



Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

HANDLEIDING RAT'S

Digitaal aanvraag-en facturatieproces tussen
(gespecialiseerde) rolstoeladviesteams en zorgkassen

Agentschap VSB

Publicatiedatum
1 januari 2026

DEPARTEMENT
ZORG

www.departementzorg.be

INHOUD

1.	INLEIDING	7
2.	AFKORTINGEN, DEFINITIES EN VERWIJZINGEN	8
2.1	Afkorting	8
2.2	Verwijzingen	8
2.2.1	Technische verwijzingen	8
2.2.2	Websites	8
3.	VOORWAARDEN VOOR DE RAT'S	9
3.1	één centrale zorgkassentoepassing	9
3.2	digitalisering RAT	10
3.2.1	Geattesteerde software	10
3.2.2	EHealth certificaat	11
3.3	Ondersteuning voorzieningen	11
4.	VOORWAARDEN VOOR DE GEBRUIKER	12
4.1	Verzekeringsprincipes Vlaamse sociale bescherming (VSB)	12
4.1.1	Zorgkassen	12
4.1.2	Aansluiting bij een zorgkas	13
4.1.3	Recht op tegemoetkoming voor opmaak van een RAR	13
4.1.4	Controle van de verzekeraarstatus bij de VSB	14
5.	AANVRAAG TEGEMOETKOMING VOOR OPMAAK VAN EEN RAR IN EEN RAT	14
5.1	Controle van de verzekeraarstatus bij VSB	14
5.2	Digitaal indienen van een aanvraag tegemoetkoming voor de opmaak van een RAR	16
5.3	Voorafgaandelijke algemene informatie	17
5.4	De eigenlijke aanvraag tot tegemoetkoming voor de opmaak van een RAR	17
5.4.1	Type aanvraag – rolstoeladviesrapport (RAR)	18
5.4.2	Datum – “prestatiedatum”	18
5.4.3	Gegevens contactpersoon	18
5.4.4	Motivatie laattijdigheid	18
5.4.5	Geïnformeerde toestemming	19
5.4.6	Medisch verslag – aanvraag tegemoetkoming rolstoelafhankelijk vervoer	19
5.4.7	Code ongeval	20
5.5	Het antwoord van de zorgkassentoepassing op de aanvraag tegemoetkoming	21
5.5.1	Beslissing tot aanvaarding van de aanvraag tegemoetkoming	21
5.5.2	Beslissing in beraad van de aanvraag tegemoetkoming	22
5.5.3	Beslissing van weigering van de aanvraag tot tegemoetkoming	23
5.6	Synthese aanpassingen bij de aanvraag tegemoetkoming voor de opmaak van een RAR	24
6.	ANNULEREN VAN EEN AANVAARDE AANVRAAG TEGEMOETKOMING VOOR DE OPMAAK VAN EEN RAR	25
7.	AANVRAAG TOT TEGEMOETKOMING VOOR VERVOERSKOSTEN	27
7.1	De kilometervergoeding voor vervoerskosten (rolstoelafhankelijke gebruikers)	27

11/12/2023	Tine Morrens	Toevoeging p.11: Merk op: er is geen COT-verklaring nodig. Dit omdat de RAT's zijn ingebouwd in grotere voorzieningen met reeds een COT verplichting voor hun andere activiteiten. Toevoeging p.21 Het is wel verplicht om het RAT te laten aanduiden dat de Geïnformeerde Toestemming aanwezig is (in de vorm van bijvoorbeeld een "vinkje"). Toevoeging p.21 - verblijfsadres – indien de gebruiker niet van op zijn officiële domicilieadres is vertrokken naar het RAT - "OperatingSiteId" (locatie) van het RAT – indien het RAT meerdere vestigingsplaatsen heeft Toevoeging p.22 Merk op: zeker niet elke gebruiker komt in aanmerking voor tussenkomst vervoerskosten! Het RAT (en de arts van het RAT) moet "op eer" verklaren dat de gebruiker voldoet aan de (medische) voorwaarden. Als de gebruiker niet voldoet aan de (medische) voorwaarden, dan moeten er ook geen vervoerskosten worden gevraagd. De voorwaarden zijn: 1. De gebruiker komt in aanmerking voor een tegemoetkoming voor de opmaak van een rolstoeladviesrapport op dezelfde dag; 2. De gebruiker kan wegens de aard en de ernst van zijn aandoening alleen worden vervoerd in een rolstoel in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel; 3. De gebruiker wordt niet in zijn werkelijke verblijfplaats onderzocht
------------	--------------	--

		VSB- IT Consortium is ontbonden. Aanpassen van website naar Departement Zorg Wijziging p.14: <i>Jaarlijks dient elke burger vanaf de leeftijd van 26 jaar de zorgpremie te betalen. Er zijn twee tarieven: één voor personen zonder het statuut verhoogde tegemoetkoming en één voor personen met het statuut van verhoogde tegemoetkoming. Ook personen jonger dan 26 jaar moeten aansluiten bij een zorgkas om aanspraak te maken op een tegemoetkoming voor zorg in een Vlaamse voorziening. Zij dienen echter geen zorgpremie te betalen.</i> Toevoeging p.14: <i>Iemand die gedomicilieerd is in Wallonië kan administratief worden aangesloten bij de zorgkas in het kader van de vergoeding voor de opmaak van een RAR. Dit betekent niet dat die gebruiker gedomicilieerd in Wallonië een aanvraag voor een mohm bij de zorgkas kunnen indienen.</i> Toevoeging p.17: Samenvatting
--	--	--

1. INLEIDING

Vanaf de inkanteling van de (gespecialiseerde) rolstoeladviesteams (RAT's) in de Vlaamse Sociale Bescherming (verder de VSB) op 1 januari 2024, gebeurt de uitbetaling voor tegemoetkomingen van prestaties door de zorgkassen. De minister bepaalt het bedrag van de tegemoetkoming.

Om de gegevensuitwisseling tussen de RAT's en de zorgkassen mogelijk te maken, werkte de Vlaamse Overheid in samenwerking met de zorgkassen het digitaal platform Vlaamse sociale bescherming verder uit. Daarvoor werd aan het digitaal platform VSB de module "eRevaCfin" toegevoegd.

Opdat RAT's tegemoetkomingen voor de opmaak van een rolstoeladviesrapport (RAR) of vervoerskosten kunnen factureren aan de zorgkassen via eRevaCfin moeten zowel het RAT als de zorggebruikers voldoen aan een aantal voorwaarden.

De aanvragen tot tegemoetkoming en de facturatie van de prestaties aan de zorgkassen gebeuren daarenboven volledig digitaal.

Dit kan enkel met behulp van geattesteerde software die voldoet aan een aantal technische voorwaarden. Dit kan een softwarepakket zijn dat door het RAT wordt aangekocht (en geattesteerd is door het agentschap Vlaamse Sociale Bescherming (AVSB), maar de Vlaamse Overheid stelt ook kosteloos een eigen softwarepakket ter beschikking voor de RAT's die zelf geen commercieel pakket wensen aan te kopen. De naam van dit pakket is caRAT (centrale applicatie Rolstoel Advies Teams)

In deze handleiding worden enerzijds de procedures beschreven zoals bepaald in de regelgeving en anderzijds wordt er ingegaan op de manier van werken van de module eRevaCfin.

2. AFKORTINGEN, DEFINITIES EN VERWIJZINGEN

2.1 AFKORTINGEN

AVG: algemene verordening gegevensbescherming

BVR VSB: besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming

CoT: circle of trust

Decreet VSB: het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming

HCO-nummer: Health Care Organisation nummer

KSZ: Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid

RAT: (gespecialiseerd) rolstoeladviesteam

RAR: rolstoeladviesrapport

RIZIV: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

VSB: Vlaamse sociale bescherming

AVSB: Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming

ZKT: zorgkassentoepassing

2.2 VERWIJZINGEN

De juridische basis voor deze handleiding is:

- Het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming (decreet VSB);
- Het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming (BVR VSB);

De verwijzingen naar deze juridische teksten zijn terug te vinden op de website van Departement Zorg: <https://www.departementzorg.be/nl/inkanteling-van-de-rolstoeladviesteams-de-vlaamse-sociale-bescherming>

2.2.1 Technische verwijzingen

De technische informatie over de toepassing eRevaCfin voor de softwareleveranciers kan hier worden teruggevonden: https://www.mercurius.vlaanderen.be/doc/ledenbeheer/revac-cookbook/overzicht_revac-cookbook.html

2.2.2 Websites

- Website Departement Zorg: <https://www.departementzorg.be/>
- Website specifiek voor RAT's: <https://www.departementzorg.be/nl/financiering-van-de-rolstoeladviesteams-0>
- Alle erkende (G)RAT's worden opgenomen in een overzicht op onze website: [Rolstoeladviesteams en gespecialiseerde rolstoeladviesteams | Departement Zorg](#)
- Procedure voor de erkenning van een RAT: <https://www.departementzorg.be/nl/procedure-voor-de-erkenning-als-rolstoeladviesteam>

3. VOORWAARDEN VOOR DE RAT'S

Deze handleiding omschrijft op welke manier het RAT aanvragen tot tegemoetkomingen voor de opmaak van een RAR en (indien van toepassing) de vervoerskosten voor de gebruiker moeten indienen en op welke manier prestaties gefactureerd moeten worden aan de zorgkassen.

3.1 ÉÉN CENTRALE ZORGKASSENTOEPASSING

De zorgkassen beschikken, voor wat betreft de revalidatievoorzieningen/RAT, samen over één centrale zorgkassentoepassing 'eRevaCfin'. De centrale zorgkassentoepassing is een samenwerking tussen verschillende 'Services', waarbij elke 'Service' zijn eigen functionaliteit en verantwoordelijkheid heeft. De verschillende 'Services' waarop eRevaCfin beroep doet zijn:

1. Service Ledenbeheer:

De service ledenbeheer (of service Insurability) is verantwoordelijk voor het beheer van de VSB-verzekerbaarheid van de zorggebruiker (zie ook deel 5). Voor eRevaCfin zal de service ledenbeheer een antwoord geven op de vraag of een zorggebruiker VSB verzekerd is voor de context 'revalidatievoorziening'/RAT' in een bepaalde periode. De service beheert eveneens de historiek van de zorgkassen van aansluiting.

