



E-mail

revalidatie@vlaanderen.be

Datum

26.08.2020

Onderwerp

FAQ 6e SHV – Veelgestelde vragen



Inhoud

1	Algemeen	3
1.1.1	<i>Waar kan ik een lijst vinden van de Vlaamse revalidatie voorzieningen?</i>	3
1.1.2	<i>Hoe kan een nieuwe revalidatievoorziening opgericht worden?</i>	3
1.1.3	<i>Wat verandert er voor zorggebruikers wonend in Wallonië of Brussel die zich wenden tot een revalidatievoorziening in Vlaanderen?</i>	4
1.1.4	<i>Is het gebruik van één centrale agenda in plaats van het dagboek toegestaan?</i>	4
2	Werkwijze bij twijfel inschrijving bij een ziekenfonds, bij onbekendheid van de identiteit en onbekendheid van de verzekeringsstatus van de zorggebruiker	4
2.1.1	<i>Situatie 1: De zorgvrager is niet identificeerbaar (onbekend rijksregisternummer, illegaal of verkeert in fysieke of geestelijke onmogelijkheid om informatie te verstrekken).</i>	4
2.1.2	<i>Situatie 2: De zorgvrager is wel identificeerbaar maar er is twijfel over een aansluiting bij een verzekeringsinstelling en over de verzekeraarbaarheid.</i>	5
3	Financiering	6
3.1	Aanvraagprocedure	6
3.1.1	<i>Hoe moet een aanvraag tot een tegemoetkoming worden aangevraagd?</i>	6
3.1.2	<i>Wanneer mogen de RIZIV-formulieren gebruikt worden?</i>	7
3.1.3	<i>Moeten de aanvragen digitaal of manueel ingevuld worden?</i>	7
3.1.4	Mag een aanvraag digitaal ondertekend worden?	7
3.1.5	<i>Mag in plaats van een mutualiteitsklever de gegevens genoteerd worden op het aanvraagformulier?</i>	8
3.1.6	<i>Kan een minderjarige tekenen of moet het zijn wettelijke vertegenwoordiger zijn om een aanvraag te doen voor een tegemoetkoming voor behandeling in een centrum?</i>	8
3.1.7	<i>Moeten de aanvragen aangetekend verstuurd worden?</i>	9
3.1.8	<i>Mag het aanvraagformulier via mail worden verstuurd?</i>	9
3.1.9	<i>Mag het aanvraagformulier recto-verso worden afgeprint en ingevuld?</i>	9
3.1.10	<i>Mogen aanvraagformulieren aangepast worden aan eigen huisstijl en mag het formulier aangepast worden indien sommige vragen niet van toepassing zijn?</i>	9

6.3.3	Is bij een eerste aanvraag binnen groep 3 de ICD-10 code en therapiedoelstellingen voldoende?	16
6.3.4	Moet de audiogram toegevoegd worden aan de aanvraag tot verlenging binnen groep 4? 16	16
6.3.5	Moet een diagnose op basis van testresultaten toegevoegd worden aan een eerste aanvraag binnen de groepen 5, 12 en 13?	16
6.3.6	Welke procedure moet aangeduid worden in het geval van een aanvraag tot verlenging van de tegemoetkoming?	17
6.4	Rolstoeladviesteam	17
6.4.1	Welk zijn de identificatiegegevens van het rolstoeladviesteam?	17
6.4.2	Waarom kunnen sinds 2019 geen functioneringsrapporten meer worden aangevraagd via de 9.50 - overeenkomst?	17
6.4.3	Moet de samenstelling van het rolstoeladviesteam worden gecommuniceerd?	18
6.4.4	Welke formulieren moeten worden gebruikt voor de aanvraag van een tegemoetkoming voor de opstelling van een RAR?	19
6.4.5	Waar vind ik een lijst met verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen?	19
6.4.6	Waar vind ik een lijst met rolstoeladviesteams?	19
6.4.7	Hoe kan een nieuw rolstoeladviesteam opgericht worden?	20
6.4.8	Welk pseudonomenclatuurnummer moet worden gebruikt voor prestaties van een Rolstoel Advies Team?	20
6.4.9	Wat te doen met de documenten als een RAR wordt opgemaakt in functie van hulpmiddelen voor communicatie, computerbediening en omgevingsbedieningen?	20
6.4.10	Instructies over hoe het aanvraagformulier in te vullen door het RAT	21
6.4.11	Wat is er gewijzigd aan de laatste nieuwe versie van dit aanvraagdocument?	23
6.4.12	Wat indien een oudere versie van het aanvraagdocument wordt gebruikt?	23
6.4.13	Afspraken rond het niet volledig correct invullen van het formulier	24

1 Algemeen

1.1.1 Waar kan ik een lijst vinden van de Vlaamse revalidatie voorzieningen?

De lijst van zorgvoorzieningen met een Vlaamse revalidatieovereenkomsten vindt u op deze pagina: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/revalidatie/revalidatieovereenkomsten/adressen-en-types>

De lijst met Vlaamse revalidatieziekenhuizen vindt u op deze pagina: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/revalidatie/revalidatieziekenhuizen/adressen>

1.1.2 Hoe kan een nieuwe revalidatievoorziening opgericht worden?

Voor het oprichten van een nieuwe revalidatievoorziening is een nieuwe revalidatieovereenkomst nodig. De procedure voor het sluiten van nieuwe revalidatieovereenkomsten is terug te vinden in artikel 159 t.e.m. 173 van het besluit van de Vlaamse regering van 7 december 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging.

De procedure voor een aanvraag van een nieuwe overeenkomst vindt u op deze pagina: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/een-revalidatieovereenkomst-wijzigen-stopzetten-of-een-nieuwe-overeenkomst-aanvragen>

////////////////////////////////////

1.1.3 Wat verandert er voor zorggebruikers wonend in Wallonië of Brussel die zich wenden tot een revalidatievoorziening in Vlaanderen?

Voor zorggebruikers die aangesloten zijn bij een Waals of Brussels ziekenfonds of wonen in Wallonië of Brussel en zich wenden tot een revalidatievoorziening in Vlaanderen, wordt het principe van de vestigingsplaats van de revalidatievoorziening gehanteerd, los van de domiciliëring van de zorggebruiker. Voor elke persoon ongeacht zijn woonplaats zal de Vlaamse revalidatievoorziening betaald worden volgens het derde betalingsprincipe mits de Belgische verzekeraar van die persoon in orde is. De factuur wordt dus door de Vlaamse revalidatievoorziening naar een Vlaams ziekenfonds gestuurd. In principe verandert er dus niets voor zorggebruikers wonend in Wallonië of Brussel die zich wenden tot een revalidatievoorziening in Vlaanderen.

1.1.4 Is het gebruik van één centrale agenda in plaats van het dagboek toegestaan?

In de revalidatieovereenkomst worden al de gegevens die bijgehouden moeten worden in het dagboek vernoemd. Indien al deze gegevens opgenomen worden in een centrale agenda en aangeleverd kunnen worden op vraag van het agentschap is het toegestaan om gebruik te maken van een centrale agenda, mits het systeem garandeert dat er geen aanpassingen aan deze agenda na het verstrijken van de dag kunnen ingevoerd worden.

