|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **R I Z I V**  Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering | | | | | | | | OMZENDBRIEF AAN DE RUSTOORDEN VOOR BEJAARDEN, DE RUST- EN VERZORGINSTEHUIZEN EN DE  CENTRA VOOR DAGVERZORGING  OMZ. ROB 2013/1  OMZ. RVT 2013/1  OMZ. CDV 2013/1 | | | | |
| **Dienst voor geneeskundige verzorging** | | | | | | | |  | | | |
| **Correspondent:** | | | | Directie Verzorgingsinstellingen | | | | |  | |  |
| en -diensten | | | | | | | | |  | | |
| **Tel.:** | 02/739.78.35 | | | | Fax: | 02/739.73.52 | | |  |  | |
| **E-Mail:** | | [Rob.Rvt@riziv.fgov.be](mailto:Rob.Rvt@riziv.fgov.be) | | | | | | |  | | |
| **Onze Referte:** | | | Omz-ROB-RVT-CDV-2013/1 | | | | | | Brussel, 17/01/2013 | | |

1. **Wijziging van de verordening van 28 juli 2003:**

* **aanpassing van de individuele kostennota voor de ROB/RVT/CDV’s,   
  het aanvraagformulier, de kennisgeving en betalingsverbintenis voor tegemoetkoming in CDV’s;**
* **toevoeging van een attest van de behandelende arts voor de CDV’s voor personen met een ernstige ziekte (palliatieve patiënten)**
* **toevoeging van een correctiekostennota voor de ROB/RVT/CDV’s;**

1. **Nieuwe pseudocodes voor de ROB/RVT/CDV’s;**

Mevrouw, mijnheer,

In het *Belgisch Staatsblad* van 31 december 2012 werd een verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bekendgemaakt.

1. **Wijziging van de formulieren**

Het ministerieel besluit van 14 maart 2012 en de koninklijke besluiten van 17 oktober 2011 en 9 januari 2013 voorzien de creatie van de categorieën F (fysisch afhankelijke ouderen), Fd (psychisch afhankelijke ouderen met desoriëntatie in tijd en ruimte), D (ouderen met een diagnose dementie) en Fp (palliatieve ouderen).

Bijgevolg moeten de verschillende formulieren voor CDV aangepast worden. De evaluatieschaal werd reeds gewijzigd (bijlage 41) – zie hiervoor OMZ. ROB-RVT 2012/6.

U vindt in de bijlage van deze omzendbrief de nieuwe modellen:

* de individuele kostennota (bijlage 43),
* het aanvraagformulier voor tegemoetkoming, de kennisgeving en de betalingsverbintenis (bijlage 44a, b en c).

Daarnaast moeten de centra met een **specifieke erkenning** voor personen die lijden aan een ernstige ziekte een nieuw attest gebruiken wanneer ze een aanvraag om tegemoetkoming indienen bij de adviserende geneesheer voor een palliatieve patiënt.

* een attest van de behandelde arts voor de palliatieve patiënten in een CDV voor ouderen die lijden aan een ernstige ziekte (bijlage 44bis).

Tenslotte moeten de ROB/RVT/CDV in een aantal uitzonderlijke situaties en alleen op vraag van de Dienst, wanneer er zich een wijziging voordoet van het bedrag van de tegemoetkoming dat reeds ontvangen werd in het verleden, het volgende gebruiken:

* een correctiekostennota (bijlage 43bis).

Die nieuwe formulieren zijn van toepassing vanaf **1 januari 2013**. Als u echter nog over oude formulieren beschikt, kunt u ze nog tot *31 maart 2013* gebruiken, maar enkel voor de categorie F (fysisch afhankelijke ouderen). In geval van een aanvraag om tegemoetkoming voor een rechthebbende die in categorie Fd (ouderen met desoriëntatie in tijd en ruimte), D (ouderen met een diagnose dementie) of Fp (palliatieve ouderen) is ondergebracht, moet u het nieuwe formulier gebruiken.