2. Service REVAC:

Deze service is specifiek voor de revalidatievoorzieningen/RAT en ondersteunt alle aspecten van (de validatie van) een aanvraag tegemoetkoming voor de opmaak van een RAR door een RAT.

3. Service Facturatie:

De service Facturatie is verantwoordelijk voor de ondersteuning van het facturatieproces met de RAT. De facturatiebestanden, verzonden door de RAT naar de zorgkassen, worden door de service gevalideerd en de verschillende antwoordbestanden worden samengesteld en verstuurd. De service is ook verantwoordelijk voor het versturen van de betaalgegevens naar de zorgkassen en het informeren van de verzekeringsinstellingen (de mutualiteiten) over de aanvaarde prestaties.

4. Service HealthCareProvider:

In HealthCareProvider worden de gegevens van de voorzieningen beheerd. Deze service kent de relatie tussen het RIZIV-nummer en het HCO-nummer van de voorziening, weet tot welke context een voorziening behoort en beschikt over de contactgegevens van de voorziening. Naast de administratieve gegevens van het RAT, zijn in deze service ook de tegemoetkomingen van de prestaties beschikbaar.

5. Service Prestatiecodes:

In de service prestatiecodes worden de VSB-prestatiecodes beheerd. Voor prestatiecodes waaraan een bedrag is gekoppeld, is ook dit bedrag beschikbaar.

De communicatie met de centrale zorgkassentoepassing gebeurt via VSB-net, wat de analoge tegenhanger is van MyCareNet, onder Vlaamse governance.

De volgende functionaliteiten worden voorzien binnen eRevaCfin:

- De controle van de VSB-verzekerbaarheid van de gebruiker;
- De aanvragen voor tegemoetkoming voor de opmaak van een RAR en (indien van toepassing) vervoerskosten;
- De facturatie van de prestaties aan de zorgkassen;
- De betalingsopdrachten aan de zorgkassen om de RAT's en (indien van toepassing) de gebruiker te betalen
- Het voorzien in de nodige operationele en beleidsmatige rapportering.

Eén centrale zorgkassentoepassing brengt heel wat voordelen met zich mee:

- Het indienen en verwerken van aanvragen en facturatie verloopt digitaal in de plaats van op papier. De centrale zorgkassentoepassing verwerkt de berichten en verstuurt het antwoord aan het RAT.
- Het digitaal proces bevordert de snelheid van de beslissingen en de communicatie
- De verzekeraarbaarheid van zorggebruikers wordt automatisch nagegaan waardoor problemen sneller gesignaleerd worden en – indien nodig - sneller actie kan worden ondernomen door de gebruiker, de zorgkas en het RAT.
- Verwerking en uniformiteit van regels en beslissingen over de verschillende zorgkassen heen
 - o Enkel voor procedures waar een (manuele) tussenkomst van een medewerker van de zorgkas nodig is en voor de effectieve goedkeuring en uitvoering van de betalingen, komt een medewerker van de zorgkas, waarbij de gebruiker is aangesloten, tussen.

Eén centrale zorgkassentoepassing zorgt voor uniformiteit van behandeling.

3.2 DIGITALISERING RAT

De betrokken sectoren moeten bij de samenwerking met de zorgkassen gedigitaliseerd werken en zich koppelen aan het digitaal platform VSB.

eRevaCfin is de module die is toegevoegd aan het digitaal platform Vlaamse sociale bescherming en de digitalisering van het aanvraag- en facturatieproces tussen RAT en zorgkassen mogelijk maakt.

Om het digitaal aanvraag- en facturatieproces tussen het RAT en zorgkassen mogelijk te maken, zal ieder RAT aan de volgende voorwaarden moeten voldoen:

- Beschikken over geattesteerde software of toegang hebben tot de gratis ter beschikking gestelde toepassing caRAT;
- Beschikken over een eHealth-certificaat op RIZIV-nummer van het RAT;

Merk op: er is geen COT-verklaring nodig.

Dit omdat de RAT's zijn ingebouwd in grotere voorzieningen met reeds een COT verplichting voor hun andere activiteiten.

3.2.1 Geattesteerde software

Elk softwarepakket moet voldoen aan de functionele vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid. De Vlaamse overheid attesteert de softwarepakketten na advies van een groep van onafhankelijke experts. Een lijst met geattesteerde software wordt per sector op de website van Zorg en Gezondheid ter beschikking gesteld.

Meer informatie is hier terug te vinden: [Regelgeving en procedure voor attestering van een softwarepakket | Departement Zorg](#)

En het overzicht van de geattesteerde software: [Geattesteerde-software-voor-rolstoeladviesteams | Departement Zorg](#)

3.2.2 EHealth certificaat

Om te kunnen communiceren met het digitaal platform zal iedere voorziening over een RIZIV eHealth-certificaat moeten beschikken.

Het eHealth-certificaat is een computerbestand dat de elektronische identiteit van de voorziening verzekert en toelaat via de eGezondheidsdiensten op een beveiligde manier gegevens te delen. Het eHealth-certificaat authentificeert enkel de voorziening als organisatie via zijn gemachtigde vertegenwoordigers.

Een voorziening kan verschillende nummers hebben voor identificatie:

- Een HCO-nummer: het identificatienummer van de voorziening dat de voorziening gebruikt om te communiceren met de zorgkassen.
- Een RIZIV-nummer: het identificatienummer van de voorziening dat de voorziening gebruikt om te communiceren met de verzekeringsinstellingen.

Het is vandaag niet mogelijk om een eHealth-certificaat op HCO-nummer aan te vragen. Daarom moet een voorziening met het RIZIV-nummer een certificaat aanvragen. We spreken dus over een 'eHealth-certificaat op RIZIV-nummer'.

Indien een voorziening verschillende 'diensten' heeft met elk een afzonderlijk RIZIV-nummer, dan dient per RIZIV-nummer een afzonderlijk eHealth-certificaat te worden aangevraagd.

Meer informatie en de procedure voor het aanvragen van een eHealth-certificaat is terug te vinden op de website van Departement Zorg: [Vergeet uw RIZIV eHealth-certificaat niet \(departementzorg.be\)](https://www.departementzorg.be/vergeet-uw-riziv-ehealth-certificaat-niet)

3.3 ONDERSTEUNING VOORZIENINGEN

Sinds 2025 is het VSB-IT consortium ontbonden waar we samen met 7 zorgkoepels de verschillende sectoren die inkantelden, begeleidden in het digitale inkantelingstraject naar de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB).

U kan volgende aanspreekpunten contacteren:

- Kris.doggen@zorgneticuro.be
- kristof.carpentier@carbolt.be of kristof.carpentier@carbrussel.be

Naast bovenstaande aanspreekpunten kunnen inhoudelijke vragen gesteld worden aan de betrokken agentschappen. Hiervoor worden generieke mailboxen aangemaakt:

- vsb.rolstoeladviesteams@vlaanderen.be voor beleidsmatige vragen en vragen rond caRAT
- vlaamsesocialebescherming@vlaanderen.be voor vragen rond de aansluiting bij de VSB
- vsb.erevacfin@vlaanderen.be voor vragen met betrekking tot de centrale toepassing

Technische vragen moeten gemeld worden aan de softwareleverancier. De softwareleverancier zal oordelen of de vraag binnen eigen diensten kan opgenomen worden, dan wel doorgestuurd zal worden aan eHealth, VSB-net of VSB. De softwareleveranciers hebben hiertoe de coördinaten en toegang gekregen tot de specifieke platformen.

Inhoudelijke vragen over een specifiek dossier van een gebruiker (aanvraag en facturatie van revalidatieprestaties), kunnen gesteld worden aan de zorgkassen. Hun contactgegevens zijn terug te vinden via <https://www.departementzorg.be/nl/de-zorgkassen>

4. VOORWAARDEN VOOR DE GEBRUIKER

Eén van de voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op een tegemoetkoming voor de opmaak van een RAR door een RAT is dat de gebruiker, ongeacht de leeftijd, op datum van de aanvraag tot tegemoetkoming en op datum van elke gefactureerde prestatie aangesloten is bij een erkende zorgkas.

De VSB verzekerbareid moet in orde zijn op de prestatiedatum (dit is de datum dat de persoon in het RAT aanwezig was voor de opmaak van het RAR). Dit wordt gecontroleerd bij het indienen van de aanvraag, bij het nemen van de beslissing (van dossiers in beraad) en bij facturatie.

4.1 VERZEKERINGSPRINCIPES VLAAMSE SOCIALE BESCHERMING (VSB)

De Vlaamse sociale bescherming wordt georganiseerd door het Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming, onderdeel van het Departement Zorg. Het agentschap VSB erkent de zorgkassen en geeft hen de opdracht om iedereen in Vlaanderen deel te laten uitmaken van de Vlaamse sociale bescherming.

4.1.1 Zorgkassen

Er zijn 6 erkende zorgkassen. Eén van de 6 zorgkassen, de Vlaamse zorgkas, wordt uitgebaat door de Vlaamse overheid. De anderen zijn opgericht door de verzekeringsinstellingen.

	Zorgkas¹	Verzekeringsinstelling (landsbond)
180	CM-zorgkas	Christelijke Mutualiteiten
280	Neutrale Zorgkas	Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen, Vlaams en Neutraal Ziekenfonds, Mutualia – Mutualité Neutre
380	Solidaris Zorgkas	Solidaris (vroeger Bond Moyson, de Voorzorg, Federatie Socialistische Mutualiteiten Brabant)
480	Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen	Liberaal Ziekenfonds
580	Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen	Helan (vroeger Onafhankelijk Ziekenfonds en Partena)
680	Vlaamse zorgkas	Hulpkas
	Vlaams zorgkas of zorgkas van zijn/haar ziekenfonds	Kas NMBS

Tabel 1: Overzicht zorgkassen

Tot welke landsbond van ziekenfondsen een bepaald ziekenfonds aangesloten is, kan geraadpleegd worden via

¹ Een gebruiker kan zich aansluiten bij de zorgkas die gelinkt is aan zijn/haar ziekenfonds of bij de Vlaamse Zorgkas. Gebruikers die aangesloten zijn bij de Hulpkas moeten altijd aansluiten bij de Vlaamse Zorgkas.

<https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/andere-professionals/ziekenfonds/Paginas/contacteer-ziekenfondsen.aspx>.