2 Werkwijze bij twijfel inschrijving bij een ziekenfonds, bij onbekendheid van de identiteit en onbekendheid van de verzekeringsstatus van de zorggebruiker

Er kunnen zich twee problemen voordoen:

1. de revalidatievoorziening heeft geen idee bij welke verzekeringsinstelling de zorggebruiker is aangesloten, of er bestaat een vermoeden dat er nooit een aansluiting is geweest en de persoon is daarenboven niet in staat om een voorkeur van lidmaatschap te uiten;
2. het is niet mogelijk - omdat de zorggebruiker geen recht heeft op een tegemoetkoming voor geneeskundige verstrekkingen - om binnen een termijn van 30 dagen, na de start van een behandeling in een revalidatievoorziening, een aanvraag in te dienen bij de verzekeringsinstelling gekozen door de zorgvrager om een ontvangstdatum te bekomen. Voor de volledigheid zijn alle situaties opgenomen in het volgende schema vertrekkend vanuit de problematiek van de zorgvoorziening.

2.1.1 Situatie 1: De zorgvrager is niet identificeerbaar (onbekend rijksregisternummer, illegaal of verkeert in fysieke of geestelijke onmogelijkheid om informatie te verstrekken).

Men probeert zo snel mogelijk de identificatie in orde te brengen om vervolgens te werken zoals in situatie 2.



De aanvraag voor tegemoetkoming wordt door de zorgvoorziening naar een verzekeringstelling gestuurd. De verzekeringstelling zal voor deze niet identificeerbare zorggebruiker een ontvangstdatum op de documenten aanbrenge.

Het aanvraagformulier wordt vervolgens teruggestuurd naar de revalidatievoorziening met de vermelding om alles in het werk te stellen om de zorgvrager zo snel mogelijk in te schrijven bij een verzekeringstelling die de voorkeur heeft van de zorggebruiker of van een wettelijke vertegenwoordiger. Indien de verzekeraarbaarheid in een latere fase in orde wordt gebracht dan mag de initiële ontvangstdatum gebruikt worden.

2.1.2 Situatie 2: De zorgvrager is wel identificeerbaar maar er is twijfel over een aansluiting bij een verzekeringstelling en over de verzekeraarbaarheid.

De zorgvoorziening stuurt een aanvraag voor tegemoetkoming naar een verzekeringstelling gekozen door de zorggebruiker of wettelijke vertegenwoordiger. De verzekeringstelling brengt een ontvangstdatum aan op de aanvraag.

De volgende drie situaties kunnen zich voordoen:

2.1.2.1 De zorggebruiker is inderdaad aangesloten maar bij een andere verzekeringstelling;

- via de intermutualistische filter wordt de verzekeringstelling van aansluiting teruggevonden en de aanvraag voor tegemoetkoming wordt vervolgens aan deze verzekeringstelling overgemaakt. De verzekeringstelling beheert het dossier en onderzoekt de mogelijkheden om het recht op terugbetalingen van de geneeskundige verstrekkingen toe te kennen. Indien de patiënt van verzekeringstelling wenst te veranderen moet dat via de wettelijke procedure worden geregeld. Als het gaat om een mutatie, dan mag dat niet met terugwerkende kracht De ontvangststempel van de initiële verzekeringstelling wordt in elk geval gebruikt als ontvangstdatum.

2.1.2.2 De zorggebruiker is inderdaad aangesloten bij de verzekeringstelling;

- indien men vaststelt dat de verzekeringstatus in orde is, wordt de ontvangstdatum bepaald en heeft de zorgvrager recht op de tegemoetkomingen (gewone situatie).
- Indien de verzekeraarbaarheid niet in orde is, wordt de ontvangststempel als ontvangstdatum beschouwd, van zodra de verzekeraarbaarheid in orde wordt gebracht. Uiteraard moet men alles doen om zo snel mogelijk de verzekeraarbaarheid in orde te brengen.
- De inschrijving is vervallen omdat de zorggebruiker meer dan 2 jaar niet aangesloten was. Een herinschrijving is noodzakelijk.

2.1.2.3 De zorggebruiker is nooit ingeschreven bij een ziekenfonds;

- indien hij verzekeraarbaar is, wordt hij ingeschreven en geldt de ontvangststempel als ontvangstdatum.



- Indien hij onverzekerbaar is (omdat hij niet tot de doelgroep van de wet op de ziekte- en invaliditeitsverzekering behoort) wordt de aanvraag van de tegemoetkoming met de ontvangststempel overgemaakt aan de zorgvoorziening (zie situatie 1).

Deze bepalingen gelden vanaf 1/2/2020 en blijven van kracht na de periode van het Overnamedecreet.

3 Financiering

3.1 AANVRAAGPROCEDURE

3.1.1 Hoe moet een aanvraag tot een tegemoetkoming worden aangevraagd?

De revalidatievoorziening stelt, samen met de zorggebruiker, de aanvraag tot tegemoetkoming voor de revalidatieverstrekingen op. Deze aanvraag wordt opgemaakt aan de hand van het standaard model van aanvraagformulier. Het aanvraagformulier bestaat minstens uit drie delen. In het geval ook een tegemoetkoming voor reiskosten wordt gevraagd, moet een vierde deel worden toegevoegd.

Het aanvraagdossier bestaat, ongeacht of de standaard procedure of de vereenvoudigde procedure tot goedkeuring wordt gevolgd, altijd uit drie (of vier) delen die correct ingevuld en ondertekend moeten zijn.

De delen van het aanvraagdossier zijn:

1° deel 1 dat ondertekend en gedagtekend wordt door een administratief verantwoordelijke van de revalidatievoorziening en bevat volgende informatie:

- De gegevens van de revalidatievoorziening
- De gegevens over de soort revalidatieverstreking
- De periode waarin de revalidatieverstrekingen plaatsvinden
- In voorkomend geval, met welke frequentie de revalidatieverstrekingen plaatsvinden.

Deel 1 van het aanvraagdossier heeft een standaard lay-out voor alle types van revalidatievoorzieningen. Hierdoor is het mogelijk dat bepaalde zaken op dit eerste deel gevraagd worden die voor de desbetreffende revalidatievoorziening niet relevant zijn.

2° deel 2 is te beschouwen als een informed consent van de zorggebruiker en wordt ondertekend en gedagtekend door de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger. Op deel 2 van het aanvraagdossier vraagt de zorggebruiker de tegemoetkoming voor de revalidatieverstrekingen en eventueel de tegemoetkoming voor reiskosten. Als een tegemoetkoming voor reiskosten wordt gevraagd, moet altijd een deel 4 aan het aanvraagdossier worden toegevoegd.

Ook deel 2 van het aanvraagdossier heeft een standaard lay-out voor alle types van revalidatievoorzieningen. De revalidatievoorziening bereidt het deel 2 voor voor de zorggebruiker. Let erop alle vragen correct te beantwoorden.

3° deel 3 is specifiek voor elk type van revalidatievoorziening. Het betreft een gestandaardiseerd medisch verslag. Bij de herwerking van de aanvraagdossiers werd bepaald welke medische

////////////////////////////////////

informatie noodzakelijk is om de aanvraag tot tegemoetkoming te kunnen beoordelen. Deel 3 vervangt dus het medisch verslag dat vroeger door het RIZIV werd gevraagd. Er moet dus geen extra medisch verslag worden toegevoegd aan het aanvraagdossier. Deel 3 van het aanvraagdossier wordt ondertekend en gedagtekend door een behandelend arts van de revalidatievoorziening. Enkel voor de revalidatievoorzieningen van het type 7.90 is geen deel 3 bij het aanvraagdossier vereist.