1. **Nieuwe pseudocodes**

In bijlage vindt u het volledige overzicht van de pseudocodes die vanaf 1 januari 2013 moeten gebruikt worden opdat we zicht krijgen op het aantal patiënten met een psychische afhankelijkheid of een diagnose dementie, patiënten met een fysische afhankelijkheid.

Daarnaast wil de Dienst ook zicht krijgen op het aantal palliatieve patiënten in de instellingen die een specifieke erkenning voor “centrum voor dagverzorging voor personen die lijden aan een ernstige ziekte” hebben ontvangen vanwege de Gemeenschappen/Gewesten.

De nieuwe formulieren kunnen geraadpleegd worden op onze website: [www.riziv.fgov.be](http://www.riziv.fgov.be) > Zorgverleners > Verzorgingsinstellingen en –diensten > Rustoorden > Formulieren

Voor alle bijkomende inlichtingen kunt u ons **tussen 9 en 12 uur** telefonisch bereiken op het nummer 02/739.78.35, per fax op het nummer 02/739.73.52 of per e-mail op het adres [rob.rvt@riziv.fgov.be](mailto:rob.rvt@riziv.fgov.be). Gelieve altijd uw RIZIV-nummer en uw telefoonnummer te vermelden.

Wij danken u alvast voor uw medewerking in het kader van de regeling van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Hoogachtend,

De leidend ambtenaar,

H. De Ridder,

Directeur-generaal.

**Bijlage 43**

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° en 12°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994

**VERZAMELKOSTENNOTA** Nota nr. .......... blz. ..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Identificatie van de inrichting:  Naam:  Adres:  Tel.:  RIZIV-nummer: |  | Identificatie van het ziekenfonds of de gewes­telijke dienst of gewestelijk geneeskundig centrum :  Nr.:  Naam:  Adres: |
|  |  |  |
| Juridische vorm van de inrichting:  Adres van de zetel:  Nummer van het handelsregister: |  |  |
|  |  | (alleen voor ROB en RVT) |
| Als de zaakvoerder van de inrichting deze in zijn eigen naam exploi­teert:  Naam en voornaam van de exploitant:  Hoofdverblijfplaats:  Nummer van het handelsregister: |  | Datum waarop het quotum aan dagen bereikt werd :  ……………………………………………………………………… |

Verzamelnota nr. .......... van .......... tot .......... uitgevoerd op ..........

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nummer van de  individuele nota | Naam en voornaam van de rechthebbende | Inschrijvingsnum­mer | Aantal dagen | Ten laste V.I. | Ten laste patiënt | To­taal |
| ..........  ..........  .......... | ..........  ..........  .......... | ..........  ..........  .......... | ..........  ..........  .......... | ..........  ..........  .......... | ..........  ..........  .......... | ..........  ..........  .......... |
|  | | Algemeen totaal voor de V.I.: | | .......... |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Te betalen op rekening:  met de verwijzing: |  | Overeenstemmingsstrook |

Ik bevestig dat de hierboven vermelde kosten juist zijn en dat een dubbel van de individuele kostennota aan de rechthebbenden is bezorgd.

De verantwoordelijke van de inrichting.

(Datum, naam en handtekening)