De contactgegevens van de zorgkassen zijn te vinden via: <https://www.departementzorg.be/nl/de-zorgkassen>

De zorgkassen staan in voor de dagelijkse werking van de Vlaamse sociale bescherming. Dat houdt in:

- Aansluiting voor hun leden regelen;
- Het overzicht van de aangesloten personen bijhouden;
- De jaarlijkse zorgpremies van de aangesloten leden innen;
- De aanvragen voor tegemoetkomingen (voor bv. de opmaak van een RAR) behandelen, de voorwaarden controleren en de tegemoetkomingen uitbetalen.

De zorgkassen staan ook in voor de begeleiding van hun leden. De zorgkassen zijn het uniek loket voor alle pijlers van de Vlaamse sociale bescherming, zowel voor de leden als voor het RAT.

4.1.2 Aansluiting bij een zorgkas

Jaarlijks dient elke burger vanaf de leeftijd van 26 jaar de zorgpremie te betalen. Er zijn twee tarieven: één voor personen zonder het statuut verhoogde tegemoetkoming en één voor personen met het statuut van verhoogde tegemoetkoming. Ook personen jonger dan 26 jaar moeten aansluiten bij een zorgkas om aanspraak te maken op een tegemoetkoming voor zorg in een Vlaamse voorziening. Zij dienen echter geen zorgpremie te betalen.

Alle informatie over de aansluiting bij een zorgkas is opgenomen in een aparte handleiding, gepubliceerd op de website van Departement Zorg: <https://www.departementzorg.be/nl/handleiding-om-personen-aan-te-sluiten-bij-een-zorgkas> . Daarin zijn de verschillende types van aansluiting beschreven alsook de procedures die dienen gevolgd te worden wanneer een gebruiker niet VSB-verzekerd is.

4.1.3 Recht op tegemoetkoming voor opmaak van een RAR

Er is altijd een aansluiting mogelijk vanaf 1 januari van het jaar waarin de datum van de aanvraag tegemoetkoming valt. Prestaties die in de loop van het jaar van aansluiting gerealiseerd zijn, kunnen daardoor altijd (met terugwerkende kracht) worden aangerekend, zelfs al is bovenstaande regularisatie pas in de loop van het jaar gebeurd.

Iemand die gedomicilieerd is in Wallonië kan administratief worden aangesloten bij de zorgkas in het kader van de vergoeding voor de opmaak van een RAR. Dit betekent niet dat de gebruikers gedomicilieerd in Wallonië een aanvraag voor een mohm bij de zorgkas kunnen indienen.

Om een tegemoetkoming voor de opmaak van een RAR te ontvangen moet de zorggebruiker, ongeacht de leeftijd, op het moment van de aanvraag en facturatie aangesloten zijn bij één van de zes erkende zorgkassen.

Zowel een officiële als een administratieve aansluiting opent het recht op de tegemoetkoming van de VSB in een RAT.

4.1.4 Controle van de verzekeraarstatus bij de VSB

De verzekeraarstatus kan gecontroleerd worden door het RAT voorafgaand aan de opmaak van het RAR. Dit kan ook al bij de eerste telefonische contactname. De verzekeraarstatus van een gebruiker wordt door de zorgkassentoepassing systematisch gecontroleerd bij de opmaak en het indienen van de aanvraag tot tegemoetkoming voor de opmaak van een RAR en bij facturatie.

5. AANVRAAG TEGEMOETKOMING VOOR OPMAAK VAN EEN RAR IN EEN RAT

5.1 CONTROLE VAN DE VERZEKERBAARHEIDSTATUS BIJ VSB

Een voorwaarde voor de tegemoetkoming voor de opmaak van een RAR door een RAT is dat de gebruiker op datum van de opmaak van het RAR (dit is de prestatiedatum) officieel of administratief aangesloten is bij een erkende zorgkas, ongeacht de leeftijd van de gebruiker.

Elk type van aansluiting (officieel of administratief) bij de Vlaamse sociale bescherming opent het recht op de tegemoetkoming van VSB in een revalidatievoorziening/RAT.

Er is geen wachttijd voor terugbetaling opmaak RAR voor gebruikers die 'laattijdig' aansluiten. Het is wel mogelijk dat er een wachttijd is (voor Brusselaars die laattijdig officieel aansluiten bij VSB) voor wat betreft de tegemoetkoming voor een MOHM. Indien er hierover vragen zijn, kan de zorgkas van aansluiting gecontacteerd worden.

Via het Rijksregisternummer (of het BIS-nummer) van de gebruiker kan het RAT in de VSB-applicatie nagaan of een persoon al dan niet aangesloten is bij een zorgkas. Naast de status inzake verzekeraarstatus VSB, kan het adres waar de gebruiker gedomicilieerd is ook gevraagd worden (indien gekend).

De verzekeraarstatus van een gebruiker (op prestatiedatum) wordt door de zorgkassentoepassing systematisch gecontroleerd bij de aanvraag tegemoetkoming.

Om te kunnen factureren moet bekend zijn bij welke zorgkas de gebruiker is aangesloten. De zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, wordt niet vermeld in het bericht over de aanvaarding van de aanvraag tegemoetkoming. **Daarom moet de verzekeraarstatus gecontroleerd worden door het RAT, vooraleer gefactureerd kan worden, zodat aan de juiste zorgkas wordt gefactureerd.**

Om de VSB-verzekeraarstatus van een gebruiker na te gaan wordt er gekeken naar het kalenderjaar waarvoor de aangevraagde prestatie plaatsvindt. Een gebruiker is VSB-verzekerd voor een periode als:

- Er in dit kalenderjaar / deze kalenderjaren geen verbod is om aan te sluiten bij de Vlaamse sociale bescherming,
- Er een ambtshalve, administratieve of officiële aansluiting is voor dit kalenderjaar / deze kalenderjaren,
- De gebruiker niet overleden is in de gevraagde periode.

Als blijkt dat de gebruiker VSB-verzekerd is op de prestatiedatum, wordt de aanvraag aanvaard. Indien echter blijkt dat de gebruiker niet VSB-verzekerd is, zal vanuit VSB nagegaan worden wat de oorzaak is. In functie hiervan zal een weigering van de aanvraag (de gebruiker is niet VSB-verzekerd en kan/mag niet aansluiten bij VSB) of een “beslissing in beraad” (de gebruiker is niet aangesloten bij VSB, maar kan/mag wel aansluiten) naar het RAT worden gestuurd.

Als een gebruiker, die aangesloten is bij een zorgkas, de jaarlijkse verplichte zorgpremie niet heeft betaald, zal een aanvraag tegemoetkoming voor de opmaak van een RAR (en indien van toepassing de vervoerskosten) toch worden aanvaard. De zorgkas zal de gebruiker wel aanmoedigen om de zorgpremie te betalen. Dit traject staat echter los van de opmaak van het RAR door het RAT.

De enige **uitzondering** hierop is de allereerste premiebetaling in geval van een verplichte aansluiting. In uitzonderlijke gevallen kan het zijn dat een gebruiker verplicht dient aan te sluiten bij VSB maar nog niet zijn allereerste zorgpremie heeft betaald. De aansluiting kan pas in orde worden gemaakt wanneer de allereerste zorgpremie is betaald. Het gaat met name over onderstaande situaties:

- De gebruiker woont/werkt in Vlaanderen, is ouder dan 26j of wordt in de loop van het kalenderjaar 26j én moet nog voor de allereerste keer de zorgpremie betalen.
- De gebruiker is pas in Vlaanderen komen wonen en moet nog voor de allereerste keer de zorgpremie betalen.

Als de gebruiker VSB-verzekerd is, wordt de begin- en einddatum van de periode waarin de gebruiker is verzekerd vermeld. Naast de status van verzekering VSB kan ook het domiciliëringsadres van de gebruiker worden gevraagd.

De voorwaarde inzake lidmaatschap zorgkas en premiebetaling VSB worden automatisch gecontroleerd in eRevaCfin.

De VSB-verzekerbaarheidsstatus voor een persoon kan worden nagevraagd via het softwarepakket dat de voorziening gebruikt.

Men kan volgende meldingen krijgen als de gebruiker **niet** is aangesloten:

Persoon is niet gekend in het ledenbeheer VSB
Persoon mag niet aansluiten bij VSB
Persoon is overleden
Persoon mag alleen aansluiten bij VSB na overstap naar Belgische sociale zekerheid. Neem eerst contact op met het ziekenfonds (b.v. Europese ambtenaren).
Persoon moet aansluiten, maar heeft geen aansluiting bij een zorgkas (VSB), aansluitbaarheid is verplicht.
Persoon kan aansluiten, maar heeft geen aansluiting bij een zorgkas (VSB), aansluitbaarheid is vrijwillig.
Persoon kan administratief aansluiten, maar heeft geen aansluiting bij een zorgkas (VSB), aansluitbaarheid is restrictief.

Tabel 2: mogelijke meldingen in geval de gebruiker niet is aangesloten bij VSB

Indien één van bovenstaande meldingen wordt weergegeven, verwijzen wij naar de handleiding ‘Hoe aansluiten bij een zorgkas?’². Daar worden de verdere procedures en te ondernemen acties beschreven.

² [Handleiding om personen aan te sluiten bij een zorgkas - Departement Zorg](#)

Samenvatting:

Als een gebruiker, die aangesloten is bij een zorgkas, de jaarlijkse verplichte zorgpremie **niet heeft betaald**, zal een aanvraag tegemoetkoming voor de opmaak van een RAR (en indien van toepassing de vervoerskosten) toch worden aanvaard. De zorgkas zal de gebruiker wel aanmoedigen om de zorgpremie te betalen. Dit traject staat echter los van de opmaak van het RAR door het RAT.

Als een gebruiker **niet is aangesloten** bij een zorgkas bij de eerste telefonische contactname of op datum van de opmaak van het RAR, adviseren we het RAT om te wachten met de opmaak van een RAR, aangezien de kans reëel is dat de tegemoetkoming voor de opmaak van het RAR niet wordt aanvaard.

5.2 DIGITAAL INDIENEN VAN EEN AANVRAAG TEGEMOETKOMING VOOR DE OPMAAK VAN EEN RAR

Wanneer een RAT een RAR wil opmaken voor een zorggebruiker, controleert het RAT eerst de verzekerbareheid van de gebruiker. Indien dit OK is, kan het RAT een RAR opmaken. Nadien doet ze een aanvraag tot tegemoetkoming voor de opmaak van dit RAR bij de zorgkas van die gebruiker. Wanneer de aanvraag is goedgekeurd, kan het RAT de prestatie factureren aan de zorgkas van de gebruiker.

