



Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

HANDLEIDING PILOOT - CENTRA VOOR AMBULANTE REVALIDATIE (PILOOTCAR)

AANVRAAG EN FACTURATIE VAN BEHANDELINGEN AAN DE
ZORGKASSEN

Auteurs

Erika Louwagie

Publicatiedatum

29 juni 2026

DEPARTEMENT
ZORG

departementzorg.be

Versiebeheer

Versie	Status	Datum	Auteur	Opmerkingen
1.0	Publicatie	05/11/25	Erika Louwagie	
1.1	Publicatie	18/11/25	Erika Louwagie	Verwerking feedback sector (pagina 8, 14, 15 en 16)
1.2	Publicatie	22/12/25	Erika Louwagie	Correcties - P.13 en p.14: Toevoeging van vermoedensdiagnoses in tabel 5 - P. 22 en p. 23: Aanvullingen m.b.t. migratiedossiers - P. 8: toevoegen voorzieningen
1.3	Publicatie	26/02/26	Erika Louwagie	Aanpassingen nav feedback - Fysieke doelgroepen: schrappen van de leeftijdsvoorwaarden en maximaal contingent - Wijziging maximale duur van de aanvraag (bij start A&I) - Richtlijnen m.b.t. onderbreking omwillen wachttijd
1.4	Publicatie	24/04/26	Erika Louwagie	- Toelaten van een herstart na een eerder afgerond bilan als niet-pilootCAR
1.5	Actualisatie	29/06/26	Erika Louwagie Droesja Pinte Catherine Dubois	- Aanpassing procedure 'motivatie laattijdigheid' in geval van technische problemen (p.22)

Tabel 1 Versiebeheer

INHOUD

1	INLEIDING EN CONTEXT	6
1.1	Uitbouw vsb en Digitaal Platform VSB	6
1.2	Gemeenschappelijk overheidskader CAR en CGG	6
1.3	PilootCAR	7
1.3.1	Bouwblokken van het financieringsmodel	7
2	TOEPASSINGSGEBIED	8
3	INFORMATIE EN ONDERSTEUNING	8
3.1	Technische informatie	8
3.2	Websites	8
3.3	Ondersteuning	9
4	DIGITAAL INDIENEN VAN DE AANVRAAG TOT TEGEMOETKOMING IN PILOOTCAR	9
5	DE EIGENLIJKE AANVRAAG TOT TEGEMOETKOMING VAN BEHANDELINGEN OF LIAISON	10
5.1	Deel 1 van de aanvraag – Administratief luik	10
5.1.1	Type aanvraag	10
5.1.2	Start- en einddatum	11
5.1.3	Locatie	12
5.1.4	Gegevens contactpersoon	12
5.2	Deel 2 van de aanvraag – Geïnformeerde toestemming	12
5.3	Deel 3 van de aanvraag - Medisch verslag behandeling	12
5.3.1	De behandelend arts	12
5.3.2	De datum van het medisch verslag	13
5.3.3	Programma	13
5.3.4	Diagnose	13
5.3.5	Impact levensdomeinen	14
5.3.6	Doelgroepkarakteristieken	14
5.3.7	Resultaten intelligentie- of ontwikkelingsonderzoek	15
5.3.8	Resultaten gehoortest	15
5.3.9	Informatie over schoolse vaardigheden	15
5.3.10	Informatie over de ontwikkeling	16
5.3.11	Resultaten motorische testen	16
5.3.12	Resultaten gesproken taal	16
5.3.13	Bijkomende documenten	16
5.3.14	Doorverwijzing door	17
5.3.15	Doorverwijzing naar	18
5.3.16	Reden vroegtijdige stopzetting	19
5.4	Deel 4 van de aanvraag - Medisch verslag rolstoelafhankelijk vervoer	21
5.5	Code ongeval	21

6	BIJKOMENDE DOCUMENTEN	22
7	MIGRATIEDOSSIER	22
8	HET ANTWOORD VAN DE ZORGKASSENTOEPASSING OP DE AANVRAAG TEGEMOETKOMING	23
8.1	Beslissing tot aanvaarding van de aanvraag tegemoetkoming	23
8.2	Beslissing in beraad van de aanvraag tegemoetkoming	24
8.3	Beslissing van weigering van de aanvraag tot tegemoetkoming	25
8.4	Synthese aanpassingen bij de aanvraag tegemoetkoming verstrekkingen	27
9	ANNULEREN VAN EEN AANVAARDE AANVRAAG TEGEMOETKOMING	28
10	WIJZIGINGEN AAN EEN AANVAARDE AANVRAAG TEGEMOETKOMING VOOR BEHANDELING OF LIAISON	30
10.1	Aandachtspunten bij wijzigingen aan een aanvaarde aanvraag tegemoetkoming	30
10.2	De verschillende types van wijzigingen	31
10.2.1	Wijziging gegevens contactpersoon van de voorziening	31
10.2.2	Wijzigen code ongeval	32
10.2.3	Creëren van een nieuwe locatie	33
10.2.4	Wijzigen van eerder gemelde locatie	33
10.2.5	Annuleren van eerder gemelde locatie	34
10.2.6	Wijzigen van de start	35
10.2.7	Aanvraag verlenging	38
10.2.8	Annulering van een aanvaarde verlenging	39
10.2.9	Stopzetting van de aanvaarde periode	40
10.2.10	Annulering van een vervroegde stopzetting	42
10.2.11	Aanpassen medisch verslag	43
10.2.12	Creëren van een nieuwe onderbreking	44
10.2.13	Wijzigen van een onderbreking	46
10.2.14	Annuleren van een onderbreking	47
11	FACTURATIE VAN BEHANDELINGEN OF LIAISON (VARIABEL GEDEELTE)	48
11.1	Prijzen en prestatiecodes	48
11.2	Overschrijding facturatiecapaciteit	49
11.3	Cumul van prestaties binnen en buiten de voorziening	49

TABELLEN

Tabel 1 Versiebeheer.....	2
Tabel 2 Toepassingsgebied.....	8
Tabel 3 Overzicht van de vereiste informatie bij de aanvraag tot tegemoetkoming.....	10
Tabel 4 Overzicht van de waarden voor TherapyProgram.....	13
Tabel 5 Overzicht nevenclusters en subgroepen voor Zintuigelijke en Neurologische Aandoeningen.....	14
Tabel 6 Overzicht waarden ReferredBy voor behandeling.....	17
Tabel 7 Overzicht waarden ReferredBy voor liaison.....	18
Tabel 8 Overzicht waarden Referral.....	19
Tabel 9 Overzicht waarden vroegtijdige stopzetting.....	21
Tabel 10 Code ongeval.....	22
Tabel 11 Antwoord van de zorgkassentoepassing (ZKT) bij aanvaarding van de aanvraag tegemoetkoming.....	24
Tabel 12 Antwoord van de ZKT bij beslissing over de aanvraag tegemoetkoming “in beraad”.....	25
Tabel 13 Antwoord van de ZKT bij weigering van de aanvraag tegemoetkoming.....	27
Tabel 14 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de annulering van een aanvaarde aanvraag tegemoetkoming.....	28
Tabel 15 Antwoord van de ZKT bij bericht in beraad van de annulering van een aanvaarde aanvraag tegemoetkoming.....	28
Tabel 16 Antwoord van de ZKT bij weigering van de annulering van een aanvaarde aanvraag tegemoetkoming.....	29
Tabel 17 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de wijziging contactgegevens.....	31
Tabel 18 Antwoord van de ZKT bij weigering van de van de wijziging contactgegevens.....	32
Tabel 19 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de wijziging code ongeval.....	32
Tabel 20 Antwoord van de ZKT bij weigering van de wijziging code ongeval.....	33
Tabel 21 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de creatie van een nieuwe locatie van behandeling	33
Tabel 22 Antwoord van de ZKT bij weigering van de creatie van een nieuwe locatie van behandeling.....	33
Tabel 23 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de wijziging van de locatie.....	34
Tabel 24 Antwoord van de ZKT bij weigering van de wijziging van de locatie.....	34
Tabel 25 Antwoord van de ZKT bij weigering van de annulering van de eerder gemelde locatie.....	35
Tabel 26 Voorbeeldsituaties wijziging startdatum.....	36
Tabel 27 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van wijziging van de startdatum.....	36
Tabel 28 Antwoord van de ZKT bij beslissing 'in beraad' van de wijziging van de startdatum.....	37
Tabel 29 Antwoord van de ZKT bij weigering van de wijziging van de startdatum.....	37
Tabel 30 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de aanvraag verlenging.....	38
Tabel 31 Antwoord van de ZKT bij beslissing over de aanvraag verlenging “in beraad”.....	39
Tabel 32 Antwoord van de ZKT bij weigering van de aanvraag verlenging.....	39
Tabel 33 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de annulering van een aanvaarde verlenging.....	40
Tabel 34 Antwoord van de ZKT bij weigering van de annulering van een aanvaarde verlenging.....	40
Tabel 35 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de stopzetting behandeling of liaison.....	41
Tabel 36 Antwoord van de ZKT bij weigering van de stopzetting behandeling of liaison.....	42
Tabel 37 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de annulering vervroegde stopzetting.....	42
Tabel 38 Antwoord van de ZKT bij weigering van de annulering vervroegde stopzetting.....	43
Tabel 39 Waarden reden onderbreking.....	45
Tabel 40 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de creatie onderbreking.....	45
Tabel 41 Antwoord van de ZKT bij weigering van de creatie onderbreking.....	46
Tabel 42 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de wijziging onderbreking.....	46
Tabel 43 Antwoord van de ZKT bij weigering van de wijziging onderbreking.....	47
Tabel 44 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de annulering onderbreking.....	47
Tabel 45 Antwoord van de ZKT bij weigering van de annulering onderbreking.....	48
Tabel 46 Cumul pilootCAR.....	49

1 Inleiding en Context

1.1 UITBOUW VSB EN DIGITAAL PLATFORM VSB

Sinds de zesde staatshervorming zijn belangrijke bevoegdheden inzake zorg en gezondheid overgedragen naar de deelstaten. Dit betekende in Vlaanderen de start van de uitbouw van de Vlaamse sociale bescherming (VSB). Sinds begin 2024 bestaat de VSB uit de volgende pijlers:

1. Zorgbudgetten:
 - Zorgbudget zwaar zorgbehoevenden (voorheen zorgverzekering)
 - Zorgbudget handicap (voorheen basisondersteuningsbudget)
 - Zorgbudget ouderen (voorheen tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden)
2. Mobiliteitshulpmiddelen
3. Zorgvoorzieningen en ondersteuning:
 - Residentiële ouderenzorg (woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra)
 - Revalidatieziekenhuizen
 - Revalidatievoorzieningen (waaronder de Centra voor Ambulante Revalidatie)
 - Psychiatrische verzorgingstehuizen
 - Initiatieven voor beschut wonen
 - Multidisciplinaire begeleidingsequipes
 - Rolstoeladviesteams
 - Multidisciplinair overleg

Om een efficiënte en veilige gegevensuitwisseling tussen zorgvoorzieningen en zorgkassen te verzekeren, ontwikkelde de Vlaamse overheid in samenwerking met de zorgkassen het digitaal platform Vlaamse sociale bescherming (VSB). Dit centrale platform fungeert als een zorgkassentoepassing en bestaat uit meerdere modules, elk gekoppeld aan een specifieke pijler van de VSB. Elke module heeft een eigen functionaliteit en verantwoordelijkheid binnen het geheel van de VSB.

De module eRevaCfin (het elektronisch financieringsproces voor revalidatievoorzieningen) ondersteunt de sectorspecifieke aspecten van de aanvraag en facturatie van een tegemoetkoming voor zorg binnen de revalidatievoorzieningen. In dit kader staan de zorgkassen in voor de uitbetaling van de tegemoetkomingen aan de betrokken voorzieningen.

Binnen eRevaCfin zijn onder andere de volgende functionaliteiten voorzien:

- Controle van de VSB-verzekeringsstatus van de zorggebruiker;
- Inzage in de status van de verhoogde tegemoetkoming;
- Beheer van aanvragen tot tegemoetkoming voor zorg en bijhorende wijzigingen;
- Verwerking van de facturatie van prestaties aan de zorgkassen;
- Organisatie van cumulcontroles;
- Ondersteuning van operationele en beleidsmatige rapportering.

1.2 GEMEENSCHAPPELIJK OVERHEIDSKADER CAR EN CGG

De Vlaamse overheid streeft naar een meer geïntegreerde en toegankelijke geestelijke gezondheidszorg en revalidatiezorg. In dat kader werd in mei 2022 een traject opgestart met als doel te komen tot een gemeenschappelijk overheidskader voor de Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR) en de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG).

Dit kader vloeit voort uit het decreet Geestelijke Gezondheid van 5 april 2019 en beoogt:

- Een kwalitatieve uitbouw van het ambulante aanbod geestelijke gezondheidszorg
- Een gelijke erkenning en financiering van voorzieningen met vergelijkbare opdrachten en doelgroepen

- Een versterkte samenwerking binnen regionale netwerken, ongehinderd door verschillen in regelgeving of financiering

Om dit in de praktijk te brengen, start de Vlaamse overheid vanaf 1 april 2026 een pilootproject met zes CAR. Dit project test het nieuwe financieringsmodel en het bijhorende kwaliteitskader uit, met het oog op een brede invoering vanaf 1 januari 2028.

Het piloottraject vormt de derde fase binnen een breder vierfasig traject dat eind 2027 wordt afgerond. Het heeft een dubbel doel:

1. het verfijnen en vervolledigen van het regelgevend kader, en
2. het voorbereiden van een stabiele en brede uitrol van het nieuwe systeem.

1.3 PILOOTCAR

Deze handleiding kadert in de derde fase van de gefaseerde aanpak (april 2026 – eind 2027), waarin het nieuwe financieringsmodel en kwaliteitskader voor CAR en CGG wordt uitgetest in een beperkt aantal PilootCAR.

Het doel van deze fase is enerzijds het vervolledigen van het regelgevend kader, en anderzijds het faciliteren van de veralgemeende uitrol van het overheidskader vanaf 1 januari 2028.

Parallel aan de uitvoering van de pilootprojecten wordt, in voortdurend overleg met de betrokken sectoren, verder gewerkt aan het nieuwe kwaliteitskader en de randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie. Ook worden alle noodzakelijke regelgevende stappen gezet met het oog op goedkeuring en inwerkingtreding van het nieuwe kader door de Vlaamse Regering en het Vlaams Parlement.

De ICT-aanpassingen binnen deze pilootfase hebben betrekking op de module eRevaCfin. De bijkomende uitbreidingen zijn uitsluitend van toepassing op de PilootCAR en worden in 2027 grondig geëvalueerd, met het oog op maximaal hergebruik en verdere inzet bij de brede uitrol van het definitieve kader voor zowel CAR als CGG.

Deze handleiding focust specifiek op de aanvraag- en facturatieprocedures binnen de module eRevaCfin voor de PilootCAR.

Deze handleiding vervangt, voor de duur van de pilootfase, zowel de bestaande sectorspecifieke handleiding voor de CAR als de algemene facturatie-instructies voor de revalidatievoorzieningen.

1.3.1 Bouwblokken van het financieringsmodel

Het financieringsmodel voor de PilootCAR wijkt deels af van dat van de niet-pilootCAR. Een gedetailleerde beschrijving is opgenomen in Bijlage 1: Financieringsmodel, behorend bij de *Oproep pilootprojecten eengemaakt overheidskader voor CAR en CGG*.

Het uitgewerkte model onderscheidt twee hoofdcomponenten:

- Financiering voor organisatiegebonden kosten
- Financiering voor Zorggebonden kosten, met daarin een onderscheid tussen:
 - Kosten gelinkt aan de feitelijke zorgverlening
 - Kosten voor professionele ontwikkeling, organisatie, netwerkactiviteiten en consult (onder Functie G)

De feitelijke zorgverlening omvat Functie D, E, Functie G – Liaison en Aanmelding en Intake (A&I). Deze vier activiteitengroepen worden gefinancierd op basis van een vast bedrag en een variabel bedrag, afhankelijk van het aantal geleverde prestaties. Voor het prestatiegedreven deel gelden vastgelegde verhoudingen tussen de activiteiten binnen deze functies.