4° deel 4 is een standaard medisch attest waarin geattesteerd wordt dat de zorggebruiker rolstoelafhankelijk is tijdens vervoer. Dit deel 4 moet ondertekend en gedagtekend worden door een behandelend arts van de revalidatievoorziening en altijd toegevoegd worden aan het aanvraagdossier als (op deel 2) ook een tegemoetkoming voor reiskosten wordt gevraagd.

De aanvraagdossiers per type revalidatievoorziening en het standaard attest (deel 4) voor rolstoelafhankelijkheid zijn gepubliceerd op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/formulieren-voor-de-aanvraag-van-tegemoetkomingen-voor-revalidatieverstrekingen>

3.1.2 Wanneer mogen de RIZIV-formulieren gebruikt worden?

De RIZIV-formulieren mogen gebruikt worden in volgende twee gevallen.

- Bij een aanvraag voor prestaties die u in 2019 hebt aangevat:

Tot en met februari 2019 was een overgangsregeling van kracht waarbij een aanvraag mocht worden gedaan met de RIZIV-formulieren. Vanaf 1 maart 2019 geldt deze overgangsregeling niet meer en zullen aanvragen met de oude RIZIV-formulieren niet meer worden behandeld.

Aanvragen met RIZIV-formulieren voor prestaties die starten in 2019 worden teruggestuurd naar de voorziening.

Alleen voor de aanvraagformulieren voor tegemoetkoming voor PVT en IBW werd de overgangsregeling verlengd tot en met 30 april 2019.

- Bij een aanvraag voor prestaties die u in 2018 hebt aangevat:

U moet de aanvraag doen met de oude RIZIV-formulieren. Aanvragen voor prestaties die starten in 2018 met Vlaamse formulieren zullen teruggestuurd worden naar de voorziening.

3.1.3 Moeten de aanvragen digitaal of manueel ingevuld worden?

De aanvragen kunnen zowel digitaal als manueel ingevuld worden.

3.1.4 Mag een aanvraag digitaal ondertekend worden?

Een correcte digitale handtekening is op basis van artikel 1322 van het Burgerlijk Wetboek even rechtsgeldig als een gewone handtekening. De Wet van 21 juli 2016 (de Wet eIDAS en elektronische archivering) vormt het huidige wettelijke kader.

De Verordening waarop deze Wet gebaseerd is, maakt een onderscheid tussen drie vormen van digitale handtekening (gewone, geavanceerde en gekwalificeerde elektronische handtekening) waarbij enkel een gekwalificeerde elektronische handtekening hetzelfde rechtsgevolg heeft als een handgeschreven handtekening.

De gekwalificeerde elektronische handtekening

De gekwalificeerde elektronische handtekening biedt momenteel het hoogste beveiligingsniveau dat op dit moment wettelijk is vastgelegd. Deze handtekeningvorm is juridisch volledig gelijkgesteld met een handgeschreven handtekening (artikel 25 van de verordening). Om een gekwalificeerde

////////////////////////////////////

handtekening te verkrijgen, moet zij niet alleen geavanceerd zijn, maar ook aangemaakt zijn met een gekwalificeerd middel voor het aanmaken van elektronische handtekeningen en gebaseerd zijn op een gekwalificeerd certificaat voor elektronische handtekeningen.

Hoe verkrijg ik een gekwalificeerde elektronische handtekening?

Zoals hierboven uiteengezet zijn er drie bestanddelen van een gekwalificeerde handtekening:

- *Een geavanceerde handtekening,*
- *aangemaakt met een gekwalificeerd middel,*
- *gebaseerd op een gekwalificeerd certificaat.*

Om een gekwalificeerde handtekeningen te verkrijgen moet u contact opnemen met een dienstverlener die een "gekwalificeerde status" verkregen heeft van de Belgische overheid. Deze dienstverlener kan garanderen dat de geavanceerde handtekening aangemaakt is met een gekwalificeerd middel en gebaseerd is op een gekwalificeerd certificaat.

Het grote nadeel van een elektronische handtekening is dat ze strikt genomen enkel elektronisch bestaat. Van zodra men het elektronisch getekende document afdruckt, verliest de elektronische handtekening haar bewijswaarde. Dit is een probleem bij het via de post opsturen van aanvraagformulieren.

De afgedrukte handtekening kan men immers door het ontbreken van elektronische gegevens niet meer toerekenen aan een bepaalde persoon en ook de integriteit van de inhoud kan men niet waarborgen.

Een uitzondering hierop is de 'hybride handtekening'. De hybride handtekening is een gematerialiseerde (afgedrukte) handtekening die voldoet aan de vereisten van een geavanceerde elektronische handtekening. De garantie dat aan die voorwaarden is voldaan, kan men bieden door verschillende technologieën: bijvoorbeeld een barcode of QR-code op de afdruk die het mogelijk maakt om aan de hand daarvan met een scanner de originele elektronische handtekening op te vragen. Dit geeft aan de afgedrukte handtekening een elektronische toets.

De optie van een digitale handtekening is zeker mogelijk voor zorggebruikers, maar men moet om rechtsgeldig te zijn, wel rekening houden met een aantal (strengere) wettelijke bepalingen.

3.1.5 Mag in plaats van een mutualiteitsklever de gegevens genoteerd worden op het aanvraagformulier?

In het geval dat de gebruiker niet beschikt over een mutualiteitsklever kunnen volgende gegevens klaar en duidelijk genoteerd worden op het aanvraagformulier:

- Naam en voornaam
- Rijksregisternummer

Gelieve rekening te houden dat de afhandelingstermijn bij een aanvraagformulier zonder mutualiteitsklever langer zal zijn gezien de barcode ontbreekt.

3.1.6 Kan een minderjarige tekenen of moet het zijn wettelijke vertegenwoordiger zijn om een aanvraag te doen voor een tegemoetkoming voor behandeling in een centrum?

Conform de Wet patiëntenrechten kunnen de ouders de minderjarige wettelijk vertegenwoordigen en de aanvraag ondertekenen als de aanvraag wordt ingediend op vraag of minstens met instemming van de ouders. Dit geniet de voorkeur.

Als de minderjarige bekwaam wordt geacht om zijn patiëntenrechten zelfstandig uit te oefenen, is de toestemming van de ouders niet noodzakelijk. De bekwame minderjarige kan de aanvraag zelf ondertekenen.



3.1.13 Kan een verlenging verleend worden in geval van zwangerschapsrust bij een zorggebruiker?

Een verlenging door reden van een onderbreking ten gevolge van een zwangerschap is niet toegestaan.

3.1.14 Welk nummer moet als erkenningsnummer opgegeven worden bij het aanvragen van een tegemoetkoming?

Het gevraagde erkenningsnummer heeft betrekking op het voormalige RIZIV nummer, dat behouden is gebleven na de 6^{de} Staatshervorming.

3.1.15 Wie is de verantwoordelijke van de zorgvoorziening?

De verantwoordelijke van de zorgvoorziening is de persoon verantwoordelijk voor de administratieve verwerking van de aanvraag. Deze persoon zal door de verzekeringsinstelling gecontacteerd worden in het geval dat er administratieve fouten aanwezig zijn in de aanvraag.

3.1.16 Wanneer moeten ouderzittingen aangevinkt worden bij “Type opname” in het aanvraagformulier?

Ouderzittingen moeten enkel in het aanvraagformulier aangevinkt worden indien geweten is bij start van therapie dat ouderzittingen zullen plaatsvinden.