Een aanvraag indienen bij de zorgkas (voor terugbetaling opmaak RAR) kan tot **maximum 30 dagen** nadat de gebruiker aanwezig was in het RAT voor de opmaak van het RAR (m.a.w.: tot 30 dagen na de prestatiedatum). Er kunnen enkel tegemoetkomingen toegekend worden voor prestaties ouder dan 30 dagen indien dit door het RAT grondig wordt gemotiveerd in de aanvraag (zie ook hoofdstuk 6.4.4 motivatie laattijdigheid). Het is de zorgkas die deze motivatie zal beoordelen en zal beslissen of er alsnog een tegemoetkoming mogelijk is of niet.

Alle berichten rond de aanvraag worden door het RAT aan de zorgkassentoepassing bezorgd via een digitale applicatie.

Een positief antwoord van de zorgkassentoepassing (de “aanvaarding”) betekent dat de prestatie voor deze gebruiker aan de zorgkas gefactureerd kan worden.

5.3 VOORAFGAANDELIJKE ALGEMENE INFORMATIE

In alle berichten die vanuit het RAT vertrekken naar de centrale zorgkassentoepassing, moet altijd het HCO-nummer van het RAT worden vermeld. Het HCO-nummer is de Vlaamse vertaling van het RIZIV-nummer van het RAT. Deze informatie wordt, via configuratie van de software van het RAT, automatisch meegestuurd, zodat deze informatie niet telkens door een medewerker moet worden ingevoerd. Er is een controle op het HCO-nummer van het RAT door de centrale zorgkassentoepassing. In onderstaande tabellen, over de inhoud van de berichten, wordt het RIZIV-nummer en het HCO-nummer niet meer vernoemd.

In elk bericht dat het RAT vanuit de centrale zorgkassentoepassing ontvangt, wordt de gebruiker waarop het bericht betrekking heeft op basis van vier parameters geïdentificeerd.

- Het **INSZ-nummer** van de gebruiker: het rijksregisternummer of BIS-nummer van de gebruiker;
- Het **HCO-nummer** van het RAT: het RAT waar het RAR werd opgemaakt wordt geïdentificeerd via het HCO-nummer van het RAT. Het HCO-nummer is de aanduiding dat het RAT bij de Vlaamse overheid erkend is;
- Het **VSb-referentienummer** van de aanvraag tot tegemoetkoming voor de opmaak van een RAR: voor elk aanvraag die wordt aanvaard, wordt een VSB-referentienummer door de centrale zorgkassentoepassing aangemaakt en meegedeeld aan het RAT. Ook als een dossier in beraad is gekomen bij de zorgkas en de zorgkasmedewerker heeft het dossier hierna (manueel) geweigerd, dan zal er ook een VSB referentienummer worden bezorgd aan het RAT. Enkel bij dossiers die (automatisch) zijn geweigerd of dossiers die nog in beraad staan stroomt er geen VSB referentienummer naar het RAT
- Het **identificatienummer** van de gebruiker in het RAT. Dit is de unieke identificatie van de opmaak van het RAR, toegekend door het RAT. Dit is een optioneel veld en dus niet verplicht om mee te sturen of te gebruiken. Het is de software die beslist of zij gebruik maken van dit veld of niet. In caRAT is dit veld **niet** voorzien.

5.4 DE EIGENLIJKE AANVRAAG TOT TEGEMOETKOMING VOOR DE OPMAAK VAN EEN RAR

Een aanvraag voor tegemoetkoming moet worden bezorgd binnen de 30 dagen na de datum waarop de zorggebruiker aanwezig was in het RAT voor de opmaak van het RAR.

Een medewerker registreert de aanvraag tot tegemoetkoming voor de opmaak van een RAR voor een gebruiker in de softwaretoepassing van het RAT. Op het moment dat de aanvraag tegemoetkoming voor de opmaak van een RAR voor een gebruiker wordt verstuurd, initieert de softwaretoepassing van het RAT de aanvraag naar de centrale zorgkassentoepassing (bericht CreateRevalidationRequest) via VSB-net.

Volgende informatie is vereist bij de aanvraag tegemoetkoming voor de opmaak van een RAR voor een gebruiker:

INSZ-nummer	Rijksregisternummer / BIS-nummer
Nummer van het RAT	HCO-nummer
Aanvraag	○ Type aanvraag ○ Datum ○ Gegevens contactpersoon RAT ○ Motivatie laattijdigheid (indien van toepassing) ○ Geïnformeerde toestemming van de gebruiker ○ Medisch verslag rolstoelafhankelijk vervoer ○ Code ongeval

Tabel 3: vereiste informatie bij aanvraag tegemoetkoming

5.4.1 Type aanvraag – rolstoeladviesrapport (RAR)

Voor de RAT onderscheiden we slechts 1 type van aanvraag: de aanvraag voor het opstellen van een rolstoeladviesrapport (RAR).

5.4.2 Datum – “prestatiedatum”

Voor de aanvraag voor het opmaken van een RAR dient 1 datum te worden meegegeven. Dit is ook de datum die moet gebruikt worden voor de facturatie van de prestatie RAR.

Deze datum is altijd gelijk aan de datum waarop de gebruiker langskomt in het RAT voor de opmaak van het RAR. Indien de gebruiker niet komt opdagen, moet dus op dat moment geen aanvraag worden ingediend.

Deze datum heet de “prestatiedatum”.

De aanvraag voor een tegemoetkoming moet ten laatste binnen de 30 dagen na deze prestatiedatum worden verstuurd.

5.4.3 Gegevens contactpersoon

Hier kunnen de gegevens van de contactpersoon van het RAT worden opgenomen: naam, voornaam, telefoonnummer, e-mailadres. Dit mogen ook generieke contactgegevens zijn.

5.4.4 Motivatie laattijdigheid

Een aanvraag tegemoetkoming is laattijdig indien deze > 30 dagen na de prestatiedatum wordt verzonden. Slechts in hoogst uitzonderlijke gevallen, en na akkoord van de zorgkas, kan hierop een uitzondering worden gemaakt. Er dient dan door het RAT een document ter motivatie van de laattijdigheid te worden toegevoegd aan de aanvraag.

5.4.5 Geïnformeerde toestemming

De zorggebruiker zal zijn akkoord moeten geven voor de opmaak van een RAR door het RAT door het handtekenen van de geïnformeerde toestemming. Er zijn verschillende mogelijkheden voor ondertekening:

- Ondertekenen door de gebruiker van de papieren versie van de geïnformeerde toestemming.
- Ondertekening door een vertegenwoordiger: in uitzonderlijke gevallen wanneer de gebruiker niet zelf in staat is tot ondertekening. Van zodra de gebruiker hiertoe in staat is, dient hij/zij de geïnformeerde toestemming zelf te ondertekenen.

De aanvraag voor tegemoetkoming voor de opmaak van een RAR door een RAT is pas volledig als de geïnformeerde toestemming van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger ondertekend en gedagtekend is door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger. Via de geïnformeerde toestemming bevestigt de gebruiker of zijn vertegenwoordiger de aanvraag en verklaart te zijn ingelicht over de voorwaarden ervan.

Bij het indienen van de digitale aanvraag voor de opmaak van een RAR, dient het RAT tegelijkertijd te bevestigen dat de geïnformeerde toestemming ondertekend en gedagtekend is en bewaard wordt in het RAT. De geïnformeerde toestemming mag digitaal bewaard worden door het RAT.

In afwachting van de mogelijkheid tot een systeem voor digitale ondertekening van het document, moet het document in een overgangsfase ter inzage bewaard worden in het RAT en moet dit **niet** worden doorgestuurd bij de aanvraag. Het document kan wel ten allen tijde opgevraagd worden door het Agentschap en/of de zorgkassencommissie en/of Zorginspectie.

Het is wel verplicht dat het RAT aanduidt in de aanvraag voor de tegemoetkoming, dat de Geïnformeerde Toestemming aanwezig is (in de vorm van bijvoorbeeld een “vinkje”).

5.4.6 Medisch verslag – aanvraag tegemoetkoming rolstoelafhankelijk vervoer

Als de gebruiker nood heeft aan vervoer in de rolstoel van en naar het RAT, kan de terugbetaling van de vervoerskosten van de gebruiker aangevraagd worden. Dit gebeurt aan de hand van een medisch verslag. Dit “medisch verslag” betreft volgende gegevens die digitaal moeten worden meegestuurd met de aanvraag:

- RIZIV nummer arts
- naam arts
- datum van het medisch verslag
- omschrijving van de problematiek van de zorggebruiker en motivatie waarom de zorggebruiker de rolstoel niet kan verlaten tijdens het vervoer naar en van het RAT
- verklaring op eer
- verblijfsadres – indien de gebruiker niet van op zijn officieel domicilieadres is vertrokken naar het RAT
- OperatingSitelid (locatie) van het RAT – indien het RAT meerdere vestigingsplaatsen heeft³.

Het is verplicht om deze aanvraag tegemoetkoming rolstoelafhankelijk vervoer samen met de aanvraag tegemoetkoming voor de opmaak van het RAR te versturen.

³ Indien uw RAT meerdere locaties heeft, en er worden vervoerskosten gevraagd, dan is het verplicht om “OperatingSitelid” mee te sturen met de aanvraag.

Indien uw RAT slechts één locatie heeft en/of wanneer er geen vervoerskosten worden gevraagd, dan is het niet verplicht om “OperatingSitelid” mee te sturen met de aanvraag.

De aanvraag wordt in zijn totaliteit goedgekeurd of geweigerd. Er kan dus geen goedkeuring voor opmaak RAR en weigering voor vervoerskosten (of omgekeerd) worden gegeven.

Alle informatie over de aanvraag tegemoetkoming rolstoelafhankelijk vervoer (en eventuele wijzigingen ervan) wordt besproken in hoofdstuk 8.

