

CHAPITRE V. — *Dispositions modificatives, exécutives et d'entrée en vigueur*

**Art. 14.** Aux articles 1<sup>er</sup>, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 24, 26 en 27 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 13 décembre 2002 portant exécution du décret du 19 juillet 2002 relatif à la gestion d'archives néerlandophone de droit privé, le mot « administration » est remplacé chaque fois par les mots « agence Kunsten en Erfgoed ».

**Art. 15.** Aux articles 1<sup>er</sup>, 7, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 24, 26, 27, 29, 31, 33 en 35 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 septembre 2001 portant exécution du décret du 20 décembre 1996 relatif à l'agrément et au subventionnement de musées, le mot « administration » est remplacé chaque fois par les mots « agence Kunsten en Erfgoed ».

**Art. 16.** Dans l'article 23 du même arrêté, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 6 septembre 2002, le mot « administration » est remplacé par les mots « agence Kunsten en Erfgoed ».

**Art. 17.** A l'article 2 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 19 mai 1998 portant exécution du décret sur la musique du 31 mars 1998 et réglant l'octroi de subventions pour des missions de composition pour le théâtre musical, les mots « division Musique, Littérature et Arts de la scène de l'administration de la Culture du département de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Culture du ministère de la Communauté flamande » sont remplacés par les mots « agence Kunsten en Erfgoed ».

**Art. 18.** A l'article 2 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 22 octobre 1998 portant exécution du décret sur les Arts de la scène du 18 mai 1999 et modifiant l'arrêté du Gouvernement flamand du 19 mai 1998 portant exécution du décret sur la Musique du 31 mars 1998 et réglant l'octroi de subventions pour des missions de composition pour le théâtre musical, les mots « division Musique, Littérature et Arts de la scène de l'administration de la Culture du département de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Culture du ministère de la Communauté flamande » sont remplacés par les mots « agence Kunsten en Erfgoed ».

CHAPITRE VI. — *Dispositions finales*

**Art. 19.** Le Gouvernement flamand fixe la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.

**Art. 20.** Le Ministre flamand ayant la Culture dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.  
Bruxelles, le 11 juin 2004.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,  
B. SOMERS

Le Ministre flamand des Affaires intérieures, de la Culture, de la Jeunesse  
et de la Fonction publique,  
P. VAN GREMBERGEN

## MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

N. 2004 — 2541

[C — 2004/36004]

**19 MAART 2004. — Ministerieel besluit houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering**

De Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen,

Gelet op het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, gewijzigd bij de decreten van 22 december 1999, 8 december 2000, 18 mei 2001 en 20 december 2002;

Gelet op het besluit van de Vlaamse regering van 17 juli 2000 betreffende de organisatie, het beheer, de werking en de erkenning van de zorgkassen en betreffende de controle op de zorgkassen, zoals gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse regering van 14 december 2001;

Gelet op het besluit van de Vlaamse regering van 28 september 2001 houdende de erkenning, de registratie en de machtiging, en houdende de aansluiting, de aanvraag en de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering, zoals gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse regering van 14 december 2001, 25 oktober 2002, 13 december 2002, 9 mei 2003 en 14 november 2003;

Gelet op het besluit van de Vlaamse regering van 10 juni 2003 tot bepaling van de bevoegdheden van de leden van de Vlaamse regering, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse regering van 29 augustus 2003 en 24 oktober 2003;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 16 januari 2004;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, vervangen bij de wet van 4 juli 1989 en gewijzigd bij de wet van 4 augustus 1996;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat de Vlaamse zorgverzekering volgens de aangepaste procedures van start gaat op 1 januari 2004 zodat onverwijld uitvoering moet gegeven worden aan de bepalingen van de besluiten van de Vlaamse regering ter zake en de betrokken zorgkassen en de burgers rechtszekerheid moet worden geboden omtrent de nieuwe regeling in het kader van de zorgverzekering,

Besluit :

**Artikel 1.** De handleiding zorgverzekering, die als bijlage bij dit besluit gevoegd is, wordt goedgekeurd.

**Art. 2.** Het ministerieel besluit van 23 december 2002 houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering, zoals gewijzigd, wordt opgeheven.

**Art. 3.** Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2004.

Brussel, 19 maart 2004.

## Handleiding Zorgverzekering

- DEEL I. Verdere definiëring van de actoren
- Hoofdstuk I. Vertegenwoordiger
- Afdeling I. Vertegenwoordiger zonder volmacht
- Afdeling II. Vertegenwoordiger met volmacht
- DEEL II. Beschrijving van de processen
- Hoofdstuk I. Hoogte van de bijdragen
- Hoofdstuk II. Betaling van de jaarlijks verschuldigde bijdrage door aangeslotenen
- Hoofdstuk III. Aansluiting bij een zorgkas
- Afdeling I. Aansluiting bij een zorgkas naar keuze
- Afdeling II. Ambtshalve aansluiting
- Afdeling III. Meerdere aansluitingen bij verschillende zorgkassen in eenzelfde periode
- Afdeling IV. Beëindiging van de aansluiting
- Hoofdstuk IV. voor tenlasteneming en beslissing over de formele voorwaarden
- Afdeling I. Tabel
- Afdeling II. Gebruikers die ouder zijn dan 25 jaar
- Afdeling III. Gebruikers Sancties bij niet aansluiting en niet betaling
- Hoofdstuk V. Verandering van zorgkas
- Afdeling I. Verandering van zorgkas
- Afdeling II : Verandering van zorgkas en MOB-wetgeving
- Hoofdstuk VI. Aanvraag (onder de 25 jaar) die nog niet bij een zorgkas kunnen aansluiten door het betalen van de bijdrage
- Hoofdstuk VII. Formele voorwaarde voor tenlasteneming indien de gebruiker de laatste 5 jaar niet ononderbroken in Vlaanderen of Brussel gewoond heeft
- Hoofdstuk VIII. Vaststelling van het ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen bij de aanvraag voor tenlasteneming
- Afdeling I. Gebruiker of zijn vertegenwoordiger doet een beroep op een verblijfsattest
- Afdeling II. Gebruiker of zijn vertegenwoordiger doet een beroep op een attest van een indicatiestelling die reeds uitgevoerd is
- Afdeling III. Gebruiker of zijn vertegenwoordiger heeft geen attest
- Hoofdstuk IX. Vergoeding voor het uitvoeren van de indicatiestelling
- Hoofdstuk X. Handleiding BEL zorgverzekering
- Hoofdstuk XI. Beslissing over de tenlasteneming
- Hoofdstuk XII. Geldigheidsduur van een beslissing
- Hoofdstuk XIII. Verandering van zorgvorm
- Hoofdstuk XIV. Beslissing tot herziening, verlenging of stopzetting van een (oorspronkelijke) positieve beslissing
- Afdeling I. Herziening op vraag van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger
- Afdeling II. Verlenging van een positieve beslissing
- Afdeling III. Stopzetting van een positieve beslissing
- Hoofdstuk XV. Controle op de tenlasteneming
- Hoofdstuk XVI. Uitvoering van de tenlasteneming
- Afdeling I. Financiële regeling : algemeen
- Afdeling II. Financiële regeling met betrekking tot mantel- en thuiszorg voor gebruikers die in Vlaanderen wonen
- Afdeling III. Financiële regeling met betrekking tot mantel- en thuiszorg voor gebruikers die in Brussel wonen
- Afdeling IV. Financiële regeling met betrekking tot diensten verleend door professionele, residentiële voorzieningen
- Hoofdstuk XVII. Terugvordering van onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen
- Afdeling I. Terugvordering
- Afdeling II. Vrijstelling van terugvordering
- Hoofdstuk XVIII. Cumulatie van de tenlasteneming met uitkeringen krachtens andere bepalingen
- Afdeling I. Mantel- en thuiszorg en persoonlijk assistentiebudget (PAB)
- Afdeling II. Mantel- en thuiszorg en het verblijf in een residentiële voorziening erkend door het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap
- Hoofdstuk XIX. Bezwaar bij het Vlaams Zorgfonds
- Hoofdstuk XX. Rechtzetting door de zorgkassen van foutieve beslissingen
- Hoofdstuk XXI. Gegevensinzameling
- Afdeling I. Recordtype A : leden
- Afdeling II. Recordtype B : tenlastenemingsdossiers
- Afdeling III. Recordtype D : indicatiestellers en resultaten
- Afdeling IV. Recordtype M : Mantelzorgers
- Hoofdstuk XXII. Slotbepalingen

## Nota

Telkens in deze handleiding Brussel wordt vermeld, dient hieronder te worden verstaan het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, zoals bedoeld in het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering en de bijhorende uitvoeringsbesluiten

**DEEL I. — Verdere definiëring van de actoren****HOOFDSTUK I. — Vertegenwoordiger**

De vertegenwoordiger van de gebruiker is een natuurlijke persoon die optreedt in plaats van de gebruiker bij alle handelingen die de gebruiker moet stellen opdat hij dekking van kosten voor niet-medische zorg in het kader van de zorgverzekering zou kunnen verkrijgen.

**Afdeling I. — Vertegenwoordiger zonder volmacht**

Volgende personen kunnen zonder volmacht als vertegenwoordiger van een gebruiker optreden :  
de echtgenoot, echtgenote of een verwant in de eerste of tweede graad ((groot)ouder, (klein)kind, broer of zus) van de gebruiker;

De vertegenwoordiger dient op het aanvraagformulier te vermelden onder welke hoedanigheid hij of zij zich ten opzichte van de gebruiker bevindt (echtgenote, zus, enz.)

- een meerderjarig lid van het gezin van de gebruiker. In dit geval volstaat ter bewijsvoering een attest van gezinssamenstelling van betrokkenen. Dit attest wordt door de gemeente uitgereikt;
- de wettelijke vertegenwoordiger van de gebruiker : zijnde 1 van de onderstaande personen :
  - één van de ouders of, in voorkomend geval, de voogd voor een niet-ontvoogde minderjarige. Hetzelfde geldt voor de verlengd minderjarige die op het vlak van zijn persoon en zijn goederen met een minderjarige beneden vijftien jaar wordt gelijkgesteld;
  - de voogd, zijnde in voorkomend geval de echtgenoot of echtgenote voor een onbekwaamverklaarde;
  - een voorlopige bewindvoerder kan worden voorzien voor een verdachte die geïnterneerd is en noch onbekwaam is verklaard noch onder voogdij staat, indien zijn belangen zulks eisen. De voorlopige bewindvoerder int onder meer de schuldvorderingen, voldoet de schulden en vertegenwoordigt de geïnterneerde in rechte als verweerder en als eiser;
  - een voorlopige bewindvoerder kan door de vrederechter toegevoegd worden aan een meerderjarige die geheel of gedeeltelijk, zij het tijdelijk wegens zijn gezondheidstoestand, niet in staat is zijn goederen te beheren. Tenzij het tegendeel blijkt uit de rechterlijke beslissing waarbij de voorlopige bewindvoerder wordt aangesteld, vertegenwoordigt hij de beschermde persoon in alle rechtshandelingen en procedures met betrekking tot diens goederen;
- de directeur van het rusthuis, rust- en verzorgingstehuis of psychiatrisch verzorgingstehuis waar de gebruiker verblijft op voorwaarde van de aanwezigheid en het bezorgen aan de zorgkas van :
  - een doktersattest waaruit blijkt dat de gebruiker niet bij machte is zelf de aanvraag tot tenlasteneming te ondertekenen
  - een verklaring van de directeur van het rusthuis, rust- en verzorgingstehuis of psychiatrisch verzorgingstehuis dat er voor de betrokken gebruiker, geen andere personen bekend zijn die conform de hierboven vermelde categorieën als vertegenwoordiger zonder volmacht kunnen optreden.

**Afdeling II. — Vertegenwoordiger met volmacht**

De personen die niet voldoen aan één van de in afdeling I vermelde omschrijvingen kunnen als vertegenwoordiger van de gebruiker optreden als zij over een document beschikken waarin staat dat de gebruiker of diens wettelijke vertegenwoordiger hem volmacht verleent. Dit kan om het even wie zijn, het is niet beperkt tot het wettelijke begrip 'vertegenwoordiger'.

Dit document moet gedagtekend zijn en ondertekend door de gebruiker of diens wettelijke vertegenwoordiger. De verklaring op het document kan zijn als volgt :

'naam gebruiker' geeft hierbij volmacht aan 'naam vertegenwoordiger' om in naam en voor rekening van 'naam gebruiker' alle formaliteiten te verrichten die nodig zijn opdat hij/zij zijn/haar recht op tenlastenemingen in het kader van de zorgverzekering zou kunnen laten gelden.

**DEEL II. — Beschrijving van de processen****Hoofdstuk I. — Hoogte van de bijdragen**

Periode :

- 1 oktober 2001 tot 31 december 2002 : 10 euro
- jaar 2003 :
  - 25 euro
  - 10 euro voor de personen die op 1 januari 2002 recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging
- jaar 2004 :
  - 25 euro
  - 10 euro voor de personen die op 1 januari 2003 recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging

**HOOFDSTUK II. — Betaling van de jaarlijks verschuldigde bijdrage door aangeslotenen**

Onder dit hoofdstuk wordt de betaling behandeld, eens men aangesloten is.

De zorgkas is verplicht de jaarlijkse ledenbijdragen van zijn leden te innen. De zorgkas bepaalt de manier waarop zij de bijdragen van hun aangeslotenen innen.

De zorgkas of de oprichtende instantie mag de uitnodiging tot betaling van de bijdrage voor de zorgverzekering samen met de uitnodiging tot betaling voor andere producten (van de zorgkas of van zijn oprichtende instanties) via één document verrichten.

Er wordt de aangeslotene wel een aparte mededeling bezorgd waar duidelijk vermeld staat welk bedrag van de aangeslotene voor de Vlaamse zorgverzekering gevraagd wordt. Er wordt ook duidelijk vermeld voor welke periode het bedrag gevraagd wordt.

Beide documenten kunnen uiteraard in eenzelfde mailing verstuurd worden.

De mededeling dient minstens de volgende informatie te bevatten :

- het bedrag dat in het kader van de zorgverzekering gevraagd wordt en de periode waarvoor dit bedrag gevraagd wordt.
- de maatregel van de opschorting van de tenlasteneming met vier maanden op het moment dat de aangeslotene recht heeft op tenlasteneming, voor elk jaar dat een aangeslotene zijn bijdrage niet, niet volledig of niet tijdig betaald heeft.
- indien een aangeslotene zich niet in staat acht om de jaarlijkse ledenbijdrage te betalen, dan kan hij het OCMW vragen of zij in de plaats van de aangeslotene de ledenbijdrage aan de zorgkas wil betalen. Het OCMW is echter niet verplicht het verzoek van deze aangeslotene in te willigen.

Bestaande domiciliëringsoverdrachten kunnen slechts gebruikt worden om de bijdrage door een aangeslotene te laten betalen als deze persoon (of zijn gezinshoofd) hiervoor voorafgaandelijk de toestemming gegeven heeft.

De aangeslotene betaalt zijn verschuldigde, jaarlijkse ledenbijdrage in het lopende jaar aan zijn zorgkas. De bijdragen moeten uiterlijk 31 december op de rekening van de zorgkas zelf staan. Uitzonderlijk mag de bijdrage voor het jaar 2003 uiterlijk 5 januari 2004 op de rekening van de zorgkas zelf staan.

