke richtlijnen	Lengte	Inhoud specifieke richtlijnen
7	Nummer mutualiteit van aansluiting	3 N	691
19	Bedrag tegemoetkoming ZIV	1 A + 11N	Honorarium
27	Persoonlijk aandeel	1 A + 9 N	Enkel nullen ingeven
30	Bedrag supplement (deel 1)	1 A + 1 N	Eventueel supplement ten laste van patiënt
31	Bedrag supplement (deel 2)	8 N	
33	Code persoonlijk aandeel of supplement	1 N	9

Opgelet: het factureren van het medicatieforfait, met bijbehorende regels, zoals voorzien in de RIZIV-wetgeving, moet toegepast worden.

Medicatieforfait (750002= € 0.62/dag)

Medicatieforfait per opname (756000= bepaald per ziekenhuis)

Geforfaitariseerde medicatie: facturatie aan 0 %

Niet-geforfaitariseerde medicatie: facturatie volgens de klassieke regels ZIV

Maatregelen Ziekenhuizen 1-1-2014 (zie punt 4 van bijwerking 2013/5)

Gereduceerd forfait per opname (heropname zelfde patiënt in zelfde ziekenhuis binnen 10 dagen na vorige opname) – 0767502: Deze maatregel is NIET van toepassing voor de facturatie Fedasil

Facturatie van medicatie categorie D: 961494 – 961505 (ambulant – gehospitaliseerd)

Recordtype van het type 50 / R50

Hieronder worden de zones weergegeven waarvan de inhoud/controlle gewijzigd moeten worden:

Zone	Inhoud gebruikelijke richtlijnen	Lengte	Inhoud specifieke richtlijnen
7	Nummer mutualiteit van aansluiting	3 N	691
19	Bedrag tegemoetkoming ZIV	1 A + 11N	Honorarium
27	Persoonlijk aandeel	1 A + 9 N	Enkel nullen ingeven
30	Bedrag supplement (deel 1)	1 A + 1 N	Eventueel supplement ten laste van patiënt
31	Bedrag supplement (deel 2)	8 N	
33	Code persoonlijk aandeel of supplement	1 N	9

Opgelet: het factureren van het forfait radiologie, met bijbehorende regels, zoals voorzien in de RIZIV-wetgeving, moet toegepast worden.

Forfait radiologie (460784)
Prestaties radiologie zoals in ZIV-wetgeving

Klinische biologie - Naar aanleiding van de omzendbrief VI nr. 2024/117 van 25-4-2024: Voor de artikels 3, 18 en 24 in het kader van klinische biologie dient er voor Fedasil het tarief voor "niet-verzekerden" gefactureerd te worden. Ten gevolge hiervan mag het forfaitair honorarium inzake klinische biologie 592001 voor gehospitaliseerde patiënten, niet aangerekend worden.

Implantaten: Aangezien het bedrag van de veiligheidsgrens en afleveringsmarge in de verplichte ziekteverzekering vermeld wordt in zone 27 (persoonlijk aandeel), mag bij Fedasil de veiligheidsgrens en de afleveringsmarge vermeld worden in zone 19 en wordt deze ten laste genomen.

Maatregelen Ziekenhuizen 1-1-2014 (zie punt 4 van bijwerking 2013/5)
Record type 50 zone 3 - waarde 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): Deze maatregel is NIET van toepassing voor de facturatie Fedasil.

LVZ is niet van toepassing, de verstrekkingen mogen à l'acte aangerekend worden.

Wat betreft verstrekkingen in een ziekenhuis die buiten de eerstelijns psychologische zorg vallen, dienen de volgende pseudocodes gebruikt te worden:

<u>AMBU</u>	<u>HOSPI</u>	<u>Beschrijving</u>
961413	961424	Individuele thérapie, sessie van 60 min
/	961483	Individuele thérapie aan bed
961435	961446	Groepstherapie 1 verstrekker (klinisch psy)
961450	961461	Groepstherapie 2 verstrekkers (1 psy en 1 niet-psy vb. educ/verpleegk.)

Recordtype van het type 80 / R80

Hieronder worden de zones weergegeven waarvan de inhoud/controlle gewijzigd moeten worden:

Zone	Inhoud gebruikelijke richtlijnen	Lengte	Inhoud specifieke richtlijnen
7	Nummer mutualiteit van aansluiting	3 N	691
8	Identificatie rechthebbende	13 A	INSZ of BIS nummer
18	Nummer mutualiteit van bestemming	3 N	691