

RICHTLIJNEN VOOR DE VERPLEGINGSINSTELLINGEN BETREFFENDE DE ELEKTRONISCHE FACTURERING VAN DE GENEESKUNDIGE VERZORGING IN HET KADER VAN MediPrima

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 MediPrima. 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

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

De factureringsbestanden worden via MyCareNet overgemaakt.

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

De HZIV, heeft de papieren facturen niet nodig. U hoeft deze niet op te sturen.

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 volgend adres.

MediPrima@hziv.fgov.be

6.1

Tel 02 229 34 34

De betaling van de kosten, die door de POD MI 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 (690) nummer VI wordt ingevuld.

Als de HZIV een betaling, in opdracht van de POD MI 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 de geneeskundige verzorging in het kader van MediPrima is **690**.

4. Identificatie van de patiënten

Begunstigden van een MediPrima worden geïdentificeerd aan de hand van een Rijksregister- of BIS-nummer.

5. Toepassingsdatum

Deze instructies zijn van toepassing vanaf 1/1/2014.

De omzendbrief aan de ziekenhuizen van de POD Maatschappelijke Integratie van 24/12/2013 bepaalt de overgangsmodaliteiten

Deze overgangsmodaliteiten zijn de volgende:

Ziekenhuizen kunnen voor prestaties tot 31/05/2014 papieren facturen indienen bij de OCMW's als zij nog niet in staat zijn elektronisch te factureren (dus dubbel systeem gedurende 5 maanden).

Voor prestaties na 31/05/2014 worden er geen papieren facturen meer aanvaard.

Voor ziekenhuizen die dan nog niet in staat zijn om elektronisch te factureren betaalt de HZIV maximaal 2 voorschotten (op basis van informatie van de POD MI) die ze inhoudt op de - latere - elektronische facturatie.

Na 2014 vervalt ook de voorschotregeling.

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	690
8	Identificatie rechthebbende MediPrima	13 A	INSZ of BIS nummer
18	Nummer mutualiteit van bestemming	3 N	690
27	CG1 CG2	10 N	enkel nullen ingeven
42-45	Referentie SIS-kaart	48 A	Enkel nullen ingeven
53	Begindatum verzekeraarheid	8 N	Enkel nullen ingeven
54	Einddatum verzekeraarheid	8 N	Enkel nullen ingeven
55	Datum mededeling informatie	8 N	Enkel nullen ingeven

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

Bij ambulante prestaties worden deze zones met nullen opgevuld.

Recordtype van het type 21 / R21

Dit recordtype is niet van toepassing in het kader van MediPrima.

Recordtype van het type 25 / R25

Hieronder worden de zones weergegeven van het nieuwe record 25.

Zone	Inhoud gebruikelijke richtlijnen	Lengte	Inhoud specifieke richtlijnen
1	Recordtype	2 N	25
2	Volgnummer Record	6 N	
7	Nummer mutualiteit van aansluiting	3 N	690
8	Identificatie rechthebbende MediPrima	13 A	INSZ of BIS nummer
9	Geslacht rechthebbende	1 N	
12	Code "Dringende Medische hulp" (DMH)	1 N	1 (dringende medische hulp) of 0 (geen dringende medische hulp)
14	Nummer facturerende instelling	12 N	
15	Nummer verplegingsinrichting/ revalidatie	12 N	
18	Nummer mutualiteit van bestemming	3 N	690
24-25	Nummer individuele factuur	12 N	
27	Code dekking	10 N	Gegevens ontvangen van database MediPrima
28	Referentie instelling	25 A	
32	Flag identificatie rechthebbende	1 N	Steeds 1
38	KBO nr. OCMW	12 A	Gegevens ontvangen van database MediPrima
42-45 *	Referentie betalingsverbintenis	48 A	Gegevens ontvangen van database MediPrima
47-49 **	Referentie elektronisch DMH	21 A	Gegevens ontvangen van database DMH/ POD-MI
53 *	Begindatum dekking	8 N	Gegevens ontvangen van database MediPrima
54 *	Einddatum dekking	8 N	Gegevens ontvangen van database MediPrima
55 *	Datum consultatie database MediPrima	8 N	Gegevens ontvangen van database MediPrima
56-58*	Kaartnummer	12 N	Gegevens ontvangen van database MediPrima
59 *	Kaartversie	6 N	Gegevens ontvangen van database MediPrima
99	Controlecijfer van het record	2 N	Zie R10 Z99 van de instructies

Zone 4, 5, 6, 13, 22: Bij hospitalisatie dienen deze zones ingevuld te worden, niettegenstaande er noch een hospitalisatiedossier via Carenet/MyCareNet, noch een papieren hospitalisatiedossier, moet ingediend worden. Bij ambulante prestaties worden deze zones met nullen opgevuld.

- * De betalingsverbintenis is enkel geldig indien al deze zones zijn ingevuld. Informatie ivm 30-dagen geldigheid vindt u terug via volgende link: <https://www.mi-is.be/nl/tools-ocmw/mediprima> --> [faq_mediprima_nl_v10_0.docx](#) (punt 3.5)
- ** Indien een DMH vereist is en men beschikt over de mogelijkheid deze online te consulteren, dan moet deze zone ingevuld 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	690
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	Enkel nullen ingeven
31	Bedrag supplement (deel 2)	8 N	

(*) 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

6.1: 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 MediPrima.