De financiering bestaat dus uit:

- Een vast gedeelte, dat maandelijks in twaalf gelijke delen wordt uitbetaald;
- Een variabel gedeelte, dat maandelijks wordt uitbetaald op basis van het aantal reëel geleverde prestaties, begrensd door de totale voorzieningsfinanciering binnen het overheidskader.

De facturatieprocedure in deze handleiding heeft enkel betrekking op het variabele gedeelte, waarvoor de PilootCAR zelf een aanvraag tot tegemoetkoming van behandeling moet indienen.

De uitbetaling van het vaste maandelijkse gedeelte verloopt buiten het Digitaal Platform VSB via een afzonderlijk uitbetalingscircuit dat buiten het digitaal platform verloopt. De zorgkas ontvangt hiervoor een uitbetalingsopdracht van het Departement, waardoor de voorziening geen eigen aanvraag tot betaling hoeft in te dienen.

Noot:

In deze handleiding wordt de term ‘behandeling’ gebruikt als het geheel aan prestatiegebonden zorgverlening voor:

- Aanmelding en Intake
- Functie D
- Functie E

Met andere woorden, ‘behandeling’ verwijst in deze handleiding naar een volledig zorgtraject of een zorgperiode die kan bestaan uit aanmelding en intake, diagnostiek en/of behandeling.

Het term ‘liaison’ wordt gebruikt als het geheel aan prestatiegebonden zorgverlening voor Functie G.

2 TOEPASSINGSGEBIED

Deze handleiding behandelt de specifieke werkwijze voor de “gespecialiseerde ambulante geestelijke gezondheidszorg” (verder in deze handleiding de pilootCAR) voor:

- De aanvraag tegemoetkoming
- De wijzigingen aan de aanvraag tegemoetkoming
- Het annuleren van de aanvraag tegemoetkoming
- De facturatie tegemoetkoming (variabel gedeelte)

RIZIV nr.	HCO nr.	Voorziening
9.53.081.41	29597	CAR Spermalie
9.65.105.45	29562	CAR De Hert
9.53.253.63	29618	CAR Kohesi
9.53.104.18	29620	CAR Brussel
9.53.608.96	29594	CAR Ascendere
9.65.292.52	29580	CAR Buggenhout

Tabel 2 Toepassingsgebied

3 INFORMATIE EN ONDERSTEUNING

3.1 TECHNISCHE INFORMATIE

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

3.2 WEBSITES

- Website Departement Zorg: [Iedereen moet deel kunnen uitmaken van een gezonde en zorgzame samenleving. | Departement Zorg](#)
- Webpagina VSB: [Vlaamse Sociale Bescherming | Departement Zorg](#)

- Webpagina over financiering van zorg in VSB: [Financiering van zorg in VSB | Departement Zorg](#)
- [Webpagina met sectoroverkoepelende instructies](#), waarbij de volgende delen ook van toepassing zijn op de pilootCAR:
 - Handleiding om personen aan de sluiten bij een zorgkas
<https://www.departementzorg.be/nl/handleiding-om-personen-aan-te-sluiten-bij-een-zorgkas>
 - Voorwaarden voor de tegemoetkoming voor zorg
<https://www.departementzorg.be/nl/voorwaarden-voor-de-tegemoetkoming-voor-zorg>
 - Het digitale platform Vlaamse sociale bescherming <https://www.departementzorg.be/nl/het-digitale-platform-vlaamse-sociale-bescherming>
 - De aanvraag tot tegemoetkoming voor zorg in de VSB <https://www.departementzorg.be/nl/de-aanvraag-tot-tegemoetkoming-voor-zorg-vsrb>
 - Facturatie in VSB <https://www.departementzorg.be/nl/facturatie-vsrb>
 - Procedure aanpassing van de handleiding of cookbook VSB
<https://www.departementzorg.be/nl/procedure-aanpassing-handleiding-enof-cookbook-vsrb>
 - Procedure premiebetaling door de zorgvoorziening
<https://www.departementzorg.be/nl/procedure-premiebetaling-door-zorgvoorziening>
- [Webpagina met de instructies voor de pilootCAR](#)

3.3 ONDERSTEUNING

Inhoudelijke vragen kunnen gesteld worden aan de zorgkas, het betrokken agentschap of departement:

- > Inhoudelijke vragen m.b.t. de aanvraag of facturatie van een behandeling voor een specifieke gebruiker: [contacteer de zorgkas](#) van de gebruiker
- > Vragen over de handleidingen en instructies VSB: vsb.revalidatievoorzieningen@vlaanderen.be
- > Algemene vragen over de aansluiting bij een erkende Vlaamse zorgkas: contacteer het Agentschap VSB op vlaamssocialebescherming@vlaanderen.be of contacteer een zorgkas
- > Technische vragen: contacteer uw softwareleverancier
- > Voor beleidsmatige vragen kunnen voorzieningen terecht bij de beleidsmedewerkers van het departement: geestelijkegezondheidszorg@vlaanderen.be

4 DIGITAAL INDIENEN VAN DE AANVRAAG TOT TEGEMOETKOMING IN PILOOTCAR

Voor het variabele deel van de financiering van de behandeling binnen de PilootCAR is, zoals bij de CAR, een voorafgaand akkoord vereist over de aanvraag tot tegemoetkoming voor behandeling van een gebruiker. Pas na goedkeuring kunnen prestaties aan de zorgkas worden gefactureerd.

Wanneer een PilootCAR vanaf 1 april 2026 een gebruiker wil behandelen, moet de voorziening een aanvraag tot tegemoetkoming indienen bij de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten. Na goedkeuring van deze aanvraag kan de voorziening de verstrekkingen factureren aan de betrokken zorgkas.

Een aanvraag bij de zorgkas bestaat uit 3 of 4 delen (administratief luik, geïnformeerde toestemming en de medische verslagen) en moet in principe gebeuren vóór de start van de behandeling, en uiterlijk binnen 30 dagen nadat de voorziening met de behandeling is begonnen.

Er kunnen geen tegemoetkomingen toegekend worden voor verstrekkingen die meer dan 30 dagen vóór de aanvraag werden geleverd.

Aanvragen tot tegemoetkoming worden steeds digitaal ingediend door de voorziening via de module eRevaCfin van het Digitaal Platform Vlaamse Sociale Bescherming (VSB).
Op elke aanvraag ontvangt de voorziening digitaal antwoord via de zorgkassentoepassing.

Alle communicatie over aanvragen, herstart, verlengingen en wijzigingen van behandeltrajecten verloopt via het Digitaal Platform VSB.

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

5 DE EIGENLIJKE AANVRAAG TOT TEGEMOETKOMING VAN BEHANDELINGEN OF LIAISON

Een medewerker van het pilootCAR registreert de aanvraag tot tegemoetkoming voor behandeling of liaison van een gebruiker in de softwaretoepassing van de voorziening.

Wanneer de aanvraag wordt verstuurd, initieert de software automatisch het bericht ‘CreateRevalidationRequest’ naar de centrale zorgkassentoepassing via VSB-net.

De aanvraag moet uiterlijk binnen 30 dagen na de opstart van de behandeling of liaison worden bezorgd aan de zorgkas.

Bij het indienen van de aanvraag tot tegemoetkoming zijn de volgende gegevens vereist:

INSZ-nummer	Rijksregisternummer / BIS-nummer
Nummer van de voorziening	HCO-nummer
Behandeling	○ Type aanvraag ○ Start van de behandeling ○ Einddatum van de behandeling ○ Locatie van de behandeling ○ Gegevens contactpersoon voorziening ○ Geïnformeerde toestemming van de gebruiker ○ Medisch verslag behandeling (deel 3) ○ Medisch verslag rolstoelafhankelijk vervoer (deel 4) ○ Code ongeval

Tabel 3 Overzicht van de vereiste informatie bij de aanvraag tot tegemoetkoming

5.1 DEEL 1 VAN DE AANVRAAG – ADMINISTRATIEF LUIK

5.1.1 Type aanvraag

In ‘RequestType’ wordt het type van de aanvraag meegegeven. Binnen de PilootCAR onderscheiden we de volgende types:

Het bericht wordt verstuurd voor:

- De aanvraag voor een nieuwe behandeling (NEW_REVALIDATION)
- De aanvraag voor de heropstart van een behandeling die eerder werd stopgezet (RESTART_REVALIDATION)
- De aanvraag voor liaison (LIAISON)

5.1.1.1 Nieuwe behandeling

Een nieuwe aanvraag of behandeling in een pilootCAR wordt ingediend in de volgende gevallen:

- Wanneer het gaat om een gebruiker die nog nooit een goedgekeurde aanvraag in een CAR of pilootCAR heeft ontvangen, of wanneer de laatste gefactureerde prestatie in een CAR of pilootCAR meer dan vijf jaar geleden werd geleverd.
- Of wanneer de aangevraagde periode betrekking heeft op een andere hoofdcluster¹ dan die waarvoor momenteel een goedkeuring loopt of waarvoor de laatste gefactureerde prestatie in een CAR of pilootCAR meer dan vijf jaar geleden werd geleverd voor dezelfde hoofdcluster.
- Of wanneer de aangevraagde periode betrekking heeft op de hoofdcluster 'zintuiglijke en neurologische aandoeningen', maar op een andere nevencluster² dan die waarvoor er reeds een lopende goedkeuring is, of waarvoor de laatste gefactureerde prestatie in een CAR of pilootCAR meer dan vijf jaar geleden werd geleverd voor dezelfde nevencluster.

5.1.1.2 Herstart behandeling

Een herstart van een behandeltraject, wordt aangevraagd in de volgende gevallen:

- Wanneer de behandeling werd stopgezet in een vorige CAR of pilootCAR en nu opnieuw wordt opgestart in het pilootCAR, binnen de vijf jaar na de laatste prestatie in een CAR of pilootCAR.
- Of wanneer een nieuwe periode voor behandeling wordt gevraagd in het pilootCAR nadat een eerdere periode is afgelopen in dezelfde voorziening en de nieuwe periode niet onmiddellijk aansluit op de voorgaande periode.
- Of wanneer de aangevraagde periode betrekking heeft op dezelfde hoofdcluster als waarvoor momenteel een goedkeuring loopt of waarvoor de laatste gefactureerde prestatie in een CAR of pilootCAR minder dan vijf jaar geleden werd geleverd voor dezelfde hoofdcluster.
- Of wanneer de aangevraagde periode betrekking heeft op de hoofdcluster 'zintuiglijke en neurologische aandoeningen', en op dezelfde nevencluster dan die waarvoor er reeds een lopende goedkeuring is, of waarvoor de laatste gefactureerde prestatie in een CAR of pilootCAR minder dan vijf jaar geleden werd geleverd voor dezelfde nevencluster.

Voor zorggebruikers waarvan bilan of behandeling werd stopgezet op 31 maart (in een niet-pilootCAR), en die heropstarten op 1 april in een pilootCAR mogen ook een aanvraag 'herstart' doen zodat deze kunnen starten met functie D en E.

5.1.1.3 Liaison

Een aanvraag 'Liaison' wordt aangevraagd voor elke nieuwe aanvraag in functie van liaison.

5.1.2 Start- en einddatum

Voor alle type aanvragen moet een periode van tegemoetkoming aangevraagd te worden.

De maximaal aan te vragen periode voor een nieuwe behandeling en een herstart is:

- Maximaal drie jaar indien de aanvraag start met 'Aanmelding en Intake'
- Maximaal één jaar voor alle andere aanvragen
- Onbeperkt verlengbaar
- ~~Voor zintuiglijke en neurologische aandoeningen:~~
 - ~~○ Gebruikers < zeven jaar: de einddatum van de nieuwe aanvraag of de herstart van een aanvraag moet voor of vanaf de zevende verjaardag liggen voor de subgroepen 'ACQUIRED_HEARING_DISORDER_40', 'BRAIN_IMPLANT' en 'BRAIN_TRAUMA'.~~
 - ~~○ Als het gaat over een behandeltraject in het kader voor de subgroepen 'CEREBRAL_PALSI', 'HEARING_DISORDER' en 'ACQUIRED_HEARING_DISORDER_70', moet de einddatum van de nieuwe aanvraag of van de aanvraag herstart voor de negentiende verjaardag liggen.~~

¹ Hoofdcluster 'Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg' of 'Zintuiglijke en neurologische aandoeningen'

² Nevencluster 'Zintuiglijke aandoeningen' of 'Neurologische aandoeningen'

Een volledig overzicht van de regels voor zintuiglijke en neurologische aandoeningen is beschikbaar in de bijlage op de website

https://res.cloudinary.com/deueykgii/image/upload/v1729257159/Bijlage_handleiding_CAR_doelgroepen_contingenten_periodes_0_ghb9nc?_a=DATAg1RgZAA0

De maximaal aan te vragen periode voor een liaison is:

- Maximaal één maand
- Onbeperkt verlengbaar

5.1.3 Locatie

Bij het indienen van een aanvraag tot tegemoetkoming moet worden aangegeven in welke vestiging of satellietlocatie van de PilootCAR de behandeling plaatsvindt.

Hiervoor wordt het veld 'Operating Site ID' gebruikt.

De mogelijke locaties zijn opgenomen in de bijlage op de website ('locaties en antennepunten CAR' onder 'Centra voor ambulante revalidatie (9.53-9.65)').

5.1.4 Gegevens contactpersoon

Bij de aanvraag tot tegemoetkoming kunnen de gegevens van de contactpersoon van de voorziening in dit veld worden opgenomen: naam, voornaam, telefoonnummer, e-mailadres.

5.2 DEEL 2 VAN DE AANVRAAG – GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

Een aanvraag tot tegemoetkoming is pas volledig wanneer de geïnformeerde toestemming van de gebruiker of diens wettelijke vertegenwoordiger is:

- Ondertekend en gedagtekend door de gebruiker of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger.
- Hiermee bevestigt de gebruiker of vertegenwoordiger de aanvraag tot zorg en verklaart hij/zij te zijn ingelicht over de voorwaarden van de behandeling in de voorziening.

Bij de digitale indiening van de aanvraag bevestigt de voorziening dat de geïnformeerde toestemming ondertekend, gedagtekend en in het dossier bewaard wordt.

Overgangsregeling:

- Totdat een systeem voor digitale ondertekening beschikbaar is, wordt het document ter inzage bewaard in de voorziening.
- Het document wordt niet meegestuurd bij de aanvraag, maar moet te allen tijde beschikbaar zijn voor het Departement Zorg of op verzoek kunnen worden voorgelegd.
- Het ondertekend document kan optioneel toegevoegd worden aan de digitale aanvraag.

5.3 DEEL 3 VAN DE AANVRAAG - MEDISCH VERSLAG BEHANDELING

Het medisch verslag voor aanvragen in de 'Ambulante gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg' bevat de volgende informatie en is van toepassing op nieuwe aanvragen begeleiding, herstart van een begeleiding en liaison:

5.3.1 De behandelend arts

Bij het registreren van het medisch verslag moet altijd worden opgenomen (verplicht element):

- Naam van de behandelend arts
- RIZIV-nummer van de behandelend arts (dezelfde arts die het verslag heeft opgemaakt)

Binnen het geautomatiseerde aanvraagproces hoeft deel 3 van het medisch verslag niet expliciet door de arts ondertekend te worden.

Het RIZIV-certificaat van de behandelend arts geldt als digitale handtekening.

5.3.2 De datum van het medisch verslag

Bij de aanvraag moet altijd de datum van opmaak van het medisch verslag worden geregistreerd (MedicalReportDate), een verplicht element.

5.3.3 Programma

Het veld 'TherapyProgram' is verplicht bij de aanvraag tot tegemoetkoming. Het geeft aan in welke fase van de aanvraag de gebruiker zich bevindt.

TherapyProgram kan de volgende waarden bevatten:

- REGISTRATION_INTAKE: Aanmelden en Intake
 - Een 'nieuwe behandeling' moet altijd starten met dit programma.
- DIAGNOSTICS_TREATMENT: Gespecialiseerde diagnostiek en behandeling (Functie D en Functie E)
- LIAISON: Voor liaison-activiteiten (Functie G). Voor aanvragen LIAISON is het programma steeds LIAISON.