Merk op: slechts weinig gebruikers komen in aanmerking voor tussenkomst vervoerskosten! Het RAT (en de arts van het RAT) moet “op eer” verklaren dat de gebruiker voldoet aan de (medische) voorwaarden. **Als de gebruiker niet voldoet aan de (medische) voorwaarden, dan mogen er ook geen vervoerskosten worden gevraagd.**

De voorwaarden zijn:

1. De gebruiker komt in aanmerking voor een tegemoetkoming voor de opmaak van een rolstoeladviesrapport op dezelfde dag;
2. De gebruiker kan wegens de aard en de ernst van zijn aandoening alleen worden vervoerd in een rolstoel in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel;
3. De gebruiker wordt niet in zijn werkelijke verblijfplaats onderzocht

5.4.7 Code ongeval

In het kader van subrogatie⁴ is het belangrijk om te weten of de opmaak van het RAR (vermoedelijk) een gevolg is van een (arbeids-) ongeval of beroepsziekte waarbij tussenkomst van een verzekering van toepassing is.

Code	Omschrijving
0	Onbekend
1	Arbeidsongeval
2	Ander ongeval
3	Geen ongeval

Tabel 4: Code ongeval

⁴ Subrogatie = een situatie waarin een persoon of instantie 'wettelijk in de plaats wordt gesteld' van iemand anders, bijvoorbeeld indien revalidatie noodzakelijk is in het kader van een ongeval. Het ziekenfonds betaalt, in afwachting dat de schadevergoeding wordt uitbetaald, de geneeskundige kosten en de dag- en invaliditeitsvergoedingen (zogenaamde arbeidsongeschiktheidsuitkeringen). Dit zijn dus provisies of voorschotten en het ziekenfonds zal zich later wenden tot de verzekeraar die de schade moet vergoeden ingevolge zijn wettelijk subrogatierecht.

5.5 HET ANTWOORD VAN DE ZORGKASSENTOEPASSING OP DE AANVRAAG TEGEMOETKOMING

Nadat de aanvraag voor tegemoetkoming voor de opmaak van een RAR werd ontvangen, stuurt de zorgkassentoepassing een antwoord aan het RAT.

De verwerking (validatie) van de aanvraag tegemoetkoming door de zorgkassentoepassing betekent:

- Een controle op de volledigheid van de aanvraag (zijn alle verplichte velden ingevuld?)
- Een controle op de erkenning van het RAT
- Een controle op de VSB-verzekeringsstatus van de gebruiker
- Laattijdigheid van de aanvraag: als het dossier laattijdig werd ingediend, moet er een motivatie worden meegestuurd. Deze motivatie zal dan manueel door een zorgkasmedewerker worden beoordeeld.

Na verwerking van de aanvraag tegemoetkoming voor de opmaak van een RAR zal het RAT van de zorgkassentoepassing één van volgende antwoorden krijgen:

- Een aanvaarding van de aanvraag tegemoetkoming
- Een beslissing “in beraad”
- Een weigering van de aanvraag tegemoetkoming

In het antwoord van de zorgkassentoepassing aan het RAT, wordt extra informatie⁵ vermeld, afhankelijk van de beslissing die werd genomen.

Let op! Indien de aanvraag tegemoetkoming voor de opmaak van een RAR wordt geweigerd, zal ook altijd de eventueel bijhorende aanvraag tegemoetkoming voor rolstoelafhankelijk vervoer geweigerd worden (en vice versa). Wanneer het RAT nadien een nieuwe aanvraag tegemoetkoming voor de opmaak van een RAR indient, dan moet ook opnieuw een nieuwe aanvraag voor tegemoetkoming voor rolstoelafhankelijk vervoer worden ingediend.

Met andere woorden: er komt slechts één beslissing die geldig is voor de aanvraag tegemoetkoming opmaak RAR én voor de (eventueel gevraagde) vervoerskosten.

5.5.1 Beslissing tot aanvaarding van de aanvraag tegemoetkoming

Inhoud bericht bij aanvaarding van de aanvraag tegemoetkoming	
Status: Aanvaard	De aanvraag tegemoetkoming wordt aanvaard. Er kan een opmaak RAR gefactureerd worden aan de zorgkas.
Prestatiedatum	Datum waarop de zorggebruiker bij het RAT is geweest voor opmaak van het RAR.
VSB-referentie	Dit is de unieke identificatie van de aanvaarde aanvraag tegemoetkoming.

Tabel 5: antwoord van de zorgkassentoepassing (ZKT) bij aanvaarding van de aanvraag tegemoetkoming

⁵ Meer informatie over de foutboodschappen en notificaties is terug te vinden in de 'handleiding controles eRevaCfin 7.72'.

5.5.2 Beslissing in beraad van de aanvraag tegemoetkoming

Inhoud bericht bij beslissing in beraad	
Status: In beraad	Er is nog geen beslissing genomen over de aanvraag tegemoetkoming. De zorgkas moet het dossier behandelen. Op een bericht "in beraad" volgt nadien altijd en een definitieve beslissing, hetzij een aanvaarding, hetzij een weigering.
Reden waarom nog geen beslissing werd genomen is opgenomen in de foutcode(s):	
○ Gebruiker is niet VSB-verzekerd. Door VSB wordt nagegaan of dit geregulariseerd kan worden. In afwachting krijgt het RAT een antwoord "in beraad". ○ Niet VSB-verzekerd voor een gebruiker die <u>kan</u> aansluiten ○ Motivatie laattijdigheid moet gecontroleerd worden	<u>Gebruiker is niet VSB-verzekerd, maar aansluiting is mogelijk</u> In het geval een gebruiker niet VSB-verzekerd is en dit wel mogelijk is, zal het RAT een antwoord "in beraad" krijgen. In het antwoord wordt duidelijk vermeld dat een aansluiting bij een zorgkas nodig is. (Omdat de gebruiker de vrije keuze heeft om te bepalen tot welke zorgkas hij wil aansluiten, kan er geen administratieve regeling centraal vanuit VSB gebeuren.) Het RAT moet hierop actie ondernemen, door de gebruiker aan te moedigen aan te sluiten bij een zorgkas. (cfr handleiding "Hoe aansluiten bij een zorgkas?"⁶) Op het moment dat de aansluiting is gebeurd, wordt deze informatie (automatisch) doorgegeven aan de centrale zorgkassentoepassing, op basis waarvan een bericht "aanvaarding" van de aanvraag tegemoetkoming aan het RAT wordt gestuurd. <u>Motivatie laattijdigheid moet gecontroleerd worden:</u> Indien de aanvraag meer dan 30 dagen na de prestatiedatum wordt ingediend en er is grondige motivatie meegestuurd, dan zal de zorgkas dit beoordelen. Nadien volgt een "aanvaarding" of een "weigering".

Tabel 6: antwoord van de ZKT bij beslissing over de aanvraag tegemoetkoming "in beraad"

⁶ [Handleiding om personen aan te sluiten bij een zorgkas - Zorg en Gezondheid \(zorg-en-gezondheid.be\)](https://zorg-en-gezondheid.be/handleiding-om-personen-aan-te-sluiten-bij-een-zorgkas)

5.5.3 Beslissing van weigering van de aanvraag tot tegemoetkoming

Inhoud bericht bij weigering van de aanvraag tegemoetkoming	
Status: Geweigerd	De aanvraag tegemoetkoming wordt geweigerd. Er kan geen prestatie gefactureerd worden aan de zorgkas voor deze aanvraag tegemoetkoming.
Bijkomende informatie over reden van weigering is opgenomen in de foutcode(s)	Het bericht bevat de (gecodeerde) reden voor de weigering.
Algemene en technische fouten	- RIZIV-nr. is niet compatibel met het HCO-nr.: RIZIV-nr. en HCO-nr. verwijzen niet naar hetzelfde RAT, het RAT kan niet geïdentificeerd worden. - INSZ niet correct: het INSZ-nummer van de gebruiker is foutief, waardoor de gebruiker niet geïdentificeerd kan worden. - Geen VSB-verzekering: De gebruiker is niet VSB-verzekerd en aansluiting bij een zorgkas is niet mogelijk - Het (formaat van) RIZIV-nr. van de arts is niet correct - Datumfout (bv een datum in de toekomst) - Het RAT is niet erkend - Het formaat van het bericht is verkeerd, waardoor het bericht niet gelezen kan worden.
Cumul	Er is al een aanvraag voor terugbetaling van een RAR op dezelfde prestatiedatum.

Tabel 7: antwoord van de ZKT bij weigering van de aanvraag tegemoetkoming

In geval van een **weigering** zal het RAT **gericht acties moeten ondernemen**. Het RAT kan altijd een nieuwe (correcte) aanvraag indienen.

In het antwoord van de zorgkassentoepassing staat vermeld waarom de aanvraag werd geweigerd. In geval van een automatische weigering door de toepassing (validatiefout) wordt de foutcode, de beschrijving van de fout en de classificatie van de fout vermeld. In geval van een manuele weigering door de zorgkas wordt de motivatie van de weigering vermeld.

In **zeer uitzonderlijke situaties** kan er zich een probleem stellen als de **reden tot weigering niet geremedieerd kan worden**. De prestaties van het RAT kunnen dan niet aan de zorgkas gefactureerd worden. Dit betekent dat de kost voor de opmaak van het RAR ten laste van het RAT zal zijn.

5.6 SYNTHESE AANPASSINGEN BIJ DE AANVRAAG TEGEMOETKOMING VOOR DE OPMAAK VAN EEN RAR

- De verzekeringsstatus Vlaamse Sociale Bescherming kan voorafgaandelijk aan de aanvraag door het RAT opgevraagd worden.
- Op een aanvraag tegemoetkoming volgt altijd een antwoord aan het RAT vanuit de zorgkassentoepassing.
- Er zijn drie mogelijke antwoorden op een aanvraag tegemoetkoming vanuit de zorgkassentoepassing:
 - Een **aanvaarding** betekent dat prestaties kunnen gefactureerd worden aan de zorgkas.
 - Een beslissing **“in beraad”** betekent dat er onvoldoende informatie beschikbaar is op basis waarvan de zorgkassentoepassing de aanvraag tegemoetkoming kan beoordelen.
 - De zorgkas kan verder actie ondernemen (eventueel bijkomende informatie opvragen).
 - Het RAT kan actie ondernemen: in het geval een gebruiker die wel kan aansluiten bij een zorgkas, niet VSB-verzekerd is op het moment van de aanvraag tegemoetkoming. In dit geval krijgt het RAT een beslissing “in beraad”, omdat een centrale regularisatie niet mogelijk is. Het RAT moet de aansluiting faciliteren. Na aansluiting van de gebruiker zal het RAT automatisch een beslissing “aanvaarding” van de aanvraag tegemoetkoming krijgen.
 - Er volgt nadien (na een actie van de zorgkas en/of het RAT) altijd en automatisch een definitieve beslissing van de zorgkassentoepassing.
 - Een **weigering** van de aanvraag tegemoetkoming betekent dat er geen prestaties kunnen gefactureerd worden aan de zorgkas. De reden van de weigering wordt in het antwoord aan het RAT vermeld, zodat het RAT gericht acties kan ondernemen om het probleem te remediëren. Na remediëring kan een nieuwe aanvraag tegemoetkoming worden gedaan.