3.1.17 Wat wordt bedoeld met de standaard aanvraagprocedure en de vereenvoudigde aanvraagprocedure?

Dit is een proces dat zich situeert op het niveau van de beoordeling van de aanvraag tot tegemoetkoming door de verzekeringsinstellingen. Ongeacht de procedure die wordt gevolgd, moet de zorgvoorziening altijd een volledig aanvraagdossier (dus altijd 3 of 4 delen) dat correct is ingevuld en ondertekend aan de verzekeringsinstelling bezorgen.

In sommige, vooraf bepaalde situaties, wordt de goedkeuring verleend op basis van administratieve informatie: de verzekeringsstatus van de zorggebruiker en het al dan niet voorkomen van cumul. Hoewel voor deze situaties is geoordeeld dat een beoordeling van de medische informatie van de zorggebruiker niet relevant is voor het al dan niet verlenen van een goedkeuring, moet de zorgvoorziening steeds ook deel 3 van het aanvraagdossier invullen en mee opsturen. Deze informatie is immers relevant voor eventuele a-posterio controles later.

In het geval er geen beoordeling is van de medische informatie van de zorggebruiker, spreekt men van een vereenvoudigde aanvraagprocedure. In alle andere gevallen spreekt men over de standaard aanvraagprocedure. De situaties waarbij een vereenvoudigde aanvraagprocedure geldt, zijn bepaald in artikel 371 van het Besluit van de Vlaamse regering, zoals weergegeven in onderstaande tabel. De expertencommissie kan de minister adviseren om deze lijst aan te passen.



Erkenningsnummer dat begint met het nummer	Revalidatievoorzieningen	Aard van de aanvraag	Aanvraagprocedure
7.71	Inkendaal NAH Turnhout	eerste aanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
	andere centra	eerste aanvraag	standaardaanvraagprocedure
	alle centra	verlengingsaanvraag	standaardaanvraagprocedure
7.72	alle centra	eerste aanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
		verlengingsaanvraag	standaardaanvraagprocedure
7.73	alle centra	eerste aanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
		verlengingsaanvraag	standaardaanvraagprocedure
7.74	Appelboom/GAUZZ/ De Dauw/COT	eerste aanvraag	standaardaanvraagprocedure
	De Dauw/COT	verlengingsaanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
	Appelboom/GAUZZ	verlengingsaanvraag	standaardaanvraagprocedure
7.74.5		eerste aanvraag	standaardaanvraagprocedure
		verlengingsaanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
7.74.6		eerste aanvraag	standaardaanvraagprocedure
		verlengingsaanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
7.76.5		eerste aanvraag	standaardaanvraagprocedure
		verlengingsaanvraag	standaardaanvraagprocedure
7.76.7		eerste aanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
		verlengingsaanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
7.90		elke aanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
9.53 en 9.65	Aanvangsbilans doelgroep 8 en 9	eerste aanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
	herhalingsbilans andere doelgroepen dan 8 of 9	eerste aanvraag	standaardaanvraagprocedure
	alle doelgroepen	verlengingsaanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
	herhaling herhalingsbilans	verlengingsaanvraag	standaardaanvraagprocedure
9.69		eerste aanvraag	standaardaanvraagprocedure
		verlengingsaanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure

3.2 FACTURATIE

3.2.1 Wat wordt bedoeld met gesplitste facturatie?

Op 1 januari 2019 heeft het agentschap Zorg en Gezondheid de operationele taken van het RIZIV overgenomen. Dit betekent dat vanaf 1 januari 2019 de betalingen aan de verzekeringsinstellingen door het agentschap Zorg en Gezondheid gebeuren, daar waar dit voordien door het RIZIV gebeurde (voor rekening van het agentschap Zorg en Gezondheid). Het kantelmoment wordt bepaald op basis van de datum waarop de prestatie effectief werd geleverd (dus niet de datum waarop deze gefactureerd werd).

Dit betekent dat vanaf 1 januari 2019 de verzekeringsinstellingen de facturen voor revalidatieprestaties die Vlaamse bevoegdheid zijn geworden, op een Vlaamse boekhouding moeten boeken. Omdat een factuur boekhoudkundig slechts één keer (voor het volledige bedrag) kan

////////////////////////////////////

geboekt worden, is een uitsplitsing nodig van de prestaties die federaal zijn gebleven en de prestaties die Vlaams zijn geworden op twee facturen.

Deze problematiek werd, voor wat betreft de elektronische facturatie, opgelost door het toevoegen van een "rekening C". Alle prestaties die voor Vlaamse rekening gelden worden dan, dus prestaties vanaf 1 januari 2019, op de rekening C gefactureerd.

Voor de situaties waar op papier wordt gefactureerd, zijn twee facturen nodig: één factuur voor prestaties (vóór 1 januari 2019) voor rekening van het RIZIV en een tweede factuur voor prestaties (vanaf 1 januari 2019) voor rekening van het agentschap Zorg en Gezondheid. Als er na 2019 prestaties worden geleverd met federale bevoegdheid (bijvoorbeeld medicatie) en prestaties met Vlaamse bevoegdheid, moeten er opnieuw twee facturen gemaakt worden. Alleen op deze manier kunnen de verzekeringsinstellingen de facturen correct boekhoudkundig verwerken. Facturen waarbij zowel prestaties voor het RIZIV als voor Vlaanderen op worden vermeld, moeten door de verzekeringsinstellingen worden geweigerd.

3.2.2 Naar welke adressen van de verzekeringsinstellingen moeten facturen gestuurd worden?

Voor de facturatie gelden dezelfde adressen als in 2018 tenzij de mutualiteit zelf bv. een adreswijziging of andere wijziging zou hebben gecommuniceerd. Voor de facturatie dient geen rekening gehouden te worden met het centrale contactpunt van de verzekeringsinstellingen voor de aanvragen.

Een overzicht van de adressen voor de facturatie kan u op de website vinden: www.zorg-en-gezondheid.be/Pseudonomenclatuurcodes

3.2.3 Moeten uniforme facturatie-documenten gebruikt worden?

Neen, het facturatieproces blijft ongewijzigd en uniforme facturatie-documenten zijn niet in gebruik. Meer informatie over de facturatie-instructies vindt u via deze link: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/Pseudonomenclatuurcodes>.

3.2.4 Welke facturatie-instructies moeten worden gevolgd?

De facturatie-instructies zijn grotendeels dezelfde gebleven. De details vindt u via deze link: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/Pseudonomenclatuurcodes>.

Prestaties in 2018 en regionale prestaties 2019 moeten op een afzonderlijke factuur gefactureerd worden (dus via 2 afzonderlijke zendingen).

Regionale prestaties 2019 en federale prestaties 2019 moeten ook afzonderlijk gefactureerd worden: in het geval van facturatie op papier zijn dit 2 afzonderlijke facturen. In het geval van elektronische facturatie worden regionale prestaties vanaf 2019 op de "rekening C" gefactureerd.

Zie ook vraag 2.2.1. i.v.m. gesplitste facturatie.