Value	Geldig vanaf	Geldig tot
REGISTRATION_INTAKE	1/01/1900	31/12/2999
DIAGNOSTICS_TREATMENT	1/01/1900	31/12/2999
LIAISON	1/01/1900	31/12/2999

Tabel 4 Overzicht van de waarden voor TherapyProgram

5.3.4 Diagnose

5.3.4.1 PrimaryDiagnosis

Is een verplicht element voor de aanvraag tegemoetkoming.

De primaire diagnose van de zorggebruiker plaatst de zorggebruiker in een bepaalde doelgroep. De primaire diagnose omvat:

- **Cluster: Nevencluster** (laagste clusterniveau moet meegegeven worden, zijnde de 'subgroep')
De diagnoses waarvoor de zorggebruiker een behandeling kan starten in een voorziening 'Ambulante gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg' zijn gedefinieerd per cluster.
Er worden 2 hoofdclusters gedefinieerd:
 - 'Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg' en
 - 'Zintuiglijke en neurologische aandoeningen'

Binnen deze hoofdclusters worden de diagnoses gegroepeerd in logische nevenclusters. De 'Cluster' die meegestuurd wordt in het bericht is de nevencluster van het laagste clusterniveau (de subgroep).

Nevencluster	Subgroep
NEUROLOGICAL	BRAIN_TRAUMA
	BRAIN_TRAUMA_SUSPECTED
NEUROLOGICAL	CEREBRAL_PALSI
	CEREBRAL_PALSI_SUSPECTED
SENSORY	VOICE_SPEECH_SWALLOW_NUTRITIONAL_DISORDER
	VOICE_SPEECH_SWALLOW_NUTRITIONAL_DISORDER_SUSPECTED
SENSORY	HEARING_DISORDER
	HEARING_DISORDER_SUSPECTED

SENSORY	ACQUIRED_HEARING_DISORDER_70
	ACQUIRED_HEARING_DISORDER_70_SUSPECTED
SENSORY	ACQUIRED_HEARING_DISORDER_40
	ACQUIRED_HEARING_DISORDER_40_SUSPECTED
SENSORY	BRAIN_IMPLANT
	BRAIN_IMPLANT_SUSPECTED

Tabel 5 Overzicht nevenclusters en subgroepen voor Zintuiglijke en Neurologische Aandoeningen

Een overzicht van de volledige 'subgroep'-lijst is terug te vinden als bijlage (Excel 'SubGroepen').

- **Diagnosis: Diagnose**

Diagnosis is een verplicht element binnen de primaire diagnose.

Diagnosis omvat eveneens element:

- DataInjury: optioneel element, datum plaatsing implantaat of datum letsel, alleen van toepassing op hoofdcluster 'Zintuiglijke en neurologische aandoeningen'.
- Suspected: optioneel element, biedt de mogelijkheid om aan te duiden of de diagnose een vermoedensdiagnose is (niet van toepassing op dit moment).

5.3.4.2 SecondaryDiagnosis

Is een optioneel element. Eén of meerdere secundaire diagnoses van de zorggebruiker kunnen optioneel meegegeven worden als bijkomende informatie over de behandeling van de zorggebruiker. De secundaire diagnose bevat eveneens de nevencluster (laagste clusterniveau) en diagnose. Diagnosis is ook binnen de secundaire diagnose een verplicht element en omvat ook hierbinnen de optionele elementen 'DataInjury' en 'Suspected (niet van toepassing op dit moment)'.

5.3.5 Impact levensdomeinen

'LifeAreas' is een verplicht element voor de aanvraag van een behandeling. De impact van de diagnose op één of meerdere levensdomeinen van de zorggebruiker, kan in dit element worden toegevoegd. (ook voor liaison). De voorziening geeft aan op welke domeinen er ernstige uitval is. De mogelijke waarden zijn (minimum twee waarden aanduiden, m.u.v. hoofdcluster 'zintuiglijke en neurologische aandoeningen' waarbij één waarde voldoende is):

LifeArea:

- Psychisch (PSYCHOLOGICAL)
- Sociaal (SOCIAL)
- Medisch (MEDICAL)

5.3.6 Doelgroepkarakteristieken

'TargetGroupCharacteristics' is een optioneel element. Dit veld biedt de mogelijkheid om informatie met betrekking tot bijkomende kenmerken van de doelgroep toe te voegen aan het medisch verslag. De kenmerken worden toegevoegd met type 'CharacteristicsType'. Bijkomende informatie over de doelgroep is afhankelijk van de hoofdcluster waarvoor een aanvraag wordt ingediend. Voor elk kenmerk kan de volgende informatie meegegeven worden:

- **Characteristic:** verplicht optioneel element, het kenmerk
- **Description:** optioneel element, bijkomende duiding bij het kenmerk
 - 'NEG_CONTEXT_FACTOR' is een verplicht optioneel element, en is alleen van toepassing op de Zintuiglijke en neurologische aandoeningen
 - MULTIFUNCTIONAL_CENTER' is een optioneel element, van toepassing op beide hoofdclusters.

5.3.7 Resultaten intelligentie of ontwikkelingsonderzoek

‘IntelligenceTest’ is een optioneel element binnen de hoofdcluster ‘Zintuiglijke en neurologische aandoeningen’ en bevat het resultaat van het ontwikkelings- of intelligentieonderzoek van de zorggebruiker.

Het gebruikte instrument en het resultaat van de meting kan meegeven worden in het type ‘IntelligenceTestType’, waarbij de volgende velden van toepassing zijn:

- Gebruikte test: (vrij tekstveld) (Test.Name)
- Datum (verplicht) (TestDate)
- Resultaat (vrij tekstveld) (Test.Result)

5.3.8 Resultaten gehoortest

‘AudiometryTest’ is een optioneel element voor de subgroepen ‘HEARING_DISORDER’, ‘ACQUIRED_HEARING_DISORDER_70’ en ‘ACQUIRED_HEARING_DISORDER_40’ binnen de hoofdcluster ‘Zintuiglijke en neurologische aandoeningen’ en bevat het resultaat van de gehoortest van de zorggebruiker.

- Datum (verplicht) (TestDate)
- Resultaten gehoortest rechteroor (RightEar)
 - adequate respons op tonen < (geheel getal) db HL(HearingLoss)
 - of gemiddeld gehoorverlies (geheel getal) dB HL (HearingLoss)
geteste frequenties: keuzelijst (TestedFrequencies)
 - 250 Hertz
 - 500 Hertz
 - 1000 Hertz
 - 2000 Hertz
 - 4000 Hertz
- Resultaten gehoortest linkeroor (LeftEar)
 - adequate respons op tonen < (geheel getal) db HL(HearingLoss)
 - of gemiddeld gehoorverlies (geheel getal) dB HL (HearingLoss)
geteste frequenties: keuzelijst (TestedFrequencies)
 - 250 Hertz
 - 500 Hertz
 - 1000 Hertz
 - 2000 Hertz
 - 4000 Hertz

5.3.9 Informatie over schoolse vaardigheden

‘SchoolSkills’ is een optioneel element binnen de hoofdcluster ‘Zintuiglijke en neurologische aandoeningen’ en bevat informatie over de schoolse vaardigheden van de zorggebruiker. SchoolSkills omvat de volgende elementen:

- Persistent: verplicht element, de stoornis is hardnekkig
 - Ja
 - Of nee
- Tests: verplicht element, de resultaten van één of meerdere testen kunnen toegevoegd worden. De testen met betrekking tot eventuele leerstoornissen kunnen met type ‘DisorderTestType’ toegevoegd worden aan het medische verslag.
Gebruikte test en resultaat (SchoolSkills.Tests) – per vak
 - Disorder: specifieke leerstoornis in vrije tekst
 - Age: leeftijd waarop de test werd uitgevoerd (verplicht veld)
 - Test.Name: gebruikte test in vrije tekst
 - Test.Result: de resultaten worden meegegeven in percentielen of standaardafwijkingen onder het gemiddelde): vrije tekst

Specifieke stoornis	Datum	Gebruikte test	Resultaat
Leesstoornis			
Spellingsstoornis			
Stoornis van rekenvaardigheden			
....			

Tabel 4: Overzicht testen met betrekking tot leerstoornissen.

5.3.10 Informatie over de ontwikkeling

‘Developmental’ is een optioneel element binnen de hoofdcategorie ‘Zintuiglijke en neurologische aandoeningen’ en bevat informatie over de ontwikkeling. De resultaten kunnen toegevoegd worden met DisorderTestType.

5.3.11 Resultaten motorische testen

Motoric is een optioneel element binnen de hoofdcategorie ‘Zintuiglijke en neurologische aandoeningen’. Motoric biedt de mogelijkheid om de testresultaten met betrekking tot de motorische ontwikkeling toe te voegen. De resultaten kunnen toegevoegd worden met DisorderTestType.

5.3.12 Resultaten gesproken taal

‘SpokenLanguage’ is een optioneel element binnen de hoofdcategorie ‘Zintuiglijke en neurologische aandoeningen’ en bevat informatie over gesproken taal.

- Resultaten gesproken taal (SpokenLanguage) – per vak:
 - Dimensie (Dimension = (enum))
 - Aspect (Aspect = ‘enum’)
 - Gebruikte test (Test.Name) vrij tekstveld
 - Resultaat (Test.Result) vrij tekstveld – de resultaten worden meegegeven in percentielen of standaardafwijkingen onder het gemiddelde

DIMENSIE	Productief		Receptief	
Aspect	Gebruikte test	Resultaat	Gebruikte test	Resultaat
Articulatie				
Fonologie				
Lexicon				
Semantiek				
Morfologie				
Syntaxis				
Pragmatiek				

Tabel 5: Overzicht testen met betrekking tot gesproken taal.

Een overzicht van de doelgroepkarakteristieken zal in de toekomst terug te vinden zijn op de [website van het departement](#).

5.3.13 Bijkomende documenten

Vragen tot uitzondering (ExceptionRequest), bijvoorbeeld in geval van afwijkingen op de opnamecriteria waarbij de voorziening via een onderbouwd medisch verslag kan aantonen dat de uitzonderlijke opname van de gebruiker wel terecht is, moeten ook via de digitale toepassing ingediend worden. De aanvragen tot uitzondering bevatten een algemene beschrijving van de gevraagde uitzondering alsook een medisch verslag. De mogelijkheid is voorzien om extra documenten en verslagen toe te voegen. Op basis van de toegevoegde informatie, documenten en verslagen zal de zorgkassencommissie het dossier beoordelen.

‘DocumentType’ biedt de mogelijkheid om aan het medisch verslag bijkomende documenten toe te voegen. (optioneel en niet verplicht) (Documents).

Het type omvat de inhoud van het document zelf (Content) en de bijhorende metadata (Metadata).

De Metadata omvat de volgende informatie:

- De datum van het document (Date)
- De category van het document (Category) duidt op de inhoud van het document. De mogelijkheid is voorzien om documenten toe te voegen aan het bericht in het medisch verslag van de aanvraag:
 - MedicalReport.ExceptionRequestMotivation: Indien de aanvraag tegemoetkoming wordt ingediend als een uitzonderingsverzoek, dan kunnen aan het medisch verslag bijkomende verslagen worden toegevoegd als motivatie voor de gevraagde uitzondering. De bijkomende medische verslagen worden toegevoegd als een document. De toevoeging met medische verslagen in geval van een aanvraag tot uitzondering is een verplicht element.
- De extensie van het document (Extension): De extensie kan waarden bevatten zoals .jpg , .pdf , De extensie is nodig om het document te kunnen visualiseren in de centrale zorgkassentoepassing.
- De filename van het document (Filename)

5.3.14 Doorverwijzing door

ReferralType’ bevat informatie over de doorverwijzing van de zorggebruiker. De volgende informatie over de doorverwijzing kan worden toegevoegd:

- Date: Optioneel element, de datum van de doorverwijzing
- **ReferredBy:** is een verplicht element.
 - De mogelijke waarden voor ‘behandeling’ zijn:

code/label	value	geldig vanaf	geldig tot
REFBY_0004	arts: huisarts	1/01/1900	31/12/2999
REFBY_0005	arts: kinderarts	1/01/1900	31/12/2999
REFBY_0006	arts: neuropsychiater	1/01/1900	31/12/2999
REFBY_0007	arts: NKO arts	1/01/1900	31/12/2999
REFBY_0008	arts: geriater	1/01/1900	31/12/2999
REFBY_0009	arts: kinderpsychiater	1/01/1900	31/12/2999
REFBY_0017	ziekenhuis	1/01/1900	31/12/2999
REFBY_0027	andere revalidatievoorziening: CAR	1/01/1900	31/12/2999
REFBY_0028	andere revalidatievoorziening: RCA	1/01/1900	31/12/2999
REFBY_0036	COS	1/01/1900	31/12/2999
REFBY_0037	andere revalidatievoorziening	1/01/1900	31/12/2999
REFBY_0047	MFC	1/01/1900	31/12/2999
REFBY_0048	Kind en gezin	1/01/1900	31/12/2999
REFBY_0049	kinderopvang	1/01/1900	31/12/2999
REFBY_0050	consultatiebureau	1/01/1900	31/12/2999
REFBY_0056	mutualiteit	1/01/1900	31/12/2999
REFBY_0057	privé therapeuten: logopedist	1/01/1900	31/12/2999
REFBY_0058	privé therapeuten: kinesist	1/01/1900	31/12/2999
REFBY_0059	privé therapeuten: psycholoog	1/01/1900	31/12/2999
REFBY_0061	CGG	1/01/1900	31/12/2999
REFBY_0064	school bijzonder onderwijs	1/01/1900	31/12/2999
REFBY_0066	school geen bijzonder onderwijs	1/01/1900	31/12/2999
REFBY_0067	CLB	1/01/1900	31/12/2999
ANDERE:		1/01/1900	31/12/2999

Tabel 6 Overzicht waarden ReferredBy voor behandeling

Het item “ANDERE:” kan verder aangevuld worden met vrije tekst.

➤ De mogelijke waarden voor ‘liaison’ zijn:

code/label	value	geldig vanaf	geldig tot
REFBYLIAISON_0004	arts: huisarts	1/01/1900	31/12/2999
REFBYLIAISON_0005	arts: kinderarts	1/01/1900	31/12/2999
REFBYLIAISON_0006	arts: neuropsychiater	1/01/1900	31/12/2999
REFBYLIAISON_0007	arts: NKO arts	1/01/1900	31/12/2999
REFBYLIAISON_0008	arts: geriater	1/01/1900	31/12/2999
REFBYLIAISON_0009	arts: kinderpsychiater	1/01/1900	31/12/2999
REFBYLIAISON_0017	ziekenhuis	1/01/1900	31/12/2999
REFBYLIAISON_0027	andere revalidatievoorziening: CAR	1/01/1900	31/12/2999
REFBYLIAISON_0028	andere revalidatievoorziening: RCA	1/01/1900	31/12/2999
REFBYLIAISON_0036	COS	1/01/1900	31/12/2999
REFBYLIAISON_0037	andere revalidatievoorziening	1/01/1900	31/12/2999
REFBYLIAISON_0047	MFC	1/01/1900	31/12/2999
REFBYLIAISON_0048	Kind en gezin	1/01/1900	31/12/2999
REFBYLIAISON_0049	kinderopvang	1/01/1900	31/12/2999
REFBYLIAISON_0050	consultatiebureau	1/01/1900	31/12/2999
REFBYLIAISON_0056	mutualiteit	1/01/1900	31/12/2999
REFBYLIAISON_0057	privé therapeuten: logopedist	1/01/1900	31/12/2999
REFBYLIAISON_0058	privé therapeuten: kinesist	1/01/1900	31/12/2999
REFBYLIAISON_0059	privé therapeuten: psycholoog	1/01/1900	31/12/2999
REFBYLIAISON_0061	CGG	1/01/1900	31/12/2999
REFBYLIAISON_0064	school bijzonder onderwijs	1/01/1900	31/12/2999
REFBYLIAISON_0066	school geen bijzonder onderwijs	1/01/1900	31/12/2999
REFBYLIAISON_0067	CLB	1/01/1900	31/12/2999
ANDERE:		1/01/1900	31/12/2999

Tabel 7 Overzicht waarden ReferredBy voor liaison

- Physician: de behandelend arts. Indien er doorverwezen werd door een arts, dan kunnen de identificatiegegevens van de arts toegevoegd worden.

