

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

| | | | |
|--------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------|
| Auteur | E-mail | Telefoon | Datum |
| Zorg en Gezondheid | revalidatie@zorg-en-gezondheid.be | 02 553 36 47 | 23.04.2019 |

Onderwerp
FAQ 6e SHV

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

Inhoud

| | | |
|----------|---|----------|
| 1 | Algemeen | 3 |
| 1.1.1 | Waar kan ik een lijst vinden van de Vlaamse revalidatie voorzieningen? | 3 |
| 1.1.2 | Hoe kan een nieuwe revalidatievoorziening opgericht worden? | 3 |
| 1.1.3 | Wat verandert er voor zorggebruikers wonend in Wallonië of Brussel die zich wenden tot een revalidatievoorziening in Vlaanderen? | 3 |
| 1.1.4 | Is het gebruik van één centrale agenda in plaats van het dagboek toegestaan? | 4 |
| 2 | Financiering | 4 |
| 2.1 | Aanvraagprocedure | 4 |
| 2.1.1 | Hoe moet een aanvraag tot een tegemoetkoming worden aangevraagd? | 4 |
| 2.1.2 | Wanneer mogen de RIZIV-formulieren gebruikt worden? | 5 |
| 2.1.3 | Moeten de aanvragen digitaal of manueel ingevuld worden? | 5 |
| 2.1.4 | Mag in plaats van een mutualiteitsklever de gegevens genoteerd worden op het aanvraagformulier? | 5 |
| 2.1.5 | Kan een minderjarige tekenen of moet het zijn wettelijke vertegenwoordiger zijn om een aanvraag te doen voor een tegemoetkoming voor behandeling in een centrum? | 5 |
| 2.1.6 | Moeten de aanvragen aangetekend verstuurd worden? | 6 |
| 2.1.7 | Mag het aanvraagformulier via mail worden verstuurd? | 6 |
| 2.1.8 | Mag het aanvraagformulier recto-verso worden afgeprint en ingevuld? | 6 |
| 2.1.9 | Mogen aanvraagformulieren aangepast worden aan eigen huisstijl en mag het formulier aangepast worden indien sommige vragen niet van toepassing zijn? | 6 |
| 2.1.10 | Hoe moet een aanvraag tot tegemoetkoming ingediend worden indien de zorggebruiker een lopend revalidatieprogramma heeft bij een andere revalidatievoorziening waarvan de goedgekeurde beslissing nog van toepassing is? | 6 |
| 2.1.11 | Hoe verloopt de procedure bij een conventie wanneer een zorggebruiker zijn/haar revalidatieprogramma herneemt nadat hij/zij deze had stopgezet? | 6 |
| 2.1.12 | Kan een verlenging verleend worden in geval van zwangerschapsrust bij een zorggebruiker? | 7 |
| 2.1.13 | Welk nummer moet als erkenningsnummer opgegeven worden bij het aanvragen van een tegemoetkoming? | 7 |
| 2.1.14 | Wie is de verantwoordelijke van de zorgvoorziening? | 7 |

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 Financiering

2.1 AANVRAAGPROCEDURE

2.1.1 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>

2.1.2 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.

2.1.3 Moeten de aanvragen digitaal of manueel ingevuld worden?

De aanvragen kunnen zowel digitaal als manueel ingevuld worden.

2.1.4 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.

2.1.5 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.

De bekwame, minderjarige zorggebruiker heeft ook het recht om een behandeling te weigeren.

2.1.6 Moeten de aanvragen aangetekend verstuurd worden?

Het is niet verplicht om de aanvragen per aangetekend zenden in te dienen bij de verzekeringsinstellingen. De revalidatievoorziening is verantwoordelijk voor de verzending van de aanvraag tot tegemoetkoming. In het belang van de aanvragers dienen de verzekeringsinstellingen wel de ontvangstdatum van de aanvragen met zekerheid te kunnen vaststellen.

2.1.7 Mag het aanvraagformulier via mail worden verstuurd?

Neen. Conform de GDPR – regelgeving is het niet toegestaan persoonsgegevens en medische gegevens via mail te versturen.

2.1.8 Mag het aanvraagformulier recto-verso worden afgeprint en ingevuld?

Het aanvraagformulieren kunnen zowel enkelzijdig als dubbelzijdig ingevuld worden ingediend.