**Bijlage 43 (vervolg)**

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° en 12° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INDIVIDUELE KOSTENNOTA VOOR DE PERIODE VAN TOT** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | Nota nr. | | | | | | | | |
| Identificatie van de inrichting:  Naam:  Adres:  RIZIV-nummer: | | | | Identificatie van de rechthebbende:  Naam:  Voornaam:  Adres:  Inschrijvingsnummer Sociale  Zekerheid (SIS-kaart):  KG 1 / KG 2 : | | | | | | | | |
| Identificatienummer van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst of gewestelijk geneeskundig centrum :  Nr.:  Naam:  Adres: | | | |  | | | | | | | | |
| - Periode(s) van afwezigheid gedurende het trimester die geen aanleiding geven tot de betaling van de tegemoetkoming: | | | | | | | | | | | | |
| van .. .. .. tot .. .. ..  van .. .. .. tot .. .. ..  van .. .. .. tot .. .. .. |  | | | | | |  |  | |  | | |
| - Referenties  Eerste form. 760  Inrichting  V.I. | Laatste form. 760  Inrichting  V.I. | | | | | | | Form. 761  Inrichting  V.I. | | | | |
| VASTE KOSTEN : | | Pseudo-code | Prijs per dag | | | Aantal dagen | | | Ten laste V.I. | | Ten laste patiënt |
| - Tegemoetkomingen voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijkse leven in een ROB of in een RVT (kortverblijf inbegrepen) | |  |  | |  | | | |  | |  |
| Van Tot | |  |  | |  | | | |  | |  |
| .. .. .. .. .. ..  .. .. .. .. .. ..  .. .. .. .. .. .. | |  |  | |  | | | |  | |  |
| - Korting op de gesolidariseerde kost van het incontinentiemateriaal | | 763593 | ……….. | | ……….. | | | | …………........... | | – …………........... |
| - Tegemoetkomingen voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijkse leven in een centrum voor dagverzorging (CDV) voor zorgafhankelijke ouderen of voor personen die lijden aan een ernstige ziekte   |  | | --- | | Van Tot | | .. .. .. .. .. ..  .. .. .. .. .. ..  .. .. .. .. .. .. | |  | | |  |  | |  | | | |  | |  |

**Bijlage 43 (eind)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| - Huisvestingskosten:  eenpersoonskamer  tweepersoonskamer  gemeenschappelijke kamer  huisvestingskosten in CDV  abonnement televisie  abonnement internet  kosten telefoon | 960551  960573  960595  960610  960632  960654  960676 | ………..  ………..  ………..  ……….. | ………..  ………..  ………..  ……….. |  |  |
| TOTAAL VASTE KOSTEN: |  |  | | . . . . . , . . | . . . . . , . . |
| Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: | Pseudo-code | Unitaire prijs | Aantal | Ten laste V.I. | Ten laste patiënt |
| - Verzorgingsmateriaal niet in­begrepen in het forfait:  (libellé) | 960691 | ……….. | ……….. |  |  |
| - Incontinentiemateriaal (1):  (libellé) | 960713 | ……….. | ……….. |  |  |
| - Farmaceutische en parafarmaceutische producten (2):  Voedingssupplementen (2):  Kortingen (3): | 960735  960750  960772 |  |  |  | – |
| Andere supplementen (op vraag van de patiënt): |  |  |  |  |  |
| - Was | 960794 | ……….. | ……….. |  |  |
| - Pedicure | 960816 | ……….. | ……….. |  |  |
| - Manicure | 960831 | ……….. | ……….. |  |  |
| - Drank | 960853 | ……….. | ……….. |  |  |
| - Totale kost andere supplementen (niet behorend tot vorige categorieën) | 960875 |  |  |  |  |
| Transport in relatie tot gezondheidszorgen: |  |  |  |  |  |
| - Taxi | 960890 | ……….. | ……….. |  | …………………... |
| - Ambulance | 960912 | ……….. | ……….. |  | …………………... |
| - Vervoer woonplaats / CDV | 960934 | ……….. | ……….. |  | …………………... |
| TOTAAL SUPPLEMENTEN EN TRANSPORT: |  |  | |  | . . . . . , . . |

(1) Enkel voor de centra voor dagverzorging waar de kost van het incontinentiemateriaal niet inbegrepen is in de verblijfskosten.

(2) Totale kost.

(3) Het bedrag van de kortingen ten gunste van de patiënt in het negatief aanduiden.