6. ANNULEREN VAN EEN AANVAARDE AANVRAAG TEGEMOETKOMING VOOR DE OPMAAK VAN EEN RAR

Het RAT kan een aanvraag annuleren nadat de aanvraag is verstuurd naar de zorgkas. Dit kan zowel wanneer er nog geen beslissing is genomen ("in beraad") als wanneer het dossier "aanvaard" is. De te annuleren aanvraag wordt geïdentificeerd aan de hand van de unieke VSB-referentie. Volgende informatie dient te worden geregistreerd:

- Identificatiegegevens van het RAT: HCO-nummer
- Identificatiegegevens van de gebruiker: INSZ
- De VSB-referentiecode (= de unieke identificatie van de 'aanvraag tegemoetkoming') – opgelet: er is enkel een VSB-referentiecode indien het dossier "aanvaard" is.

Het annuleren van een aanvaarde aanvraag tegemoetkoming annuleert de volledige aanvraag voor de opmaak van een RAR en de eventueel hieraan gekoppelde aanvraag tegemoetkoming voor rolstoelafhankelijk vervoer.

LET OP: indien er al gefactureerd is, zal er moeten worden gecrediteerd door het RAT!

Een medewerker doet de registratie van deze annulering in de softwaretoepassing van het RAT. De softwaretoepassing initieert het versturen van de vraag tot annulering naar de centrale zorgkassentoepassing via VSB-net (bericht CancelRevalidationRequest).

Het antwoord van de zorgkassentoepassing:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de annulering van een aanvaarde aanvraag tegemoetkoming	
Status: Aanvaard	De annulering van de aanvaarde aanvraag tegemoetkoming wordt geregistreerd. Er kunnen geen prestaties meer worden gefactureerd aan de zorgkas.

Tabel 8: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de annulering van een aanvaarde aanvraag tegemoetkoming

Inhoud bericht bij weigering van de annulering van een aanvaarde aanvraag tegemoetkoming	
Status: Geweigerd	De annulering van de aanvaarde aanvraag tegemoetkoming wordt geweigerd. In afwachting van een nieuwe annulering blijven de gegevens bestaan zoals ze eerder bestonden.
Foutcode(s): ○ Fout in de VSB-referentie: de VSB-referentie bestaat niet of komt niet overeen met het VSB-referentienummer bij de initiële aanvaarding van de aanvraag tegemoetkoming. ○ Technische fout (verkeerd formaat van bericht, geen overeenstemming tussen RIZIV-nr. en HCO-nr., foutief INSZ).	Het bericht bevat de (gecodeerde) reden voor de weigering. Op basis hiervan moet het RAT gericht acties ondernemen om de fouten te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. In afwachting dat het RAT een nieuwe aanvraag tot annuleren indient (met de correcte gegevens), blijven de eerdere aanvaarde gegevens van toepassing.

Tabel 9: antwoord van de ZKT bij weigering van de annulering van een aanvaarde aanvraag tegemoetkoming

In geval van een **weigering** zal het RAT **gericht acties moeten ondernemen**. Na remediëring wordt door het RAT een nieuwe annulering van de aanvaarde aanvraag tot tegemoetkoming verstuurd naar de zorgkassentoepassing.

In het antwoord van de zorgkassentoepassing staat vermeld waarom de annulering werd geweigerd. In geval van een automatische weigering door de toepassing (validatiefout) wordt de foutcode, de beschrijving van de fout en de classificatie van de fout vermeld. In geval van een manuele weigering door de zorgkas wordt de motivatie van de weigering vermeld.

7. AANVRAAG TOT TEGEMOETKOMING VOOR VERVOERSKOSTEN

7.1 DE KILOMETERVERGOEDING VOOR VERVOERSKOSTEN (ROLSTOELAFHANKELIJKE GEBRUIKERS)

De aanvraag tegemoetkoming voor vervoerskosten is van toepassing voor rolstoelafhankelijke gebruikers die een vergoeding wensen te krijgen voor hun vervoerskosten. De aanvraag tegemoetkoming voor vervoerskosten kan niet apart worden aangevraagd en moet worden toegevoegd aan de aanvraag tegemoetkoming voor de opmaak van het RAR.

Let op: slechts een minderheid van de gebruikers komt in aanmerking. Enkel wanneer de gebruiker voldoet aan onderstaande voorwaarden, heeft men recht op een tegemoetkoming voor vervoerskosten:

De gebruiker kan door de aard en de ernst van de aandoening de rolstoel tijdens het vervoer van- en naar het RAT niet verlaten en kan alleen vervoerd worden in een rolstoel in een voertuig dat is aangepast voor vervoer in een rolstoel.

Het is de arts van het RAT die dit op eer moet verklaren.

Volgende informatie moet worden toegevoegd aan de aanvraag:

- Type vervoer
 - o Eigen vervoer
 - o Semiprofessionele vervoerder
 - o Professionele vervoerder
- Medisch verslag
 - o RIZIV-nummer en naam van de behandelend arts (die het verslag opstelde)
 - o Datum waarop het verslag werd opgesteld
 - o Omschrijving van de problematiek.
 - Dit is de omschrijving van de problematiek van de gebruiker en motivering waarom de gebruiker de rolstoel niet kan verlaten tijdens het vervoer van en naar het RAT
 - o Verklaring op eer van de behandelend arts
 - “Na uitvoering van een functioneel onderzoek verklaar ik, de arts verbonden aan het RAT, op eer dat de gebruiker wegens de aard en de ernst van zijn aandoening zijn rolstoel tijdens vervoer van- en naar het RAT niet kan verlaten en alleen vervoerd kan worden in een rolstoel in een voertuig dat is aangepast voor vervoer in een rolstoel.”
- Optioneel: één verblijfsadres van de gebruiker (merk op: er wordt altijd een verblijfsadres van de gebruiker meegestuurd met de aanvraag. Ofwel is dit het domicilieadres, ofwel is dit een verblijfsadres dat werd ingegeven).

De datum waarop het rolstoelafhankelijk vervoer plaatsvond, is altijd (automatisch) dezelfde als de prestatiedatum voor opmaak van het RAR. Deze datum moet niet apart worden ingevoerd bij de aanvraag tegemoetkoming voor rolstoelafhankelijk vervoer.

Een medewerker registreert de aanvraag tot tegemoetkoming voor vervoerskosten van een gebruiker in de softwaretoepassing van het RAT. Op het moment dat de aanvraag tegemoetkoming voor vervoerskosten van een gebruiker samen met de aanvraag voor de tegemoetkoming voor een RAR, wordt verstuurd, initieert de softwaretoepassing van het RAT de aanvraag naar de centrale zorgkassentoepassing (bericht TransportationCompensationRequestType) via VSB-net.

8. INFORMATIE VAN EREVACFIN NAAR DE VI

De verzekeringsinstellingen krijgen vanuit eRevaCfin een melding met een aantal gegevens zodat zij voldoende informatie ter beschikking hebben om hun businessstaken in het kader van de federale ziekteverzekering te kunnen uitvoeren (vb. forfait chronisch zieken).

9. FACTURATIE EN FINANCIERING

9.1 HET BEDRAG VAN TEGEMOETKOMING VOOR OPMAAK RAR

Er zal gewerkt worden met 1 bedrag van tegemoetkoming voor de opmaak van het RAR en slechts 2 prestatiecodes.

Dit bedrag wordt (in zijn geheel) geïndexeerd bij het overschrijden van de spilindex.

9.2 DE FACTURATIE VAN PRESTATIES

De RAT's moeten de prestaties factureren aan de zorgkassen.

Het facturatieproces van de prestaties aan de zorgkassen behoudt de algemene structuur van berichten die actueel in gebruik is voor de facturatie aan de verzekeringsinstellingen.

9.2.1 Algemene procedure en proces

De digitale facturatie van de RAT aan de zorgkas gebeurt op maandelijkse basis. Dit wil zeggen dat een RAT met een maandelijkse periodiciteit factureert.

Het RAT is vrij om te bepalen op welke dag zij de zending wil versturen.

Het RAT maakt elke maand een zending (bundel facturen) over aan de betrokken zorgkas, via eRevaCfin.

Het RAT kan in de zending enkel prestatiecodes opnemen die verbonden zijn aan hun taak als RAT. Het is dus niet mogelijk om in één zending ook prestatiecodes op te nemen van bv. revalidatie.

De maandelijkse zending bevat de prestaties van de voorgaande prestatie maand. Men kan dus bijvoorbeeld op 20 februari de zendingen bezorgen aan de zorgkassen voor de prestaties in de maand januari. Men kan in principe meerdere keren factureren per maand, maar er wordt aan de RAT's gevraagd om slechts 1 maandelijkse zending te versturen per zorgkas.

Deze zending moet gericht zijn aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten op de prestatiedatum die wordt gefactureerd.

Vooraleer een prestatie kan worden gefactureerd, moet er eerst een goedgekeurde aanvraag tegemoetkoming gekend zijn binnen eRevaCfin.

Procedure voor facturatie voor meerdere RAT's door 1 RAT

Indien uw voorziening/organisatie meerdere RAT RIZIV-nummers heeft, is het mogelijk om vanuit 1 RAT te factureren voor de verschillende RAT's binnen uw voorziening/organisatie. Bijvoorbeeld: een universitair ziekenhuis heeft 3 RAT RIZIV-nummers (verspreid over verschillende afdelingen). **Dit kan enkel indien u gebruik maakt van een eigen softwarepakket.** Dit is niet mogelijk vanuit "caRAT". U dient hiervoor het formulier "procedure facturatie voor meerdere RAT's" ingevuld te bezorgen aan vsb.rolstoeladviesteams@vlaanderen.be. Dit formulier vindt u op onze website: [Financiering van de rolstoeladviesteams - Departement Zorg](#). U bent zelf verantwoordelijk voor de onderlinge afstemming en afspraken tussen de betrokken RAT's.