Wanneer een persoon niet betaalt, dan kan de zorgkas een herinneringsbrief naar deze persoon sturen.

De zorgkassen mogen een einddatum voor het betalen van de bijdrage vooropstellen. Deze einddatum mag niet vallen voor 1 januari van het jaar waarop de bijdrage betrekking heeft. Als deze einddatum in het lopende jaar valt, mogen er geen sancties aan verbonden worden.

Een aangeslotene, voor wie een aanvraag voor tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering ingediend wordt, betaalt zijn ledenbijdrage van dat jaar vóór het indienen van de aanvraag. In afwijking hiervan betaalt de persoon voor wie een aanvraag in het eerste kwartaal van het jaar ingediend wordt, zijn bijdrage vóór 1 april van dat jaar.

Een aangeslotene, die reeds recht heeft op tenlasteneming, betaalt zijn ledenbijdrage in het eerste kwartaal van het jaar.

Derden (werkgever, OCMW) kunnen de bijdragen betalen van personen die bij een zorgkas aangesloten zijn. De zorgkas is in het bezit van een lijst van personen voor wie de derde de bijdrage betaalt. De lijst die de derde aan de zorgkas bezorgt, bevat per aangeslotene de gegevens die in het register moeten bijgehouden worden. Deze procedure is niet verplicht voor bijdragen, gezamenlijk betaald door een gezinshoofd.

### HOOFDSTUK III. — Aansluiting bij een zorgkas

#### Afdeling I. — Aansluiting bij een zorgkas naar keuze

Een persoon is pas aangesloten bij een zorgkas wanneer voor de eerste keer de ledenbijdrage betaald is.

De oprichtende instanties van de zorgkassen kunnen een mailing sturen naar hun leden en/of verzekerden met de mededeling dat zij kunnen aansluiten bij een zorgkas. Deze mailing mag in naam van de oprichtende instantie gebeuren. Er is enerzijds de mededeling in verband met de zorgverzekering en anderzijds de uitnodiging tot de betaling van de bijdrage waardoor men aansluit. De mailing mag samen met de promotie van andere producten gebeuren.

De mededeling en de uitnodiging tot betaling (de overschrijving) moeten op aparte documenten verspreid worden.

De mededeling dient minstens de volgende informatie te bevatten :

- het bedrag dat in het kader van de zorgverzekering gevraagd wordt en de periode waarvoor dit bedrag gevraagd wordt.
- iedereen die in Vlaanderen woont en ouder is dan 25 jaar, is verplicht zich bij één van de acht erkende zorgkassen aan te sluiten. Dit gebeurt door het betalen van de ledenbijdrage.
- de maatregel van de opschorting van de tenlasteneming met vier maanden op het moment dat de aangeslotene recht heeft op tenlasteneming, voor elk jaar dat een aangeslotene zijn bijdrage niet, niet volledig of niet tijdig betaald heeft.
- indien een aangeslotene zich niet in staat acht om de jaarlijkse ledenbijdrage te betalen, dan kan hij het OCMW vragen of zij in de plaats van de aangeslotene de ledenbijdrage aan de zorgkas wil betalen. Het OCMW is echter niet verplicht het verzoek van deze aangeslotene in te willigen

De uitnodiging tot betaling vermeldt enkel het bedrag dat moet betaald worden voor de zorgverzekering. Er wordt benadrukt dat de eerste bijdrage, waardoor men aansluit, betaald moet worden via storting op een rekeningnummer op naam van de zorgkas.

De zorgkassen dienen de keuzevrijheid van de gebruiker te respecteren. De mededeling en de uitnodiging tot betaling mogen dus geen aanwijzingen bevatten die laten uitschijnen dat aansluiting bij de zorgkas in kwestie verplicht is. Het moet steeds duidelijk zijn dat aansluiting bij één van de acht erkende zorgkassen verplicht is.

De zorgkassen mogen met betrekking tot de personen die 26 jaar worden, ten vroegste 1 april als einddatum voor het betalen van de bijdrage vooropstellen met vermelding van de reden dat men anders vanaf 1 juli ambtshalve aangesloten zal worden bij de Vlaamse Zorgkas. In geen geval mag hiervoor als sanctie de schorsing met vier maanden als reden opgegeven worden.

Mits toelating van de betrokkenen kunnen derden personen bij een zorgkas aansluiten. De zorgkassen die personen via derden aansluiten, beschikken over een verklaring van de betrokken persoon waaruit blijkt dat deze vrijwillig kiest om aan te sluiten bij de zorgkas.

Indien een derde de aansluiting van andere personen wil realiseren, dan stelt de derde een lijst op van de personen die via de betrokken derde bij de zorgkas willen aangesloten worden. De zorgkas zal dan een lijst in haar bezit hebben van aangesloten personen, waarvoor in groep betaald wordt. Deze procedure is niet verplicht voor gezamenlijke aansluitingen, betaald door het gezinshoofd.

Alleen een werkgever of een OCMW kan als derde optreden.

Een gezinshoofd kan gezinsleden aansluiten.

Samen met de betaling van de bijdragen bezorgen de derden een lijst aan de zorgkas van de personen waarvoor de betaling wordt uitgevoerd. Deze lijst bevat per aangeslotene de volgende gegevens : rijksregisternummer, naam, adres, geboortedatum, geslacht, nationaliteit, bedrag.

De zorgkas moet een register bijhouden van de bij haar aangesloten personen. Zij registreert ten minste de volgende gegevens van de aangeslotenen :

- ◇ rijksregisternummer
- ◇ naam
- ◇ adres
- ◇ geboortedatum
- ◇ geslacht
- ◇ nationaliteit
- ◇ datum betaling eerste ledenbijdrage

De zorgkas bepaalt zelf hoe dit register vorm zal krijgen. Het Zorgfonds vraagt alleen dat deze gegevens ter plaatse per individueel aangeslotene in een begrijpelijke vorm bijgehouden worden zodat ze door een inspecteur kunnen gecontroleerd worden.

Wanneer een persoon niet aansluit, dan kan een herinneringsbrief gestuurd worden.

#### *Afdeling II. — Ambtshalve aansluiting*

Een eerste betaling van de bijdrage is geen voorwaarde voor ambtshalve aansluiting bij de Vlaamse Zorgkas.

Alle personen die zich ondanks de verplichting niet binnen de gestelde termijnen voor aansluiting naar keuze aansluiten bij een erkende zorgkas, zijn bij de Vlaamse Zorgkas ambtshalve aangesloten.

Hierbij kunnen verschillende categorieën onderscheiden worden :

Aansluiting met ingang van 1 oktober 2001

- Personen die wonen in Vlaanderen en 26 jaar of ouder zijn in het jaar 2002 en personen die voor 1 juli 2002 in Vlaanderen komen wonen zijn en 26 jaar of ouder zijn in het jaar 2002 :

Dergelijke personen zal geen schorsing met vier maanden opgelegd worden als de bijdrage voor de periode van 1 oktober 2001 tot 31 december 2002 bij de Vlaamse Zorgkas ten laatste op 5 januari 2004 op het rekeningnummer van de zorgkas staat. Uiteraard moet ook de bijdrage voor 2003 tijdig betaald worden om geen schorsing voor 2003 op te lopen.

- Personen die tussen 1 juli 2002 en 31 december 2002 in Vlaanderen komen wonen zijn en 26 jaar of ouder zijn in het jaar 2002.

Dergelijke personen zal geen schorsing met vier maanden opgelegd worden als de bijdrage voor de periode van 1 oktober 2001 tot 31 december 2002 bij de Vlaamse Zorgkas ten laatste op 31 december 2004 op het rekeningnummer van de zorgkas staat.

Vanaf het moment dat de betrokkene een eerste bijdrage betaald heeft, moet hij in hetzelfde jaar de eventuele bijdragen voor voorgaande en lopende kalenderjaren betalen. In het andere geval wordt hij geschorst (met verlies van rechten).

Aansluiting vanaf 1 januari 2003

- Personen die in Vlaanderen wonen en in een kalenderjaar 26 jaar worden :

De eerste bijdrage kan zonder een schorsing op te lopen, betaald worden bij iedere zorgkas tot 31 december van het jaar na het jaar waarin men 26 jaar is geworden.

- Personen die in de eerste jaarhelft van een kalenderjaar (van 1 januari tot 30 juni) in Vlaanderen komen wonen terwijl ze in het kalenderjaar minstens 26 jaar zijn of worden :

De eerste bijdrage kan zonder een schorsing op te lopen, betaald worden bij iedere zorgkas tot 31 december van het jaar na het jaar waarin men in Vlaanderen is komen wonen.

- Personen die in de tweede jaarhelft van een kalenderjaar (van 1 juli tot 31 december) in Vlaanderen komen wonen, terwijl ze in het kalenderjaar minstens 26 jaar zijn of worden :

De eerste bijdrage kan zonder een schorsing op te lopen, betaald worden bij iedere zorgkas tot 31 december van het tweede jaar na het jaar waarin men in Vlaanderen is komen wonen.

Vanaf het moment dat de betrokkene een eerste bijdrage betaald heeft, moet hij in hetzelfde jaar de eventuele bijdragen voor voorgaande en lopende kalenderjaren betalen. In het andere geval wordt hij geschorst (met verlies van rechten).

Voorbeeld 1 :

- iemand die in oktober 2003 in Vlaanderen komt wonen, sluit voor het eerst tijdig aan door de bijdrage te betalen op 15 november 2003, hij is aangesloten met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2003
- hij betaalt de bijdrage voor 2004 en 2005 op 1 maart 2005
- hij wordt geschorst met 4 maanden omdat hij de bijdrage voor 2004 laattijdig betaalt, hij had hiervoor tijd tot 31 december 2004.

Voorbeeld 2 :

- iemand die in oktober 2003 in Vlaanderen komt wonen, sluit voor het eerst tijdig aan door een bijdrage te betalen op 15 maart 2005, hij is aangesloten met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2003 (hij had tijd tot 31 december 2005 om aan te sluiten zonder schorsing)
- hij betaalt de bijdrage voor 2004 en 2005 op 20 maart 2005
- hij wordt niet geschorst, hij had tijd tot 31 december 2005 om de bijdragen voor 2003, 2004 en 2005 te betalen.

De ambtshalve aansluiting bij de Vlaamse Zorgkas vervalt als de persoon zich alsnog bij een andere zorgkas aansluit door het betalen van minstens één bijdrage. De zorgkas in kwestie vordert nog verschuldigde bijdragen in.

Enmaal de aangeslotene een ledenbijdrage aan de Vlaamse Zorgkas betaald heeft, kan hij van zorgkas veranderen via de procedure, beschreven in hoofdstuk V, afdeling I.

*Afdeling III. — Meerdere aansluitingen bij verschillende zorgkassen in eenzelfde periode*

Een persoon kan niet bij verschillende zorgkassen aangesloten zijn. Het Vlaams Zorgfonds zal dit via de opvraging van de rijksregisternummers van de aangesloten leden bij de verschillende zorgkassen controleren.

Als principe geldt dat de persoon –die zijn bijdrage betaald heeft- aangesloten is bij de zorgkas die als eerste binnen de daartoe voorziene termijnen aan het Vlaams Zorgfonds meegedeeld heeft dat de persoon bij hem aangesloten is. Indien de zorgkassen op hetzelfde ogenblik meedelen dat een persoon bij hen aangesloten is, dan is de persoon aangesloten bij de zorgkas die als eerste de ledenbijdrage van de aangeslotene heeft ontvangen.

De andere zorgkassen stellen de persoon schriftelijk op de hoogte dat zijn aansluiting bij hen vervalt, omdat hij reeds bij een zorgkas aangesloten was.

Indien de persoon in eenzelfde periode meerdere tenlastenemingen bij verschillende zorgkassen heeft verkregen, dan vorderen de zorgkassen – met uitzondering van de zorgkas waarbij de persoon effectief aangesloten is - de bedragen bij deze persoon terug.

*Afdeling IV. — Beëindiging van de aansluiting*

Een aansluiting kan alleen beëindigd worden om volgende redenen :

- de aangeslotene verlaat Vlaanderen of Brussel
- de aangeslotene komt te overlijden
- de in Brussel wonende aangeslotene beëindigt op vrijwillige basis zijn aansluiting

De aansluiting wordt beëindigd op 31 december van het jaar waarin de reden van beëindiging van de aansluiting plaatsvond.

De aangeslotene of zijn vertegenwoordiger meldt de zorgkas per brief dat de aansluiting beëindigd wordt. In geval van overlijden voegt de vertegenwoordiger van de gebruiker een kopie van de overlijdensakte toe.

De aangeslotene moet in principe de volledige ledenbijdrage van het jaar waarin de reden van beëindiging van de aansluiting plaats vond, nog betalen. In afwijking hiervan moeten bij overlijden van de aangeslotene de ledenbijdragen niet meer betaald worden, indien de aangeslotene die nog verschuldigd zou zijn.

*HOOFDSTUK IV. — Sancties bij niet aansluiting en niet betaling*

Wanneer een persoon zijn ledenbijdrage niet betaalt, gelden volgende sancties :

- de opschorting van de tenlasteneming met verlies van rechten

De zorgkas moet de gebruiker zijn recht op tenlasteneming met vier maanden opschorten, voor elk jaar dat deze niet, niet volledig of niet tijdig betaald heeft.

Deze opschorting gaat in op het moment dat de aangeslotene als gebruiker recht heeft op tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering (m.a.w. de eerste dag van de derde maand volgend op het indienen van een aanvraag). De gebruiker verliest ook zijn rechten op tenlasteneming voor die opgeschorte periodes.

Er is sprake van een schorsing en van een wachttijd. Indien een gebruiker zowel een schorsing als een wachttijd opliep, dan worden deze periodes gecumuleerd.

## 1. schorsing

De zorgkas moet de gebruiker zijn recht op tenlasteneming met vier maanden opschorten, voor elk jaar dat deze niet, niet volledig of niet tijdig betaald heeft, hoewel hij aangesloten was bij een zorgkas. Het niet tijdig betalen van de bijdrage voor de periode van 1 oktober 2001 tot en met 31 december 2002 leidt tot een schorsing met vier maanden.

## 2. wachttijd

De zorgkas moet de gebruiker zijn recht op tenlasteneming met vier maanden opschorten, voor elk jaar dat deze in Brussel woonde en zich niet tijdig aangesloten heeft bij een zorgkas, hoewel hij had kunnen aansluiten. Het niet aangesloten zijn tijdens de periode van 1 oktober 2001 tot en met 31 december 2002 leidt tot een wachttijd van vier maanden.

De zorgkas registreert de schorsing en/of wachttijd wanneer de bijdrage voor een bepaald jaar niet, niet volledig of niet tijdig betaald is.

- Een persoon kan geen aanvraag voor tenlasteneming indienen, als hij niet bij een zorgkas aangesloten is door het betalen van minstens één bijdrage (dit geldt uiteraard niet voor de personen die geen bijdrage moeten betalen).
- Wanneer een aangeslotene –die reeds minstens één bijdrage voor voorgaande jaren betaald heeft- een aanvraag voor tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering indient en hij zijn jaarlijkse ledenbijdrage nog niet heeft betaald, dan wordt, ten vroegste vanaf de maand april, de bijdrage afgetrokken van de eerste tenlasteneming als deze tenlasteneming nog in het kalenderjaar van de aanvraag valt.

