

**Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming**

Koning Albert II-laan 35 bus 37

1030 BRUSSEL

www.departementzorg.be

www.vlaamsesocialebescherming.be

|  |  |
| --- | --- |
|  | FACTUUR  reiskosten (semi) professioneel vervoer  **Te bezorgen aan de zorgkas van de gebruiker**  **Naam zorgkas van de gebruiker: ………………………………………………………………………………………………………………….………………**  **HCO-nummer van de voorziening: ……………………………………………………………………………………………………………………………….** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Identificatie van de gebruiker | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | voor- en achternaam |  | | | | | |
|  | rijksregisternummer |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Gegevens van de (semi) professioneel vervoerder | |
|  | | |
|  | | |
|  | naam van de vervoerder of de organisatie |  |
|  |  | □ semi-professioneel vervoerder  □ professioneel vervoerder |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | adres (straat, huisnummer, postcode, gemeente) |  |
|  | KBO-nummer |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | IBAN-nummer |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | BIC |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | e-mail |  |
|  | telefoon |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | In te vullen door de (semi) professioneel vervoerder |
|  | |

# In te vullen door de

Maand waarop het vervoer betrekking heeft: …………………

Jaar waarop het vervoer betrekking heeft: ……………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A** | **B** | **C** | **D** | **E** |
| **Datum waarop het vervoer plaatsvond** | **Adres domicilie of verblijf gebruiker**  **(straat, nummer, postcode en gemeente)** | **Locatie van de revalidatie / RAT**  **(Site ID hoofdlocatie of antennepunt, straat, nummer, postcode en gemeente)** | **Afstand in kilometer (snelste route tussen B en C)** | **Enkele rit of**  **heen en terug** |
| ……./……./……. |  |  |  | □ enkel rit  □ heen en terug |
| ……./……./……. |  |  |  | □ enkel rit  □ heen en terug |
| ……./……./……. |  |  |  | □ enkel rit  □ heen en terug |
| ……./……./……. |  |  |  | □ enkel rit  □ heen en terug |
| ……./……./……. |  |  |  | □ enkel rit  □ heen en terug |
| ……./……./……. |  |  |  | □ enkel rit  □ heen en terug |
| ……./……./……. |  |  |  | □ enkel rit  □ heen en terug |
| ……./……./……. |  |  |  | □ enkel rit  □ heen en terug |
| ……./……./……. |  |  |  | □ enkel rit  □ heen en terug |
| ……./……./……. |  |  |  | □ enkel rit  □ heen en terug |
| ……./……./……. |  |  |  | □ enkel rit  □ heen en terug |
| ……./……./……. |  |  |  | □ enkel rit  □ heen en terug |
| ……./……./……. |  |  |  | □ enkel rit  □ heen en terug |
| ……./……./……. |  |  |  | □ enkel rit  □ heen en terug |
| ……./……./……. |  |  |  | □ enkel rit  □ heen en terug |
| ……./……./……. |  |  |  | □ enkel rit  □ heen en terug |
| ……./……./……. |  |  |  | □ enkel rit  □ heen en terug |
| ……./……./……. |  |  |  | □ enkel rit  □ heen en terug |
| ……./……./……. |  |  |  | □ enkel rit  □ heen en terug |
| ……./……./……. |  |  |  | □ enkel rit  □ heen en terug |
| ……./……./……. |  |  |  | □ enkel rit  □ heen en terug |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Vergoeding** | **Te ontvangen bedrag van de zorgkas** |
| Ritten <5 km | Aantal ritten  ………………. X …………….…€ |  |
| Ritten >5 km | Aantal kilometers  ………………. X ……………….€ |  |
| **Totaal** |  | ……………………………………€ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |
|  | Ondertekening door verantwoordelijke van het vervoerbedrijf | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | **Ik bevestig op eer dat bovenvermelde gegevens juist en volledig zijn. Zij zijn gebaseerd op deze vermeld in het eigen register van het voertuig. In dat register staan voor elke rit vermeld: vertrekplaats, uur van vertrek, bestemming, uur van aankomst, identificatie van alle passagiers inclusief hun effectieve verblijfplaats. Dit door elke passagier na iedere rit ondertekende register, houd ik ter beschikking van de bevoegde instanties.** | | | | | | | |
|  | datum | dag |  | maand |  | jaar |  |  |
|  | handtekening |  | | | | | | |
|  | voor- en achternaam |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |
|  | Ondertekening door verantwoordelijke van de revalidatievoorziening[[1]](#footnote-2) | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | Ik bevestig op eer dat de revalidatieprestaties op de gegeven data in de aangegeven revalidatievoorziening verstrekt zijn aan de gebruiker, in de revalidatievoorziening. | | | | | | | |
|  | datum | dag |  | maand |  | jaar |  |  |
|  | handtekening |  | | | | | | |
|  | voor- en achternaam |  | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Aandachtspunten bij verzending van de factuur**  Facturen bevatten gevoelige gegevens van gebruikers, waaronder het rijksregisternummer, die op een gepaste manier beveiligd moeten worden.  Daarom is het belangrijk dat facturen op de correcte manier bezorgd worden aan de zorgkas.  Dat kan op verschillende manieren:   * Via post   + De adressen van de zorgkassen zijn terug te vinden in 5.3.   + Met vermelding van ‘medisch geheim’ op de enveloppe, alsook duidelijke vermelding van de de zorgkas waarnaar de facturen verzonden worden. * Digitaal   + Via mail naar de zorgkas waarbij het Word-document (de factuur) ge-zipped wordt met een sterk (16 verschillende karakters) wachtwoord en een versleutelingsalgoritme. Dit wachtwoord wordt bezorgd via een ander kanaal dan waarmee de email gestuurd wordt (bijvoorbeeld telefoon).   + Voor documenten die via pdf worden verzonden, is het noodzakelijk dat elk pdf-document slechts facturen van één gebruiker bevat. |

1. Niet van toepassing voor vervoer van en naar een rolstoeladviesteam (RAT) [↑](#footnote-ref-2)