4 Vervoerskosten

4.1.1 Hoe moet een tegemoetkoming voor reiskosten worden aangevraagd?

Voor een tegemoetkoming voor reiskosten, zowel voor een eerste vraag tot tegemoetkoming als voor een vraag tot verlenging van de tegemoetkoming, zal de revalidatievoorziening een aanvraag moeten indienen met het aanvraagformulier met 3 onderdelen (deel 1, deel 2 en deel 4, dus geen deel 3 m.b.t. het medisch luik) als de vervoerskosten afzonderlijk worden aangevraagd, of met 4 onderdelen als de vervoerskosten samen met de aanvraag tot tegemoetkoming voor de revalidatieprestaties worden aangevraagd (wat meestal het geval is). Het aanvraagformulier is te vinden via deze link:

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/formulieren-voor-de-aanvraag-van-tegemoetkomingen-voor-revalidatieverstrekingen>

Indien de revalidant volgens de Vlaamse regelgeving recht heeft op een tegemoetkoming voor reiskosten en reeds een goedkeuring had ontvangen in 2018 zal een aanvraag tot verlenging moeten ingediend worden door de revalidatievoorziening op het einde van de voorgaande toelating. Desgevallend moeten altijd de 3 (zie ook 3.1.3.) of 4 delen van het aanvraagformulier correct ingevuld, ondertekend en opgestuurd worden.

Indien de revalidant volgens de Vlaamse regelgeving recht heeft op een tegemoetkoming voor reiskosten en geen voorgaande goedkeuring heeft ontvangen zal de revalidatievoorziening een eerste aanvraag moeten indienen startend in 2019. Opnieuw moeten de 4 delen van het aanvraagformulier correct ingevuld, ondertekend en opgestuurd worden.

De beoordeling van de aanvraag gebeurt, op basis van het standaard attest m.b.t. de rolstoelafhankelijkheid (deel 4) door de adviserend geneesheer van de betrokken verzekeringsinstelling tot 30 juni 2019 en nadien door de zorgkassencommissie. Dit geldt ook voor de revalidatievoorzieningen van het type 7.90.

U vindt de nodige informatie via deze link: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/vergoeding-voor-de-reiskosten-naar-revalidatieovereenkomsten>.

4.1.2 Hoe moet een aanvraag voor een vergoeding voor de reiskosten ingediend worden in het geval dat er reeds een goedkeuring werd ontvangen voor de vergoeding voor de reiskosten voorafgaand aan 2019?

Indien u volgens de Vlaamse regelgeving recht hebt op een tegemoetkoming voor reiskosten en reeds een goedkeuring had ontvangen voorafgaand aan 2019 zal u een aanvraag tot verlenging moeten indienen.

U vindt de nodige informatie via deze link: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/vergoeding-voor-de-reiskosten-naar-revalidatieovereenkomsten>.

4.1.3 Hoe moet een aanvraag voor een vergoeding voor de reiskosten ingediend worden in het geval dat er reeds een goedkeuring werd ontvangen voor een tegemoetkoming voor een revalidatieverstreking voorafgaand aan 2019

De aanvraag voor een vergoeding voor de reiskosten in het geval dat er reeds een tegemoetkoming voor een revalidatieverstreking werd goedgekeurd bestaat uit deel 1, deel 2 (waarbij enkel vervoer wordt aangekruist) en het deel 4 (het standaard medisch attest i.v.m. de rolstoelafhankelijkheid) . Let wel, het gaat dan over een eerste aanvraag voor reiskosten en de zorggebruiker moet op het

////////////////////////////////////

moment van de aanvraag tot tegemoetkoming voor de reiskosten rolstoelgebonden zijn tijdens het vervoer (en niet “ooit” rolstoelgebonden zijn geweest tijdens de voorgeschiedenis van de lopende conventie).

Merk op dat in het geval een verlenging van de tegemoetkoming voor de revalidatieverstrekingen wordt gevraagd voor een situatie waarbij de zorggebruiker tijdens de initiële goedkeuring het akkoord had bekomen voor tegemoetkoming in de reiskosten, de tegemoetkoming voor de reiskosten verder kan worden verleend voor de verlenging van de revalidatieperiode. Dit is een wijziging t.o.v. de situatie vóór 2019. De zorggebruiker wordt niet langer financieel gepenaliseerd omdat hij, ingevolge een vooruitgang in de situatie als gevolg van het revalidatieprogramma, niet meer (volledig) rolstoelafhankelijk is tijdens het vervoer. Deze regeling geldt alleen voor aaneensluitende perioden van revalidatie.

Merk ook op dat, doordat sinds 2019 de verantwoordelijkheid van de aanvragen tot tegemoetkoming bij de revalidatievoorzieningen is gelegd, de zorgvoorziening verantwoordelijk is in het geval dat tegemoetkomingen worden mislopen door een gebrekkige administratie.

4.1.4 Worden de reiskosten ook vergoed als de ouders naar een centrum komen voor een autisme-interview (ADI-R) zonder dat het kind aanwezig is?

Er wordt geen tegemoetkoming voor reiskosten gegeven voor ouders die in afwezigheid van het kind naar een centrum komen.

4.1.5 Hoe moeten de verzekeringsinstelling ingelicht worden over de data waarop een kind/jongere aanwezig was in een centrum?

De tegemoetkoming voor de reiskosten wordt bekomen op basis van een attest dat de voorziening aflevert aan de zorggebruiker met de dagen dat het kind effectief naar de voorziening is gekomen. Dit attest wordt door de zorggebruiker aangeboden aan de mutualiteit waarbij hij verzekerd is. Er bestaat geen opgelegd model voor dit attest. De tegemoetkoming is een forfaitair bedrag dat maximaal één keer per dag kan worden toegekend.

5 E-health

5.1.1 Is er een handleiding voor toegangsbeheer tot het e-health platform ter beschikking?

Een handleiding voor toegangsbeheer tot het e-health platform is terug te vinden via deze link: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/via-ehealth-toegang-krijgen-als-zorgvoorziening-tot-gezondheidstoepassingen>

5.1.2 Aan welke medewerkers mag toegang verleend worden tot het e-health platform?

Het is de hoofdtoegangbeheerder (of de toegangbeheerder indien dit al gedelegeerd is) die het toegangsbeheer van de voorziening in orde dient te maken. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van de handleiding voor toegangsbeheer tot het e-health platform. Indien het toegangsbeheer in orde is kunnen de aangeduide personeelsleden zich via hun e-ID aanmelden in de RaaS-applicatie en/of het e-loket.



6 Sectorspecifiek

6.1 772 CONVENTIES - PSYCHOSOCIALE REVALIDATIE VOOR VOLWASSENEN

6.1.1 Hoe verloopt de procedure bij een 772 conventie wanneer een zorggebruiker zijn/haar revalidatieprogramma herneemt nadat hij/zij deze had stopgezet?

Na het stopzetten van een revalidatieprogramma dient een nieuwe aanvraag ingediend te worden indien de afwezigheidstermijn verlopen is. De afwezigheidstermijnen worden bepaald in de overeenkomsten. Indien de afwezigheidstermijn nog niet verlopen is, kan het revalidatieprogramma hernomen worden nadat de verzekeringsinstelling schriftelijk op de hoogte werd gebracht. Er bestaat geen opgelegd model voor dit schrijven.

Aangezien deze melding medische informatie bevat mag dit niet per mail gebeuren.

6.1.2 Wat wordt er bedoeld met "onderbreking" in het aanvraagformulier? Over welke termijnen gaat dit?

Het vroegtijdig onderbreken slaat op het onderbreken van een lopende toelating voordat deze afgelopen is en zonder dat dit de bedoeling was. De procedure betreffende de vroegtijdige onderbreking blijft behouden. Indien een zorggebruiker zich aanmeldt na de vooropgestelde afwezigheidstermijnen moet een nieuwe aanvraag ingediend worden. De termijnen zijn opgenomen in de revalidatieovereenkomst.

Voor PVT moeten tijdelijke, kortdurende onderbrekingen (bijvoorbeeld omwille van een kortdurende opname in het ziekenhuis) niet worden gemeld. De zorgvoorziening mag de dagen dat de zorggebruiker afwezig is, uiteraard niet factureren.