Indien de eerste tenlasteneming niet in het kalenderjaar van de aanvraag valt, kan de zorgkas de aanvraag in dat jaar enkel aanvaarden als aan de beide, volgende voorwaarden is voldaan :

- ❖ de bijdrage wordt in het kalenderjaar van de aanvraag betaald;
- ❖ de bijdrage wordt binnen de 60 dagen na de datum van indiening van de aanvraag betaald.

## &gt; voorbeeld 1 :

- iemand dient een aanvraag in op 15 april 2004;
- hij heeft recht op tenlastenemingen vanaf 1 juli 2004, de zorgkas kan de bijdrage voor het lopende jaar dus op een tenlasteneming van het lopende jaar compenseren;
- de bijdrage voor 2004 werd nog niet betaald;
- de zorgkas compenseert de bijdrage op de tenlasteneming van juli 2004.

## &gt; voorbeeld 2 :

- iemand dient een aanvraag in op 15 oktober 2004;
- hij heeft normaal gezien recht op tenlastenemingen vanaf 1 januari 2005;
- de bijdrage voor 2004 werd nog niet betaald;
- vanaf 15 oktober 2004 heeft hij 60 dagen tijd om de bijdrage voor 2004 alsnog te betalen. De bijdrage voor het lopende jaar kan immers niet meer op tenlastenemingen van het lopende jaar gecompenseerd worden.
- hij betaalt de bijdrage voor 2004 op 5 november 2004, dus binnen de zestig dagen;
- de zorgkas voert tenlastenemingen uit vanaf 1 januari 2005.

- Wanneer een aangeslotene recht heeft op tenlastenemingen terwijl hij nog bijdragen voor voorgaande jaren verschuldigd is, dan compenseert de zorgkas deze bijdragen op de eerste tenlasteneming of tenlastenemingen. Uiteraard heft deze compensatie de schorsing niet op.
- Wanneer een aangeslotene, die reeds recht heeft op tenlasteneming, zijn ledenbijdrage niet in het eerste kwartaal van het jaar betaalt, dan wordt het bedrag van de bijdrage afgetrokken van het bedrag van de tenlasteneming in de maand april.

#### HOOFDSTUK V. — Verandering van zorgkas

##### Afdeling I. — Verandering van zorgkas

Een verandering van zorgkas gaat in op 1 januari.

Bij een verandering van zorgkas wordt de volgende procedure gevolgd :

1. Een persoon verandert van zorgkas door aan de nieuwe zorgkas het ondertekend mutatieformulier te bezorgen ten laatste op 5 december van het jaar voorafgaand aan het jaar waarin hij van zorgkas verandert.
2. De nieuwe zorgkas kan ten vroegste op 25 november en ten laatste op 6 december een tekstbestand via mail aan het Vlaams Zorgfonds bezorgen dat per record volgende velden omvat.

naam	veldlengte	opmerkingen
rijksregisternummer	11	
code nieuwe zorgkas	3	

3. In voorkomend geval levert het Vlaams Zorgfonds dit tekstbestand via mail ten laatste op 10 december terug aan de nieuwe zorgkas aangevuld met de code van de afstaande zorgkas.

naam	veldlengte	opmerkingen
rijksregisternummer	11	
code nieuwe zorgkas	3	
code afstaande zorgkas (volgens Zorgfonds)	3	

4. De nieuwe zorgkas levert via mail ten laatste op 15 december aan de hoofdzetel van de afstaande zorgkas één tekstbestand (meerdere bestanden en decentraal mag als zorgkassen dit onderling schriftelijk overeenkomen).

naam	veldlengte	opmerkingen
rijksregisternummer	11	
code nieuwe zorgkas	3	
code afstaande zorgkas (volgens Zorgfonds)	3	
afdeling nieuwe zorgkas	3	
inschrijvingsnummer nieuwe zorgkas	15	facultatief
naam	48	
voornaam	48	

5. De nieuwe zorgkas stuurt ten laatste op 20 december en aangetekend de originele mutatieformulieren in één zending naar de hoofdzetel van de afstaande zorgkas (meerdere zendingen en decentraal mag als zorgkassen dit onderling schriftelijk overeenkomen)

6. De afstaande zorgkas vult het tekstbestand aan met de noodzakelijke gegevens en stuurt ten laatste op 15 januari het aangevulde bestand via mail en waar nodig het papieren dossier per post naar de hoofdzetel van de nieuwe zorgkas. (meerdere bestanden en zendingen en decentraal mag als zorgkassen dit onderling schriftelijk overeenkomen).

aangeslotene

Als het enkel de mutatie van een aangeslotene betreft, wordt via mail samen met de A-string een tekstbestand met de volgende elementen geleverd :

Bij weigering van een mutatie door de afstaande zorgkas worden enkel de velden tot en met het veld 'afdeling afstaande zorgkas' ingevuld :

naam	veldlengte	opmerkingen
rijksregisternummer	11	
code nieuwe zorgkas	3	
code afstaande zorgkas (volgens Zorgfonds)	3	
afdeling nieuwe zorgkas	3	
inschrijvingsnummer nieuwe zorgkas	15	facultatief
naam	48	
voornaam	48	
straat woonplaats	32	
nummer woonplaats	9	

naam	veldlengte	opmerkingen
bus woonplaats	5	
NIS-code woonplaats	5	
postcode woonplaats	5	
gemeente woonplaats	40	
straat-verblijfplaats	32	indien idem met 'woonplaats' hoeft dit veld niet ingevuld te worden (blanco's)
nummer-verblijfplaats	9	indien idem met 'woonplaats' hoeft dit veld niet ingevuld te worden (blanco's)
bus-verblijfplaats	5	indien idem met 'woonplaats' hoeft dit veld niet ingevuld te worden (blanco's)
NIS-code verblijfplaats	5	indien idem met 'woonplaats' hoeft dit veld niet ingevuld te worden (blanco's)
postcode-verblijfplaats	5	indien idem met 'woonplaats' hoeft dit veld niet ingevuld te worden (blanco's)
gemeente-verblijfplaats	40	indien idem met 'woonplaats' hoeft dit veld niet ingevuld te worden (blanco's)
geboortedatum	8	DDMMYYYY
geslacht	1	M/V
nationaliteit	3	Landcode (KSZ)
weigering/acceptatie mutatie	2	01 mutatie aanvaard – dossier afgesloten 02 rijksregisternummer foutief of blanco 03 laattijdige aanvraag mutatie 04 MOB-wetgeving geen lid in verplichte ziekteverzekering 05 mutatie-aanvraag op zelfde datum bij meerdere zorgkassen 06 geen lid bij ons, foutieve zorgkas 07 ondertussen overleden 08 ontbreken handtekening 09 betwisting handtekening 10 tegentekening door muterende 11 mutatieformulier ontbreekt
code-afstaande-zorgkas	3	
afdeling-afstaande-zorgkas	3	
inschrijvingsnummer-afstaande-zorgkas	15	
schorsing-wachttijd	3	totaal aantal maanden opgelegde schorsing en/of wachttijd
schorsing-wachttijd	3	aantal maanden resterende schorsing en/of wachttijd op einde december
Brussel-datum-start	8	DDMMYYYY, dit is datum start laatste onderbroken aansluiting
Brussel-aantal-jaren-wachttijd	2	dit is 00, 01, 03, 05 of 10 jaar
dossier-zorgbehoevendheid	1	J/N
totaal-nog-verschuldigde-bijdragen	4	
jaren-niet-betaald	10 en opbouwend	020305 enz.

#### Technische voorwaarden van de bestanden

- het gaat om tekstbestanden;
- er wordt steeds gewerkt met een vaste veldlengte
- er wordt steeds links uitgelijnd;
- (deels) lege velden worden opgevuld met blanco's.

#### zorgbehoevende

Als de mutatie een persoon betreft met een lopend dossier of een persoon voor wie in het laatste kalenderjaar voor de mutatie een positieve of negatieve beslissing genomen is, worden bovendien de volgende gegevens in een papieren dossier bezorgd (wat niet van toepassing is, kan uiteraard weggelaten worden) :

Het volstaat de gegevens met betrekking tot de laatst genomen beslissing door de afstaande zorgkas aan de nieuwe zorgkas te bezorgen. De gegevens met betrekking tot eerdere beslissingen dienen niet bezorgd te worden.



Volgende elementen dienen uit het papieren dossier gehaald te kunnen worden :

naam	opmerkingen
GKB. nummer indicatiesteller	cfr. maatregelen ter inperking van shoppinggedrag
datum indicatiestelling	cfr. maatregelen ter inperking van shoppinggedrag
score indicatiestelling	
Code aanvraag, herziening of verlenging	cfr. B-string
datum van de aanvraag, herziening of verlenging	cfr. B-string
code indicatiesteller of attest bij aanvraag, herziening of verlenging	cfr. B-string
resultaat van de indicatiestelling bij aanvraag, herziening of verlenging	cfr. B-string
code bijkomend onderzoek	cfr. B-string
datum van indicatiestelling bijkomend onderzoek :	cfr. B-string
resultaat van de indicatiestelling bij bijkomend onderzoek	cfr. B-string
code beslissing	cfr. B-string
datum van de beslissing	cfr. B-string
datum laatste wijziging zorgvorm	cfr. B-string
code zorgvorm	cfr. B-string
code beslissing na controle	cfr. B-string
resultaat van de indicatiestelling bij controle	cfr. B-string
datum van de beslissing na controle	cfr. B-string
einddatum uitvoering tenlastenemingen	cfr. B-string
PAB Vlaams Fonds	nodig om te weten of mag uitbetaald worden of niet
erkeningsnummer van de residentiële voorziening waarin de persoon verblijft	nodig om correct de uitbetaling te kunnen doen voor personen met residentiële zorg en om desnoods hernieuwde aanvragen t.g.v. verhuis naar een andere residentie correct te kunnen verwerken
ingangsdatum van verblijf in een voltijds regime in een door het Vlaams Fonds erkende residentiële voorziening	nodig omdat voor periodes van verblijf in een voltijds regime de tenlasteneming moet opgeschort worden.

identificatiegegevens vertegenwoordiger

naam	
voornaam	
straat woonplaats	
nummer woonplaats	
bus woonplaats	
postcode woonplaats	
gemeente woonplaats	
telefoonnummer	
statuut vertegenwoordiger	wettelijke vertegenwoordiger-echtgeno(o)t(e) - zus-broer-(groot)ouder-(klein)kind-met volmacht

identificatiegegevens mantelzorger(s)

rijksregisternummer zorgbehoevende	
naam	
voornaam	
straat woonplaats	
nummer woonplaats	
bus woonplaats	
postcode woonplaats	
gemeente woonplaats	
telefoonnummer	
relatie mantelzorger	echtgeno(o)t(e) – partner – moeder – vader – zus – broer – dochter – zoon – buur – andere

7. In de periode van 15 december tot 15 januari wordt de mogelijkheid van tegentekening voorzien om te garanderen dat de persoon wel degelijk bij de nieuwe zorgkas wenst aan te sluiten. Concreet betekent dit dat de aansluiting bij de nieuwe zorgkas niet doorgaat als :

- de persoon het herroepingsformulier ondertekent waarin verklaard wordt dat hij bij de afstaande zorgkas wenst te blijven;
- de afstaande zorgkas dit formulier aangetekend en ten laatste op 15 januari (postdatum) bezorgt aan de hoofdzetel van de nieuwe zorgkas.

Tenlastenemingen worden door die zorgkas uitbetaald waarbij de gebruiker aangesloten was in de maand waarop de tenlasteneming betrekking heeft. Dit houdt in dat er geen kredietoverdracht van de oude naar de nieuwe zorgkas zal plaatsvinden.

Terugvorderingen bij de gebruiker worden ook door die zorgkas verricht waarbij de gebruiker aangesloten was op het moment dat de tenlastenemingen, waarop de terugvordering betrekking heeft, onterecht uitgevoerd zijn.

#### *Afdeling II. — Verandering van zorgkas en MOB-wetgeving*

Indien een persoon op 1 januari van een kalenderjaar niet langer lid kan blijven van een zorgkas van een ziekenfonds omwille van het feit dat diezelfde persoon ondertussen van ziekenfonds is veranderd zonder tijdig een mutatieformulier bij een andere zorgkas te hebben ingediend, kan hij na de in afdeling I vooropgestelde mutatieprocedure toch nog veranderen van zorgkas.

Hierbij geldt de volgende procedure :

1. De afstaande zorgkas zal de betrokkene verwittigen van het feit dat hij niet langer aangesloten kan blijven omdat hij van ziekenfonds is veranderd.

2. De afstaande zorgkas zal de betrokken persoon een mutatieformulier bezorgen waarop de gegevens van de afstaande zorgkas zijn aangebracht, samen met een brief waarin de coördinaten zijn opgenomen van de 4 zorgkassen waar betrokkene wel kan bij aansluiten. Deze brief bevat verder de mededeling dat :

- men niet kan aansluiten bij een mutualistische zorgkas indien men niet bij één van de ziekenfondsen van deze mutualistische zorgkas is aangesloten.
- men het ingevulde, ondertekende en gedateerde mutatieformulier voor 30 mei aan de zorgkas van zijn keuze moet bezorgen
- indien men niet voor 30 mei reageert, men ambtshalve bij de Vlaamse Zorgkas zal worden aangesloten

3. De betrokken persoon stuurt het door hem verder ingevulde, ondertekende en gedateerde mutatieformulier voor 30 mei door naar de zorgkas van zijn keuze.

4. De nieuwe zorgkas schrijft de betrokken persoon in als inkomende mutatie met terugwerkende kracht op 1 januari van het jaar waarin zij het mutatieformulier ontvangt.

5. De nieuwe zorgkas stuurt het origineel mutatieformulier voor 30 juni door naar de afstaande zorgkas. De afstaande zorgkas stuurt alle in het kader van de gewone mutaties opgelegde gegevens door naar de nieuwe zorgkas.

Deze mutatieregeling is slechts mogelijk tot 30 juni.

Indien er voor 30 juni geen mutatieformulier bij de afstaande zorgkas ingediend is, dan zijn er twee mogelijkheden :

1. de afstaande zorgkas heeft de betrokkene niet vóór 30 mei 2003 schriftelijk op de hoogte gebracht van het feit dat hij omwille van de MOB-problematiek geen lid van de zorgkas kan blijven.

In dit geval blijft de betrokkene lid van de afstaande zorgkas tot wanneer hij via de gewone mutatieprocedure naar de zorgkas van zijn keuze kan veranderen;

2. de afstaande zorgkas heeft de betrokkene wel degelijk vóór 30 mei 2003 op de hoogte gebracht.

In dit geval muteert de betrokkene naar de Vlaamse Zorgkas. De afstaande zorgkas stuurt hiertoe, uiterlijk 31 juli 2003, alle in het kader van een gewone mutatie opgelegde gegevens door naar de Vlaamse Zorgkas.

De Vlaamse Zorgkas brengt de betrokken persoon op de hoogte van zijn aansluiting bij de Vlaamse Zorgkas en de redenen die hiertoe aanleiding hebben gegeven.