9.2.2 De structuur van een zending

Het facturatieproces is een zeer technisch proces. In deze handleiding beperken we ons tot een high level beschrijving van een zending (of facturatiebestand). De technische specificaties zijn vermeld in andere documenten en worden ook rechtstreeks met de softwareleveranciers besproken. Deze documenten kan u vinden via:

[Overzicht RevaC-cookbook \(vlaanderen.be\)](#)

Een zending wordt maandelijks opgemaakt door het RAT per zorgkas. Dit betekent dat een zending één of meerdere facturen bevat. Een factuur wordt per persoon opgemaakt en bevat in het geval van een RAT één prestatie. Concreet bevat een zending dus enkel facturen van personen die aangesloten zijn bij dezelfde zorgkas.

Het maandelijks factureren gebeurt via een zending (DF010⁷ - bericht 920000) aan de betrokken zorgkas.

Elke zending bestaat uit

- "de omslag", waarin meer algemene informatie is vermeld in de verschillende "segmenten" en
- "de inhoud", waarin de specifieke informatie over de prestaties wordt vermeld in de verschillende "records".

Schematisch overzicht van de structuur:

920000 Zending	
Omslag zending	
Segment 200	Identificatie stroom
Segment 300	Factuur borderel
Inhoud zending	
Recordtype 10	Aanvang zending
Recordtype 20	Aanvang factuur
Recordtype 30	Prestaties
Recordtype 50	VSB Supplementen
Recordtype 80	Einde factuur
Recordtype 90	Einde zending
Segment 400	Begeleidingsborderel
Segment 500	Samenvattende begeleidingsborderel

Tabel 10: overzicht van de structuur van een zending

⁷ DF010 = dataflow 010

9.2.3 De omslag

De algemene informatie van de zending die in “de omslag” wordt vermeld betreft onder meer een versienummer van de zending (volgnummer dat uniek moet zijn per RAT, per kalenderjaar), de facturatiemaand, de datum van de opmaak van de zending, de coördinaten van de contactpersoon van de facturatedienst van het RAT, het nummer van de betrokken zorgkas, het aantal records (gefactureerde prestaties) dat in de zending is opgenomen en het totaal bedrag van de zending.

De omslag bestaat uit vier segmenten, met name:

- segment 200 Identificatie stroom
- segment 300 Factuur borderel
- segment 400 Begeleidingsborderel (recordtype 95)
- segment 500 Samenvattende begeleidingsborderel (recordtype 96)

9.2.4 De inhoud

De specifieke informatie die “de inhoud” van de zending bevat, wordt onderverdeeld in zogeheten “recordtypes”.

- **Recordtype 10 en 90** – informatie over de zending
 - In “recordtype 10” wordt onder meer het volgende vermeld: herhaling van het nummer van de zending, de identificatie van het RAT (via het HCO en KBO nummer), de prestatieperiode waarvoor (het merendeel van de prestaties) gefactureerd wordt, het rekeningnummer van het RAT en de datum waarop de zending is opgemaakt.
 - Met “recordtype 90” wordt het einde van de zending aangegeven. Het vermeldt het totaal bedrag dat door de zorgkas moet worden betaald aan het RAT voor de volledige zending.
- **Recordtypes 20 en 80** – informatie over de factuur – per factuur (deze recordtypes komen dus zoveel keer voor als er facturen zijn opgenomen in de zending)
 - In “recordtype 20” wordt de informatie van de betrokken gebruiker vermeld: onder meer de datum van de opmaak van het RAR, de code van de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, INSZ-nummer van de gebruiker, geslacht en VSB-referentienummer van de goedgekeurde aanvraag tegemoetkoming. In het geval van een laattijdige facturering (meer dan twee jaar na de prestatiedatum) omwille van stuiting van de verjaringstermijn, wordt in recordtype 20 ook de reden (indien gekend) vermeld. Een recordtype 20 komt evenveel keer voor in een zending als het aantal facturen waarvoor in de zending een factuur is opgenomen.
 - Met “recordtype 80” wordt het einde van de factuur (voor de desbetreffende gebruiker) aangegeven. Het vermeldt het totaal bedrag dat door de zorgkas moet gestort worden aan het RAT voor de desbetreffende gebruiker.

- **Recordtypes 30 en 50** – informatie over de prestaties – er zijn slechts twee prestatiecodes:

tegemoetkoming voor de opmaak van een rolstoeladviesrapport	259073
tegemoetkoming voor de opmaak van een gespecialiseerd rolstoeladviesrapport (SDA)	259095

- “Recordtype 30” vermeldt de prestatiecode. De facturatie van de prestatie ‘opmaak van een RAR’ gebeurt op de dag dat de gebruiker langskwam in het RAT voor de opmaak van het RAR. Dit wil zeggen dat de datum zoals vermeld in de aanvraag tegemoetkoming voor de opmaak van een RAR dezelfde moet zijn als de prestatiedatum vermeld op de factuur.
 - Opmaak RAR – dit recordtype komt 1 maal voor omdat per aanvaarde aanvraag tegemoetkoming voor een opmaak RAR slechts 1x deze prestatie mag aangerekend worden.

9.2.5 Controle van het facturatiebestand (zending) - (door de centrale zorgkassentoepassing)

9.2.5.1 Technische validatie

Door de centrale zorgkassentoepassing gebeurt eerst een technische validatie van het bestand. De technische validatie zou kunnen omschreven worden als de controle op de leesbaarheid van het bericht.

- Als er geen fouten worden vastgesteld, ontvangt het RAT een “aanvaarding van het facturatiebestand” (DF011 – 931000).
- Het facturatiebestand zal de technische validatie niet passeren als er bepaalde fouten worden vastgesteld.

Voorbeelden van fouten zijn een of meerdere verplichte zones die niet zijn ingevuld, het gebruik van niet toegelaten formaat of het gebruik van niet toegelaten waarden. Het RAT ontvangt een “weigering van het facturatiebestand” (DF012 – 920999). In dit bericht worden de vastgestelde fouten vermeld. Na remediëring moet het RAT het facturatiebestand opnieuw verzenden. Het nummer van de zending, het type factuur (originele factuur) en de facturatedatum blijven ongewijzigd ten opzichte van het initiële facturatiebestand. Enkel de datum van opstelling van het facturatiebestand wordt aangepast.

9.2.5.2 Inhoudelijke validatie

Na de technische validatie volgt een inhoudelijke validatie van het facturatiebestand. De inhoudelijke validatie betreft naast nog een aantal (andere) technische controles (de pre-validatie), ook de controle op de correcte toepassing van de bepalingen voor het kunnen factureren van de opmaak van een RAR en de gebruikte prijs ervan (de tarificatie).

Voorbeelden van fouten zijn:

- Rechthebbende niet in regel op prestatiedatum
- VSB ref is niet gekend

9.2.5.3 Aanvaarding van de zending

Het RAT ontvangt een “aanvaarding van de zending” (DF014 – 920098) als:

- er geen fouten worden vastgesteld;
- er blokkerende fouten op het niveau van de individuele factuur (fouten type F) worden vastgesteld. Deze fouten blokkeren het controleproces op de individuele factuur. De desbetreffende factuur wordt verworpen en er wordt onmiddellijk verder gegaan met de controle op de volgende individuele factuur;
- er fouten van het type R⁸ op het niveau van een individuele prestatie (record) worden vastgesteld, waardoor de desbetreffende prestatie wordt verworpen.

In het bericht worden de vastgestelde fouten vermeld.

9.2.5.4 Weigering van de zending

Als een of meerdere blokkerende inhoudelijke fouten van het type B⁹ worden vastgesteld, waardoor een verdere inhoudelijke validatie niet mogelijk is, krijgt het RAT een “weigering van de zending” (DF013 – 920099). In het bericht worden de gevonden blokkerende foutcodes vermeld. De zending is in dit geval als geheel geweigerd. Na remediëring moet het facturatiebestand opnieuw volledig verstuurd worden. Het nummer van de zending en het type factuur (originele factuur) blijven ongewijzigd ten opzichte van het initiële facturatiebestand. De datum van opstelling van het facturatiebestand en de facturatedatum worden aangepast.

Ook als het totaal aantal niet blokkerende fouten (van het type F¹⁰ en R) op het niveau van het facturatiebestand te hoog is, krijgt het RAT een “weigering van de zending” (DF013 – 920099). De drempel hiervoor is bepaald op 5 %, berekend als $[(\text{het aantal geweigerde records} / \text{totaal aantal records in het facturatiebestand}) * 100]$. Als er een fout wordt vastgesteld op het niveau van een factuur (in recordtype 20 of recordtype 80), wordt de prestatie (record) in deze factuur meegerekend als foutief. Een weigering van het facturatiebestand wordt (in een eerste tijd) pas aan het RAT gestuurd, nadat de zorgkas de automatisch uitgevoerde controle door de centrale zorgkassentoepassing heeft bevestigd. In het bericht worden de vastgestelde foutcodes vermeld, op basis waarvan het RAT kan remediëren.

Voor een zending waarin alle prestaties geweigerd zijn, moet de zorgkasmedewerker de weigering bevestigen, dan pas vertrekt er een antwoord weigering (920099) naar het RAT.

9.2.5.5 Afrekenbestand

Nadat het RAT een “aanvaarding van de zending” heeft ontvangen, zal het ook een “afrekenbestand” (DF015 – 920900) ontvangen. Hierin zijn de vergoedbare prestaties van de aanvaarde facturen vermeld. Ook de geweigerde (volledige) facturen en/of geweigerde prestaties, met de respectievelijke foutcode(s), worden nogmaals in het afrekenbestand vermeld. In de technische specificaties (cookbooks) is, in het tabblad “berichten”, voor de verschillende types facturatiebestand aangeduid welke records er opgenomen zijn in het bestand.

⁸ Fout op het niveau van het record. Er is ergens een fout in de prestatie die wordt gefactureerd.

⁹ Fout van type B is een blokkerende fout. In de validatieregels van de facturatie staat er per regel welk type fout het is.

¹⁰ Fout op niveau van de factuur.

De zorgkasmedewerker moet de zending ondertekenen als er geen blokkerende fouten zijn en als het aantal verworpen records $\leq 5\%$.