5.3.15 Doorverwijzing naar

Het veld ‘CreateRevalidationEnd.Referral’, op het einde van het behandeltraject of liaison is een verplicht element. Referral wordt toegevoegd bij de stopzetting van een behandeling en bevat informatie over de doorverwijzing van de zorggebruiker. De volgende keuzelijst wordt voorzien (meerdere opties zijn mogelijk):

code/label	value	geldig vanaf	geldig tot
REFTO_0008	ziekenhuis	1/01/1900	31/12/2999
REFTO_0012	psychiatrisch centrum	1/01/1900	31/12/2999
REFTO_0018	andere revalidatievoorziening	1/01/1900	31/12/2999
REFTO_0022	andere revalidatievoorziening: CAR	1/01/1900	31/12/2999
REFTO_0035	CGG	1/01/1900	31/12/2999
REFTO_0041	privé therapeuten: logopedist	1/01/1900	31/12/2999
REFTO_0042	privé therapeuten: kinesitherapeut	1/01/1900	31/12/2999
REFTO_0047	MFC	1/01/1900	31/12/2999

REFTO_0049	school bijzonder onderwijs	1/01/1900	31/12/2999
REFTO_0055	geen	1/01/1900	31/12/2999
REFTO_0056	overleden	1/01/1900	31/12/2999
REFTO_0057	opstarten multidisciplinaire revalidatie bij huidige CAR	1/01/1900	31/12/2999
ANDERE:		1/01/1900	31/12/2999

Tabel 8 Overzicht waarden Referral

Het item “ANDERE:” kan verder aangevuld worden met vrije tekst.

5.3.16 Reden vroegtijdige stopzetting

Reden vroegtijdige stopzetting of einde van de behandeling of liaison is een verplicht element mee te geven op het einde van elk type aanvraag (slechts 1 keuze is mogelijk):

De volgende waarden zijn geldige waarden als reden vroegtijdige stopzetting (Reason):

label/code	value	Geldig vanaf	Geldig tot
STOP_A11	A STOP na revalidatie;A1 Revalidatie afgewerkt;A11: NA REV consensus voor einde van de maximaal voorziene periode	1/01/1900	31/12/2999
STOP_A12	A STOP na revalidatie;A1 Revalidatie afgewerkt;A12: NA REV consensus bij het verstrijken van de maximaal voorziene periode	1/01/1900	31/12/2999
STOP_A21	A STOP na revalidatie;A2 ten gevolge van regelgeving;A21: NA REV regelgeving maximum voorziene periode uitgeput	1/01/1900	31/12/2999
STOP_A22	A STOP na revalidatie;A2 ten gevolge van regelgeving;A22: NA REV regelgeving voldoet niet (meer) aan de vereiste multidisciplinariteit	1/01/1900	31/12/2999
STOP_A23	A STOP na revalidatie;A2 ten gevolge van regelgeving;A23: verlenging geweigerd	1/01/1900	31/12/2999
STOP_A24	A STOP na revalidatie;A2 ten gevolge van regelgeving;A24: NA REV regelgeving maximum leeftijd bereikt	1/01/1900	31/12/2999
STOP_A31	A STOP na revalidatie;A3 op initiatief van het centrum;A31: NA REV centrum gebrek aan motivatie (geen medewerking, veelvuldig afwezig,...)	1/01/1900	31/12/2999
STOP_A32	A STOP na revalidatie;A3 op initiatief van het centrum;A32: NA REV centrum afgebroken omwille van financiële redenen (remgeld, vervoer, ...)	1/01/1900	31/12/2999
STOP_A33	A STOP na revalidatie;A3 op initiatief van het centrum;A33: NA REV centrum afgebroken omwille van inhoudelijke redenen (problematiek vereist andersoortige hulp)	1/01/1900	31/12/2999
STOP_A34	A STOP na revalidatie;A3 op initiatief van het centrum;A34: onvoldoende evolutie	1/01/1900	31/12/2999
STOP_A41	A STOP na revalidatie;A4 op initiatief van de revalidant;A41: NA REV revalidant geen reden bekend	1/01/1900	31/12/2999
STOP_A42	A STOP na revalidatie;A4 op initiatief van de revalidant;A42: NA REV revalidant afgebroken om inhoudelijke redenen (motivatie, onvoldoende probleembewust, ...)	1/01/1900	31/12/2999
STOP_A43	A STOP na revalidatie;A4 op initiatief van de revalidant;A43: NA REV revalidant afgebroken om praktische redenen (vervoer, uurregeling,...)	1/01/1900	31/12/2999

STOP_A44	A STOP na revalidatie;A4 op initiatief van de revalidant;A44: NA REV revalidant afgebroken omwille van financiële redenen (remgeld, vervoer, ...)	1/01/1900	31/12/2999
STOP_A45	A STOP na revalidatie;A4 op initiatief van de revalidant;A45: NA REV revalidant stop wegens verhuis	1/01/1900	31/12/2999
STOP_A46	A STOP na revalidatie;A4 op initiatief van de revalidant;A46: NA REV revalidant stop wegens overlijden	1/01/1900	31/12/2999
STOP_A47	A STOP na revalidatie;A4 op initiatief van de revalidant;A47: NA REV revalidant stop wegens langdurige ziekte	1/01/1900	31/12/2999
STOP_A48	A STOP na revalidatie;A4 op initiatief van de revalidant;A48: NA REV revalidant gaat naar andere voorziening/ andere hulpverlening	1/01/1900	31/12/2999
STOP_A5	A STOP na revalidatie;A5 om andere redenen	1/01/1900	31/12/2999
STOP_A6	A STOP na revalidatie;A6: NA REV omwille van onderbreking van de revalidatie	1/01/1900	31/12/2999
STOP_B1b	B THERAPIE NIET GESTART;B1 STOP VOOR ONDERZOEK;B1b: stop tijdens onderzoek	1/01/1900	31/12/2999
STOP_B11	B THERAPIE NIET GESTART;B1 STOP VOOR ONDERZOEK;B11: VR OZ reden onbekend/ afgehaakt	1/01/1900	31/12/2999
STOP_B12	B THERAPIE NIET GESTART;B1 STOP VOOR ONDERZOEK;B12: VR OZ geen indicatie	1/01/1900	31/12/2999
STOP_B13	B THERAPIE NIET GESTART;B1 STOP VOOR ONDERZOEK;B13: VR OZ behoort niet tot doelgroep van het centrum	1/01/1900	31/12/2999
STOP_B14	B THERAPIE NIET GESTART;B1 STOP VOOR ONDERZOEK;B14: VR OZ te lange wachttijd/ geen vraag meer	1/01/1900	31/12/2999
STOP_B15	B THERAPIE NIET GESTART;B1 STOP VOOR ONDERZOEK;B15: VR OZ weigering van de aanvraag	1/01/1900	31/12/2999
STOP_B16	B THERAPIE NIET GESTART;B1 STOP VOOR ONDERZOEK;B16: VR OZ omwille van eigen selectiecriteria van het centrum	1/01/1900	31/12/2999
STOP_B17	B THERAPIE NIET GESTART;B1 STOP VOOR ONDERZOEK;B17: VR OZ wegens overlijden	1/01/1900	31/12/2999
STOP_B20	B THERAPIE NIET GESTART;B2 STOP NA ONDERZOEK;B20: NA OZ wegens overlijden	1/01/1900	31/12/2999
STOP_B21	B THERAPIE NIET GESTART;B2 STOP NA ONDERZOEK;B21: NA OZ geen indicatie voor multidisciplinaire revalidatie	1/01/1900	31/12/2999
STOP_B22	B THERAPIE NIET GESTART;B2 STOP NA ONDERZOEK;B22: NA OZ omwille van eigen selectiecriteria van het centrum	1/01/1900	31/12/2999
STOP_B23	B THERAPIE NIET GESTART;B2 STOP NA ONDERZOEK;B23: niet inschrijfbaar: niet te verantw multidisciplinariteit	1/01/1900	31/12/2999
STOP_B24	B THERAPIE NIET GESTART;B2 STOP NA ONDERZOEK;B24: opgebruikt kapitaal tgv vroegere revalidatie	1/01/1900	31/12/2999
STOP_B25	B THERAPIE NIET GESTART;B2 STOP NA ONDERZOEK;B25: NA OZ weigering van de aanvraag	1/01/1900	31/12/2999
STOP_B261	B THERAPIE NIET GESTART;B2 STOP NA ONDERZOEK;B26 NA OZ GAAT NIET IN OP HET ADVIES;B261: NA OZ gaat niet in op advies: reden niet bekend	1/01/1900	31/12/2999

STOP_B262	B THERAPIE NIET GESTART;B2 STOP NA ONDERZOEK;B26 NA OZ GAAT NIET IN OP HET ADVIES;B262: NA OZ gaat niet in op advies omwille van remgeld	1/01/1900	31/12/2999
STOP_B263	B THERAPIE NIET GESTART;B2 STOP NA ONDERZOEK;B26 NA OZ GAAT NIET IN OP HET ADVIES;B263: NA OZ gaat niet in op advies omwille van bereikbaarheid van het centrum	1/01/1900	31/12/2999
STOP_B264	B THERAPIE NIET GESTART;B2 STOP NA ONDERZOEK;B26 NA OZ GAAT NIET IN OP HET ADVIES;B264: NA OZ gaat niet in op advies omwille van inhoudelijke redenen (verkeerd beeld/ verwachtingen, taal...)	1/01/1900	31/12/2999
STOP_B265	B THERAPIE NIET GESTART;B2 STOP NA ONDERZOEK;B26 NA OZ GAAT NIET IN OP HET ADVIES;B265: NA OZ gaat niet in op advies omwille van wachtlijst	1/01/1900	31/12/2999
STOP_B266	B THERAPIE NIET GESTART;B2 STOP NA ONDERZOEK;B26 NA OZ GAAT NIET IN OP HET ADVIES;B266: NA OZ gaat niet in op advies omwille van openingsuren centrum	1/01/1900	31/12/2999
STOP_B267	B THERAPIE NIET GESTART;B2 STOP NA ONDERZOEK;B26 NA OZ GAAT NIET IN OP HET ADVIES;B267: NA OZ gaat niet in op advies omwille van problemen met de taal	1/01/1900	31/12/2999
STOP_B268	B THERAPIE NIET GESTART;B2 STOP NA ONDERZOEK;B26 NA OZ GAAT NIET IN OP HET ADVIES;B268: NA OZ gaat (voorlopig) niet in op advies, willen nog wachten	1/01/1900	31/12/2999
STOP_B269	B THERAPIE NIET GESTART;B2 STOP NA ONDERZOEK;B26 NA OZ GAAT NIET IN OP HET ADVIES;B269: NA OZ gaat niet in op advies tot followup-oz of achterhaald	1/01/1900	31/12/2999

Tabel 9 Overzicht waarden vroegtijdige stopzetting

5.4 DEEL 4 VAN DE AANVRAAG - MEDISCH VERSLAG ROLSTOELAFHANKELIJK VERVOER

Indien de gebruiker rolstoelafhankelijk vervoer van en naar de voorziening nodig heeft, moet hiervoor een aanvraag tot tegemoetkoming worden ingediend aan de hand van medisch verslag deel 4.

Belangrijke aandachtspunten:

- Een tegemoetkoming voor rolstoelafhankelijk vervoer kan niet worden toegekend zonder een goedgekeurd behandeltraject.
- Bij elke nieuwe aanvraag tot tegemoetkoming voor behandeling moet ook een nieuwe aanvraag voor rolstoelafhankelijk vervoer ingediend worden.
- Het is aan te raden om beide aanvragen tegelijkertijd in te dienen.
- De aanvraag moet binnen 30 dagen na de start van het vervoer worden ingediend.

Voor meer informatie over de aanvraag voor rolstoelafhankelijk vervoer verwijzen we naar de algemene handleiding eRevaCfin: [Aanvragen tot tegemoetkoming en facturatie in VSB voor revalidatievoorzieningen | Departement Zorg](#)

5.5 CODE ONGEVAL

In het kader van subrogatie³ is het belangrijk om te weten of de behandeling (vermoedelijk) een gevolg is van een (arbeids-) ongeval of beroepsziekte waarbij tussenkomst van een verzekering van toepassing is.

³ Subrogatie = een situatie waarin een persoon of instantie 'wettelijk in de plaats wordt gesteld' van iemand anders, bijvoorbeeld indien de behandeling 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.

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

Tabel 10 Code ongeval

6 BIJKOMENDE DOCUMENTEN

De mogelijkheid is voorzien om documenten toe te voegen aan het bericht:

- MOTIVATION_TARDINESS*: het attest dat door de zorgkas werd bezorgd aan de voorziening bij de opname van een zorggebruiker die niet tijdig geïdentificeerd kan worden.
*Een aanvraag tot tegemoetkoming wordt beschouwd als laattijdig indien deze meer dan 30 dagen na de start van de behandeling wordt ingediend. Een uitzondering kan slechts in hoogst uitzonderlijke gevallen worden toegestaan, bijvoorbeeld bij technische incidenten buiten de wil van de voorziening. Administratieve of organisatorische redenen binnen de voorziening zelf gelden niet als geldige motivatie.
Indien een uitzondering wordt goedgekeurd door de zorgkas, moet een document met de motivatie van de laattijdigheid aan de aanvraag worden toegevoegd.
Technische problemen gelinkt aan de software kunnen een motivatie voor de laattijdigheid zijn. De vraag moet door de softwareleverancier aan het Departement Zorg worden gesteld via Jira. De voorziening kan de aanvraag via de software doorsturen naar de zorgkas met als motivatie laattijdigheid de verwijzing naar het betreffende Jira-ticket. Op basis daarvan kan de zorgkas het dossier verder behandelen en een beslissing nemen.
- INFORMED_CONSENT: de geïnformeerde toestemming van de zorggebruiker die als gescand document wordt toegevoegd aan het bericht.
- De extensie van het document (Extension): De extensie kan waarden bevatten zoals .jpg , .pdf , De extensie is nodig om het document te kunnen visualiseren in de centrale zorgkassentoepassing.
- De filename van het document (Filename)

7 MIGRATIEDOSSIER

Migratiedossiers zijn dossiers van gebruikers die op het moment van start van het pilootproject (01/04/2026) reeds een goedgekeurd revalidatietraject hadden in een CAR.

Definitie: Valt de startdatum van het revalidatietraject vóór 01/04/2026, en loopt het traject door vanaf 01/04/2026, dan spreken we van een migratiedossier.

Procedure voor migratiedossiers die verderlopen in een PilootCAR vanaf 01/04/2026:

1. **Dossier stopzetten op 31/03/2026** in het CAR waar reeds een goedkeuring liep.
Vanaf 01/04/2026 mogen aanvragen voor pilootCAR niet meer via de 'oude' CAR gegevensstroom naar de zorgkassen gestuurd worden. Bestaande aanvragen moeten uiterlijk op 31/03/2026 afgesloten worden (ook aanvragen die starten op 31/03 moeten voor 1 dag doorgestuurd worden).
Dossiers worden met de volgende code stopgezet:
 - STOP_A (Stop na revalidatie, om andere redenen)

De start- en einddatum van de aangevraagde periodes door de pilootCAR zullen bijgevolg volledig vóór of volledig na 01/04 liggen.

2. **Herstart-aanvraag indienen voor behandeling in de pilootCAR vanaf 01/04/2026**, indien de behandeling dezelfde hoofdcluster betreft (ook indien de laatste goekeuring door de zorgkas een ‘vermoedensdiagnose’ van dezelfde hoofdcluster betrof).
3. **Nieuwe aanvraag indienen voor behandeling in de pilootCAR vanaf 01/04/2026**, indien de behandeling een andere hoofdcluster betreft (ook indien de laatste goekeuring door de zorgkas een ‘vermoedensdiagnose’ van een andere hoofdcluster betrof).

Aanvragen die starten na 31/03/202, zullen beschouwd worden als aanvragen binnen pilootCAR. Alleen medische verslagen voor pilootCAR zullen verwerkt worden.