**Bijlage 43 bis**

Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11° en 12°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994

**CORRECTIEKOSTENNOTA** Nota nr. .......... blz. ..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Identificatie van de inrichting:  Naam:  Adres:  Tel.:  RIZIV-nummer: |  | Identificatie van het ziekenfonds of de gewes­telijke dienst of gewestelijk geneeskundig centrum :  Nr.:  Naam:  Adres: |
|  |  |  |
| Juridische vorm van de inrichting:  Adres van de zetel:  Nummer van het handelsregister: |  |  |
|  |  | (alleen voor ROB en RVT) |
| Als de zaakvoerder van de inrichting deze in zijn eigen naam exploi­teert:  Naam en voornaam van de exploitant:  Hoofdverblijfplaats:  Nummer van het handelsregister: |  | Datum waarop het quotum aan dagen bereikt werd :  ……………………………………………………………………… |

Correctiekostennota nr. .......... van .......... tot .......... uitgevoerd op ..........

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nummer van de  oorspronkelijke verzamelkostennota | Naam en voornaam van de rechthebbende | Inschrijvingsnum­mer | | Pseudocode | Aantal dagen | Correctiebedrag | Ten laste V.I. |
| ..........  ..........  .......... | ..........  ..........  .......... | ..........  ..........  .......... | | ..........  ..........  .......... | ..........  ..........  .......... | ..........  ..........  .......... | ..........  ..........  .......... |
|  | |  | Algemeen totaal voor de V.I.: | | |  | .......... |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Te betalen op rekening:  met de verwijzing: |  | Overeenstemmingsstrook |

Ik bevestig dat de hierboven vermelde kosten juist zijn en dat een dubbel van de individuele kostennota aan de rechthebbenden is bezorgd.

De verantwoordelijke van de inrichting.

(Datum, naam en handtekening)

**Bijlage 44 a**

**AANVRAAG OM DE TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE**

**HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN IN EEN CENTRUM VOOR DAGVERZORGING**

(Art. 34, 11°, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)

|  |  |
| --- | --- |
| **CENTRUM VOOR DAGVERZORGING**   * voor afhankelijke ouderen (1) * voor personen die lijden aan een ernstige ziekte (1)   Erkenningsnummer | Benaming en adres |
| **VERZEKERINGSINSTELLING**  Nr. Ziekenfonds of  Gewestelijke dienst of  Gewestelijk geneeskundig centrum | Benaming en adres |

**RECHTHEBBENDE :**

Inschrijvingsnummer V.I. :

NAAM – Voornaam :……………………………………………………Geboortedatum :

Adres :

OPNEMINGSDATUM : ………………………….uur : ………………………

Datum van de aanvraag :

Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is opgenomen op de datum en het uur vermeld in het aanwezigheidsregister van de inrichting.

Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende, die gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag.

Ik vraag de tegemoetkoming aan die overeenkomt met de volgende categorie (1):

Categorie F (2) – Categorie Fd (2) – Categorie D (3) – Categorie Fp (4)

Het betreft hier : **een eerste aanvraag – een verlenging** (1).

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum :

Handtekening – Naam :

1. Schrappen wat niet past.
2. Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, de evaluatieschaal tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming.
3. Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, de evaluatieschaal en attesteer ik dat de datum waarop het gespecialiseerd diagnostisch bilan werd uitgevoerd zich bevindt in het verzorgingsdossier van de patiënt.
4. Enkel de centra voor dagverzorging voor personen met een ernstige ziekte, die erkend zijn door de bevoegde overheid, kunnen aanspraak maken op een forfaitaire tegemoetkoming voor deze categorie. Indien het gaat om een eerste opname, voeg ik hierbij onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer een attest van de behandelende arts dat stelt dat de rechthebbende voldoet aan de voorwaarden bedoeld in de regelgeving *(z*ie het model in bijlage 44*bis).*

**Bijlage 44 b**

**KENNISGEVING EN BETALINGSVERBINTENIS OM DE TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN**

**IN EEN CENTRUM VOOR DAGVERZORGING**

(Art. 34, 11°, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)

|  |  |
| --- | --- |
| **CENTRUM VOOR DAGVERZORGING**  Erkenningsnummer | Benaming en adres |
| **VERZEKERINGSINSTELLING**  Nr. Ziekenfonds of  Gewestelijke dienst of  Gewestelijk geneeskundig centrum | Benaming en adres |

**RECHTHEBBENDE :**

Inschrijvingsnummer V.I. :

NAAM – Voornaam :……………………………………………………Geboortedatum :

Adres :

**beslissing van de verzekeringsinstelling**

Akkoord van …………………………………………………………. tot

voor de opneming van de rechthebbende in een centrum voor dagverzorging.