## HOOFDSTUK VI. — Aanvraag voor tenlasteneming en beslissing over de formele voorwaarden

## Afdeling I. — Tabel

zorgvorm	aanvraag indienen	tenlastenemingen
mantel- en thuiszorg	vanaf 1 januari 2004	vanaf eerste dag van derde maand na aanvraag
residentiële zorg	vanaf 1 januari 2004	vanaf eerste dag van derde maand na aanvraag

## Afdeling II. — Gebruikers die ouder zijn dan 25 jaar

## Onderafdeling I. — Algemeen

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger dient bij zijn zorgkas een aanvraag voor tenlasteneming in via het aanvraagformulier in het kader van de Vlaamse zorgverzekering.

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger vult het aanvraagformulier in het kader van de Vlaamse zorgverzekering in, ondertekent het en bezorgt het aan zijn zorgkas.

De gebruiker moet op het ogenblik van zijn aanvraag voor tenlasteneming aan de volgende formele voorwaarden voldoen :

## Onderafdeling II. — Formele voorwaarden voor tenlasteneming voor gebruikers die in Vlaanderen wonen

1. de laatste 5 jaar ononderbroken in Vlaanderen of Brussel wonen; Belgen en onderdanen van een andere lidstaat van de Europese Unie vallen niet onder deze voorwaarde als zij 5 maal het bedrag van de jaarlijkse bijdrage op het moment van de aanvraag voor tenlasteneming alsnog betalen

2. de bijdrage voor het lopende jaar betaald hebben voor 1 april of voor het indienen van de aanvraag

3. in het lopende jaar geen aanvraag voor tenlasteneming bij een andere zorgkas ingediend hebben

4. wat de aanvragen voor tenlasteneming voor residentiële zorg betreft, effectief verblijven in een erkende of met een erkenning gelijkgestelde residentiële voorziening

## Onderafdeling III. — Formele voorwaarden voor tenlasteneming voor gebruikers die in Brussel wonen

1. De inwoner van Brussel die laattijdig aansluit, is gedurende een door de regering bepaalde termijn, voorafgaandelijk aan de datum waarop hij zijn aanvraag voor de tenlasteneming indient, ononderbroken aangesloten bij een erkende zorgkas.

Personen sluiten laattijdig aan wanneer zij :

- ofwel niet binnen de 6 maanden aansluiten in het kalenderjaar dat zij 26 jaar worden
- ofwel niet binnen de 6 maanden aansluiten, nadat zij in Brussel komen wonen in een kalenderjaar dat zij minstens 26 jaar worden.

De termijn van ononderbroken aansluiting verlengt naarmate de zorgverzekering langer bestaat. In onderstaande kader wordt dit verduidelijkt :

jaar waarin een inwoner van Brussel laattijdig aansluit	de door de regering bepaalde termijn dat een inwoner van Brussel ononderbroken aangesloten moet zijn, voorafgaandelijk aan het ogenblik van de aanvraag tot tenlasteneming
2002	0 jaar
2003	1 jaar
2004	3 jaar
2005	5 jaar
2006 en volgende jaren	10 jaar

2. de laatste 5 jaar ononderbroken in Vlaanderen of Brussel wonen. Belgen en onderdanen van een andere lid-Staat van de Europese Unie vallen niet onder deze voorwaarde als zij 5 maal het bedrag van de jaarlijkse bijdrage op het moment van de aanvraag voor tenlasteneming alsnog betalen.

3. de bijdrage voor het lopende jaar vóór 1 april of voor het indienen van de aanvraag betaald hebben;

4. in het lopende jaar geen aanvraag tot tenlasteneming bij een andere zorgkas ingediend hebben

5. wat de aanvragen voor tenlasteneming voor residentiële zorg betreft, effectief verblijven in een erkende of met een erkenning gelijkgestelde residentiële voorziening

De zorgkas gaat na of de gebruiker aan de formele voorwaarden voldoet en vraagt, indien nodig, verdere bewijsvoering dan de verklaring van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger op het aanvraagformulier in het kader van de zorgverzekering.

Indien de gebruiker niet aan de formele voorwaarden voldoet, dan deelt de zorgkas die beslissing schriftelijk mee aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger met verduidelijking van de reden.

Indien de gebruiker aan de formele voorwaarden voldoet, dan wordt gecontroleerd of er een ingevulde indicatiestelling of een attest voorhanden is.

## Onderafdeling IV. — Keuze van de zorgvorm

Er zijn twee mogelijkheden :

- mantel- en thuiszorg
- residentiële zorg

Alleen personen die in een thuismilieu verblijven, kunnen een aanvraag indienen voor mantel- en thuiszorg. Het thuismilieu is de plaats waar de gebruiker effectief woont of inwoont, met uitsluiting van de collectieve woonvormen waar personen op een duurzame wijze verblijven en gehuisvest zijn. Een serviceflat wordt beschouwd als een thuismilieu.

Alleen personen die in een erkende of met een erkenning gelijkgestelde residentiële voorziening verblijven, kunnen een aanvraag indienen voor residentiële zorg.

*Afdeling III. — Gebruikers (onder de 25 jaar)*

die nog niet bij een zorgkas kunnen aansluiten door het betalen van de bijdrage

Gebruikers die omwille van hun leeftijd nog geen bijdrage hoeven te betalen, kunnen toch in aanmerking komen voor tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering mits het indienen van een aanvraagformulier in het kader van de Vlaamse zorgverzekering.

Deze gebruikers moeten eveneens aan de gestelde formele voorwaarden voor tenlasteneming voldoen.

Uitzondering :

- gebruikers die jonger zijn dan 25 jaar en die in Brussel wonen, kunnen niet laattijdig aansluiten. Zij hoeven dus niet aan de voorwaarde te voldoen dat zij gedurende een termijn, voorafgaandelijk aan de datum waarop ze hun aanvraag voor de tenlasteneming indienen, ononderbroken aangesloten zijn bij een erkende zorgkas.
- gebruikers die jonger zijn dan 5 jaar en die sinds hun geboorte in Vlaanderen of Brussel wonen, hoeven niet aan de voorwaarde van de laatste 5 jaar ononderbroken in Vlaanderen of Brussel wonen te voldoen.

*HOOFDSTUK VII. — Formele voorwaarde*

*voor tenlasteneming indien de gebruiker de laatste 5 jaar niet ononderbroken in Vlaanderen of Brussel gewoond heeft*

Als de gebruiker niet aan de formele voorwaarde voldoet dat hij op het moment van de aanvraag voor tenlasteneming de laatste 5 jaar ononderbroken in Vlaanderen of Brussel gewoond heeft, kan hij toch aan de formele voorwaarden voldoen.

Hiervoor moet de gebruiker of zijn vertegenwoordiger een aanvraag tot regularisatie voor de gebruiker indienen op voorwaarde dat de gebruiker op het ogenblik van zijn aanvraag tot regularisatie :

- bij de zorgkas aangesloten is, waar hij zijn aanvraag tot regularisatie indient
- de verschuldigde ledenbijdragen betaald heeft

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan op het aanvraagformulier in het kader van de zorgverzekering zijn regularisatie aanvragen. Bij deze aanvraag voegt hij een bewijs van zijn nationaliteit toe, bijvoorbeeld een kopie van zijn identiteitskaart.

De zorgkas beslist over de regularisatie van de gebruiker. De zorgkas regulariseert de gebruiker indien de gebruiker de nationaliteit heeft van een lidstaat van de Europese Unie. Het gaat hier om de Benelux, Duitsland, Frankrijk, Spanje, Portugal, Italië, Griekenland, Denemarken, Groot-Brittannië, Ierland, Finland, Oostenrijk en Zweden.

Als de Europese Unie op 1 mei 2004 tien nieuwe lidstaten telt, komen vanaf deze datum ook de landen Cyprus, Estland, Hongarije, Letland, Litouwen, Malta, Polen, Slovenië, Slowakije en Tsjechië in aanmerking.

Bij een positieve beslissing van de zorgkas vraagt de zorgkas de gebruiker een aanvullende ledenbijdrage te betalen. Deze bedraagt maximaal het vijfvoud van de bijdrage voor het jaar, waarin de aangeslotene zijn aanvraag voor tenlasteneming indient. De vijf jaar wordt verminderd met het aantal jaren dat de aangeslotene in de laatste 5 jaar voor de aanvraag voor tenlasteneming bijdragen betaald heeft.

situaties

Iemand die in het jaar 2002 een aanvraag voor tenlasteneming indiende, moest in het totaal 50 euro betalen indien hij niet gedurende de laatste 5 jaar in Vlaanderen of Brussel woonde.

Iemand die in het jaar 2004 een aanvraag voor tenlasteneming indient, betaalt maximaal het vijfvoud van de bijdrage die hij in dat jaar moet betalen. Indien de gebruiker zijn bijdrage voor het jaar 2003 en 2004 al zou betaald hebben, dan moet hij nog het drievoud van zijn bijdrage 2004 aan de zorgkas bijbetalen.

Iemand van 28 jaar die bijvoorbeeld in het jaar 2004 een aanvraag voor tenlasteneming indient, dient ook voor regularisatie maximaal het vijfvoud van de bijdrage van dat jaar te betalen. Indien de gebruiker zijn bijdrage voor het jaar 2002, 2003 en 2004 al zou betaald hebben, dan moet hij nog het dubbel van zijn bijdrage 2004 aan de zorgkas bijbetalen.

Iemand van 23 jaar die bijvoorbeeld in het jaar 2004 een aanvraag voor tenlasteneming indient, dient voor regularisatie geen bijdrage te betalen.

*HOOFDSTUK VIII. — Vaststelling van het ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen bij de aanvraag voor tenlasteneming**Afdeling I. — Gebruiker of zijn vertegenwoordiger doet een beroep op een verblijfsattest*

Alle bewoners van erkende of met erkenning gelijkgestelde residentiële voorzieningen komen voor tenlastenemingen voor residentiële zorg in aanmerking, als zij aan de formele voorwaarden voldoen. Zij worden beschouwd als lijdend aan een ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen op basis van een verblijfsattest.

De gebruiker vraagt zijn verblijfsattest (attest dat bewijst dat de gebruiker in een rusthuis, RVT of psychiatrisch verzorgingstehuis opgenomen is) aan bij zijn verzekeringsinstelling (ziekenfonds, Kas Geneeskundige Verzorging van de NMBS, Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) of bij de residentiële voorziening waar hij verblijft.

Het verblijfsattest moet minstens volgende gegevens bevatten :

- naam, adres, geboortedatum en rijksregisternummer van de gebruiker
- naam van de instantie die het attest heeft afgeleverd
- naam van de residentiële voorziening waar de gebruiker verblijft
- datum van opname in de residentiële voorziening

Attesten op basis van de score op de evaluatieschaal tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming in een verzorgingsinrichting gelden eveneens als verblijfsattest.

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger bezorgt het attest aan de zorgkas.

Overgangsmaatregel

Personen die in een erkend of met een erkenning gelijkgesteld rusthuis of rust- en verzorgingstehuis verblijven, ontvangen tot 31 maart 2004 enkel tenlastenemingen als ze aan de formele voorwaarden voldoen en

- ofwel, over minstens een score B op de schaal voor tegemoetkoming in een verzorgingsinrichting beschikt hebben op het moment van hun aanvraag voor of herziening van hun aanvraag voor residentiële zorg;
- ofwel, op of na 1 april 2003 veranderd zijn van zorgvorm van mantel-en thuiszorg naar residentiële zorg.

*Afdeling II.* — Gebruiker of zijn vertegenwoordiger doet een beroep op een attest van een indicatiestelling die reeds uitgevoerd is

Volgende scores komen voor de mantel- en thuiszorg in aanmerking :

- ◇ minstens de score 35 op de BEL-profielschaal van de gezinszorg;
- ◇ minstens de score B op de Katz-schaal in de thuisverpleging;
- ◇ minstens de score 15 op de medisch-sociale schaal die wordt gebruikt voor de evaluatie van de graad van zelfredzaamheid met het oog op het onderzoek naar het recht op de integratietegemoetkoming, hulp aan bejaarden en hulp van derden
- ◇ bijkomende kinderbijslag op basis van minstens 66 % handicap en minstens 7 punten met betrekking tot de graad van zelfredzaamheid uit hoofde van het kind
- ◇ bijkomende kinderbijslag op basis van minstens 18 punten op de medisch-sociale schaal (samengesteld uit de pijlers P1, P2 en P3)
- ◇ minstens de score C op de evaluatieschaal tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming in een verzorgingsinrichting

De gebruiker vraagt het attest op basis van de score op de evaluatieschaal tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming in een verzorgingsinrichting aan bij zijn verzekeringsinstelling.

De attesten op basis van de score op de BEL-profielschaal van de gezinszorg vraagt hij aan bij de dienst voor gezinszorg waarop hij een beroep doet.

Een attest op basis van bijkomende kinderbijslag kan hij aanvragen bij het ministerie van Sociale Zaken of de dienst die de kinderbijslag voor de betrokken persoon uitbetaalt.

De attesten op basis van de score op de medisch-sociale schaal die wordt gebruikt voor de evaluatie van de graad van zelfredzaamheid met het oog op het onderzoek naar het recht op de integratietegemoetkoming, de hulp aan bejaarden en de hulp aan derden, kan hij aanvragen bij zijn verzekeringsinstelling, als de verzekeringsinstelling over de score beschikt, of op volgend adres :

Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu :

Bestuur van de Maatschappelijke Integratie

Dienst tegemoetkomingen aan gehandicapten

Zwarte Lievevrouwstraat 3C

1000 Brussel

De attesten moeten minstens volgende gegevens bevatten :

- naam, adres, geboortedatum en rijksregisternummer van de gebruiker bij wie de indicatiestelling afgenomen is
- naam van de instantie die het attest heeft afgeleverd
- naam van de schaal waarop het attest is gebaseerd
- de score (of categorie) op deze schaal
- de datum van afname van deze schaal of de datum van start van de erkenning in het oorspronkelijke stelsel
- de duur van de geldigheid van deze indicatiestelling

In uitzondering hierop geldt een kopie van de beslissing tot integratietegemoetkoming of tot tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden ook als attest.

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger bezorgt het attest aan de zorgkas.

Op de dag van de aanvraag voor tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering mag de geldigheidsduur van bovenvermelde indicatiestelling of van de beslissing in het oorspronkelijke stelsel krachtens de bovenvermelde indicatiestelling niet verstreken zijn.

*Afdeling III.* — Gebruiker of zijn vertegenwoordiger heeft geen attest

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger, die geen attest heeft, moet een indicatiestelling door een gemachtigd indicatiesteller laten uitvoeren. Op verzoek van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger stelt de zorgkas een lijst van alle gemachtigde indicatiestellers uit de regio ter beschikking van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger.

Als de gebruiker dit wenst, dan gebeurt de indicatiestelling op de plaats waar de gebruiker verblijft.

De gebruiker wordt door de gemachtigde indicatiesteller geïndiceerd aan de hand van de BEL-profielschaal van de zorgverzekering. De indicatiesteller vult het hoofdstuk « Vaststelling van het verminderd zelfzorgvermogen » in. De BEL-foto van de gebruiker wordt ingevuld aan de hand van de handleiding BEL. Ze wordt ondertekend door de persoon die de indicatiestelling uitvoert.

De gebruiker ontvangt de indicatiestelling en bezorgt de indicatiestelling aan de zorgkas.

De gebruiker moet minstens 35 punten scoren op de BEL-profielschaal om beschouwd te worden als lijdend aan een ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen voor tenlastenemingen voor mantel- en thuiszorg.