6.2 773 CONVENTIES - VERSLAVINGSZORG

6.2.1 Hoe verloopt de procedure bij een 773 conventie wanneer een zorggebruiker zijn/haar revalidatieprogramma herneemt nadat hij/zij deze had stopgezet?

Na het stopzetten van een revalidatieprogramma dient een nieuwe aanvraag ingediend te worden indien de afwezigheidstermijn verlopen is. De afwezigheidstermijnen worden bepaald in de overeenkomsten. Indien de afwezigheidstermijn nog niet verlopen is, kan het revalidatieprogramma hernomen worden nadat de verzekeringsinstelling schriftelijk op de hoogte werd gebracht. Er bestaat geen opgelegd model voor dit schrijven. De zorgvoorziening mag de dagen dat de zorggebruiker afwezig is, uiteraard niet factureren.

6.2.2 Wie moet de motivatie van de zorggebruiker bij de aanvraag tot verlenging invullen?

Het invullen van de motivatie van de zorggebruiker kan zowel door de zorggebruiker als zijn/haar zorgverlener. Indien de zorgverlener de aanvraag invult is het belang dat hij/zij de opgegeven motivatie van de zorggebruiker rapporteert.



6.2.3 Wat wordt er bedoeld met “vroegtijdige onderbreking” in het aanvraagformulier? Over welke termijnen gaat dit?

Het vroegtijdig onderbreken slaat op het onderbreken van een lopende toelating voordat deze afgelopen is en zonder dat dit de bedoeling was. De procedure betreffende de vroegtijdige onderbreking blijft behouden. Indien een zorggebruiker zich aanmeldt na de vooropgestelde termijnen moet een nieuwe aanvraag ingediend worden. De termijnen zijn opgenomen in de revalidatieovereenkomst.

6.3 953 EN 965 CONVENTIES – CENTRA VOOR AMBULANTE REVALIDATIE

6.3.1 Mogen artsen met een 000-nummer de doorverwijsbrief m.b.t. groep 4 ondertekenen?

Artsen met een 000-nummer die in een CLB werken kunnen verwijzen voor groep 4 mits ze bij de aanvraag het bewijs van hun master-na-masteropleiding in de jeugdgezondheidszorg voegen.

6.3.2 Mag een verlenging aangevraagd worden voor zorggebruikers in groep 1 en 14?

Ja, voor groep 1 en 14 in uitdoofscenario kan de revalidatievoorziening vanaf de bedoelde datum enkel voor rechthebbenden die op deze datum reeds een revalidatieprogramma volgen in de voorziening, het bestaande revalidatieprogramma nog gedurende maximum 2 ononderbroken jaren verderzetten.

Een uitdoofscenario houdt in dat een revalidatievoorziening voor rechthebbenden van een bepaalde doelgroep vanaf een vooraf bepaalde datum geen nieuwe revalidatieprogramma's (aanvangsplan of multidisciplinair revalidatieprogramma) meer kan realiseren.

6.3.3 Is bij een eerste aanvraag binnen groep 3 de ICD-10 code en therapiedoelstellingen voldoende?

Het aangeven van de ICD-10 code en de therapiedoelstellingen bij een eerste aanvraag binnen groep 3 volstaat. Een bewijs van diagnose is niet noodzakelijk. Er dient ook geen bijkomend medisch verslag te worden toegevoegd. Bijkomende verslagen kunnen evenwel door de zorgkassencommissie opgevraagd worden.

6.3.4 Moet de audiogram toegevoegd worden aan de aanvraag tot verlenging binnen groep 4?

De audiogram moet bij een aanvraag tot verlenging niet toegevoegd worden. Het moet wel ter beschikking zijn in het dossier van de zorggebruiker in de zorgvoorziening en kan eventueel door de zorgkassencommissie opgevraagd worden.

6.3.5 Moet een diagnose op basis van testresultaten toegevoegd worden aan een eerste aanvraag binnen de groepen 5, 12 en 13?

Een diagnose op basis van testresultaten moet bij een eerste aanvraag niet toegevoegd worden. Ze moeten wel aanwezig zijn in het patiëntendossier en kunnen altijd door de zorgkassencommissie worden opgevraagd.



6.3.6 Welke procedure moet aangeduid worden in het geval van een aanvraag tot verlenging van de tegemoetkoming?

Deel 1 van het aanvraagformulier is voor al de sectoren hetzelfde. Hierdoor wordt er zowel melding gemaakt van een vervolgaanvraag volgens de vereenvoudigde procedure als een verlenging. Ongeacht wat de voorziening hier aanduidt zal de vervolgaanvraag voor revalidatie in een CAR behandeld worden volgens de vereenvoudigde procedure, zoals bepaald in het BVR.

Zie ook vraag 2.1.16 m.b.t. de vereenvoudigde en de standaard aanvraagprocedure.

6.4 ROLSTOELADVIESTEAM

Voor inhoudelijke vragen kan u steeds terecht op het mailadres:
vsb.mobiliteitshulpmiddelen@vlaanderen.be

6.4.1 Welk zijn de identificatiegegevens van het rolstoeladviesteam?

- De naam van het rolstoeladviesteam vult u zelf in (bv. dienst fysische geneeskundige en revalidatie).
- Het erkenningsnummer VSB is het voormalige RIZIV-nummer. Dat nummer vangt aan met 7.90.
- Wat de naam van de contactpersoon betreft, dient u zelf aan te geven wie de contactpersoon is voor het betreffende rapport.

6.4.2 Waarom kunnen sinds 2019 geen functioneringsrapporten meer worden aangevraagd via de 9.50 - overeenkomst?

Vóór 1 juli 2014 kon voor de opmaak van een functioneringsrapport een tegemoetkoming van de verzekeringsinstelling worden gevraagd via de 9.50 – overeenkomsten. Omdat Vlaanderen, vanaf 1 juli 2014 bevoegd is geworden (lees de tegemoetkomingen betaalt) voor de rolstoeladviesteam, maar niet voor de 9.50 – overeenkomsten, heeft het RIZIV daarom de mogelijkheid voor de tegemoetkoming voor de opmaak van een functioneringsrapport geschrapt uit de 9.50 – overeenkomsten. Er werden nieuwe 7.90.1 – overeenkomsten gemaakt die deze mogelijkheid overnamen.

Dus al sinds 1 juli 2014 kan geen tegemoetkoming meer worden gevraagd voor de opmaak van een functioneringsrapport op basis van een 9.50 – overeenkomst. Vermoedelijk zijn er tussen juli 2014 en 2019 dossiers door de mazen van het net geglipt en hebben bepaalde revalidatievoorzieningen alsnog gefactureerd op basis van de 9.50 – overeenkomst.

Omdat sinds 1 januari 2019 Vlaanderen de rol van het RIZIV voor de 7.90 – voorzieningen heeft overgenomen en de mutualiteiten door Vlaanderen worden betaald, moeten de prestaties nu op afzonderlijke rekeningen worden geboekt. Hierdoor komen de dossiers die door de mazen van het net zijn geglipt nu waarschijnlijk aan het licht en hebben die voorzieningen het gevoel dat er een wijziging is sinds 2019.