2.1.9 Mogen aanvraagformulieren aangepast worden aan eigen huisstijl en mag het formulier aangepast worden indien sommige vragen niet van toepassing zijn?

Het aanvraagformulier mag niet aangepast worden aan eigen huisstijl en onderdelen mogen niet verwijderd worden. De plaats op het document van de gegevens moet gerespecteerd blijven aangezien de verzekeringsinstelling met slimme scanning werken. Het aanvraagformulier moet met andere woorden ongewijzigd blijven.

2.1.10 Hoe moet een aanvraag tot tegemoetkoming ingediend worden indien de zorggebruiker een lopend revalidatieprogramma heeft bij een andere revalidatievoorziening waarvan de goedgekeurde beslissing nog van toepassing is?

Indien geweten is dat de zorggebruiker een lopend revalidatieprogramma heeft bij een andere revalidatievoorziening waarvan de goedgekeurde beslissing nog van toepassing is dient voor een verderzetting van een eenzelfde revalidatieprogramma een vervolgaanvraag ingediend te worden.

In het geval dat er een niet toegelaten cumul wordt vastgesteld omdat een zorgvoorziening aan de verzekeringsinstelling niet heeft laten weten dat de revalidatie voor de zorggebruiker werd stopgezet, kan de verzekeringsinstelling ervoor kiezen om niet onmiddellijk een weigering te formuleren. De verzekeringsinstelling kan informeren of de revalidatie in de revalidatievoorziening die de cumul veroorzaakt, effectief werd stopgezet. In het geval de verzekeringsinstelling om bijkomende inlichtingen verzoekt in het kader van uitklaring cumulproblematiek, wordt de periode van goedkeuring opgeschort. De beslissing over de aanvraag tot tegemoetkoming wordt door de verzekeringsinstelling dan "on hold" gezet. Een toelating tot tegemoetkoming voor een revalidatievoorziening die een cumulprobleem met een nieuwe aanvraag tot tegemoetkoming veroorzaakt, kan alleen worden stopgezet mits uitdrukkelijk akkoord van deze revalidatievoorziening en een duidelijke bepaling van de datum van de stopzetting.

2.1.11 Hoe verloopt de procedure bij een 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. Een uitzondering op deze regel geldt voor de revalidatieconventies 772 en 773.

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

U vindt de nodige informatie voor de 772 revalidatieconventies via deze link: [link naar vraag 5.1.1](#)
U vindt de nodige informatie voor de 773 revalidatieconventies via deze link: [link naar vraag 5.2.1](#)

2.1.12 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.

2.1.13 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.

2.1.14 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.

2.1.15 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.

2.1.16 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 |

2.2 FACTURATIE

2.2.1 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.

2.2.2 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

2.2.3 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>.

2.2.4 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.



3 Vervoerskosten

3.1.1 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>.

3.1.2 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>.

3.1.3 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.

3.1.4 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.

3.1.5 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.

4 E-health

4.1.1 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>

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

Het is de hoofdtoegangsbeheerder (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.



5 Sectorspecifiek

5.1 772 CONVENTIES - PSYCHOSOCIALE REVALIDATIE VOOR VOLWASSENEN

5.1.1 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.

5.1.2 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.

5.2 773 CONVENTIES - VERSLAVINGSZORG

5.2.1 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.

5.2.2 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.



5.2.3 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.

5.3 953 EN 965 CONVENTIES – CENTRA VOOR AMBULANTE REVALIDATIE

5.3.1 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.

5.3.2 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 rechthebbers 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 rechthebbers van een bepaalde doelgroep vanaf een vooraf bepaalde datum geen nieuwe revalidatieprogramma's (aanvangsplan of multidisciplinair revalidatieprogramma) meer kan realiseren.

5.3.3 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.

5.3.4 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.

5.3.5 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.



5.3.6 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.