Een indicatiestelling die gebeurt binnen zes maanden na een vorige indicatiestelling, aangevraagd door diezelfde gebruiker of zijn vertegenwoordiger, kan niet als bewijs van het getroffen zijn door een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen gelden, tenzij ze wordt uitgevoerd door dezelfde persoon die de vorige indicatiestelling heeft uitgevoerd. Indien die persoon niet meer bij de gemachtigde indicatiesteller werkzaam is of in de onmogelijkheid verkeert om de indicatiestelling opnieuw uit te voeren, moet de indicatiestelling door een ander personeelslid van deze gemachtigde indicatiesteller uitgevoerd worden.

## UITZONDERINGEN

De vaststelling bij gebruikers die tussen vijf en achttien jaar oud zijn, zal gebeuren aan de hand van een aangepaste BEL-schaal (BEL-kinderen). De gebruiker moet minstens 10 punten op het blok lichamelijke A.D.L. van de BEL-profielschaal scoren om beschouwd te worden als lijdend aan een ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen.

Gebruikers onder de vijf jaar kunnen geen indicatiestelling aan de hand van de BEL-profielschaal van de zorgverzekering bij hen laten uitvoeren.

HOOFDSTUK IX. — *Vergoeding voor het uitvoeren van de indicatiestelling*

Het Vlaams Zorgfonds betaalt de zorgkas 75 euro per uitgevoerde indicatiestelling op voorwaarde dat

- het om een indicatiestelling gaat die in het kader van de zorgverzekering uitgevoerd werd door een gemachtigde indicatiesteller op vraag van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger (het gaat hier dus om de indicatiestellingen die als tweede mogelijkheid naast de attesten dienen)
- de zorgkas de gemachtigde indicatiesteller voor de indicatiestelling vergoedt
- het niet gaat om een indicatiestelling die uitgevoerd werd door een erkende dienst voor gezinszorg of een OCMW dat over een erkende dienst voor gezinszorg beschikt, waarbij aan de geïndiceerde gebruiker binnen de zes maanden na het uitvoeren van de indicatiestelling door deze voorziening gezinszorg werd verstrekt.

Van elke indicatiestelling van een gebruiker, die in het kader van de zorgverzekering uitgevoerd werd, bezorgen de gemachtigde indicatiestellers een kopie van de BEL-foto (recto-en verso-zijde) aan de zorgkas waarbij de gebruiker aangesloten is.

De dienst voor gezinszorg of het OCMW dat over een erkende dienst voor gezinszorg beschikt, deelt in voorkomend geval aan de zorgkas mee dat zij binnen de zes maanden na het uitvoeren van de indicatiestelling gezinszorg aan de gebruiker verstrekt heeft. Deze mededeling gebeurt binnen de dertig dagen na de feiten.

De zorgkassen storten 75 euro per uitgevoerde indicatiestelling die aan de bovenvermelde voorwaarden voldoet, aan de gemachtigde indicatiestellers.

Maandelijks dienen de zorgkassen een aanvraag in bij het Vlaams Zorgfonds. Deze aanvraag bevat het aantal uitgevoerde indicatiestellingen die aan de bovenvermelde voorwaarden voldoen. Het Zorgfonds vergoedt de zorgkassen maandelijks. Het Zorgfonds kan hiervoor verdere instructies opstellen.

Als een indicatiestelling, waarvoor de zorgkas reeds een vergoeding ontvangen heeft, niet meer voor een vergoeding in aanmerking komt, dan vermeldt de zorgkas dit bij de eerstvolgende aanvraag. Ze dient hiervoor een creditnota in bij het Vlaams Zorgfonds. In voorkomend geval wordt de hiervoor uitbetaalde vergoeding in mindering gebracht op de in de volgende maand te betalen vergoedingen.

De aanvraag van de zorgkassen dient aan volgende vormvereisten te voldoen :

- de aanvraag wordt opgesteld onder de vorm van een verzamelstaat, waarop alle facturen worden vermeld die tijdens de afgelopen maand werden ingediend door de gemachtigde indicatiestellers;
- per factuur worden volgende gegevens op de verzamelstaat opgenomen :
  - de naam en het GKB-nummer van de gemachtigde indicatiesteller;
  - de factuurdatum;
  - het aantal gefactureerde indicatiestellingen per indicatiesteller;
  - het gefactureerde bedrag per indicatiesteller;
  - in voorkomend geval : het aantal teruggevorderde indicatiestellingen per indicatiesteller;
  - in voorkomend geval : het teruggevorderde bedrag per indicatiesteller;
  - in voorkomend geval : het verschil tussen het gefactureerde en het teruggevorderde bedrag per indicatiesteller;
- de verzamelstaat vermeldt het totaal bedrag waarvoor terugbetaling gevraagd wordt. Dit totaal bedrag is het verschil tussen het totaal van alle gefactureerde bedragen en van alle teruggevorderde bedragen of creditnota's
- bij de verzamelstaat wordt een kopie gevoegd van alle facturen en eventuele creditnota's waarop hij betrekking heeft.
- iedere zorgkas mag slechts één verzamelstaat indienen per maand. Deze verzamelstaat kan eventueel opgedeeld worden in deelstaten per afdeling, doch wordt steeds in één zending overgemaakt aan het Vlaams Zorgfonds. In voorkomend geval worden de bijgevoegde kopies van facturen en creditnota's gegroepeerd per deelstaat.
- de verzamelstaat dient ten laatste op de 15<sup>e</sup> dag van de maand volgend op de maand waarop hij betrekking ingediend te worden bij het Vlaams Zorgfonds.

Het Vlaams Zorgfonds heeft het recht de verzamelstaat die niet tijdig is ingediend, over te dragen naar de eerstvolgende betaaldatum.

HOOFDSTUK X. — *Handleiding BEL zorgverzekering*

## BEL-FOTO-GEBRUIKER

I. Wie wat en hoe wordt er gescoord?

1) WIE

We scoren steeds de gebruiker, voor wie de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering werd aangevraagd.

2) WAT EN HOE ?

We peilen naar de zorgbehoefte van de gebruiker door middel van het scoren van de persoon in de ruime betekenis van het woord. We maken een foto van de gebruiker via 27 items. Deze 27 items zijn gerubriceerd in blokken die elk verwijzen naar een welbepaalde invalshoek.

We onderscheiden 4 blokken.

BLOK A : HUISHOUDELIJKE A.D.L.

Dit is het eerste facet van onze foto. Dit blok verwijst naar de huishoudelijke hulpverlening. In de gradatie van uitval van functies bij de gebruiker zullen deze van blok A de eerste zijn die uitvallen en/of waarbij de zorgbehoefte duidelijk wordt.

In blok A kan de zorgbehoefte op verschillende niveau's liggen :

- fysisch niet kunnen
- niet "willen" doen, psychisch niet kunnen
- niet geleerd hebben.

BLOK B : LICHAMELIJKE A.D.L.

Dit facet van de foto verwijst naar fysische functies die uitvallen. Dit is het blok dat analoog is met de thuisverpleging, waar de gradatie van uitval van fysische functies wordt nagegaan. Dit stuk van de foto geeft informatie over de zorgbehoefte van de gebruiker op fysisch lichamenlijk vlak.

Hier worden linken gelegd naar noden op vlak van lichaamsverzorging, hygiënische en verpleegkundige zorgen.

In blok B wordt de zorgbehoefte in strikte zin geïnterpreteerd; met name "fysisch niet kunnen"

Blok A en B vormen 1 soort dimensie, 1 vrij coherent geheel, verwijzen naar materiële taken. Beide blokken volgen de denkpijpe : een uitval van functies.

BLOK C : SOCIALE A.D.L.

In dit blok wordt gepeild naar de zorgbehoefte aan sociale ondersteuning voor bepaalde facetten.

Dit blok legt linken naar concrete taken op vlak van algemene en familiale hulpverlening. Om te weten of een gebruiker dit soort hulpverlening nodig heeft, moeten we een foto hebben over de zorgbehoefte tot ondersteuning. Dit kan zowel op het sociaal-relatieve vlak liggen (ondersteuning bij verwerking van verlies, de sociale gevolgen voor de gebruiker bv.) als op het preventieve (GVO) als op het begeleidende vlak (opvang kinderen, trouw aan therapie en gezondheidsregels, financiële verrichtingen,...). Dit blok geeft aanvullende informatie over de mate waarin een gebruiker maatschappelijk geïntegreerd is, zich sociaal handhaaft.

In blok C kan de zorgbehoefte zoals in A op verschillende niveau's liggen : op fysisch, psychisch en sociaal niveau.

Blok C is van een andere aard dan A en B. De zorgbehoefte die hier tot uiting komt, zal ook tot hulpverleningstaken leiden, maar eerder de minder zichtbare taken, de taken die vaak te weinig benoemd worden, of te weinig hun plaats krijgen. Het werken aan zelfredzaamheid, zal hier vaak een belangrijk aandeel van de concrete hulpverlening uitmaken. Bv. sociaal zwakke gezinnen, verwerking van sociale problemen, revalidatie na ongeval.

Bij bejaarden zullen de concrete situaties eerder "maatschappelijke A.D.L." betreffen en bij gezinnen zal het veelal over assistentie bij het ouderschap gaan, bij het scoren moet men dit in het achterhoofd houden.

We vertalen daarom 5 items in zorgbehoefte naar bejaarden toe, en 2 items, specifiek naar gezinnen.

BLOK D : GEESTELIJKE GEZONDHEID.

Dit blok verwijst naar psychisch disfunctioneren. Dit blok bezorgt bijkomende en aanvullende informatie bij de andere blokken.

In blok D wordt de zorgbehoefte op verschillende niveau's bekeken, naast psychische disfuncties worden ook uiterlijke gedragingen en stemmingen gescoord. Deze zorgbehoefte wordt vertaald in een mate van voorkomen.

De facetten van de foto die we hier willen bekomen zijn gegevens en zichtbare tekens van de mate waarin de gebruiker zich psychisch zelfstandig en onafhankelijk kan handhaven en functioneren.

II. De principes en regels van het scoren bij de B.EL. foto van de gebruiker

1) WIJZE VAN SCOREN : principes en motieven.

Vier blokken dus met elk 6 tot 8 items.

1. Elk item wordt afzonderlijk maar binnen de filosofie van het blok waartoe het behoort, gescoord.

2. Elk blok (en item) is evenwaardig opgebouwd. Dit wil zeggen : er zijn altijd 4 gradatie-niveau's met telkens dezelfde waarde-opbouw.

Bij elk item wordt het van toepassing zijnde niveau aangekruist. Bij twijfel tussen 2 niveau's neemt men het hoogste (meest zorgbehoevende) niveau.

3. Wij hanteren overal de SOM-score, d.w.z. in elk blok alle scores sommeren. De tussenscores vormen een totaalscore.

4. Wij maken een foto van de gebruiker. D.w.z. wij peilen naar de graad van de zorgbehoefte van de gebruiker.

Voor de blokken A, B en C, wordt dit verwoord in :

NIVEAU 0 GEEN ZORGBEHOEFTE

NIVEAU 1 ENIGE ZORGBEHOEFTE

NIVEAU 2 MEER ZORGBEHOEFTE

NIVEAU 3 VOLLEDIGE ZORGBEHOEFTE

Voor het blok D wordt dit verwoord in een MATE VAN VOORKOMEN.

In een verdere paragraaf over de concrete toepassingsregels worden deze niveaus van zorgbehoefte vertaald in een niveau waarop de gebruiker nog zelfstandig functioneert en hulp nodig heeft. Hier wordt bewust geen link gemaakt naar taken. Taken kunnen een afleiding krijgen in een apart luik, los van de zorgbehoefte.

6. Bij het scoren van een item mag er geen rekening gehouden worden met het feit dat de gebruiker reeds een beroep doet of een beroep gaat doen op een bepaalde hulp (mantelzorg, professionele hulp,...).

7. Bij het scoren van een item moet er niet noodzakelijk een correlatie zijn met :

- de oorzaak van de hulpbehoefte
- de geformuleerde hulpvraag van de hulpvrager

2) VORMGEVING VAN DE REGELS : principes

De principes.

Een korte handleiding met niveau-aanduidingen die

- algemeen maar eenduidig zijn
- consequent terugkomen
- door iedereen begrepen worden vanuit eenzelfde taal, maar per scoring moeten "doordacht" of geïnterpreteerd worden
- geen voorbeelden bevat (tenzij als illustratie tijdens opleiding)

3) DE CONCRETE REGELS.

Voor de items

A Huishoudelijke A.D.L.

\* onderhoud van de woning

\* was

\* strijk

\* boodschappen

\* maaltijden bereiden

\* organisatie huishoudelijk werk

C Sociale A.D.L.

\* sociaal verlies

\* trouw aan therapie en gezondheidsregels

\* veiligheid in en om huis

\* administratie

\* financiële verrichtingen

\* hygiënische verzorging kinderen

\* opvang kinderen

Wordt de zorgbehoefte veroorzaakt door  
 FYSISCH NIET KUNNEN  
 PSYCHISCH NIET KUNNEN  
 NIET GELEERD HEBBEN  
 NIET (WILLEN) DOEN

Voor de items

B Lichamelijke A.D.L.

\* wassen

\* kleden

\* verplaatsen

\* toiletbezoek

\* incontinentie eten

Wordt de zorgbehoefte veroorzaakt door  
 FYSISCH NIET KUNNEN

OPGELET : het niet meer zelfstandig kunnen en het afhankelijk zijn van hulp is steeds en uitsluitend een gevolg van fysische ongemakken, achteruitgang, disfuncties

het item incontinentie krijgt een vertaling analoog aan blok D.

Vertaling : vervang de

.....

door elk item

Geen zorgbehoefte : de gebruiker staat volledig zelfstandig in voor

.....

Enige zorgbehoefte : de gebruiker kan zelfstandig instaan voor

.....

Met uitzondering van bepaalde deelaspecten

OF : dit kost de gebruiker moeite of tijd

Meer zorgbehoefte : de gebruiker kan niet zelfstandig instaan voor

.....

maar kan wel bepaalde deelaspecten uitvoeren.

OF : de gebruiker heeft gedeeltelijk hulp nodig (personen/hulpmiddelen)

Veel zorgbehoefte : de gebruiker is volledig afhankelijk voor

.....



OF : de gebruiker is volledig afhankelijk van hulp (personen/hulpmiddelen)

Vertaling

Voor het item INCONTINENTIE' wordt de vertaling een "mate van voorkomen" met volgende gradatie

1. komt niet voor
2. komt nu en dan voor
3. komt meestal voor
4. komt voortdurend voor.

Dit is een taalkundige gradatie die iedereen verstaat.

Kan door middel van observatie van de intaker of via informatie van andere hulpverleners - eigen basiswerkers - doorverwijzers - mantelzorgers.

D. Voor de items geestelijke gezondheid

- \* desoriëntatie in tijd
- \* desoriëntatie in ruimte
- \* desoriëntatie in personen
- \* niet doelgericht gedrag
- \* storend gedrag
- \* initiatiefloos gedrag
- \* neerslachtige stemming
- \* angstige stemming

hanteren wij "mate van voorkomen" met de gradatie

- 0 komt niet voor
- 1 komt nu en dan voor
- 2 komt meestal voor
- 3 komt voortdurend voor.