Indien een aanvraag CAR niet wordt afgesloten (of op een moment na 31/03), en de voorziening stuurt vervolgens een aanvraag in het kader van een pilootCAR (periode vanaf 01/04), dan zal de aanvraag van de nieuwe periode geweigerd worden. Een ‘nieuwe aanvraag’ of een ‘herstart’ binnen de pilootCAR is niet mogelijk zonder eerst de voorgaande periode in de CAR af te sluiten.

4. **Liaison kan door de voorziening aangevraagd worden vanaf 01/04/26.**

8 HET ANTWOORD VAN DE ZORGKASSENTOEPASSING OP DE AANVRAAG TEGEMOETKOMING

Nadat de aanvraag tot tegemoetkoming voor verstrekkingen is ontvangen, stuurt de zorgkassentoepassing een antwoord naar de voorziening.

Het antwoord geldt vanaf de startdatum van het behandeltraject of liaison, maximaal 30 dagen in het verleden.

Verwerking (validatie) van de aanvraag door de zorgkassentoepassing omvat:

- Controle op volledigheid van de aanvraag
- Controle op erkenning van de voorziening
- Controle op VSB-verzekeringsstatus van de gebruiker*
- Controle op laattijdigheid van de aanvraag
- Toetsing van criteria per type aanvraag
- Administratieve controle van medische informatie
- Specifieke controles per type voorziening

* De Vlaamse Sociale Bescherming-verzekeringsstatus kan voorafgaandelijk opgevraagd worden door de voorziening. Het opvragen van de VSB-verzekeringsstatus is verplicht voordat gefactureerd kan worden.

Mogelijke antwoorden van de zorgkassentoepassing:

- Aanvaarding van de aanvraag tot tegemoetkoming
- Beslissing “in beraad”
- Weigering van de aanvraag tot tegemoetkoming

Afhankelijk van de genomen beslissing bevat het antwoord van de zorgkassentoepassing extra informatie die relevant is voor de voorziening.

8.1 BESLISSING TOT AANVAARDING VAN DE AANVRAAG TEGEMOETKOMING

Inhoud bericht bij aanvaarding van de aanvraag tegemoetkoming
--

Status: Aanvaard	De aanvraag tegemoetkoming wordt aanvaard. Er kunnen verstrekkingen gefactureerd worden aan de zorgkas binnen de aanvaarde periode.
Aanvaarde periode	- Startdatum: bevat de vroegst mogelijke datum waarop een verstrekking kan gefactureerd worden. - Einddatum: einddatum van de periode waarvoor er een VSB-tegemoetkoming is goedgekeurd.
VSB-referentie	Dit is de unieke identificatie van de aanvaarde aanvraag tegemoetkoming. Bij alle wijzigingen van deze aanvaarde periode moet deze VSB-referentie als unieke identificatie worden toegevoegd.

Tabel 11 Antwoord van de zorgkassentoepassing (ZKT) bij aanvaarding van de aanvraag tegemoetkoming

8.2 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, omdat de zorgkassentoepassing over onvoldoende informatie beschikt. Er moet door de voorziening <u>geen</u> actie ondernomen worden. Op een bericht “in beraad” volgt altijd en automatisch 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 de voorziening een antwoord “in beraad”. - Niet VSB-verzekerd voor een gebruiker die <u>kan</u> aansluiten	<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 de voorziening 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.) De voorziening moet hierop actie ondernemen, door de gebruiker aan te moedigen aan te sluiten bij een zorgkas. (cfr handleiding “<i>Hoe aansluiten bij een zorgkas?</i>”⁴) 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 de voorziening wordt gestuurd.
Cumul met een opname in een revalidatieziekenhuis	In geval van overlapping met een verblijf in een revalidatieziekenhuis neemt de zorgkas contact op met het revalidatieziekenhuis. In geval van wijziging van de datum of het uur van ontslag in het revalidatieziekenhuis, kan de zorgkas de nieuwe

⁴ Handleiding om personen aan te sluiten bij een zorgkas | Departement Zorg

	aanvraag voor behandeling in de voorziening aanvaarden.
○ Laattijdigheid van de aanvraag	Een aanvraag tot tegemoetkoming wordt beschouwd als laattijdig indien deze meer dan 30 dagen na de start van de behandeling wordt ingediend. Een uitzondering kan slechts in hoogst uitzonderlijke gevallen worden toegestaan, bijvoorbeeld bij technische incidenten buiten de wil van de voorziening. Administratieve of organisatorische redenen binnen de voorziening zelf gelden niet als geldige motivatie. Indien een uitzondering wordt goedgekeurd door de zorgkas, moet een document met de motivatie van de laattijdigheid aan de aanvraag (nieuwe aanvraag, herstart of liaison) worden toegevoegd. De aanvraag komt in beraad zodat de zorgkas kan oordelen of de toegevoegde motivatie voor laattijdigheid gegrond is.
○ Uitzonderingsverzoek	Indien de aanvraag een uitzonderingsverzoek is, dan wordt deze manueel beslist door de zorgkasmedewerker.

Tabel 12 Antwoord van de ZKT bij beslissing over de aanvraag tegemoetkoming “in beraad”

Een beslissing “in beraad” betekent dat de zorgkassentoepassing niet over voldoende informatie beschikt om een definitieve beslissing te nemen.

De zorgkas zal bijkomende informatie inwinnen.

Acties van de voorziening:

- In het algemeen geen actie nodig, tenzij de zorgkas specifiek extra informatie opvraagt.
- Er volgt altijd automatisch een definitieve beslissing van de zorgkassentoepassing.
- Uitzondering: Indien de beslissing “in beraad” is omdat de gebruiker niet VSB-verzekerd is, maar wel kan worden aangesloten, dient de voorziening actie te ondernemen om de verzekering te regelen.

8.3 BESLISSING VAN WEIGERING VAN DE AANVRAAG TOT TEGEMOETKOMING

Inhoud bericht bij weigering van de aanvraag tegemoetkoming	
Status: Geweigerd	De aanvraag tegemoetkoming wordt geweigerd. Er kunnen geen verstrekkingen 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 dezelfde voorziening, de voorziening 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 (vb. een meerderjarige vluchteling). ○ Het (formaat van) RIZIV-nr van de arts is niet correct ○ Datumfout, bijvoorbeeld: De volledige periode van de reva in een pilootCAR moet vallen op of na de startdatum van de pilootfase. ○ De voorziening is niet erkend op de begindatum van de behandeling. ○ Het formaat van het bericht is verkeerd, waardoor het bericht niet gelezen kan worden.
○ Nieuwe aanvraag	○ Er is al een behandelperiode gekend voor de gebruiker in een CAR of pilootCAR voor dezelfde hoofdcluster, of nevencluster binnen de zintuiglijke en neurologische aandoeningen, van minder dan 5 jaar geleden sinds de laatst gefactureerde prestatie.
○ Herstart	○ Er is geen goedgekeurde periode voor behandeling gekend voor de gebruiker in een CAR of pilootCAR, voor dezelfde hoofdcluster of nevencluster (in geval van zintuiglijke en neurologische aandoeningen), binnen de vijf jaar na de laatst gefactureerde prestatie in een CAR of een pilootCAR.
○ Cluster	○ De cluster moet een geldige cluster zijn en moet een cluster zijn op het laagste niveau. ○ De cluster is geen geldige cluster
○ Medisch verslag deel 3	○ Niet in overeenstemming met de erkenning van de overeenkomst / voorziening. ○ De verplicht in te vullen velden ontbreken. ○ Het programma van de aanvraag moet in overeenstemming zijn met het type aanvraag. ○ Bij de stopzetting is de doorverwijzing een verplicht element in het bericht.
○ Leeftijd voor zintuiglijke en neurologische aandoeningen	○ Gebruikers < zeven jaar: de einddatum van de nieuwe aanvraag of de herstart van een aanvraag moet voor of vanaf de zevende verjaardag liggen voor de subgroepen 'ACQUIRED_HEARING_DISORDER_40', 'BRAIN_IMPLANT' en 'BRAIN_TRAUMA'. ○ Als het gaat over een behandeltraject in het kader voor de subgroepen 'CEREBRAL_PALSI', 'HEARING_DISORDER' en 'ACQUIRED_HEARING_DISORDER_70', moet de einddatum van de nieuwe aanvraag of van de aanvraag herstart voor de negentiende verjaardag liggen.
○ Periode tegemoetkoming voor behandeling of liaison	○ De maximaal aan te vragen periode voor een nieuwe behandeling of een herstart is drie jaar wanneer de aanvraag start met 'Aanmelding en Intake'. ○ De maximaal aan te vragen periode voor een nieuwe behandeling of een herstart is één jaar

	wanneer de aanvraag niet start met 'Aanmelding en Intake'. De maximaal aan te vragen periode voor een liaison is één maand.
Maximaal contingent voor zintuiglijke en neurologische aandoeningen	Het maximale contingent is overschreden voor de groepen 'hersenletsel', 'Verworven bilaterale gehoorstoornissen die zijn opgetreden na de 6de verjaardag met een gemiddeld gehoorverlies van minstens 40 db HL' en 'Gehoorstoornissen bij kinderen, jongeren of volwassenen met cochleair implantaat of hersenstamimplantaat'

Tabel 13 Antwoord van de ZKT bij weigering van de aanvraag tegemoetkoming

Wanneer de zorgkassentoepassing een aanvraag tot tegemoetkoming weigert, moet de voorziening gerichte acties ondernemen om de negatieve beslissing om te zetten in een positieve beslissing. Na remediëring kan de voorziening een nieuwe aanvraag indienen bij de zorgkassentoepassing.

In het antwoord van de zorgkassentoepassing wordt vermeld:

- Reden van weigering van de aanvraag.
- Automatische weigering (validatiefout): foutcode, foutbeschrijving en classificatie van de fout.
- Manuele weigering door de zorgkas: motivatie van de weigering.

Uitzonderlijke situaties:

- Indien de reden van weigering niet kan worden geremedieerd, kunnen de verstrekkingen niet aan de zorgkas worden gefactureerd.
- De kosten zijn dan maximaal ten laste van de gebruiker of de voorziening.
- Voorbeeld: een meerderjarige vluchteling die niet VSB-verzekerd kan worden.
- De sociale dienst van de voorziening kan nagaan of de kosten aan derden (bijv. OCMW) kunnen worden aangerekend.

Belangrijk:

- Indien een aanvraag tot tegemoetkoming voor behandeling of liaison wordt geweigerd, wordt ook de bijbehorende aanvraag voor rolstoelafhankelijk vervoer automatisch geweigerd.
- Bij een nieuwe aanvraag of herstart voor behandeling of liaison moet ook opnieuw een nieuwe aanvraag voor rolstoelafhankelijk vervoer worden ingediend.

8.4 SYNTHESE AANPASSINGEN BIJ DE AANVRAAG TEGEMOETKOMING VERSTREKKINGEN

- Op elke aanvraag tot tegemoetkoming volgt altijd een antwoord van de zorgkassentoepassing.
- Mogelijke antwoorden:
 - Aanvaarding: verstrekkingen kunnen worden gefactureerd aan de zorgkas.
 - Beslissing "in beraad": er is onvoldoende informatie beschikbaar voor een definitieve beslissing.
 - De zorgkas zal verdere actie ondernemen.
 - De voorziening hoeft geen actie te ondernemen, tenzij de gebruiker wel kan aansluiten bij een zorgkas maar niet VSB-verzekerd is. In dat geval moet de voorziening de aansluiting faciliteren; na aansluiting wordt de aanvraag automatisch aanvaard.
 - Weigering: verstrekkingen kunnen niet gefactureerd worden.
 - De reden van weigering wordt vermeld in het antwoord.
 - De voorziening kan gericht acties ondernemen om het probleem te remediëren.
 - Na remediëring kan een nieuwe aanvraag worden ingediend.
- Een overzicht van de controles die uitgevoerd worden, met de foutcodes en meldingen, is terug te vinden in het [bijhorende document op de website](#).

9 ANNULEREN VAN EEN AANVAARDE AANVRAAG TEGEMOETKOMING

De voorziening kan een reeds aanvaarde aanvraag tegemoetkoming annuleren. De te annuleren aanvraag wordt geïdentificeerd aan de hand van de unieke VSB-referentie. Volgende informatie dient te worden geregistreerd:

- Identificatiegegevens van de voorziening: HCO-nummer
- Identificatiegegevens van de gebruiker: INSZ
- De VSB-referentiecode (= de unieke identificatie van de 'aanvraag tegemoetkoming behandeling')

Het annuleren van een aanvaarde aanvraag tegemoetkoming annuleert de volledige periode, inclusief de hieraan aangebrachte wijzigingen (verlengingen, onderbrekingen,...) en de eventueel hieraan gekoppelde aanvraag tegemoetkoming voor rolstoelafhankelijk vervoer.

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

Het antwoord van de zorgkassentoepassing:

Tabel voorzien voor status 'aanvaard'

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 verstrekkingen meer worden gefactureerd aan de zorgkas.

Tabel 14 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de annulering van een aanvaarde aanvraag tegemoetkoming

Tabel voorzien voor status 'in beraad'

Inhoud bericht bij 'in beraad' van de annulering van een aanvaarde aanvraag tegemoetkoming	
Status: In beraad	Er is nog geen beslissing genomen over de annulering van de aanvaarde aanvraag tot tegemoetkoming, omdat de zorgkassentoepassing over onvoldoende informatie beschikt. Er moet door de voorziening <u>geen</u> actie ondernomen worden. Op een bericht "in beraad" volgt altijd en automatisch een definitieve beslissing, hetzij een aanvaarding, hetzij een weigering.

Tabel 15 Antwoord van de ZKT bij bericht in beraad van de annulering van een aanvaarde aanvraag tegemoetkoming

Tabel voorzien voor status 'in beraad'

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).	De (gecodeerde) reden waarom de annulering van een aanvaarde aanvraag tegemoetkoming wordt geweigerd. Op basis hiervan moet de voorziening gericht acties ondernemen om de fouten te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. In afwachting dat de nieuwe aanpassing in de annulering van de aanvaarde aanvraag tegemoetkoming wordt verstuurd, blijven de eerder aanvaarde gegevens van toepassing.

Tabel 16 Antwoord van de ZKT bij weigering van de annulering van een aanvaarde aanvraag tegemoetkoming

10 WIJZIGINGEN AAN EEN AANVAARDE AANVRAAG

TEGEMOETKOMING VOOR BEHANDELING OF LIAISON

Alle wijzigingen aan een aanvaarde aanvraag tegemoetkoming moeten door de medewerker geregistreerd worden via de softwaretoepassing. Op het moment dat de wijziging van de aanvaarde aanvraag tegemoetkoming wordt verstuurd, initieert de softwaretoepassing van de voorziening een wijzigingsbericht (ModifyRevalidationRequest) naar de centrale zorgkassentoepassing via VSB-net.

Nadat de wijziging werd ontvangen, stuurt de zorgkassentoepassing een antwoord aan de voorziening. In het antwoord wordt steeds vermeld over welke gevraagde wijziging het gaat.

Er gebeurt telkens een technische en een inhoudelijke analyse van de verstuurde vraag tot wijziging. Als resultaat van deze analyse zijn er 3 antwoorden mogelijk:

- **Wijziging “aanvaard”**
- **Wijziging “in beraad”**
 - Over het algemeen gesproken, betekent een beslissing “in beraad” dat er bij de zorgkassentoepassing onvoldoende informatie is om een definitieve beslissing te kunnen nemen. Door de zorgkas wordt bijkomende informatie ingewonnen. Op een beslissing “in beraad” moet door de voorziening geen verdere actie worden ondernomen (tenzij het aanleveren van extra informatie als deze door de zorgkas wordt gevraagd). Er volgt altijd en automatisch een definitieve beslissing van de zorgkassentoepassing.
- **Wijziging “geweigerd”**
 - In geval van een weigering zal de voorziening gericht acties moeten ondernemen om de negatieve beslissing te kunnen omzetten in een positieve beslissing. Na remediëring wordt door de voorziening een nieuwe wijziging van de aanvaarde aanvraag tot tegemoetkoming verstuurd naar de zorgkassentoepassing.
 - In het antwoord van de zorgkassentoepassing staat vermeld waarom de wijziging 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 het antwoord van de zorgkassentoepassing aan de voorziening, wordt extra informatie vermeld, afhankelijk van de beslissing die werd genomen.