Conclusie is dat de revalidatievoorzieningen die vroeger een tegemoetkoming voor het opmaken van een functioneringsrapport konden factureren op basis van een 9.50 – overeenkomst, dit op vandaag nog steeds kunnen doen, maar dan op basis van de 7.90.1 – overeenkomst. De zorgvoorzieningen die in 2014 een nieuwe 7.90 overeenkomst bekwamen ter vervanging van de mogelijkheid tot het



opmaken van een functioneringsrapport binnen de 9.50 overeenkomst worden vermeld in onderstaande tabel.

(nieuwe) 7.90.1 - overeenkomst	Revalidatievoorziening	(oude) 9.50- overeenkomst
79013230	Algemeen Ziekenhuis Alma	95013379
79014517	Algemeen Ziekenhuis Alma	95053961
79011745	Algemeen Ziekenhuis Damiaan Oostende	95013379
79011646	Algemeen Ziekenhuis Delta	95012884
79013131	Algemeen Ziekenhuis Groeninge	95038620
79014022	Algemeen Ziekenhuis MARIA MIDDELARES	95052179
79012438	Algemeen Ziekenhuis Sint-Dimpna	95026940
79011943	Algemeen Ziekenhuis Sint-Elisabeth, Zottegem	95022782
79011151	Algemeen Ziekenhuis SINT-LUCAS	95006550
79010260	Algemeen Ziekenhuis ST-JAN Brugge-Oostende A.V.	95000414
79014220	Algemeen Ziekenhuis TURNHOUT	95053367
79013032	Algemeen Ziekenhuis TURNHOUT	95037630
79013923	Algemeen Ziekenhuis ZENO	95051684
79010161	Bundeling ZorgInitiatieven Oostende	95000216
79011547	Emmaüs	95012686
79012042	Het Ziekenhuisnetwerk Antwerpen	95099194
79012339	Jessa Ziekenhuis	95026049
79012834	Katholieke Universiteit Leuven	95035848
79013329	Katholieke Universiteit Leuven	95040895
79013428	Katholieke Universiteit Leuven	95040994
79012735	Onze-Lieve-Vrouweziekenhuis	95028821
79013626	Revalidatie & MS Centrum	95044162
79013824	Sint-Andriesziekenhuis	95045845
79013527	Universitair Ziekenhuis Antwerpen	95042182
79014319	Verenigde Ziekenhuizen van Waas en Durme	95053763
79012933	Werken Glorieux	95036541
79012537	Ziekenhuis Oost-Limburg	95027435

6.4.3 Moet de samenstelling van het rolstoeladviesteam worden gecommuniceerd?

Er zullen door het agentschap geen lijsten meer worden bijgehouden met de samenstelling van het rolstoeladviesteam. De samenstelling van het team (m.i.v. wijzigingen aan de samenstelling) moet dus niet meer worden doorgegeven aan het agentschap. De samenstelling van het team moet wel duidelijk zijn in elk patiëntendossier en deze informatie moet ter beschikking zijn van de zorgkassencommissie. De zorgkassencommissie kan deze gegevens op elk moment opvragen.



6.4.4 Welke formulieren moeten worden gebruikt voor de aanvraag van een tegemoetkoming voor de opstelling van een RAR?

Het formulier voor de aanvraag van een tegemoetkoming voor het opstellen van een rolstoeladviesrapport vindt u terug via de volgende link: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/formulieren-voor-de-aanvraag-van-tegemoetkomingen-voor-revalidatieverstrekkings>.

Het formulier voor een medisch verslag, dat u nodig heeft voor de aanvraag van de tegemoetkoming voor reiskosten, vindt u terug op de volgende pagina: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/formulieren-voor-de-aanvraag-van-tegemoetkomingen-voor-revalidatieverstrekkings>.

- De oude RIZIV-formulieren konden evenwel tijdelijk nog worden gebruikt tot en met februari 2019:
- Bij een aanvraag voor prestaties die u in 2019 hebt aangevat:
 - Tot en met februari 2019 kon u die nog doen met de oude RIZIV-formulieren. Deze overgangsbepaling is beëindigd.
 - Vanaf 1 maart 2019 zullen de verzekeringsinstellingen de aanvragen met de oude RIZIV-formulieren niet meer behandelen. Aanvragen met RIZIV-formulieren voor prestaties die starten in 2019 zullen dan teruggestuurd worden naar de voorziening.
- Bij een aanvraag voor prestaties die u in 2018 hebt aangevat:
 - U moet de aanvraag doen met de oude RIZIV-formulieren. Aanvragen voor prestaties die starten in 2018 met Vlaamse formulieren zullen teruggestuurd worden naar de voorziening.

U bezorgt het aanvraagformulier aan de mutualiteit van de betreffende gebruiker via de gekende weg, tenzij de mutualiteit zelf bv. een adreswijziging zou hebben gecommuniceerd.

Een overzicht van de adressen voor de facturatie kan u op de website vinden: www.zorg-en-gezondheid.be/Pseudonomenclatuurcodes.

Het rolstoeladviesrapport moet niet als bijlage bij het aanvraagformulier worden gevoegd.

6.4.5 Waar vind ik een lijst met verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen?

Via <https://www.vlaamsesocialebescherming.be/verstrekkers-van-mobiliteitshulpmiddelen-bandagisten> vindt u een lijst van ondernemingen met erkende verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen.

In een aparte lijst (via dezelfde link te raadplegen) vindt u een lijst van ondernemingen die verstrekkers in dienst hebben met een specifieke machtiging voor SDA (snel degeneratieve aandoeningen)

6.4.6 Waar vind ik een lijst met rolstoeladviesteams?

De lijst met (gespecialiseerde) rolstoeladviesteams vindt u op deze pagina: <http://vlaamsesocialebescherming.be/rolstoeladviesteams-en-gespecialiseerde-rolstoeladviesteams>.



vraagt u een tegemoetkoming aan via het aanvraagformulier bij de VI (voor wat betreft het rolstoeladviesrapport voor VSB).

6.4.10 Instructies over hoe het aanvraagformulier in te vullen door het RAT

AANVRAAGFORMULIER VOOR TEGEMOETKOMING (deel 1: revalidatievoorziening)

IDENTIFICATIE VAN DE ZORGBEGRUIKER

Naam: Klik of tik om tekst in te voeren. **ABSOLUUT NOODZAKELIJK**

Voornaam: Klik of tik om tekst in te voeren. **Rijksregisternummer:** Klik of tik om tekst in te voeren.

Klever verzekeringsinstelling:

Dit is het vroegere RIZIV nummer **De klever is niet noodzakelijk maar wel handig voor verwerking van het dossier en vermijden van vergissingen omwille van schrijffouten**

IDENTIFICATIE VAN DE REVALIDATIEVOORZIENING

Naam van de revalidatievoorziening: Klik of tik om tekst in te voeren.

Erkenningsnummer Agentschap Zorg en Gezondheid: Klik of tik om tekst in te voeren.

AANVRAAG

eerste aanvraag: vereenvoudigde aanvraag¹ **Altijd vereenvoudigde aanvraag**
 aanvraag

volgenvolgende aanvraag: vereenvoudigde aanvraag² **Altijd vereenvoudigde aanvraag**
 verlenging

als het niet gaat om een eerste aanvraag (bv hernieuwing)

- Interdisciplinair advies gesprek: Klik of tik om een datum in te voeren. (enkel voor Pulderbos 7.76.5)
- Periode: Klik of tik om een datum in te voeren. t.e.m. Klik of tik om een datum in te voeren.