Eventuele opmerkingen :

|  |  |
| --- | --- |
| **Code gerechtigde** | |
| **KG 1** | **KG 2** |
|  |  |

**BETALINGSVERBINTENIS**

De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe het bedrag van de tegemoetkoming te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor de rechthebbende die is ondergebracht in categorie F – Fd – D – Fp (1) vanaf ……………………... tot ………………………..

**Voor het ziekenfonds of de gewestelijke Dienst of het gewestelijk geneeskundig centrum.** (1)

De verantwoordelijke,

Datum :

Handtekening – Naam :

(1) Schrappen wat niet past.

**Bijlage 44 c**

**WEIGERING VAN TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE**

**HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN IN EEN CENTRUM VOOR DAGVERZORGING**

(Art. 34, 11°, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)

|  |  |
| --- | --- |
| **CENTRUM VOOR DAGVERZORGING**  Erkenningsnummer | Benaming en adres |
| **VERZEKERINGSINSTELLING**  Nr. Ziekenfonds of  Gewestelijke dienst of  Gewestelijk geneeskundig centrum | Benaming en adres |

**RECHTHEBBENDE :**

Inschrijvingsnummer V.I. :

NAAM – Voornaam :……………………………………………………Geboortedatum :

Adres :

**reden van de weigering**

De verzekeringsinstelling weigert de tegemoetkoming voorzien door de reglementering betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, te vergoeden om hierboven vermelde reden.

**Voor de verzekeringsinstelling – het gewestelijk kantoor – het gewestelijk geneeskundig centrum.** (1)

De verantwoordelijke,

Datum :

Handtekening – Naam :

(1) Schrappen wat niet past.

**Bijlage 44*bis***

**Attest van de behandelend arts**

**Ter attentie van de adviserend geneesheer**

(*bij te voegen bij de aanvraag tot tegemoetkoming in het geval van een vraag tot tenlasteneming van een palliatief patiënt in een centrum voor dagverzorging voor personen met een ernstige ziekte*)

Ik ondergetekende ………………………………………………….……………………..., Arts,

behandelende arts van de patiënt ………………..……………………………………...(naam)

……………..………………………………………..(voornaam)

…………………….………..………………………..(rijksregisternummer)

attesteer dat (1) :

* de patiënt voldoet aan de voorwaarden bedoeld in artikel 148*bis*, tweede lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zijnde :

1° hij bevindt zich in een vergevorderde of terminale fase van een ernstige, progressieve en levensbedreigende ziekte (ongeacht zijn of haar levensverwachting);

2° hij heeft ernstige fysieke, psychische, sociale en geestelijke noden die een belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet vergen en die reguliere thuiszorg rechtvaardigen;

3° hij verblijft thuis en heeft de intentie om verder thuis te verblijven;

4° hij heeft, gemotiveerd door zijn irreversibele aandoening(en), tijdens de laatste 3 maanden het voorwerp uitgemaakt van:

* minstens één ziekenhuisverblijf (klassieke hospitalisatie of daghospitalisatie);
* verzorging door een dienst voor thuisverpleging, door een kinésitherapeut, en/of een tenlasteneming door een multidisciplinaire begeleidingsequipe
* of de patiënt voldoet aan de voorwaarden bedoeld in artikel 3 van het koninklijk besluit van 2 december 1999 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, bedoeld in artikel 34, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskun­dige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zijnde:

1° hij lijdt aan één of meerdere irreversibele aandoeningen;

2° hij evolueert ongunstig, met een ernstige algemene verslechtering van zijn fysieke/psychische toestand;

3° therapeutische ingrepen en revaliderende therapie hebben geen invloed meer op die ongunstige evolutie;

4° de prognose van de aandoening(en) is slecht en het overlijden wordt op relatief korte termijn verwacht (levensverwachting meer dan 24 uur en minder dan drie maand);

5° hij heeft ernstige fysieke, psychische, sociale en geestelijke noden die een belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet vergen (indien nodig wordt een beroep gedaan op hulpverleners met een specifieke bekwaming, en op aangepaste technische middelen);

6° hij heeft de intentie om thuis te sterven.