10.1 AANDACHTSPUNTEN BIJ WIJZIGINGEN AAN EEN AANVAARDE AANVRAAG

TEGEMOETKOMING

Quasi alle berichten worden automatisch door “het systeem” verwerkt. Slechts in uitzonderlijke situaties is er een tussenkomst van een medewerker van een zorgkas nodig. Dit heeft het grote voordeel dat alle berichten voor alle zorgkassen op dezelfde voorwaarden worden gecontroleerd. De berichten worden uniform behandeld voor alle zorgkassen. De automatische verwerking heeft ook een gunstig effect op de snelheid waarmee de berichten worden behandeld.

Een gevolg van de automatische verwerking is dat berichten chronologisch moeten verstuurd en behandeld worden. Een bericht van een onderbreking zal niet aanvaard worden als er geen eerder bericht rond een behandeling werd aanvaard, waarbinnen de onderbreking valt. In de weigering zal de reden steeds vermeld worden, zodat de voorziening weet welke corrigerende acties in een bericht moeten worden verstuurd.

Let op! Verschillende opeenvolgende berichten (bijvoorbeeld over een behandeling en een onderbreking) moeten dus in verschillende tijden (en chronologisch) verstuurd worden. Er kan immers altijd maar 1 bericht in verwerking zijn. Het volgende bericht mag pas verstuurd worden nadat het antwoord op het vorige bericht is ontvangen.

Bij alle types van wijziging dient steeds volgende informatie te worden vermeld:

- Identificatiegegevens van de gebruiker (INSZ-nummer)
- Identificatiegegevens van de voorziening (HCO-nummer)
- De unieke VSB-referentiecode van de aanvaarde periode
- Type van de wijziging

10.2 DE VERSCHILLENDE TYPES VAN WIJZIGINGEN

Er zijn verschillende types van wijzigingen (ModifyRevalidationRequest), die in dit hoofdstuk achtereenvolgens besproken worden.

- Wijziging gegevens contactpersoon van de voorziening of de overeenkomst (ModifyInstitutionContact)
- Wijziging code ongeval (ModifyCodeAccident)
- Creëren van een nieuwe locatie (CreateLocation)
- Wijzigen van een eerder gemelde locatie (ModifyLocation)
- Annulering van een eerder gemelde locatie (CancelLocation)
- Wijziging van de start van de behandeling of liaison (ModifyRevalidationStart)
- Aanvraag verlenging van periode aanvaarde tegemoetkoming (CreateRevalidationExtension)
- Annulering van een aanvaarde verlenging (CancelRevalidationExtension)
- Stopzetting van de behandelperiode of liaison (CreateRevalidationEnd)
- Annulering van een stopzetting van de behandelperiode of liaison (CancelRevalidationEndDate)
- Aanpassing medisch verslag (ModifyMedicalReport)
- Creëren van een nieuwe onderbreking van de behandeling of liaison (CreateSuspension)
- Wijzigen van een onderbreking van de behandeling of liaison (ModifySuspension)
- Annuleren van een onderbreking van de behandeling of liaison (CancelSuspension)

10.2.1 Wijziging gegevens contactpersoon van de voorziening

Nadat de aanvraag tot tegemoetkoming werd aanvaard, bestaat de mogelijkheid om de gegevens van de contactpersoon van de voorziening nog te wijzigen. De naam, de voornaam, het telefoonnummer en/of het e-mailadres kunnen worden aangepast.

Een medewerker doet de registratie van deze wijziging in de softwaretoepassing van de voorziening. De softwaretoepassing initieert het versturen van de vraag tot wijziging naar de centrale zorgkassentoepassing via VSB-net (bericht ModifyRevalidationRequest, onderdeel ModifyInstitutionContact).

Het antwoord van de zorgkassentoepassing:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de wijziging contactgegevens	
Reden: "wijzig contactgegevens"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de aanvraag (berichten). Daarom wordt als reden "wijzig contactgegevens" vermeld.
Status: Aanvaard	De wijziging van de contactgegevens wordt geregistreerd. Er kunnen verder verstrekkingen worden gefactureerd aan de zorgkas.

Tabel 17 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de wijziging contactgegevens

Inhoud bericht bij weigering van de wijziging contactgegevens

Status: Geweigerd	De wijziging van de contactgegevens wordt geweigerd. Er is geen impact op de facturatie, er kunnen verder verstrekkingen worden gefactureerd aan de zorgkas.
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).	De (gecodeerde) reden waarom de wijziging van contactgegevens wordt geweigerd. Op basis hiervan moet de voorziening gericht acties ondernemen om de fouten te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. In afwachting dat de nieuwe aanpassing in de wijziging van de contactgegevens wordt verstuurd, blijven de eerder aanvaarde gegevens van toepassing.

Tabel 18 Antwoord van de ZKT bij weigering van de van de wijziging contactgegevens

10.2.2 Wijzigen code ongeval

In het kader van subrogatie is het belangrijk om te weten of de gevolgde behandeling (mogelijk) een gevolg is van een (arbeids-)ongeval of beroepsziekte. Het kan zijn dat na de aanvaarding van de tegemoetkoming de informatie met betrekking tot het type ongeval nog bijgestuurd dient worden.

Een medewerker doet de registratie van deze wijziging in de softwaretoepassing van de voorziening. De softwaretoepassing initieert het versturen van de vraag tot wijziging naar de centrale zorgkassentoepassing via VSB-net (bericht ModifyRevalidationRequest, onderdeel ModifyCodeAccident).

Het antwoord van de zorgkassentoepassing:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de wijziging code ongeval	
Reden: "wijzig code ongeval"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de aanvraag (berichten). Daarom wordt als reden "wijzigen code ongeval" vermeld.
Status: Aanvaard	De wijziging code ongeval wordt geregistreerd. Er kunnen verder verstrekkingen worden gefactureerd aan de zorgkas.

Tabel 19 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de wijziging code ongeval

Inhoud bericht bij weigering van de wijziging code ongeval	
Status: Geweigerd	De wijziging van de code ongeval wordt geweigerd. Er kunnen wel verstrekkingen worden gefactureerd aan de zorgkas.
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).	De (gecodeerde) reden waarom de wijziging code ongeval wordt geweigerd. Op basis hiervan moet de voorziening gericht acties ondernemen om de fouten te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. In afwachting dat de nieuwe aanpassing in de wijziging code ongeval wordt verstuurd, blijven de eerder aanvaarde gegevens van toepassing.

10.2.3 Creëren van een nieuwe locatie

De locatie werd reeds doorgegeven bij de aanvraag. Deze locatie kan echter gedurende de aanvaarde periode wijzigen en dan kan een nieuwe locatie worden doorgestuurd. Volgende gegevens moeten worden ingevuld:

- Datum vanaf wanneer de behandeling of liaison doorgaat op de nieuwe locatie
- Operating Site ID: de ID die de locatie identificeert.

Een medewerker doet de registratie van deze creatie van een nieuwe locatie in de softwaretoepassing van de voorziening. De softwaretoepassing initieert het versturen van de vraag tot creatie van een nieuwe locatie naar de centrale zorgkassentoepassing via VSB-net (bericht ModifyRevalidationRequest, onderdeel CreateLocation).

Het antwoord van de zorgkassentoepassing:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de creatie van een nieuwe locatie van de behandeling	
Reden: "nieuwe locatie"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de aanvraag (berichten). Daarom wordt als reden "nieuwe locatie" vermeld.
Status: Aanvaard	De creatie van een nieuwe locatie wordt geregistreerd. Er kunnen verder verstrekkingen worden gefactureerd aan de zorgkas.

Tabel 21 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de creatie van een nieuwe locatie van behandeling

Inhoud bericht bij weigering van de creatie van een nieuwe locatie	
Status: Geweigerd	De nieuwe locatie wordt geweigerd. Er kunnen wel verstrekkingen worden gefactureerd aan de zorgkas.
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).	De (gecodeerde) reden waarom de creatie van een nieuwe locatie wordt geweigerd. Op basis hiervan moet de voorziening gericht acties ondernemen om de fouten te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. In afwachting dat de nieuwe creatie van een nieuwe locatie wordt verstuurd, blijven de eerder aanvaarde gegevens van toepassing.

Tabel 22 Antwoord van de ZKT bij weigering van de creatie van een nieuwe locatie van behandeling

10.2.4 Wijzigen van eerder gemelde locatie

De gegevens van een eerder gemelde locatie kunnen na aanvaarding ervan nog gewijzigd worden. Voor de identificatie van de te wijzigen locatie wordt gebruik gemaakt van de bestaande begindatum van deze locatie (= de in een vorig bericht gemelde begindatum van de locatie).

Volgende wijzigingen zijn mogelijk:

- Datum: gewijzigde datum vanaf wanneer de behandeling of liaison doorgaat op de nieuwe locatie
- Operating site ID: voor het wijzigen van de locatie zelf

Een medewerker doet de registratie van deze wijziging in de softwaretoepassing van de voorziening. De softwaretoepassing initieert het versturen van de vraag tot wijziging naar de centrale zorgkassentoepassing via VSB-net (bericht ModifyRevalidationRequest, onderdeel ModifyLocation).

Het antwoord van de zorgkassentoepassing:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de wijziging locatie	
Reden: "wijzig locatie behandeling"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de aanvraag (berichten). Daarom wordt als reden "wijzigen locatie behandeling" vermeld.
Status: Aanvaard	De wijziging van de locatie van de behandeling wordt geregistreerd. Er kunnen verder verstrekkingen worden gefactureerd aan de zorgkas.

Tabel 23 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de wijziging van de locatie

Inhoud bericht bij weigering van de wijziging locatie	
Status: Geweigerd	De wijziging van de locatie van de behandeling wordt geweigerd. Er kunnen wel verstrekkingen worden gefactureerd aan de zorgkas.
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).	De (gecodeerde) reden waarom de wijziging van de locatie van behandeling wordt geweigerd. Op basis hiervan moet de voorziening gericht acties ondernemen om de fouten te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. In afwachting dat de nieuwe aanpassing in de wijziging locatie van de behandeling wordt verstuurd, blijven de eerder aanvaarde gegevens van toepassing.

Tabel 24 Antwoord van de ZKT bij weigering van de wijziging van de locatie

10.2.5 Annuleren van eerder gemelde locatie

De gegevens van een eerder gemelde locatie kunnen na aanvaarding ervan nog geannuleerd worden. Voor de identificatie van de te annuleren locatie wordt gebruik gemaakt van de bestaande begindatum van deze locatie (= de in een vorig bericht gemelde begindatum van de locatie).

Een medewerker doet de registratie van deze annulering in de softwaretoepassing van de voorziening. De softwaretoepassing initieert het versturen van de vraag tot annuleren naar de centrale zorgkassentoepassing via VSB-net (bericht ModifyRevalidationRequest, onderdeel CancelLocation).

Het antwoord van de zorgkassentoepassing:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de annulering van een eerder gemelde locatie	
Reden: "annulering locatie"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de aanvraag (berichten). Daarom wordt als reden "annulering locatie behandeling" vermeld.
Status: Aanvaard	De annulering van de eerder gemelde locatie wordt geregistreerd. Er kunnen verder verstrekkingen worden gefactureerd aan de zorgkas.

Tabel Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de annulering van de eerder gemelde locatie

Inhoud bericht bij weigering van de annulering van een eerder gemelde locatie	
Status: Geweigerd	De annulering van de eerder gemelde locatie wordt geweigerd. Er kunnen wel verstrekkingen worden gefactureerd aan de zorgkas.
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).	De (gecodeerde) reden waarom de annulering van de eerder gemelde locatie van behandeling wordt geweigerd. Op basis hiervan moet de voorziening gericht acties ondernemen om de fouten te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. In afwachting dat de nieuwe aanpassing in de annulering van de eerder gemelde locatie wordt verstuurd, blijven de eerder aanvaarde gegevens van toepassing.

Tabel 25 Antwoord van de ZKT bij weigering van de annulering van de eerder gemelde locatie

10.2.6 Wijzigen van de start

De startdatum van de periode kan na aanvaarding van de aanvraag tot tegemoetkoming gewijzigd worden. De datum kan zowel naar voor als naar achter verschoven worden. De nieuwe datum van de start, alsook de nieuwe datum van het einde van de behandeling of liaison moet worden ingevuld.

De mogelijkheid tot het wijzigen van de startdatum heeft een aantal voorwaarden en is beperkt in tijd:

- Wanneer de initiële startdatum valt voor de oorspronkelijke ontvangstdatum van de aanvraag tegemoetkoming:
 - In dit geval kan de startdatum tot maximaal 30 dagen voor de oorspronkelijke ontvangstdatum verschoven worden.
 - De wijziging van de startdatum kan doorgegeven worden tot maximaal 60 dagen na de oorspronkelijke ontvangstdatum.
- Wanneer de initiële startdatum valt na de oorspronkelijke ontvangstdatum van de aanvraag tegemoetkoming:
 - In dit geval kan de startdatum tot maximaal 30 dagen voor de initiële startdatum verschoven worden.
 - De wijziging van de startdatum kan doorgegeven worden tot maximaal 60 dagen na de initiële startdatum.

Voorbeeldsituaties:

Oorspronkelijke ontvangstdatum van de aanvraag tot tegemoetkoming	Initiële startdatum van de periode	Valt de initiële startdatum voor de oorspronkelijke ontvangstdatum?	Mogelijkheid tot verschuiven van de startdatum:	Termijn voor doorgeven van wijziging:
1/01/2024	2/12/2023	Ja	Max 30d voor oorspronkelijke ontvangstdatum (1/01/24) = 2/12/23 => startdatum kan dus niet meer naar	Tot max 60d na oorspronkelijke ontvangstdatum (1/01/24) = 1/03/2024

			voor geschoven worden, wel nog naar achter	
1/01/24	1/03/2024	Nee	Max 30d voor de initiële startdatum (1/03/24) = 31/01/24	Tot max 60d na initiële startdatum (1/03/24) = 30/04/24

Tabel 26 Voorbeeldsituaties wijziging startdatum

Er moet ook altijd een einddatum meegegeven worden.

- > Wanneer de startdatum naar achter geschoven wordt, hoeft de einddatum niet noodzakelijk te wijzigen. In elk geval mag de verschuiving maximaal de verschuiving van de startdatum zijn, maar het mag ook minder zijn.

Bijvoorbeeld als de startdatum 1 week naar achter schuift, dan kan de einddatum ook (maximaal) 1 week naar achter schuiven, maar dit hoeft niet.

- > Wanneer de startdatum naar voor geschoven wordt, moet de einddatum met hetzelfde aantal dagen naar voor geschoven worden. De goedgekeurde periode kan immers niet verlengd worden door het verschuiven van de startdatum.

Bijvoorbeeld: als de startdatum 1 week naar voorschift, dan moet de einddatum ook 1 week naar voor schuiven.

- > De einddatum van een stopgezette behandeling of liaison kan niet meer wijzigen.

Aandachtspunten:

- De wijziging van de startdatum mag niet vallen binnen een periode van verlenging.
- De start- en einddatum van een eventuele onderbreking moeten vallen binnen de aangepaste periode van behandeling of liaison.

Een medewerker doet de registratie van deze wijziging in de softwaretoepassing van de voorziening. De softwaretoepassing initieert het versturen van de vraag tot wijziging naar de centrale zorgkassentoepassing via VSB-net (bericht ModifyRevalidationRequest, onderdeel ModifyRevalidationStart).

Het antwoord van de zorgkassentoepassing:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de wijziging van de startdatum	
Reden: "wijzigen start"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de aanvraag (berichten). Daarom wordt als reden "wijzigen start" vermeld.
Status: Aanvaard	De wijziging van de startdatum wordt geregistreerd. De startdatum wordt aangepast naar de nieuwe datum die werd doorgegeven. Er kunnen prestaties worden gefactureerd aan de zorgkas vanaf de nieuwe begindatum van de aanvaarde periode.
Aanvaarde periode	Dit betreft de voor tegemoetkoming aanvaarde periode in een voorziening. Startdatum: bevat de gewijzigde en vroegst mogelijke startdatum die kan gefactureerd worden.