5.4 ROLSTOELADVIESTEAM

Voor inhoudelijke vragen kan u steeds terecht op het mailadres:
vlaamsezorgkas.mobiliteitshulpmiddelen@zorg-en-gezondheid.be

5.4.1 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.
- Het erkenningsnummer VAPH moet alleen worden ingevuld door het multidisciplinair team gespecialiseerd in snel degeneratieve aandoeningen als het formulier gebruikt wordt bij een aanvraag voor een tegemoetkoming voor hulpmiddelen voor communicatie, computer- of omgevingsbediening in huur voor personen met een snel degeneratieve aandoening.
- Wat de naam van de contactpersoon betreft, dient u zelf aan te geven wie de contactpersoon is voor het betreffende rapport.

5.4.2 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-Vrouwziekenhuis | 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 |

5.4.3 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.



5.4.4 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-revalidatieverstrekkingen>.

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-revalidatieverstrekkingen>.

- 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.

5.4.5 Waar vind ik een lijst met verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen?

De lijst met verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen die gemachtigd zijn om mobiliteitshulpmiddelen te verstrekken aan personen met snel degeneratieve aandoeningen vindt u op deze pagina: <http://vlaamsesocialebescherming.be/verstrekkers-van-mobiliteitshulpmiddelen-bandagisten>.

Een lijst met alle gemachtigde verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen is nog niet beschikbaar. Er wordt getracht om een eerste lijst te publiceren op de website in mei 2019.

5.4.6 Waar vind ik een lijst met rolstoeladviesteams?

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

In de lijst met contactgegevens herken je de gespecialiseerde rolstoeladviesteams aan hun erkenningsnummer, dat aanvangt met 7.90.2.

//

5.4.7 Hoe kan een nieuw rolstoeladviesteam opgericht worden?

Opdat een voorziening kan worden erkend als rolstoeladviesteam, moet een revalidatieovereenkomst worden gesloten voor het opstellen van rolstoeladviesrapporten. 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. Het betreft een algemene procedure die m.a.w. niet beperkt is tot de sluiting van revalidatieovereenkomsten voor het opstellen van rolstoeladviesrapporten.

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>

5.4.8 Welk pseudonomenclatuurnummer moet worden gebruikt voor prestaties van een Rolstoel Advies Team?

Zo u een overeenkomst 7.90.0 of 7.90.1 heeft, worden de nummers 770313, 770324, 770335 of 770346 gebruikt, in functie of de zorggebruiker al dan niet gehospitaliseerd is en of het gaat om een zorggebruiker die door het Rolstoel Advies Team al dan niet gekend is.

Zo u een overeenkomst 7.90.2 heeft (waar het Rolstoel Advies Team verbonden is aan een neuromusculaire referentiecentrum), moeten de nummers 770350, 770361, 770372 of 770383 worden gebruikt.

De nummers 770276, 770280, 770291 en 770302, die vroeger bedoeld waren voor prestaties van het Rolstoel Advies Team verbonden aan de 9.50 – overeenkomsten, mogen niet meer worden gebruikt. Het RIZIV heeft in 2015, ingevolge de zesde staatshervorming, de prestaties van het Rolstoel Advies Team afgezonderd van sommige 9.50 – overeenkomsten (die een federale bevoegdheid zijn gebleven) en ondergebracht in een nieuwe 7.90.0, 7.90.1 of 7.90.2 overeenkomst (die een Vlaamse bevoegdheid zijn geworden).

De Vlaamse facturatie instructies kan u terugvinden op de website van zorg en gezondheid: www.zorg-en-gezondheid.be/Pseudonomenclatuurcodes.

5.4.9 Wat te doen met de documenten als een RAR wordt opgemaakt in functie van hulpmiddelen voor communicatie, computerbediening en omgevingsbedieningen?

Als een rolstoeladviesrapport enkel wordt opgemaakt in functie van hulpmiddelen voor communicatie, computerbediening en omgevingsbedieningen, bezorgt u het aanvraagformulier en het adviesrapport aan het VAPH. Voor meer informatie, zie <https://www.vaph.be/hulpmiddelen/tegemoetkomingen/huur-hulpmiddelen-sda>.

Als een rolstoeladviesrapport wordt opgemaakt zowel in functie van hulpmiddelen voor communicatie, computerbediening en omgevingsbedieningen als voor een mobiliteitshulpmiddel, bezorgt u het aanvraagformulier zowel aan het VAPH (met het adviesrapport) als aan het ziekenfonds.