Als een zorgkasmedewerker een zending ondertekent, dan gebeurt het volgende:

- Er zal aan het RAT een antwoord worden verzonden. Dit is een aanvaarding van de zending (920098) en een afrekenbestand (920900). Het afrekenbestand is het bestand dat naar het RAT wordt gestuurd en de verworpen prestaties/facturen en de gegevens met betrekking tot de afrekening bevat. Indien het RAT vragen heeft over bepaalde geweigerde prestaties kan die contact opnemen met de zorgkas.
- Indien de zending is aanvaard dan vertrekt er een betaalopdracht naar de zorgkas.
- Er wordt een notificatie aanvaarde prestaties verzonden naar de verzekeringsinstellingen.

9.2.6 Betaling van de factuur door de zorgkas

Op het moment dat een afrekenbestand aan het RAT wordt verstuurd, wordt door de centrale zorgkassentoepassing ook een "betaalopdracht" (DF017) aan de betrokken zorgkas gestuurd, op basis waarvan de zorgkas de effectieve betaling aan het RAT uitvoert.

De zorgkas betaalt het RAT binnen een termijn van 6 weken vanaf de datum van ontvangst van de zending.

De zorgkas betaalt één bedrag uit per zending. Per DF107 is er dus één betaling. In principe dient het RAT maandelijks al hun facturen in, in één zending, en betaalt de zorgkas dit totale bedrag uit. In de betaalstroom (DF107) zit ook een vaste betaalmededeling. De structuur van deze betaalmededeling is: Zorgkasnummer/zendingsnummer/facturatiemaand/HCO-nummer
Voorbeeld: 180/074/202410/000000020694

9.2.7 Correcties door het RAT

Geweigerde prestaties door VSB moeten niet gecrediteerd worden. Prestaties kunnen geweigerd worden omdat ze onterecht werden aangerekend (vb. een prestatie die onterecht werd gefactureerd) of omdat een verkeerd bedrag voor de prestatie werd aangerekend. Deze prestatie bestaat dan als het ware niet meer in de VSB-bestanden, waardoor deze ook niet gecrediteerd kan worden. In het geval van een onterechte aanrekening van een RAR is dus geen actie van het RAT vereist. In het geval de prestatie werd geweigerd omdat er een verkeerd bedrag werd aangerekend, moet het RAT in een (volgend) facturatiebestand deze revalidatieprestatie aan het correcte bedrag factureren als een "nieuwe factuur".

Een creditnota is dus alleen nodig als het RAT een eerder aanvaarde gefactureerde prestatie wil of moet corrigeren. Een creditnota moet altijd het volledige bedrag van de originele prestatie crediteren. Dit impliceert dat alle records van het recordtype 30, voor de te crediteren prestaties, altijd samen moeten gecrediteerd worden.

Creditnota's moeten altijd in een afzonderlijke factuur verstuurd worden. De creditnota factuur mag dus enkel de creditnota bevatten. Indien er in een bepaalde maand een factuur voor creditnota's wordt ingediend, mag er in diezelfde maand ook een factuur (voor terugbetalingen te ontvangen) worden verstuurd. Het is dus niet zo dat er die maand maar één factuur mag worden ingestuurd.

Aandachtspunt:

In de facturatie VSB worden alleen de types facturering "originele factuur" (type 0) en "creditnota" (type 3) gebruikt. Een eerder verworpen factuur die opnieuw wordt ingediend wordt daarom als een "originele factuur" (type 0) beschouwd.

9.2.8 Samenvatting proces verwerking zending

Beschrijving proces verwerking zending

- Stap 1. Het RAT stuurt een zending naar de zorgkas.
- Stap 2. De centrale toepassing eRevaCfin verwerkt automatisch de zending. Het is de centrale toepassing eRevaCfin die zal nagaan of:
 - o aanvaarde aanvragen tegemoetkoming bestaan voor de gefactureerde prestaties;
 - o de correcte tegemoetkoming wordt gefactureerd;
 - o het gefactureerde RAR niet reeds eerder werden gefactureerd;
 - o ...
- Stap 3. Indien er bepaalde prestaties “in beraad” staan zal de zorgkasmedewerker deze manueel nakijken en goedkeuren of afkeuren.
- Stap 4. Eenmaal alle prestaties een status “goedgekeurd” of “afgekeurd” hebben moet de zorgkasmedewerker de zending manueel ondertekenen.
- Stap 5. eRevaCfin stuurt een afrekenbestand naar het RAT en een betaalopdracht naar de zorgkas.
- Stap 6. De zorgkas betaalt aan het RAT met een betaaltermijn van 6 weken vanaf de datum van ontvangst van de zending.

9.2.9 Onkosten vervoer

- In geval van gebruik van een eigen aangepaste wagen, ontvangt de gebruiker, bij goedkeuring van de aanvraag vervoerskosten, rechtstreeks van de zorgkas de onkosten voor het vervoer.
- In geval van gebruik van (semi) professioneel vervoer, verzendt de (semi)professioneel vervoerder zijn factuur naar de betrokken zorgkas en wordt, bij goedkeuring van de aanvraag vervoerskosten, de uitbetaling van de factuur door de zorgkas vereffend.

9.3 VERJARINGSTERMIJN

De RAT hebben twee jaar de tijd (te rekenen vanaf prestatiedatum) om prestaties aan de zorgkas te factureren. Deze termijn van twee jaar kan worden geschorst of gestuit. Indien de verjaringstermijn wordt gestuit, dan begint de wettelijke verjaringstermijn vanaf nul opnieuw te lopen. In het geval van een schorsing wordt de verjaringstermijn voor een bepaalde tijd onderbroken, bij het aflopen van de schorsing loopt de termijn dan verder voor het resterende gedeelte. De verjaringstermijn wordt gestuit bij aangetekende brief ter attentie van de betrokken zorgkas.

9.4 VERZAMELSTATEN

De verplichting om maandelijks de verzamelstaten, waarop een overeenstemmingsstrook is gekleefd, per post aan de zorgkassen te sturen, is niet nodig voor Vlaanderen.

Het RAT moet geen verzamelstaten per post aan de zorgkassen sturen.
--

Vlaanderen heeft een overeenkomst met de FOD Financiën waarbij de data één keer per jaar op elektronische wijze wordt verstuurd vanuit VSB.

9.5 WAT BIJ MUTATIE VAN ZORGKAS (ZK)?

Algemeen principe:

- Een aansluiting bij een zorgkas is steeds van 1 januari tot en met 31 december van datzelfde jaar.
- Bij mutatie naar een andere zorgkas gaat er soms wat tijd over vooraleer deze mutatie volledig in orde is en ook is ingebracht in het systeem. Zo kan het zijn dat iemand op 1 januari muteert naar een nieuwe zorgkas, maar dat dit pas zichtbaar is (bij opvragen verzekerbareheid) ná 1 januari (bv pas in februari of maart).
- De factuur moet altijd naar de ZK waar de persoon was aangesloten op moment van prestatiedatum (de datum waarop de persoon naar het RAT is geweest). Dit kan verwarrend zijn indien de persoon muteert van zorgkas. Hieronder staan een aantal mogelijke situaties uitgelegd.

Fictief voorbeeld:

Persoon was in 2024 aangesloten bij ZK-X en muteert per 1/1/2025 naar ZK-Y. Deze mutatie raakt pas ingevoerd (in het systeem) op 2 maart 2025 (fictieve datum). Dit wil zeggen dat als het RAT de verzekerbareheid controleert vóór de datum van 2 maart 2025, het systeem zal zeggen dat de persoon is aangesloten bij ZK-X. Indien de verzekerbareheid wordt gecontroleerd vanaf 2 maart 2025, dan geeft het systeem ZK-Y aan.

Mogelijke situaties bij fictief voorbeeld:

- Persoon is langsgeweest bij het RAT op 20/12/2024 (= prestatiedatum). De aanvraag voor terugbetaling wordt ingediend op 4/1/2025 bij ZK-X. De factuur wordt opgesteld en doorgestuurd op 4/2/2025 naar ZK-X.
- Persoon is langsgeweest bij het RAT op 20/12/2024 (= prestatiedatum). De aanvraag voor terugbetaling wordt ingediend op 4/1/2025 bij ZK-X. De factuur wordt opgesteld en doorgestuurd op 4/3/2025 naar ZK-X -> ook al is persoon ondertussen bij ZK-Y. Er moet gekeken worden naar de prestatiedatum, en op die datum was persoon nog aangesloten bij ZK-X, dus de factuur moet ook naar deze zorgkas.
- Persoon is langsgeweest bij het RAT op 4/1/2024 (= prestatiedatum). De aanvraag voor terugbetaling wordt ingediend op 15/1/2025 bij ZK-X (zou eigenlijk ZK-Y moeten zijn, want op prestatiedatum is persoon bij ZK-Y aangesloten, maar de mutatie is nog niet rond in het systeem). De factuur wordt ingediend op 20/2/2025 naar ZK-X (zou hier eigenlijk ook ZK-Y moeten zijn, maar zelfde reden: mutatie is nog niet rond). ZK-X betaalt uit. Er moet niet gecrediteerd worden.
- Persoon is langsgeweest bij het RAT op 4/1/2025 (= prestatiedatum). De aanvraag voor terugbetaling wordt ingediend op 15/1/2025 bij ZK-X (zou eigenlijk ZK-Y moeten zijn, want op prestatiedatum is persoon bij ZK-Y aangesloten, maar de mutatie is nog niet rond in het systeem). De factuur wordt ingediend op 15/3/2025 naar ZK-Y. De mutatie is ondertussen rond, dus de factuur gaat naar de nieuwe ZK.

Indien de factuur naar de verkeerde zorgkas wordt gestuurd, krijgt de voorziening een foutmelding terug. In deze foutmelding is niet de juiste zorgkas opgenomen, enkel de melding van 'verkeerde zorgkas'. Indien een factuur in beraad komt bij een zorgkas, maar de persoon is ondertussen niet langer aangesloten bij deze zorgkas (maar wel op prestatiedatum), dan heeft deze zorgkas geen inzage meer in de aanvraagberichten. Afspraak: de "afstaande" zorgkas (waarbij de factuur in beraad staat) neemt contact op met de "nieuwe" zorgkas indien er zaken moeten gecontroleerd worden alvorens de factuur kan goedgekeurd worden.