Ondertekening

Datum: Klik of tik om een datum in te voeren. **Indien RAR opgemaakt op zelfde dag als intake = 1 datum invullen. Indien verschillende data (intake,..) dan ingave eerste contact tot en met laatste contact**

Naam, voornaam en handtekening verantwoordelijke zorgvoorziening:

Datum en handtekening mogen niet ontbreken

Verantwoordelijk voor dit dossier – intern af te spreken binnen RAT **Email-adres contactpersoon:** Klik of tik om tekst in te voeren.

IN TE VULLEN DOOR DE VERZEKERINGSINSTELLING

Ontvangstdatum: Klik of tik om een datum in te voeren.

Ondertekende aanvraag zorggebruiker aanwezig: ja neen

Ondertekend medisch verslag aanwezig: ja neen

Pseudonomenclatuurcodes: Klik of tik om tekst in te voeren.

AANVRAAGFORMULIER VOOR TEGEMOETKOMING (deel 2: zorggebruiker)

IDENTIFICATIE VAN DE ZORGGEBRUIKER

Naam: Klik of tik om tekst in te voeren.

Herhaling van deel 1 om identificatie mogelijk te maken indien deel 1 zou verdwijnen

Voornaam: Klik of tik om tekst in te voeren.

Rijksregisternummer: Klik of tik om tekst in te voeren.

GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

De zorggebruiker bevestigt zijn aanvraag tot zorg, verklaart te zijn ingelicht over de voorwaarden van de revalidatieovereenkomst en/of de voorwaarden voor tegemoetkoming in de reiskosten bij vervoer in een rolstoel en is op de hoogte gebracht van de vergoedingen die de desbetreffende revalidatievoorziening of vervoerder voor deze zorg zal ontvangen.]

De zorggebruiker is op de hoogte gebracht van de revalidatiedoelstellingen en de eventuele gevolgen.

TYPE TEGEMOETKOMING

Altijd aan kruisen en subvragen volledig invullen

IN DE KOSTEN BIJ REVALIDATIE IN EEN REVALIDATIEVOORZIENING ONDER VLAAMSE BEVOEGDHEID

- Naam van de revalidatievoorziening: Klik of tik om tekst in te voeren.
- Erkenningsnummer Agentschap Zorg en Gezondheid: Klik of tik om tekst in te voeren.
- Eerste aanvraag / Vervolgaanvraag
- Periode: Klik of tik om een datum in te voeren. t.e.m. Klik of tik om een datum in te voeren.

Idem zoals in deel 1

Nooit van toepassing

IN DE REISKOSTEN VOOR DE VERPLAATSING IN EEN ROLSTOEL NAAR BEPAALDE REVALIDATIEVOORZIENINGEN

Verplicht bij dit aanvraagformulier hoort een gemotiveerd medisch getuigschrift dat de zorggebruiker wegens de aard en de ernst van zijn pathologie, enkel in zijn rolstoel kan vervoerd worden.

Aankruisen indien zorggebruiker de rolstoel niet kan verlaten tijdens vervoer

IN DE REISKOSTEN VOOR DE VERPLAATSING IN EEN ROLSTOEL NAAR EEN ROLSTOELADVIESTEAM
Verplicht bij dit aanvraagformulier hoort een gemotiveerd medisch getuigschrift dat de zorggebruiker wegens de aard en de ernst van zijn pathologie, enkel in zijn rolstoel kan vervoerd worden.

gemotiveerd medisch getuigschrift is gestandaardiseerd: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/formulieren-de-aanvraag-van-tegemoetkomingen-voor-revalidatieverstrekkingen#reiskosten>

zorggebruiker engageert zich om naar de beste mogelijkheid van zijn toestand zich maximaal in te zetten om de zorg op een efficiënte manier toe te passen om de revalidatiedoelstellingen te halen.

Vierde blad toevoegen

Ondertekening

Datum: Klik of tik om een datum in te voeren.

Handtekening zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger:

Aanvraag is niet geldig als handtekening en datum ontbreken

Naam en voornaam: Klik of tik om tekst in te voeren.

Deel 3

IDENTIFICATIE VAN DE ZORGGEBRUIKER

Naam: Klik of tik om tekst in te voeren.

Voornaam: Klik of tik om tekst in te voeren. Rijksregisternummer: Klik of tik om tekst in te voeren.

Herhaling van deel 1 om identificatie mogelijk te maken indien deel 1 zou verdwijnen

INDICATIE

Indicatie tot het opstellen van een multidisciplinair rolstoeladviesrapport in het kader van het Wetbesluit van 18/05/2018 voor het bekomen van een mobiliteitshulpmiddel: Klik of tik om tekst in te voeren.

Pathologie; reden van opmaak RAR

GEVRAAGDE PRESTATIE

Omschrijving	Revalidatie-overeenkomst 7.90.0 of 7.90.1		Revalidatie-overeenkomst 7.90.2	
	Ambulant	Gehospitaliseerd	Ambulant	Gehospitaliseerd
Rolstoeladviesrapport voor gehospitaliseerde rechthebbenden of rechthebbenden die binnen de revalidatievoorziening een revalidatieprogramma volgen.	<input type="checkbox"/> 259117	<input type="checkbox"/> 259128	<input type="checkbox"/> 259154	<input type="checkbox"/> 259165
Rolstoeladviesrapport voor de rechthebbenden die geen revalidatieprogramma volgen.	<input type="checkbox"/> 259139	<input type="checkbox"/> 259143	<input type="checkbox"/> 259176	<input type="checkbox"/> 259187

Bij een aanvraag moeten de aanvraagdocumenten voor het MOHM (zoals medisch voorschrift, RAR,...) NIET meer worden toegevoegd. Enkel het aanvraagdocument voor terugbetaling van het RAR is voldoende. De aanvraagdocumenten voor het mobiliteitshulpmiddel zelf, moeten worden meegegeven met de gebruiker/patiënt die zich hiermee naar een verstrekker van keuze wendt.

6.4.11 Wat is er gewijzigd aan de laatste nieuwe versie van dit aanvraagdocument?

Ten opzichte van de vorige versie van dit aanvraagformulier zijn volgende zaken gewijzigd:

- ✓ De arts moet niet meer ondertekenen bij deel 3
- ✓ Er zijn een aantal vragen m.b.t. aflevering van het rolstoeladviesrapport geschrapt op deel 3
- ✓ Sinds 1/1/2020 gelden er nieuwe pseudonomenclatuurcodes

Een recente versie van het formulier is steeds te raadplegen via deze link: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/formulieren-voor-de-aanvraag-van-tegemoetkomingen-voor-revalidatieverstrekingen>

6.4.12 Wat indien een oudere versie van het aanvraagdocument wordt gebruikt?

////////////////////////////////////

Vanaf 1/1/2020 dienen de nieuwe pseudonomenclatuurcodes te worden gebruikt bij facturatie. Het gebruik van het oude aanvraagformulier is nog toegelaten tot 31/03/2020.

6.4.13 Afspraken rond het niet volledig correct invullen van het formulier

Bij het verkeerd aanvinken van het type aanvraag (op deel 1) moet het formulier niet worden teruggestuurd maar kan de verzekeringsinstelling de procedure zelf bepalen (dit is steeds een vereenvoudigde aanvraag).

Bij het ontbreken van een pseudo nomenclatuurnummer, moet de verzekeringsinstelling het formulier niet terugsturen, maar de VI contacteert het RAT met de vraag naar deze bijkomende informatie.

Deze afspraken zijn nodig om ervoor te zorgen dat de ontvangstdatum gegarandeerd blijft en de RAT's geen risico lopen op een weigering van betaling omwille van laattijdigheid.