Tabel 27 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van wijziging van de startdatum

Status: In beraad	Er is nog geen beslissing genomen over het wijzigen van de start van de aanvraag tegemoetkoming, omdat de zorgkassentoepassing over onvoldoende informatie beschikt. Er moet door de voorziening <u>geen</u> actie ondernomen worden. Op een bericht "in beraad" volgt
--------------------------	--

	altijd en automatisch een definitieve beslissing, hetzij een aanvaarding, hetzij een weigering.
Reden waarom nog geen beslissing werd genomen is opgenomen in de foutcode(s):	
Datum wijziging startdatum	De wijziging van de startdatum kan doorgegeven worden tot maximaal 60 dagen na de datum van het bericht waarmee de aanvraag tot tegemoetkoming eerst gemeld werd (oorspronkelijke ontvangstdatum) OF tot maximaal 60 dagen na de initiële startdatum.
Cumul met een opname in een revalidatieziekenhuis	In geval van overlapping met een verblijf in een revalidatieziekenhuis neemt de zorgkas contact op met het revalidatieziekenhuis. In geval van wijziging van de datum of het uur van ontslag in het revalidatieziekenhuis, kan de zorgkas de aanvraag in de voorziening aanvaarden.

Tabel 28 Antwoord van de ZKT bij beslissing 'in beraad' van de wijziging van de startdatum

Inhoud bericht bij weigering van de wijziging van de startdatum	
Status: Geweigerd	De wijziging van de startdatum van de wordt geweigerd. De startdatum blijft de initieel aanvaarde startdatum. Dit betekent dat er verstrekkingen kunnen gefactureerd worden aan de zorgkas binnen de initieel aanvaarde periode.
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). ○ Datumfout ○ De wijziging van de startdatum valt binnen een periode van verlenging. ○ De startdatum is meer dan 30 dagen voor de oorspronkelijke ontvangstdatum of initiële startdatum verschoven. ○ De start- en/of einddatum van een bestaande onderbreking vallen buiten de aangepaste periode.	De (gecodeerde) reden waarom de wijziging van de startdatum wordt geweigerd. Op basis hiervan moet de voorziening gericht acties ondernemen om de fouten te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. In afwachting dat de nieuwe aanpassing in de wijziging van de startdatum wordt verstuurd en aanvaard, blijven de eerder aanvaarde gegevens van toepassing.

Tabel 29 Antwoord van de ZKT bij weigering van de wijziging van de startdatum

10.2.7 Aanvraag verlenging

Een verlenging moet aangevraagd worden wanneer de einddatum van de reeds goedgekeurde periode is verstreken en:

Een verlenging moet aangevraagd worden wanneer:

- De einddatum van de reeds goedgekeurde periode is verstreken én de behandeling of liaison verderloopt met een nieuwe periode die onmiddellijk aansluit op de einddatum van de voorgaande reeds goedgekeurde periode.
- Een verlenging wordt aangevraagd voor een periode van maximaal één jaar voor een nieuwe aanvraag of een herstart. Wanneer de verlenging start met 'Aanmelding en Intake' is de maximaal aan te vragen periode drie jaar.
- Een verlenging wordt aangevraagd voor een periode van maximaal één maand voor een aanvraag liaison.

Bij deze aanvraag dient steeds volgende informatie te worden toegevoegd:

- De gevraagde nieuwe einddatum van de periode met VSB-tegemoetkoming (moet groter zijn dan de bestaande einddatum)
- Het medisch verslag
- Aanvraag (verlenging) tegemoetkoming rolstoelafhankelijk vervoer

Aandachtspunt: De verlenging moet telkens binnen de 30 dagen aangevraagd worden. De periode van behandeling of liaison is altijd één aaneensluitende periode. Dit wil zeggen dat de startdatum van de aangevraagde verlenging altijd onmiddellijk aansluit op de bestaande einddatum van de behandelperiode of liaison. De periode van VSB-tegemoetkoming is de periode waarvoor een akkoord tot tegemoetkoming wordt gegeven. In geval de verlenging laattijdig wordt aangevraagd (> 30 dagen na de start van de verlenging), dan zal de periode waarvoor recht is op VSB-tegemoetkoming niet volledig aaneensluitend zijn.

Aandachtspunt: vergeet niet om bij een verlenging van de aanvraag tegemoetkoming voor behandeling of liaison ook een nieuwe aanvraag voor tegemoetkoming voor rolstoelafhankelijk vervoer in te dienen.

Let op! Tijdens een lopende onderbreking kan geen verlenging aangevraagd worden. Er dient gewacht te worden op de terugkeer van de gebruiker. Afhankelijk van de datum van terugkeer van de gebruiker en de bestaande aanvaarde einddatum zal ofwel een verlenging ofwel een herstart dienen aangevraagd te worden. Indien de zorggebruiker de behandeling of liaison na een onderbreking, hervat na het einde van de goedgekeurde periode, moet de behandeling of liaison stopgezet worden op de dag van de start van de onderbreking en moet er een herstart verstuurd worden.

Een medewerker doet de registratie van deze aanvraag verlenging in de softwaretoepassing van de voorziening. De softwaretoepassing initieert het versturen van de vraag tot wijziging naar de centrale zorgkassentoepassing via VSB-net (bericht ModifyRevalidationRequest, onderdeel CreateExtension).

Het antwoord van de zorgkassentoepassing:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de aanvraag verlenging	
Reden: "aanvraag verlenging"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de aanvraag (berichten). Daarom wordt als reden "aanvraag verlenging" vermeld.
Status: Aanvaard	De aanvraag verlenging wordt geregistreerd. De einddatum wordt aangepast. Er kunnen verder verstrekkingen gefactureerd worden aan de zorgkas binnen de aangepaste aanvaarde periode.

Tabel 30 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de aanvraag verlenging

Inhoud bericht bij beslissing in beraad van de aanvraag verlenging	
Status: In beraad	Er is nog geen beslissing genomen over de aanvraag verlenging, omdat de zorgkassentoepassing over onvoldoende informatie beschikt. Er moet door de voorziening <u>geen</u> actie ondernomen worden. Op een bericht “in beraad” volgt altijd en automatisch een definitieve beslissing, hetzij een aanvaarding, hetzij een weigering.
Cumul met een opname in een revalidatieziekenhuis	In geval van overlapping met een verblijf in een revalidatieziekenhuis neemt de zorgkas contact op met het revalidatieziekenhuis. In geval van wijziging van de datum of het uur van ontslag in het revalidatieziekenhuis, kan de zorgkas de nieuwe aanvraag in de voorziening aanvaarden.

Tabel 31 Antwoord van de ZKT bij beslissing over de aanvraag verlenging “in beraad”

Inhoud bericht bij weigering van de aanvraag verlenging	
Status: Geweigerd	De aanvraag verlenging wordt geweigerd. De einddatum blijft de initieel aanvaarde einddatum. Dit betekent dat er alleen verstrekkingen kunnen gefactureerd worden aan de zorgkas binnen de initieel aanvaarde periode.
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). ○ Datumfout ○ Het RIZIV-nr (formaat) van de arts is niet correct ○ Medisch verslag: niet in overeenstemming met de erkenning van de voorziening. ○ De maximale leeftijd of het maximaal contingent werden overschreden.	De (gecodeerde) reden waarom de aanvraag verlenging wordt geweigerd. Op basis hiervan moet de voorziening gericht acties ondernemen om de fouten te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. In afwachting dat de nieuwe aanpassing in de aanvraag verlenging wordt verstuurd, blijven de eerder aanvaarde gegevens van toepassing.

Tabel 32 Antwoord van de ZKT bij weigering van de aanvraag verlenging

10.2.8 Annulering van een aanvaarde verlenging

Een eerder aanvaarde verlenging van de periode tegemoetkoming VSB kan alsnog geannuleerd worden. De verlenging wordt geïdentificeerd aan de hand van de einddatum van de aanvaarde verlenging.

Aandachtspunt: alleen de meest recente aanvaarde verlenging kan geannuleerd worden.

Een medewerker doet de registratie van deze annulering in de softwaretoepassing van de voorziening.

De softwaretoepassing initieert het versturen van de vraag tot wijziging naar de centrale zorgkassentoepassing via VSB-net (bericht ModifyRevalidationRequest, onderdeel CancelExtension).

Het antwoord van de zorgkassentoepassing:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de annulering van een aanvaarde verlenging	
Reden: "annulering verlenging"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de aanvraag (berichten). Daarom wordt als reden "annulering aanvaarde verlenging" vermeld.
Status: Aanvaard	De annulering van de aanvaarde verlenging wordt geregistreerd. De einddatum wordt opnieuw de initieel aanvaarde einddatum. Dit betekent dat er alleen verstrekkingen kunnen gefactureerd worden aan de zorgkas binnen de initieel aanvaarde periode.

Tabel 33 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de annulering van een aanvaarde verlenging

Inhoud bericht bij weigering van de annulering van een aanvaarde verlenging	
Status: Geweigerd	De annulering van de verlenging 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). ○ De geannuleerde verlenging is niet gekend. ○ De geannuleerde verlenging is niet de meest recente (aanvaarde) verlenging.	De (gecodeerde) reden waarom de annulering verlenging wordt geweigerd. Op basis hiervan moet de voorziening gericht acties ondernemen om de fouten te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. In afwachting dat de nieuwe aanpassing in de annulering verlenging wordt verstuurd, blijven de eerder aanvaarde gegevens van toepassing.

Tabel 34 Antwoord van de ZKT bij weigering van de annulering van een aanvaarde verlenging

10.2.9 Stopzetting van de aanvaarde periode

Bij de aanvraag tegemoetkoming wordt er reeds een einddatum van de behandeling of liaison meegegeven. Indien de behandeling of liaison echter eerder eindigt dan was aangegeven in de aanvraag, dan kan met een wijzigingsbericht de einddatum aangepast worden. Ook wanneer de gebruiker de behandeling of liaison stopzet op de reeds gekende (voorzien) einddatum van de behandeling of liaison, moet de stopzetting worden gemeld.

~~Indien het maximale contingent uitgeput is, moet de voorziening het traject stopzetten.~~

De stopzetting van de behandeling of liaison (CreateRevalidationEnd) moet dus altijd gemeld worden, opdat een cumulprobleem met opeenvolgende behandeling of liaison vermeden zou worden.

Met een wijzigingsbericht kan de einddatum aangepast worden. Volgende informatie dient te worden meegedeeld:

- Verplicht De stopzettingsdatum van de behandeling of liaison (= de nieuwe einddatum van de behandeling of liaison)
- Verplicht De reden/motivering van (vervroegde) stopzetting (zie het medisch verslag)
- Verplicht Referral Doorverwijzing van de gebruiker (zie het medisch verslag)

Indien een onderbreking langer dan drie maanden duurt, dan moet de voorziening de behandeling of liaison stopzetten.

Aandachtspunten bij een vervroegde stopzetting van de behandeling of liaison:

- De datum van stopzetting moet vallen binnen de voor tegemoetkoming aanvaarde periode.
- Een vervroegde stopzetting mag niet binnen een onderbreking vallen. In dat geval moet eerst de onderbreking geannuleerd worden, alvorens de stopzetting kan worden verstuurd. De datum van stopzetting is de datum waarop de onderbreking is begonnen.
- Wanneer de behandeling of liaison wordt stopgezet wordt ook de bijhorende aanvraag vervoerskosten stopgezet.

Antwoord van de zorgkassentoepassing:

Een medewerker doet de registratie van deze stopzetting in de softwaretoepassing van de voorziening. De softwaretoepassing initieert het versturen van de vraag tot wijziging naar de centrale zorgkassentoepassing via VSB-net (bericht ModifyRevalidationRequest, onderdeel CreateRevalidationEnd).

Het antwoord van de zorgkassentoepassing:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de stopzetting van de behandeling of liaison	
Reden: "stopzetting behandeling of liaison"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de aanvraag (berichten). Daarom wordt als reden "stopzetting behandeling of liaison" vermeld.
Status: Aanvaard	De stopzetting van de periode wordt geregistreerd. De einddatum wordt aangepast naar het moment van stopzetting. Er kunnen geen verstrekkingen meer gefactureerd worden aan de zorgkas na de datum van de stopzetting.

Tabel 35 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de stopzetting behandeling of liaison

Inhoud bericht bij weigering van de stopzetting behandeling of liaison	
Status: Geweigerd	De stopzetting behandeling of liaison wordt geweigerd. De einddatum blijft de initieel aanvaarde einddatum. Dit betekent dat er verder verstrekkingen kunnen gefactureerd worden aan de zorgkas binnen de initieel aanvaarde periode.
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	De (gecodeerde) reden waarom de stopzetting behandeling of liaison wordt geweigerd. Op basis hiervan moet de voorziening gericht acties ondernemen om de fouten te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd.

tussen RIZIV-nr en HCO-nr, foutief INSZ). - o Datumfout - o De motivering voor vervroegde stopzetting ontbreekt. - o De vervroegde stopzetting valt binnen een periode van onderbreking.	In afwachting dat de nieuwe aanpassing in de stopzetting van de behandeling of liaison wordt verstuurd, blijven de eerder aanvaarde gegevens van toepassing.
--	--

Tabel 36 Antwoord van de ZKT bij weigering van de stopzetting behandeling of liaison

10.2.10 Annulering van een vervroegde stopzetting

Een eerder aanvaarde vervroegde stopzetting kan alsnog geannuleerd worden. De aanvaarde vervroegde stopzetting wordt geannuleerd.

Een medewerker doet de registratie van deze annulering in de softwaretoepassing van de voorziening. De softwaretoepassing initieert het versturen van de vraag tot wijziging naar de centrale zorgkassentoepassing via VSB-net (bericht ModifyRevalidationRequest, onderdeel CancelRevalidationEndDate).

Het antwoord van de zorgkassentoepassing:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de annulering vervroegde stopzetting	
Reden: "annulering stopzetting"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de aanvraag (berichten). Daarom wordt als reden "annulering stopzetting" vermeld.
Status: Aanvaard	De annulering van de vervroegde stopzetting wordt geregistreerd. De einddatum wordt opnieuw de oorspronkelijk aanvaarde einddatum. Dit betekent dat er verstrekkingen kunnen gefactureerd worden aan de zorgkas binnen de initieel aanvaarde periode.

Tabel 37 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de annulering vervroegde stopzetting

Inhoud bericht bij weigering van de annulering vervroegde stopzetting	
Status: Geweigerd	De annulering van de vervroegde stopzetting wordt geweigerd. In afwachting van een nieuwe annulering blijven de gegevens bestaan zoals ze eerder bestonden. Er kunnen geen verstrekkingen gefactureerd worden aan de zorgkas na de datum van stopzetting.
Foutcode(s) - o 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. - o Technische fout (verkeerd formaat van bericht, geen overeenstemming tussen RIZIV-nr en HCO-nr, foutief INSZ). - o Er is geen vervroegde stopzetting gekend.	De (gecodeerde) reden waarom de annulering stopzetting wordt geweigerd. Op basis hiervan moet de voorziening gericht acties ondernemen om de fouten te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. In afwachting dat de nieuwe aanpassing in de annulering stopzetting wordt verstuurd, blijven de eerder aanvaarde gegevens van toepassing.

10.2.11 Aanpassen medisch verslag

ModifyMedicalReport biedt de mogelijkheid om informatie toe te voegen aan een eerder verstuurd medisch verslag. De identificatie van het medisch verslag gebeurt op basis van de einddatum van de periode tegemoetkoming waarvoor het originele medisch verslag werd verstuurd (ExistingEndDate).