4) HET WOORDENBOEK VAN DE ITEMS.

Blok A :

ONDERHOUD

= onderhoud van de woning in al zijn aspecten gaande van opruimen tot taken waarbij uithouding en kracht vereist zijn.

WAS

= gaande van verzamelen en sorteren van de was tot en met het drogen en/of afnemen van de wasdraad.

STRIJK

= gaande van opplooien tot en met opbergen in de kast.

BOODSCHAPPEN

= gaande van opmaken van de boodschappenlijst tot en met het wegbergen van de aangekochte producten.

MAAL TIJDEN BEREIDEN

= gaande van het opstellen van het menu tot en met het op tafel zetten van de bereide maaltijd.

ORGANISATIE HUISHOUELIJK WERK

= managen van een huishouden, gaande van de planning van al het huishoudelijk werk dat regelmatig of sporadisch moet gebeuren tot en met de controle op de uitvoering ervan.

Blok B

WASSEN

= de eigen lichaamshygiëne verzorgen.

KLEDEN

= zichzelf kunnen aan- en uitkleden.

VERPLAATSEN

= zichzelf kunnen verplaatsen, binnen- of buitenshuis.

TOILETBEZOEK

= zich naar het toilet begeven en een gepast gebruik maken van het toilet.

INCONTINENTIE

= het niet voelen van de aandrang tot, het niet kunnen controleren van de lozing van urine of faeces

ETEN

= de eigen voedselinname : gaande van het zelf gebruiken van het bestek tot en met het brengen van het voedsel in de mond.

Blok C :

SOCIAAL VERLIES

= het opvangen, verwerken van de sociale gevolgen van verlies, m.b.t. :

- \* verlies van vertrouwde persoon
- \* verlies van vertrouwde omgeving
- \* verlies van werk, status
- \* verlies van fysieke of geestelijke gezondheid
- \* verlies van .....

TROUW AAN THERAPIE EN GEZONDHEIDSREGELS

het nakomen, opvolgen van "gezond verstand"-regels of voorgeschreven regels m.b.t. :

- \* medicatiegebruik
- \* therapie
- \* revalidatie
- \* leefregels
- \* diëten
- \* voorkomen van complicaties

**VEILIGHEID IN EN OM HET HUIS**

= het zicht hebben op en wegwerken van veiligheidsrisico's in en om het huis.

**ADMINISTRATIE**

= gaande van het opvolgen van de briefwisseling, het schrijven van brieven, het invullen van formulieren tot het bezoek aan het postkantoor en de contacten met allerlei instanties.

**FINANCIELE VERRICHTINGEN**

= het uitvoeren van betalingen en financiële opdrachten

**HYGIENISCHE VERZORGING KINDEREN**

= naargelang de leeftijd van de kinderen : gaande van wassen, verschonen, aankleden en eten geven tot het begeleiden van en toezien op de hygiënische verzorging door de ouder(s) of de (het) kind(eren) zelf.

**OPVANG KINDEREN**

= naargelang de leeftijd van de kinderen : gaande van het letten op de kinderen tot het begeleiden van en toezien op de tijdsbesteding van de (het) kind(eren)

**Blok D :****DESORIENTATIE IN TIJD**

= de mate waarin de gebruiker geen juist inzicht (meer) heeft in de tijd. Inzicht in de tijd omvat :

- het juist aanduiden van de tijd wanneer er om gevraagd wordt.
- het tijdsbegrip op een gepaste wijze hanteren (uur, voormiddag, namiddag, dag, nacht, week, maand, jaar).

**DESORIENTATIE IN RUIMTE**

= de mate waarin de gebruiker binnen- of buitenshuis de weg niet (meer) vindt

Vb. : het toilet niet vinden, verloren lopen, zich in een ander huis wanen, rondlopen,...

**DESORIENTATIE IN PERSONEN**

= de mate waarin de gebruiker personen niet (meer) herkent of niet (meer) met hun juiste naam verbindt.

Vb. : dochter voor eigen moeder aanzien, kleinkinderen voor eigen kinderen

aanzien, verpleging met verkeerde naam aanspreken,...

**NIET DOELGERICHT GEDRAG**

= de mate waarin de gebruiker gedrag vertoont dat niet zinvol is, niet aan een doel beantwoordt. Dit omvat

- dwangmatige handelingen (poetsmanie, smetvrees, plukken aan deken,...)
- rusteloosheid : psycho-motorische agitatie (vluchtgedrag, stapgedrag,...)

**STOREND GEDRAG**

= de mate waarin de gebruiker zich storend gedraagt in zijn sociale omgeving. Dit omvat alle omgangsproblemen :

- verbaal storend (roepen, schreeuwen,...)
- onwelvoeglijk (ontkleden, spuwen, urineren, masturberen,... in publiek)
- destructief geweld t.o.v. personen, vernielingsdrang.

**INITIATIEFLOOS GEDRAG**

= de mate waarin de gebruiker gebrek aan initiatief vertoont en niet uit zichzelf tot actie komt. Dit omvat :

- geen actie zonder stimulans
- moeilijk tot opstarten komen van activiteiten
- traag (geen gepaste snelheid) bij het uitvoeren van de activiteiten.'

**NEERSLACHTIGE STEMMING**

= de mate waarin de gebruiker een neerslachtige stemming vertoont (gaande van neiging tot wenen tot depressie) of verwoordt dat hij eraan lijdt.

**ANGSTIGE STEMMING**

= de mate waarin de gebruiker zich angstig toont of verwoordt dat hij eraan lijdt (gaande van zich zorgen maken over kleine zaken tot slapeloosheid, tot uit angst niet meer adequaat functioneren).

**III. De duur van het ernstig, verminderd zelfzorgvermogen**

Na de berekening van de totaalscore moet de indicatiesteller ook een schatting maken van de duur van het ernstig, verminderd zelfzorgvermogen, m.a.w. hoe lang zal de gebruiker lijden aan deze graad van zorgbehoefte ?

Het gaat hier steeds om een subjectieve inschatting, die gebaseerd zal zijn op de observatie bij de gebruiker, maar ook op vroegere ervaringen.

**HOOFDSTUK XI. — Beslissing over de tenlasteneming**

De zorgkas beslist over de aanvraag voor tenlasteneming en bepaalt, overeenkomstig de bepalingen van hoofdstuk XII, de geldigheidsduur van de beslissing op basis van de indicatiestelling of het attest. De zorgkas kan bijkomende onderzoeken verrichten of laten verrichten met betrekking tot de indicatiestelling, alvorens over de tenlasteneming te beslissen. Deze bijkomende onderzoeken worden evenwel beperkt tot een controle op de oorspronkelijke indicatiestelling.

Deze onderzoeken kunnen verricht worden door een door de zorgkas aangesteld persoon of door een gemachtigd indicatiesteller die de zorgkas daartoe aanduidt. Deze indicatiesteller moet een andere zijn dan diegene die de laatste indicatiestelling van de gebruiker heeft uitgevoerd.

De persoon die de indicatiestelling in het kader van een bijkomend onderzoek uitvoert, moet ten minste beschikken over het niveau van de graad van geïnduceerde in de gezinswetenschappen, geïnduceerde in het studiegebied gezondheidszorg of het studiegebied sociaalagogisch werk, of over een diploma dat zowel naar inhoud als naar niveau door het departement Onderwijs van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap hiermee gelijkgesteld is.

Het onderzoek moet steeds gebeuren aan de hand van de BEL-profielsschaal van de zorgverzekering. De BEL foto gebruiker wordt ingevuld. Indien de gebruiker dit wenst, dan wordt de indicatiestelling uitgevoerd op de plaats waar de gebruiker verblijft.

De indicatiesteller stuurt na de uitvoering van de indicatiestelling het ingevulde formulier bijkomend onderzoek of controle betreffende de vaststelling van het langdurig, ernstig verminderd zelfzorgvermogen' naar de zorgkas.

De zorgkas kan op basis van dit bijkomend onderzoek de ernst en duur van het verminderd zelfzorgvermogen betwisten. In dat geval deelt zij dit aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger mee en deelt zij eveneens mee dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger het recht hebben om te worden gehoord. Als de gebruiker of zijn vertegenwoordiger hierom verzoekt, dan worden zij gehoord door de zorgkas vooraleer deze zijn uiteindelijke beslissing neemt.

De zorgkas kan een aanvraag voor tenlasteneming weigeren omdat de gebruiker niet als langdurig en ernstig zorgbehoevend beschouwd wordt.

De zorgkas deelt aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger schriftelijk haar beslissing over de tenlasteneming mee. Deze mededeling bevat bij een positieve beslissing minstens volgende informatie :

- de vermelding dat de gebruiker in aanmerking komt voor de zorgverzekering
- de vermelding vanaf wanneer de gebruiker zijn recht op tenlasteneming kan laten gelden
- de vermelding van de geldigheidsduur van de beslissing tot tenlasteneming
- de vermelding op welke zorgvorm en op welk bedrag de gebruiker een beroep kan doen
- een motivering van de beslissing
- de mededeling dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger het recht heeft om op elk moment een herziening van de beslissing over de tenlasteneming te vragen
- de melding dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger een verandering van zorgvorm en elke (ernstige) verandering van de gezondheidstoestand van de gebruiker onmiddellijk moet meedelen aan zijn zorgkas. Hier wordt aan toegevoegd dat het niet meedelen van deze wijzigingen kan leiden tot het terugvorderen bij een gebruiker van ten onrechte verkregen tenlastenemingen
- in voorkomend geval, de periode van opschorting van de tenlasteneming.

Deze mededeling bevat bij een negatieve beslissing volgende informatie :

- de melding dat de gebruiker niet in aanmerking komt voor de zorgverzekering
- de vermelding van de reden of redenen waarom de gebruiker niet in aanmerking komt
- een kopie van de aanvraag en de indicatiestellingen
- de melding dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger tegen de beslissing van de zorgkas een bezwaarschrift kan indienen bij het Vlaams Zorgfonds en een beschrijving van alle modaliteiten met betrekking tot het indienen van een bezwaarschrift en de te volgen procedure.

#### HOOFDSTUK XII. — *Geldigheidsduur van een beslissing*

De zorgkas beslist over de duur van de geldigheid van een positieve beslissing op basis van de indicatiestelling. Een positieve beslissing van een zorgkas geldt minstens voor zes maanden.

De geldigheidsduur van een positieve beslissing voor mantel- en thuiszorg bedraagt maximaal drie jaar, uitgezonderd de geldigheidsduur van een positieve beslissing op basis van een attest op basis van minstens een B-score in de thuisverpleging bij gebruikers die op het moment van het ingaan van de beslissing jonger dan 75 jaar zijn, waar de maximale geldigheidsduur één jaar bedraagt.

Een positieve beslissing voor residentiële zorg geldt voor onbepaalde duur.

De geldigheidsduur van de positieve beslissing wordt berekend vanaf de dag waarop de beslissing tot tenlasteneming ingaat, m.a.w. :

- bij een aanvraag tot tenlasteneming : de eerste dag van de derde maand na de aanvraag
- bij een herziening : de eerste dag van de maand na de aanvraag tot herziening
- bij een verlenging : de eerste dag van de maand na het einde van de geldigheidsduur van de vorige beslissing
- bij een controle : de eerste dag van de maand na de beslissing op basis van de controle.

#### HOOFDSTUK XIII. — *Verandering van zorgvorm*

Men verandert van zorgvorm wanneer men van mantel- en thuiszorg naar, in het kader van de zorgverzekering erkende of met een erkenning gelijkgestelde professionele residentiële zorg, overstapt (en omgekeerd).

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger moet elke wijziging in de keuze van een bepaalde zorgvorm onmiddellijk bij de zorgkas aanvragen.

De zorgkas beslist over de aanvraag tot verandering van zorgvorm. De zorgkas deelt aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger schriftelijk haar beslissing mee.

Deze mededeling bevat bij een positieve beslissing minstens volgende informatie :

- de vermelding dat de gebruiker in aanmerking komt voor de verandering van zorgvorm
- de vermelding vanaf wanneer de gebruiker recht heeft op tenlasteneming voor de nieuwe zorgvorm
- de vermelding op welke zorgvorm en op welke bedrag de gebruiker een beroep kan doen
- de vermelding van de geldigheidsduur van de beslissing

Deze mededeling bevat bij een negatieve beslissing minstens volgende informatie :

- de melding dat de gebruiker niet in aanmerking komt voor de verandering van zorgvorm
- de vermelding van de reden of redenen waarom de gebruiker niet in aanmerking komt

Bij de verandering van mantel- en thuiszorg naar residentiële zorg gaat de tenlasteneming voor de nieuwe zorgvorm, eventueel met terugwerkende kracht, in vanaf de eerste dag van de eerste volle maand dat de gebruiker in een erkende of met een erkenning gelijkgestelde residentiële voorziening verblijft.

Bij de verandering van residentiële zorg naar mantel- en thuiszorg gaat de tenlasteneming voor de nieuwe zorgvorm, eventueel met terugwerkende kracht, in vanaf de eerste dag van de maand na deze waarin de gebruiker de erkende of met een erkenning gelijkgestelde residentiële voorziening verlaten heeft.

Een verhuis van een erkende of met een erkenning gelijkgestelde residentiële voorziening naar een andere residentiële voorziening kan niet als een verandering van zorgvorm beschouwd worden. Dit dient via een aanvraag tot herziening of via het afleveren van een nieuw verblijfsattest geregeld te worden.

In de onderstaande tabel staan afhankelijk van de situatie van de gebruiker, de acties die de zorgkas dient te ondernemen, vermeld.

Aanvraag tot verandering naar residentiële zorg ingediend vanaf januari 2004	acties van de zorgkas
<ul style="list-style-type: none"> <li>— indiening aanvraag voor verandering</li> <li>— gebruiker verblijft in een erkende (of gelijkgestelde) residentiële voorziening</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— aanvaarding van de aanvraag voor verandering</li> <li>— tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg loopt tot eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening</li> <li>— geen tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg vanaf eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening</li> <li>— tenlastenemingen voor residentiële zorg vanaf eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>— indiening aanvraag voor verandering</li> <li>— gebruiker verblijft in een erkende (of gelijkgestelde) residentiële voorziening</li> <li>— gebruiker overlijdt tijdens eerste volle maand verblijf in residentiële voorziening</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— aanvaarding van de aanvraag voor verandering</li> <li>— tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg loopt tot eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening</li> <li>— geen tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg vanaf eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening</li> <li>— tenlasteneming voor residentiële zorg in de maand dat gebruiker overlijdt</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>— indiening aanvraag voor verandering</li> <li>— gebruiker verblijft in een niet erkende residentiële voorziening</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— stopzetting van de positieve beslissing voor tenlasteneming</li> <li>— tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg loopt tot eerste volle maand verblijf in residentiële voorziening</li> </ul>

#### HOOFDSTUK XIV. — *Beslissing tot herziening, verlenging of stopzetting van een (oorspronkelijke) positieve beslissing*

##### *Afdeling I. — Herziening op vraag van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger*

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger heeft het recht om op ieder ogenblik een herziening te vragen. De herziening gebeurt via het invullen van het aanvraagformulier. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger vult het formulier in, ondertekent het en dient het in bij zijn zorgkas.