Stempel van de arts, Handtekening,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(1) Schrappen wat niet past.

**Pseudocodes, van toepassing vanaf 1 januari 2013**

*A. Rust- en verzorgingstehuizen*

- forfait voor categorie B in RVT (volledige tegemoetkoming) 0763033 -

- forfait voor categorie C in RVT (volledige tegemoetkoming) 0763055 -

- forfait voor categorie Cdem in RVT (volledige tegemoetkoming) 0763070 -

- forfait voor categorie Cc in RVT (volledige tegemoetkoming) 0763092 -

- forfait voor categorie B in RVT (partiële tegemoetkoming) 0763114 -

- forfait voor categorie C in RVT (partiële tegemoetkoming) 0763136 -

- forfait voor categorie Cdem in RVT (partiële tegemoetkoming) 0763151 -

- forfait voor categorie Cc in RVT (partiële tegemoetkoming) 0763173 -

*B. Rustoorden voor bejaarden*

- geregistreerde niet-erkende inrichtingen 0764411 -

- forfait voor categorie O in ROB (volledige tegemoetkoming) 0763195 -

- forfait voor categorie A in ROB (volledige tegemoetkoming) 0763210 -

- forfait voor categorie B in ROB (volledige tegemoetkoming) 0763232 -

- forfait voor categorie C in ROB (volledige tegemoetkoming) 0763254 -

- forfait voor categorie Cdem in ROB (volledige tegemoetkoming) 0763276 -

**- forfait voor categorie D in ROB (volledige tegemoetkoming) 0763696** -

- forfait voor categorie O in ROB (partiële tegemoetkoming) 0763291 -

- forfait voor categorie A in ROB (partiële tegemoetkoming) 0763313 -

- forfait voor categorie B in ROB (partiële tegemoetkoming) 0763335 -

- forfait voor categorie C in ROB (partiële tegemoetkoming) 0763350 -

- forfait voor categorie Cdem in ROB (partiële tegemoetkoming) 0763372 -

**- forfait voor categorie D in ROB (partiële tegemoetkoming) 0763711** -

- forfait voor categorie O in ROB (volledige tegemoetkoming) - kortverblijf 0763394 -

- forfait voor categorie A in ROB (volledige tegemoetkoming) - kortverblijf 0763416 -

- forfait voor categorie B in ROB (volledige tegemoetkoming) - kortverblijf 0763431 -

- forfait voor categorie C in ROB (volledige tegemoetkoming) - kortverblijf 0763453 -

- forfait voor categorie Cdem in ROB (volledige tegemoetkoming) - kortverblijf 0763475 -

**- forfait voor categorie D in ROB (volledige tegemoetkoming) - kortverblijf 0763733** -

- forfait voor categorie O in ROB (partiële tegemoetkoming) - kortverblijf 0763490 -

- forfait voor categorie A in ROB (partiële tegemoetkoming) - kortverblijf 0763512 -

- forfait voor categorie B in ROB (partiële tegemoetkoming) - kortverblijf 0763534 -

- forfait voor categorie C in ROB (partiële tegemoetkoming) - kortverblijf 0763556 -

- forfait voor categorie Cdem in ROB (partiële tegemoetkoming) - kortverblijf 0763571 -

**- forfait voor categorie D in ROB (partiële tegemoetkoming) - kortverblijf 0763755** -

*C. Dagverzorgingscentra*

- forfait F 0764514 -

- **forfait Fp** **0764912** -

- **forfait D 0764934** -

**- forfait Fd 0764956** -

*D. ROB-RVT: Korting op de gesolidariseerde kost van het incontinentiemateriaal*  0763593 -