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

Persoonlijk aandeel ligdag aan 0 € (dag van ontslag ingeval van opname vóór 12u en ontslag na 14u) : Deze maatregel is van toepassing voor de facturatie MediPrima.

Miniforfait 0761213 geschrapt voor prestaties vanaf 1/1/2014 : Deze maatregel is van toepassing voor de facturatie MediPrima

Maatregelen Ziekenhuizen 1-1-2014 (zie punt 4 van bijwerking 2013/5) en OMZ ZH 2014/4: recordtype 20 zone 10 het type factuur 9 te vermelden

recordtype 30, zone 4 de pseudocode 761213 (dringende verzorging en infuus) te vermelden recordtype 30, 40 en 50 in de zone 13 de pseudocode 720 terug in te voeren. Op die manier wordt elke verstrekking die wordt ingediend met type factuur 9 gekoppeld aan de pseudocode van het vroegere miniforfait zonder dat dit miniforfait zelf wordt aangerekend.

Datum van inwerkingtreding : facultatief voor prestaties verricht vanaf 1/1/2014 en verplicht prestaties vanaf 1/3/2014

Recordtype van het type 40 / R40

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

Zone	Inhoud gebruikelijke richtlijnen	Lengte	Inhoud specifieke richtlijnen
7	Nummer mutualiteit van aansluiting	3 N	690
19	Bedrag tegemoetkoming ZIV	1 A + 11N	Bedrag ten laste van POD MI *
27	Persoonlijk aandeel	1 A + 9 N	Bedrag ten laste van patiënt (ev. PA, niet vergoedbare medicatie, supplementen) **
30	Bedrag supplement (deel 1)	1 A + 1 N	Bedrag ten laste van OCMW (ev. PA, niet vergoedbare medicatie, supplementen)**
31	Bedrag supplement (deel 2)	8 N	

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

6.1 Medicatieforfait (750002= € 0.62/dag)

Medicatieforfait per opname (756000= bepaald per ziekenhuis)

Geforfaitiseerde medicatie: facturatie aan 25 % Niet-geforfaitiseerde

medicatie : facturatie volgens de klassieke regels ZIV

6.1 : 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 MediPrima

6.1 * Het tarief VT (verhoogde tegemoetkoming) is van toepassing.

** Indien het ziekenhuis de tussenkomst van het OCMW voor niet-vergoedbare medicatie in het kader van de ZIV niet kent, worden de bedragen ten laste van de patient opgenomen in de zone 27

Recordtype van het type 50 / R50

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

Zone	Inhoud gebruikelijke richtlijnen	Lengte	Inhoud specifieke richtlijnen
7	Nummer mutualiteit van aansluiting	3 N	690
19	Bedrag tegemoetkoming ZIV	1 A + 11N	Bedrag ten laste van POD MI *
27	Persoonlijk aandeel	1 A + 9 N	Bedrag ten laste van patiënt (ev. PA, niet vergoedbare prestaties, supplementen) **
30	Bedrag supplement (deel 1)	1 A + 1 N	Bedrag ten laste van OCMW (ev. PA, niet vergoedbare prestaties, supplementen) **
31	Bedrag supplement (deel 2)	8 N	

Opgelet: het factureren van het forfait klinische biologie en radiologie, met bijbehorende regels, zoals voorzien in de RIZIVwetgeving, moet toegepast worden.

6.1 Forfait klinische biologie (592001

Forfait radiologie (460784) Prestaties radiologie zoals in ZIV wetgeving

Het persoonlijk aandeel voor gehospitaliseerden in de speciale medisch-technische prestaties (700000) mag ook aangerekend worden aan de POD MI.

6.1 Implantaten: Aangezien het bedrag van de veiligheidsgrens en afleveringsmarge in de verplichte ziekteverzekering vermeld wordt in zone 27 (persoonlijk aandeel), mag bij MediPrima de veiligheidsgrens en de afleveringsmarge vermeld worden in zone 19 (tussenkost van de POD MI) indien de POD MI het persoonlijk aandeel ten laste neemt. Zie bijlage 1

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

Reordtype 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 MediPrima.

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

Controle cumulverbod ambulante en gehospitaliseerde forfaitaire honoraria: Deze controle is van toepassing.

6.1 * Het tarief VT (verhoogde tegemoetkoming) is van toepassing.

** Indien het ziekenhuis de tussenkomst van het OCMW voor niet-vergoedbare prestaties in het kader van de ZIV of voor supplementen niet kent, worden de bedragen ten laste van de patiënt opgenomen in de zone 27.

6.4 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 MediPrima het tarief voor "niet-verzekerden" gefactureerd te worden.

Deze maatregel is van toepassing vanaf 01/01/2024.

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	690
8	Identificatie rechthebbende	13 A	INSZ of BIS nummer
18	Nummer mutualiteit van bestemming	3 N	690