De procedure in verband met het nagaan van de formele voorwaarden en de eventuele vaststelling van het verminderd zelfzorgvermogen verloopt conform het hoofdstuk over het behandelen van een aanvraag. De zorgkas beslist over de herziening van de tenlasteneming.

De zorgkas deelt aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger schriftelijk haar beslissing over de herziening van de tenlasteneming mee binnen de 60 dagen nadat de aanvraag werd ingediend. Deze mededeling bevat bij een positieve beslissing minstens de informatie die meegedeeld wordt bij een positieve beslissing over een aanvraag voor tenlasteneming. De positieve beslissing over de herziening van de tenlasteneming heeft uitwerking met ingang van de eerste dag van de maand die volgt op de datum waarop de herziening gevraagd werd door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger.

Een verhuis van een erkende of met een erkenning gelijkgestelde residentiële voorziening naar een andere residentiële voorziening dient via een aanvraag tot herziening of via het afleveren van een verblijfsattest behandeld te worden.

##### *Afdeling II. — Verlenging van een positieve beslissing*

De zorgkas deelt aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger schriftelijk mee dat deze een aanvraag tot verlenging van de positieve beslissing moet indienen voor het verstrijken van de geldigheidsduur van de vorige beslissing. De aanvraag tot verlenging kan gebeuren via de indiening bij de zorgkas van een attest, een indicatiestelling of een aanvraagformulier. Als de aanvraag voor verlenging na het verstrijken van de geldigheidsduur van de vorige beslissing wordt ingediend, dan kan de beslissing niet verlengd worden.

Als de gebruiker of zijn vertegenwoordiger met het oog op de verlenging een aanvraagformulier bij de zorgkas indient, dan deelt de zorgkas schriftelijk haar beslissing over de tenlasteneming mee binnen de 60 dagen. Zolang er geen beslissing is, kunnen er geen tenlastenemingen uitgevoerd worden.

De gebruiker doet in samenspraak met de zorgkas een beroep op een attest of de gebruiker of zijn vertegenwoordiger duidt in samenspraak met de zorgkas een gemachtigde indicatiesteller aan.

Het ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen wordt vastgesteld overeenkomstig hoofdstuk VIII.

De zorgkas beslist over de verlenging en bepaalt de geldigheidsduur van de beslissing op basis van de indicatiestelling of het attest. De zorgkas kan bijkomende onderzoeken verrichten of laten verrichten met betrekking tot de indicatiestelling, alvorens over de tenlasteneming te beslissen.

De zorgkas neemt een positieve beslissing over de verlenging als de gebruiker nog steeds als langdurig en ernstig zorgbehoevend beschouwd wordt. In het andere geval wordt de beslissing stopgezet.

De zorgkas deelt aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger schriftelijk haar beslissing over de verlenging van de tenlasteneming mee. Deze mededeling bevat bij een positieve beslissing minstens de informatie die meegedeeld wordt bij een positieve beslissing over een aanvraag voor de tenlasteneming. De verlenging van de tenlasteneming treedt in werking op de dag dat de geldigheidsduur van de vorige beslissing verstrijkt.

##### *Afdeling III. — Stopzetting van een positieve beslissing*

De zorgkas zet een beslissing stop als de gebruiker niet meer aan de formele voorwaarden voldoet of als de gebruiker met een positieve beslissing voor mantel- en thuiszorg niet meer als ernstig en langdurig zorgbehoevend wordt beschouwd. De zorgkas deelt de beslissing tot stopzetting schriftelijk mee aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger.

De mededeling bevat bij een stopzetting volgende informatie :

- de melding dat de gebruiker niet meer in aanmerking komt voor de zorgverzekering
- de melding van de datum vanaf wanneer de gebruiker geen bedragen meer zal ontvangen
- de vermelding van de reden of redenen waarom de gebruiker niet meer in aanmerking komt
- in voorkomend geval, een kopie van de vaststelling van het langdurig, ernstig verminderd zelfzorgvermogen
- de melding dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger tegen de beslissing van de zorgkas een bezwaarschrift kan indienen bij het Vlaams Zorgfonds en een beschrijving van alle modaliteiten met betrekking tot het indienen van een bezwaarschrift en de te volgen procedure.

Wanneer de gebruiker niet meer aan de formele voorwaarden voldoet, treedt de beslissing tot stopzetting in werking op de eerste dag van de maand die volgt op de dag waarop de gebruiker niet meer aan de formele voorwaarden voldoet.

Wanneer de gebruiker met een positieve beslissing voor mantel- en thuiszorg niet meer als langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen beschouwd wordt, gaat de beslissing tot stopzetting in op de eerste dag van de maand na deze beslissing tot stopzetting door de zorgkas.

#### HOOFDSTUK XV. — *Controle op de tenlasteneming*

Bijkomende onderzoeken en controles worden verricht bij minstens 10 % van de eerste aanvragen voor tenlastenemingen, waarbij er een indicatiestelling door een gemachtigd indicatiesteller uitgevoerd is of waarbij er een attest door een dienst voor gezinszorg uitgeschreven is en waarbij de aanvraag niet op basis van de formele voorwaarden is geweigerd.

De zorgkas kan de indicatiestelling van de gebruiker die een tenlasteneming ontvangt, controleren. Het gaat hier om controles nadat de zorgkas reeds een beslissing over de tenlasteneming heeft genomen. De zorgkas controleert op eigen initiatief of in opdracht van het Vlaams Zorgfonds de indicatiestelling.

De controle wordt uitgevoerd door een door de zorgkas aangesteld persoon of door een gemachtigd indicatiesteller die de zorgkas daartoe aanduidt. Deze indicatiesteller moet een andere zijn dan diegene die de laatste indicatiestelling van de gebruiker heeft uitgevoerd. De persoon die de indicatiestelling uitvoert, moet ten minste beschikken over het niveau van de graad van gegradueerde in de gezinswetenschappen, gegradueerde in het studiegebied gezondheidszorg of het studiegebied sociaalagogisch werk, of over een diploma dat zowel naar inhoud als naar niveau door het departement Onderwijs van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap hiermee gelijkgesteld is.

De controle moet steeds gebeuren aan de hand van de BEL-profielschaal van de zorgverzekering. De BEL foto gebruiker wordt ingevuld. Indien de gebruiker dit wenst, dan wordt de indicatiestelling uitgevoerd op de plaats waar de gebruiker verblijft.

De indicatiesteller moet de indicatiestelling uitvoeren binnen de twintig dagen na de dag waarop de zorgkas de indicatiesteller heeft aangeduid. Deze datum bepaalt ook de volgorde waarop de indicatiestellingen van verschillende gebruikers door eenzelfde indicatiesteller aan de zorgkas moeten worden bezorgd.

De indicatiesteller stuurt na de uitvoering van de indicatiestelling het ingevulde formulier bijkomend onderzoek of controle betreffende de vaststelling van het langdurig, ernstig verminderd zelfzorgvermogen' naar de zorgkas.

De zorgkas beslist over de controle op de tenlasteneming en bepaalt de geldigheidsduur van de beslissing op basis van de indicatiestelling.

De zorgkas kan een aanvraag tot tenlasteneming weigeren omdat de gebruiker niet meer als langdurig en ernstig zorgbehoevend beschouwd wordt.

De zorgkas deelt aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger schriftelijk haar beslissing over de tenlasteneming mee binnen de 60 dagen na de mededeling aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger dat een nieuwe indicatiestelling zal uitgevoerd worden.

Deze mededeling bevat bij een positieve beslissing minstens de informatie die meegedeeld wordt bij een positieve beslissing over een aanvraag voor de tenlasteneming.

De mededeling bevat bij een negatieve beslissing volgende informatie :

- de melding dat de gebruiker niet meer in aanmerking komt voor de zorgverzekering
- de melding van de datum vanaf wanneer de gebruiker geen bedragen meer zal ontvangen
- de vermelding van de reden of redenen waarom de gebruiker niet meer in aanmerking komt
- een kopie van het formulier bijkomend onderzoek of controle betreffende de vaststelling van het langdurig, ernstig verminderd zelfzorgvermogen'
- de melding dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger tegen de beslissing van de zorgkas een bezwaarschrift kan indienen bij het Vlaams Zorgfonds en een beschrijving van alle modaliteiten met betrekking tot het indienen van een bezwaarschrift en de te volgen procedure.

De beslissing ten gevolge van de controle van de tenlasteneming heeft uitwerking met ingang van de eerste dag van de maand die volgt op de datum van beslissing.

Indien de controle in opdracht van het Zorgfonds gebeurt, dan brengt de zorgkas ook het Zorgfonds op de hoogte van de beslissing.

#### HOOFDSTUK XVI. — *Uitvoering van de tenlasteneming*

##### *Afdeling I. — Financiële regeling : algemeen*

Het uitvoeren van de tenlastenemingen gaat in op de eerste dag van de derde maand na de aanvraag. Een eventuele opschorting van de tenlastenemingen (zie hoofdstuk IV) gaat ook in vanaf de eerste dag van de derde maand na de aanvraag.

De gebruiker ontvangt naar gelang zijn keuze voor een bepaalde zorgvorm volgend bedrag voor dekking van zijn kosten :

zorgvorm	bedrag per maand
mantel- en thuiszorg	90 euro
professionele residentiële zorg	125 euro

Bij een gebruiker die in de loop van de maand sterft, wordt de tenlasteneming voor de maand in kwestie nog uitgevoerd.

*Afdeling II.* — Financiële regeling met betrekking tot mantel- en thuiszorg voor gebruikers die in Vlaanderen wonen

De zorgkas betaalt het bedrag voor mantel- en thuiszorg aan de gebruiker maandelijks in contanten aan de gebruiker of via overschrijving op het rekeningnummer van de gebruiker uit.

*Afdeling III.* — Financiële regeling met betrekking tot mantel- en thuiszorg voor gebruikers die in Brussel wonen

De zorgkas betaalt het bedrag voor mantel- en thuiszorg aan de gebruiker in contanten aan de gebruiker of via overschrijving op het rekeningnummer van de gebruiker uit.

De tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg wordt slechts uitgevoerd als de gebruiker in dezelfde maand op één van de volgende door de Vlaamse regering erkende of met een erkenning gelijkgestelde voorzieningen een beroep doet of erin verblijft :

- een dienst voor gezinszorg
- een lokaal of regionaal dienstencentrum
- een centrum voor kortverblijf
- een dagverzorgingscentrum
- een dienst voor oppashulp
- een serviceflat
- een dienst voor gezinszorg of OCMW die in het kader van de zorgverzekering erkende of met erkenning gelijkgestelde schoonmaakhulp biedt.

Indien een dergelijke voorziening aan de gebruiker in een bepaalde maand zorgverlening biedt, dan heeft de gebruiker recht op de tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg voor die maand.

Als bewijs voor het bieden van de zorgverlening geldt de factuur die de gebruiker aan de zorgkas bezorgt. De factuur moet ingediend worden binnen de zes maanden na de prestatieperiode waarop ze betrekking heeft.

De factuur bevat de volgende vermeldingen :

- facturatedatum en factuurnummer
- naam en adres voorziening of GKB-nummer voorziening
- naam, voornaam en adres gebruiker
- periode (minstens per kalendermaand) waarin dienstverlening gepresteerd werd
- benaming soort hulp conform erkenning (bijvoorbeeld : niet logistieke hulp maar wel schoonmaakhulp)

*Afdeling IV.* — Financiële regeling met betrekking tot diensten verleend door professionele, residentiële voorzieningen

De zorgkas betaalt rechtstreeks aan de gebruiker de tenlasteneming voor residentiële zorg terug in contanten aan de gebruiker of via overschrijving op het rekeningnummer van de gebruiker.

De betaling gebeurt op zijn vroegst in de loop van de maand die volgt op de maand waarop de tenlasteneming betrekking heeft.

De residentiële voorzieningen melden de zorgkas de volgende gegevens in de maand na deze waarin de toestand van de gebruikers op deze gebieden gewijzigd is :

- overlijden van de gebruiker.
- stopzetten van de verblijfsovereenkomst met de residentiële voorziening door de gebruiker (rusthuizen en RVT's);

De residentiële voorziening meldt dit voor de vijfde dag van de maand na deze waarin de toestand van de gebruiker gewijzigd is.

Gelet op het feit dat in een psychiatrisch verzorgingstehuis geen verblijfsovereenkomst wordt afgesloten met de gebruiker kan de stopzetting van de verblijfsovereenkomst niet aan de zorgkas worden gemeld. In plaats daarvan zal een psychiatrisch verzorgingstehuis het vertrek van een gebruiker melden aan zijn zorgkas vanaf het moment dat de betrokken gebruiker één volledige kalendermaand afwezig is. Deze melding gebeurt voor de vijfde dag van de maand die volgt op de volledige kalendermaand van afwezigheid.

Indien voor de betrokken gebruiker geen verandering van zorgvorm naar mantel- en thuiszorg werd aangevraagd zet de zorgkas de beslissing stop vanaf de eerste dag van de volledige kalendermaand van afwezigheid.

## HOOFDSTUK XVII. — *Terugvordering van onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen*

### *Afdeling I.* — *Terugvordering*

De zorgkas kan tenlastenemingen die zij onterecht voor een gebruiker uitgevoerd hebben, op twee manieren recupereren :

- zij compenseert de bedragen op tenlastenemingen die zij in de volgende maanden voor de gebruiker zal uitvoeren
- zij vordert de bedragen van de gebruiker terug

Vooraleer de zorgkas tot compensatie of terugvordering van de onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen beslist, deelt zij dit aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger mee en deelt zij eveneens mee dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger het recht hebben om te worden gehoord. Als de gebruiker of zijn vertegenwoordiger hierom verzoekt, dan worden zij gehoord door de zorgkas vooraleer deze zijn uiteindelijke beslissing neemt.

De zorgkas deelt haar beslissing schriftelijk mee aan de gebruiker. Deze mededeling bevat minstens de volgende informatie :

- het bedrag dat gecompenseerd of teruggevorderd wordt
- de reden of redenen waarom het bedrag gecompenseerd of teruggevorderd wordt
- de wijze waarop het bedrag gecompenseerd of teruggevorderd zal worden met, in voorkomend geval, het afbetalingsplan

Indien het onrecht uitvoeren van de tenlastenemingen te wijten is aan door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger bewust achtergehouden informatie of bewust onjuist of onvolledig verstrekte informatie, dan kan de zorgkas de uitvoering van de tenlasteneming schorsen voor maximum zes maanden. De zorgkas deelt haar beslissing mee in de brief die het recupereren van het bedrag of de bedragen aankondigt. De schorsing gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de mededeling. Maanden waarin de zorgkas de tenlasteneming in mindering brengt om bedragen te recupereren, kunnen niet meetellen voor de schorsing.

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan tegen de beslissing van de zorgkas om de gebruiker te schorsen bij het Vlaams Zorgfonds in beroep gaan. Het in beroep gaan leidt niet tot een opschorting van de beslissing van de zorgkas.

De verjaringstermijn voor het compenseren of terugvorderen van onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen bedraagt 150 dagen als de gebruiker bewijst dat hij te goeder trouw tenlastenemingen ontvangen heeft waarop hij geen recht heeft. In de andere gevallen geldt de dertigjarige verjaringstermijn.