MedicalReport bevat de mogelijke toevoegingen aan de medische verslag, die op elk moment van het traject of liaison gewijzigd kan worden:

- **CreateProgramAndDiagnosis:**

CreateProgramAndDiagnosis biedt de mogelijkheid om een wissel van programma en/of diagnose te melden. De volgende informatie maakt deel uit van de melding:

- **Date:** verplicht element, de datum waarop het nieuwe programma en/of diagnose van toepassing is
- **Physician:** verplicht element, de behandelend arts van de voorziening.
- **MedicalReportDate:** verplicht element, de datum van het medisch verslag
- **TherapyProgram:** verplicht element, het behandelprogramma dat van toepassing is vanaf datum Date. TherapyProgram bevat de fase waarin de behandeling of liaison van de zorggebruiker zich bevindt.
TherapyProgram kan gewijzigd worden gedurende een aanvaarde periode en kan de volgende waarden bevatten:
 - **REGISTRATION_INTAKE:** Aanmelden en Intake
 - **DIAGNOSTICS_TREATMENT:** Gespecialiseerde diagnostiek en behandeling (Functie D en Functie E)
 - **LIAISON:** Voor aanvragen LIAISON is het programma steeds LIAISON.
- **PrimaryDiagnosis:** verplicht element, de primaire diagnose die van toepassing is vanaf datum Date. De primaire diagnose van de zorggebruiker plaatst de zorggebruiker in een bepaalde doelgroep. De doelgroep van de zorggebruiker kan in de loop van de behandeling of liaison gewijzigd of bijgestuurd worden. De hoofdcluster van de behandeling of liaison kan echter niet wijzigen. Het betreft een behandeling of liaison in het kader van 'Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg' of 'Zintuiglijke en neurologische aandoeningen'. Het wijzigen van de primaire diagnose omvat het wijzigen van:
 - **Cluster:** Nevencluster (laagste clusterniveau). De diagnoses waarvoor de zorggebruiker een behandeling of liaison kan starten in een voorziening 'Ambulante gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg' zijn gedefinieerd per cluster. Er worden 2 hoofdclusters gedefinieerd, nl 'Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg' en 'Zintuiglijke en neurologische aandoeningen'. Binnen deze hoofdclusters worden de diagnoses gegroepeerd in logische nevenclusters. De 'Cluster' die meegestuurd wordt in het bericht is de nevencluster van het laagste clusterniveau.
 - **Diagnosis:** Diagnose.
PrimaryDiagnosis omvat eveneens element:
 - **DateInjury:** optioneel element, datum plaatsing implantaat of datum letsel
 - **Suspected:** optioneel element, biedt de mogelijkheid om aan te duiden of de diagnose een vermoedensdiagnose is.
- **SecondaryDiagnosis:** optioneel element, de secundaire diagnose(s) die van toepassing is (zijn) vanaf datum Date. Via een wijziging op het medisch verslag, kunnen één of meerdere secundaire diagnoses van de zorggebruiker optioneel meegegeven worden. Het wijzigen van de secundaire diagnose omvat:
 - **Cluster:** Nevencluster (laagste clusterniveau). De diagnoses waarvoor de zorggebruiker een behandeling of liaison kan starten in een voorziening

‘Ambulante gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg’ zijn gedefinieerd per cluster. Er worden 2 hoofdclusters gedefinieerd, nl ‘Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg’ en ‘Zintuiglijke en neurologische aandoeningen’. Binnen deze hoofdclusters worden de diagnoses gegroepeerd in logische nevenclusters. De ‘Cluster’ die meegestuurd wordt in het bericht is de nevencluster van het laagste clusterniveau.

- **Diagnosis: Diagnose.**

SecondaryDiagnosis omvat eveneens element:

- **DateInjury:** optioneel element, datum plaatsing implantaat of datum letsel
- **Suspected:** optioneel element, biedt de mogelijkheid om aan te duiden of de diagnose een vermoedensdiagnose is.

- **CancelProgramAndDiagnosis:**

CancelProgramAndDiagnosis biedt de mogelijkheid om een eerder gemelde wissel van programma en/of diagnose te annuleren. Het te annuleren programma/diagnose wordt geïdentificeerd aan de hand van de begindatum van de wijziging van het programma/diagnose.

10.2.12 Creëren van een nieuwe onderbreking

Er is sprake van een onderbreking van de behandeling of liaison wanneer de behandeling of liaison (bv in geval van ziekte van de gebruiker) wordt onderbroken. De behandeling of liaison wordt on-hold gezet en kan op een later moment opnieuw verdergezet worden zonder nieuwe aanvraag, tenzij:

- De einddatum van de reeds goedgekeurde periode verstreken is. In dat geval moet de voorziening een ‘herstart’ registreren.
- De onderbreking niet tijdig geregistreerd werd. Dan moet de voorziening eerst de behandelperiode of liaison stopzetten. En nadien moet een “herstart” ingediend worden.
- Er kan niet gefactureerd worden tijdens een onderbreking, tenzij het een onderbreking ‘Wachttijd tussen aanmelding en intake en eerste activiteit’ betreft. In dat geval mogen wel prestaties van het type ‘aanmelding en intake’ gefactureerd worden.

Een onderbreking moet altijd de dag na terugkeer van de onderbreking geregistreerd worden.

Een **onderbreking** kan **nooit langer duren dan 90 dagen**. Indien de gebruiker toch langer afwezig blijft, dan moet een stopzetting worden doorgegeven. De eerder doorgegeven onderbreking moet dan worden geannuleerd. Na aanvaarding van de annulering van de onderbreking moet een stopzetting worden geregistreerd. De datum van stopzetting is dan gelijk aan de datum dat de (geannuleerde) onderbreking startte.

Uitzondering: een onderbreking is onbeperkt indien de reden van onderbreking ‘Wachttijd tussen aanmelding en intake en eerste activiteit’ betreft.

De registratie van een onderbreking gebeurt aan de hand van volgende informatie:

- Datum van de start van de onderbreking
- Optioneel: datum van het einde van de onderbreking indien dit reeds gekend is. Indien dit nog niet gekend is, kan dit later doorgegeven worden via een wijzigingsbericht.
- Motivering van de onderbreking: (verplicht veld en keuze uit onderstaande lijst – 1 keuzemogelijkheid):

label/code	value	geldig vanaf	geldig tot
SUSP_0001	verlof van de zorggebruiker tijdens een ambulant revalidatietraject	1/01/1900	31/12/2999
SUSP_0004	zorggebruiker heeft voorlopig geen nood aan therapie	1/01/1900	31/12/2999
SUSP_0005	collectieve sluiting van de voorziening	1/01/1900	31/12/2999
SUSP_0007	opname ziekenhuis	1/01/1900	31/12/2999

SUSP_0008	ziekte van de zorggebruiker	1/01/1900	31/12/2999
SUSP_015	wachttijd tussen aanmelding en intake en eerste activiteit	1/01/1900	31/12/2999
ANDERE:		1/01/1900	31/12/2999

Tabel 39 Waarden reden onderbreking

Het item “ANDERE:” kan verder aangevuld worden met vrije tekst.

Aandachtspunten bij het creëren van een nieuwe onderbreking:

- Einddatum van de onderbreking moet liggen na de begindatum van de onderbreking.
- Een behandeltraject kan nooit beginnen met een onderbreking, de begindatum van de onderbreking moet dus altijd groter zijn dan de begindatum van de behandelperiode of liaison.
- De einddatum van de onderbreking moet liggen voor de einddatum van de behandelperiode of liaison.
- Verschillende periodes van onderbreking mogen elkaar niet overlappen.

Een medewerker doet de registratie van deze creatie van nieuwe onderbreking in de softwaretoepassing van de voorziening. De softwaretoepassing initieert het versturen van de vraag tot wijziging naar de centrale zorgkassentoepassing via VSB-net (bericht ModifyRevalidationRequest, onderdeel CreateSuspension).

Het antwoord van de zorgkassentoepassing:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de creatie onderbreking	
Reden: “creatie onderbreking”	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de aanvraag (berichten). Daarom wordt als reden “creatie onderbreking” vermeld.
Status: Aanvaard	De creatie van de onderbreking wordt geregistreerd. Tijdens de periode van onderbreking kunnen er geen verstrekkingen gefactureerd worden aan de zorgkas, tenzij het gaat over een onderbreking ‘Wachttijd tussen aanmelding en intake en eerste activiteit’.

Tabel 40 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de creatie onderbreking

Inhoud bericht bij weigering van de creatie onderbreking	
Status: Geweigerd	De creatie van de onderbreking wordt geweigerd. In afwachting van een nieuwe creatie van een onderbreking blijven de gegevens bestaan zoals ze eerder bestonden. Er kunnen verder verstrekkingen gefactureerd worden aan de zorgkas binnen de aanvaarde periode.
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). ○ Datumfout	De (gecodeerde) reden waarom de creatie van de onderbreking wordt geweigerd. Op basis hiervan moet de voorziening gericht acties ondernemen om de fouten te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. In afwachting dat de nieuwe aanpassing in de creatie van de onderbreking wordt verstuurd, blijven de eerder aanvaarde gegevens van toepassing.

○ Overlap met een andere periode van onderbreking ○ Motivering van de onderbreking ontbreekt of bevat een ongeldige waarde ○ Laattijdige melding van de onderbreking	
--	--

Tabel 41 Antwoord van de ZKT bij weigering van de creatie onderbreking

10.2.13 Wijzigen van een onderbreking

De gegevens van een eerder aanvaarde onderbreking kunnen gewijzigd worden. De te wijzigen onderbreking wordt geïdentificeerd aan de hand van de bestaande begindatum van de onderbreking.

Let op! Dit betreft het proces nadat een eerder gemelde onderbreking werd aanvaard door de zorgkassentoepassing. Dit is dus niet het proces dat moet gevolgd worden in het geval de eerder gemelde onderbreking werd geweigerd.

Volgende aanpassingen zijn mogelijk:

- Aanpassing startdatum
- Aanpassing motivatie van de onderbreking
- Registreren einddatum van de onderbreking
- Aanpassen einddatum

Een medewerker doet de registratie van deze wijziging in de softwaretoepassing van de voorziening. De softwaretoepassing initieert het versturen van de vraag tot wijziging naar de centrale zorgkassentoepassing via VSB-net (bericht ModifyRevalidationRequest, onderdeel ModifySuspension).

Het antwoord van de zorgkassentoepassing:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de wijziging onderbreking	
Reden: "wijzig onderbreking"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de aanvraag (berichten). Daarom wordt als reden "wijzig onderbreking" vermeld.
Status: Aanvaard	De wijziging van de onderbreking wordt geregistreerd. Tijdens de (aangepaste) periode van onderbreking kunnen er geen verstrekkingen gefactureerd worden aan de zorgkas tenzij het gaat over een onderbreking 'Wachttijd tussen aanmelding en intake en eerste activiteit'.

Tabel 42 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de wijziging onderbreking

Inhoud bericht bij weigering van de wijziging onderbreking	
Status: Geweigerd	De wijziging van de onderbreking wordt geweigerd. De gegevens van de initieel aanvaarde onderbreking worden behouden. Dit betekent dat er geen verstrekkingen kunnen gefactureerd worden aan de zorgkas binnen de initieel aanvaarde periode van onderbreking tenzij het gaat over een onderbreking 'Wachttijd tussen aanmelding en intake en eerste activiteit'.
Foutcode(s)	De (gecodeerde) reden waarom de wijziging onderbreking wordt geweigerd.

○ 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). ○ Datumfout ○ Overlap met een andere periode van onderbreking ○ Motivering van de onderbreking bevat een ongeldige waarde ○ Laattijdige melding van de onderbreking ○ De te wijzigen onderbreking is niet gekend	Op basis hiervan moet de voorziening gericht acties ondernemen om de fouten te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. In afwachting dat de nieuwe aanpassing in de wijziging onderbreking wordt verstuurd, blijven de eerder aanvaarde gegevens van toepassing.
--	---

Tabel 43 Antwoord van de ZKT bij weigering van de wijziging onderbreking

10.2.14 Annuleren van een onderbreking

Een aanvaarde periode van onderbreking kan geannuleerd worden. De te annuleren onderbreking wordt geïdentificeerd aan de hand van de bestaande begindatum en tijdstip van de onderbreking.

Wanneer een gebruiker na een onderbreking de behandeling of liaison toch definitief stopzet, dan moet de onderbreking worden geannuleerd. Na aanvaarding van de annulering van de onderbreking moet een stopzetting van de behandeling of liaison worden geregistreerd. De datum van stopzetting is dan gelijk aan de datum (en tijdstip) dat de (geannuleerde) onderbreking startte.

Een medewerker doet de registratie van deze annulering in de softwaretoepassing van de voorziening. De softwaretoepassing initieert het versturen van de vraag tot wijziging naar de centrale zorgkassentoepassing via VSB-net (bericht ModifyRevalidationRequest, onderdeel CancelSuspension).

Het antwoord van de zorgkassentoepassing:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de annulering onderbreking	
Reden: "annulering onderbreking"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de aanvraag (berichten). Daarom wordt als reden "annulering onderbreking" vermeld.
Status: Aanvaard	De annulering van de onderbreking wordt geregistreerd. De behandeling of liaison loopt verder zonder onderbreking. Er kunnen verder verstrekkingen gefactureerd worden aan de zorgkas binnen de initieel aanvaarde periode.

Tabel 44 Antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de annulering onderbreking

Inhoud bericht bij weigering van de annulering onderbreking	
Status: Geweigerd	De annulering van de onderbreking wordt geweigerd. In afwachting van een nieuwe annulering blijven de gegevens bestaan zoals ze eerder bestonden. Er kunnen geen verstrekkingen gefactureerd worden aan de zorgkas tijdens deze periode van

	onderbreking, tenzij het gaat over een onderbreking 'Wachttijd tussen aanmelding en intake en eerste activiteit'.
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). ○ De te annuleren onderbreking is niet gekend	De (gecodeerde) reden waarom de annulering van de onderbreking wordt geweigerd. Op basis hiervan moet de voorziening gericht acties ondernemen om de fouten te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. In afwachting dat de nieuwe aanpassing in de annulering van de onderbreking wordt verstuurd, blijven de eerder aanvaarde gegevens van toepassing.

Tabel 45 Antwoord van de ZKT bij weigering van de annulering onderbreking

11 FACTURATIE VAN BEHANDELINGEN OF LIAISON (VARIABEL GEDEELTE)

De facturatie van behandelingen of liaison wordt rechtstreeks verstuurd naar de zorgkas van de zorggebruiker. Zowel de aanvragen als de facturatie verlopen volledig digitaal via het platform Vlaamse sociale bescherming en via de software van de voorziening (eRevaCfin).

De digitale facturatie van de voorzieningen aan de zorgkas gebeurt maandelijks. Dit betekent dat een voorziening met een maandelijkse periodiciteit factureert. De voorziening bepaalt zelf op welke dag zij de zending verstuurt. Elke maand maakt de voorziening één zending (een bundel facturen) over aan de betrokken zorgkas via de VSB-toepassing.

De maandelijkse zending bevat de prestaties van de voorgaande maand. Zo kan men bijvoorbeeld op 20 februari de zending bezorgen aan de zorgkassen voor de prestaties van januari. Per maand kan slechts één zending per zorgkas worden verstuurd. Deze zending moet worden gericht aan de zorgkas waarbij de zorggebruiker is aangesloten op de prestatiedatum die wordt gefactureerd.

Vooraleer een prestatie kan worden gefactureerd, moet binnen de VSB-toepassing eerst een goedgekeurde aanvraag tot behandeling of liaison geregistreerd zijn.

11.1 PRIJZEN EN PRESTATIECODES

De prijzen, prestatiecodes en betrekkelijke verstrekkingen zijn terug te vinden op:

- > [De website van het Departement Zorg](#)
- > Het download center VSB
 - [Nomenclatuur](#)
 - [Prijzen en betrekkelijke verstrekkingen](#)

De regels met betrekking tot persoonlijke aandelen zijn terug te vinden in de overeenkomst van de pilootCAR.

11.2 OVERSCHRIJDING FACTURATIECAPACITEIT

In geval van een overschrijding van de facturatiecapaciteit moet de voorziening gebruikmaken van de bijhorende betrekkelijke verstrekking. In dat geval ontvangt de voorziening geen tegemoetkoming voor de gepresteerde behandelingen of liaison.

11.3 CUMUL VAN PRESTATIES BINNEN EN BUITEN DE VOORZIENING

De volgende cumulregels voor behandeling en liaison zijn van toepassing op de pilootCAR:

	Voorziening A	Voorziening B		
	Binnen de voorziening (voorziening A)	Andere pilootCAR	Andere GGZ-revalidatievoorziening (incl. CAR)	Andere voorziening voor fysieke revalidatie
Voorziening A	Geen cumul toegelaten	Elke cumul toegelaten	Elke cumul toegelaten	Geen cumul toegelaten

Tabel 46 Cumul pilootCAR