#### *Afdeling II. — Vrijstelling van terugvordering*

De zorgkassen kunnen door het Vlaams Zorgfonds vrijgesteld worden van terugvordering van onrechtmatig uitgevoerde tenlastenemingen bij een gebruiker onder de volgende voorwaarden :

- de onverschuldigde betaling mag niet voortvloeien uit een fout, een vergissing of een nalatigheid van de zorgkas;
- de zorgkas toont aan dat alle haar ter beschikking staande middelen, rechtsmiddelen inbegrepen, werden aangewend om de terugbetaling te vorderen. Deze voorwaarde wordt als vervuld beschouwd wanneer de terugvordering wordt beschouwd als onzeker of wanneer de kosten verbonden aan de uitvoering van de terugvordering, het terug te vorderen bedrag overschrijden. Het sturen van een gerechtsdeurwaarder is niet vereist als het terug te vorderen bedrag lager dan 270 euro is;
- de onverschuldigde betaling van een tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg mag niet gebeurd zijn voor de twintigste van de maand waarop ze betrekking heeft.

De zorgkas vraagt de vrijstelling van terugvordering aan bij het Vlaams Zorgfonds. Het Fonds ontwerpt hiervoor een formulier.

De leidend ambtenaar van het Vlaams Zorgfonds neemt een beslissing om de zorgkas al of niet vrij te stellen van de terugvordering van de onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen. Een negatieve beslissing van de leidend ambtenaar wordt met redenen omkleed. Het Zorgfonds deelt deze beslissing mee aan de zorgkas.

Het Vlaams Zorgfonds kan nadere regels bepalen met betrekking tot de vrijstelling van terugvordering.

#### *HOOFDSTUK XVIII. — Cumulatie van de tenlasteneming met uitkeringen krachtens andere bepalingen*

##### *Afdeling I. — Mantel- en thuiszorg en persoonlijk assistentiebudget (PAB)*

Personen hebben geen recht op de uitvoering van een tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg indien ze in dezelfde maand een beroep doen op het persoonlijk assistentiebudget (PAB). De beslissing kan echter niet worden geweigerd of stopgezet omwille van het feit dat iemand beroep doet op het persoonlijk assistentiebudget.

Het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap bezorgt regelmatig een geactualiseerd bestand aan het Vlaams Zorgfonds. Dit bestand bevat van de mensen die een PAB hebben de volgende gegevens :

- rijksregisternummer
- naam en adres gehandicapte
- startdatum PAB

Het Zorgfonds deelt aan de zorgkassen mee welke van hun aangeslotenen recht hebben op een PAB. Deze hebben dan geen recht op mantel- en thuiszorg.

##### *Afdeling II. — Mantel- en thuiszorg en het verblijf in een residentiële voorziening erkend door het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap*

Personen hebben geen recht op een tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg als ze volgens het protocol van verblijf in een voltijds regime verblijven in een door het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap erkende residentiële voorziening. Het gaat om volgende voorzieningen :

- de tehuizen niet werkenden
- internaten
- tehuizen werkenden
- diensten voor beschermd wonen
- centra voor observatie, oriëntering en medische, psychologische en pedagogische behandeling

In voorkomend geval worden de tenlastenemingen voor de maanden in kwestie opgeschort.

Als een persoon die volgens een protocol van verblijf in een voltijds regime in een door het Vlaams Fonds erkende residentiële voorziening verblijft, gedurende 21 of meer opeenvolgende dagen afwezig is uit deze voorziening, dan heeft hij recht op een tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg voor de maand of maanden waarin deze aaneengesloten periode van afwezigheid valt.

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger zal op het aanvraagformulier moeten verklaren of de gebruiker in een voltijds regime in een door het Vlaams Fonds erkende residentiële voorziening verblijft of op de wachtlijst voor een dergelijke voorziening staat.

Indien de gebruiker pas na het indienen van zijn aanvraagformulier alsnog in een dergelijke voorziening gaat verblijven, dan moet hij (of zijn vertegenwoordiger) dit melden aan de zorgkas.

#### *HOOFDSTUK XIX. — Bezwaar bij het Vlaams Zorgfonds*

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan een bezwaarschrift indienen bij het Vlaams Zorgfonds tegen de volgende beslissingen van de zorgkas :

- de beslissing inzake de aanvraag tot tenlasteneming waarbij de zorgkas beslist dat de gebruiker niet aan de formele voorwaarden om voor tenlasteneming in aanmerking te komen, voldoet
- de beslissing over de tenlasteneming, al of niet na bijkomend onderzoek
- de beslissing over de herziening van de tenlasteneming
- de beslissing over de verlenging van een tenlasteneming
- de beslissing over een stopzetting van de tenlasteneming

- de beslissing ten gevolge van de controle van de tenlasteneming
- de beslissing tot schorsing van de tenlastenemingen ten gevolge van door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger bewust achtergehouden informatie of bewust onjuist of onvolledig verstrekte informatie

Het bezwaarschrift moet vergezeld zijn van alle relevante stukken en met redenen omkleed zijn. Per beslissing komt dit op het volgende neer :

- inzake de beslissing inzake de aanvraag tot tenlasteneming bevat het bezwaarschrift :
  - het aanvraagformulier voor de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering
  - de beslissing van de zorgkas inzake de aanvraag tot tenlasteneming
  - een betwisting met argumentatie van de door de zorgkas vermelde reden of redenen waarom de gebruiker niet aan de formele voorwaarden voldoet.
- Inzake de beslissing over de tenlasteneming
  - het aanvraagformulier voor de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering
  - in voorkomend geval, het formulier « bijkomend onderzoek of controle »
  - de beslissing over de tenlasteneming
  - een betwisting met argumentatie van de door de zorgkas vermelde reden of redenen waarom de gebruiker niet in aanmerking komt voor tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering
- inzake de beslissing over de herziening van de tenlasteneming :
  - het aanvraagformulier voor de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering
  - in voorkomend geval, het formulier « bijkomend onderzoek of controle »
  - de beslissing over de tenlasteneming
  - in voorkomend geval, de gedagtekende en ondertekende toevoeging bij de oorspronkelijke aanvraag
  - het herzieningsformulier
  - in voorkomend geval, het formulier « bijkomend onderzoek of controle » dat de neerslag bevat van het bijkomend onderzoek betreffende de herziening
  - de beslissing over de herziening van de tenlasteneming
  - een betwisting met argumentatie van de door de zorgkas vermelde reden of redenen waarom de gebruiker bij de herziening van de beslissing tot tenlasteneming niet langer in aanmerking komt.
- inzake de beslissing over de verlenging van de tenlasteneming :
  - het formulier vaststelling van het langdurig, ernstig verminderd zelfzorgvermogen' of het attest
  - in voorkomend geval, het formulier « bijkomend onderzoek of controle »
  - de beslissing over de verlenging van de tenlasteneming
  - een betwisting met argumentatie van de door de zorgkas vermelde reden of redenen waarom de gebruiker bij de herziening van de beslissing tot tenlasteneming niet langer in aanmerking komt.
- inzake de beslissing over de stopzetting van de tenlasteneming :
  - de laatste beslissing over de tenlasteneming vóór de beslissing tot stopzetting
  - in voorkomend geval, het formulier vaststelling van het langdurig, ernstig verminderd zelfzorgvermogen' of het attest dat geleid heeft tot de beslissing tot stopzetting
  - in voorkomend geval, het formulier « bijkomend onderzoek of controle » die geleid heeft tot de beslissing tot stopzetting
  - de beslissing tot stopzetting van de tenlasteneming
  - een betwisting met argumentatie van de door de zorgkas vermelde reden of redenen waarom de beslissing stopgezet is
- Inzake de beslissing ten gevolge van de controle van de tenlasteneming
  - het aanvraagformulier voor de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering
  - in voorkomend geval, het formulier « bijkomend onderzoek of controle »
  - de beslissing over de tenlasteneming
  - de schriftelijke mededeling dat een door de zorgkas aangeduide indicatiesteller een nieuwe indicatiestelling zal uitvoeren
  - de beslissing ten gevolge van de controle over de tenlasteneming
  - een betwisting met argumentatie van de door de zorgkas vermelde reden of redenen waarom de gebruiker na controle van de beslissing tot tenlasteneming niet langer in aanmerking komt
- Inzake de beslissing tot de schorsing van de tenlastenemingen ten gevolge van door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger bewust achtergehouden informatie of bewust onjuist of onvolledig verstrekte informatie
  - de beslissing over de tenlasteneming
  - de laatste beslissing (ten gevolge van controle of herziening)
  - in voorkomend geval, de laatste beslissing over de verandering van zorgvorm
  - de beslissing tot de schorsing van de tenlastenemingen
  - een betwisting met argumentatie van de door de zorgkas vermelde reden of redenen waarom de gebruiker na controle van de beslissing tot tenlasteneming niet langer in aanmerking komt

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger moet het bezwaarschrift binnen de dertig dagen na de ontvangst van de beslissing van de zorgkas per aangetekende brief versturen aan het Zorgfonds of het bezwaarschrift binnen de dertig dagen tegen ontvangstbewijs aan het Zorgfonds afgeven. Als men wil gehoord worden, dan moet dit in het bezwaarschrift aangevraagd worden.

De zorgkas bezorgt op verzoek van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger binnen de vijf dagen na de ontvangst van het verzoek de stukken die nodig zijn opdat de betrokkenen een bezwaarschrift zouden kunnen indienen bij het Zorgfonds. Indien de zorgkas kan bewijzen dat hij de stukken reeds aan de betrokkenen bezorgd heeft, dan mag de zorgkas hiervoor kosten aanrekenen.



Het secretariaat van de kamer van de bezwaarcommissie bij het Vlaams Zorgfonds deelt binnen de vijftien dagen na ontvangst van een ontvankelijk bezwaarschrift de zorgkas schriftelijk mee dat een ontvankelijk bezwaar werd ingediend. De mededeling bevat minstens de volgende informatie :

- de beslissing van de zorgkas waartegen het bezwaarschrift werd ingediend
- de door de gebruiker, zijn vertegenwoordiger geformuleerde betwisting met argumentatie van XXX de door de zorgkas aangehaalde redenen tot de beslissing
- de melding dat de zorgkas het recht heeft om gehoord te worden

Het secretariaat van de kamer deelt ook binnen de vijftien dagen na ontvangst van een bezwaarschrift de gebruiker of zijn vertegenwoordiger mee of het bezwaar ontvankelijk is verklaard.

In geval het bezwaar ontvankelijk is, bevat de mededeling volgende informatie :

- de melding dat het bezwaar ontvankelijk is
- de melding dat de bezwaarcommissie een gemotiveerd advies over het bezwaar moet geven en dat de leidend ambtenaar van het Zorgfonds een gemotiveerde beslissing moet nemen

In geval het bezwaar niet ontvankelijk is, bevat de mededeling volgende informatie :

- de melding dat het bezwaar niet ontvankelijk is
- de melding van de reden(en) waarom het bezwaar niet ontvankelijk is

De kamer van de bezwaarcommissie behandelt het bezwaar en verleent een gemotiveerd advies binnen de drie maanden na ontvangst van het bezwaarschrift. De kamer hoort de zorgkas en de gebruiker of zijn vertegenwoordiger, indien deze daar om hebben verzocht.

De leidend ambtenaar van het Zorgfonds neemt een gemotiveerde beslissing binnen één maand na de ontvangst van het advies van de kamer of, bij ontstentenis van een tijdig advies, na het verstrijken van de termijn. Het Zorgfonds stuurt de beslissing van de leidend ambtenaar binnen 8 dagen naar de gebruiker of zijn vertegenwoordiger en naar de zorgkas in kwestie.

De beslissing van de leidend ambtenaar heeft met terugwerkende kracht uitwerking vanaf de datum waarop de beslissing van de zorgkas in werking trad.

#### HOOFDSTUK XX. — *Rechtzetting door de zorgkassen van foutieve beslissingen*

Indien de zorgkas zelf een foutieve beslissing heeft genomen, dan kunnen zij deze rechtzetten door een nieuwe beslissing naar de gebruiker of zijn vertegenwoordiger op te sturen, waarbij de oude beslissing nietig verklaard wordt met vermelding van de reden waarom.

Indien de rechtzetting van de foutieve beslissing nog binnen de zestig dagen na de aanvraag voor (de herziening van) de tenlasteneming gebeurt, dienen kopieën van de foutieve en de rechtgezette beslissingen in het dossier bewaard te worden.

Indien de foutieve beslissing later dan zestig dagen na de aanvraag voor (de herziening van) de tenlasteneming rechtgezet wordt, dan dient men, naast het bewaren van de kopieën in de dossiers, tevens kopieën van de foutieve en de rechtgezette beslissing aan het Vlaams Zorgfonds te bezorgen.

#### HOOFDSTUK XXI. — *Gegevensinzameling*

##### *Afdeling I. — Recordtype A : leden*

###### Structuur

header : jaar en maand, zorgkas, type A (YYYYMMXXXXA)

code zorgkas :

- 180 = CM-Zorgkas
- 280 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen
- 380 = Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten
- 480 = Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen
- 580 = Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
- 680 = Vlaamse Zorgkas
- 780 = Omob-Zorgkas
- 880 = Zorgkas DKV Belgium

###### Velden :

- a. rijksregisternummer (veldlengte 11, numeriek)
- b. geboortjaar (veldlengte 4, numeriek)
- c. code van gemeente (NIS-code van fusiegemeente) (veldlengte 5, numeriek)
- d. datum aanvang aansluiting DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- e. datum betaling van de laatste ledenbijdrage DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- f. verwerkingsdatum van de aanvang van aansluiting DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- g. code van aansluiting (veldlengte 2, numeriek)
  - 00 = aansluiting bij opstart zorgverzekering
  - 10 = bereiken leeftijd
  - 20 = indienen aanvraag tenlasteneming (jonger dan 26 jaar)
  - 21 = goedgekeurde aanvraag tenlasteneming (jonger dan 26 jaar, is effectief lid van de zorgkas)
  - 30 = komen wonen in Vlaanderen
  - 40 = komen wonen in Brussel (en aansluiting binnen 6 maanden)
  - 50 = vrijwillige aansluiting in Brussel (na meer dan 6 maanden)
  - 7X = mutatie van andere zorgkas
    - 71 = CM-Zorgkas
    - 72 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen
    - 73 = Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten
    - 74 = Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen

- 75 = Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen  
 76 = Vlaamse Zorgkas  
 77 = Omob-Zorgkas  
 78 = Zorgkas DKV Belgium  
 80 = ambtshalve aansluiting  
 90 = onbekend
- h. code regularisatie (EU-onderdaan) (veldlengte 2, numeriek)  
 00 = geen regularisatie  
 10 = Belgische nationaliteit  
 11 = andere nationaliteit
- i. datum beëindiging aansluiting DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- j. verwerkingsdatum van de beëindiging van aansluiting DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- k. code van beëindiging aansluiting (veldlengte 4, numeriek)  
 0000 = geen beëindiging aansluiting  
 1010 = overlijden  
 1020 = einde van zorgbehoevendheid (jonger dan 26 jaar)  
 1030 = verlaten van Vlaanderen of Brussel  
 1050 = vrijwillige stopzetting in Brussel  
 1060 = schrapping van dubbele aansluiting  
 107X = mutatie naar andere zorgkas  
 1071 = CM-Zorgkas  
 1072 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen  
 1073 = Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten  
 1074 = Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen  
 1075 = Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen  
 1076 = Vlaamse Zorgkas  
 1077 = Omob-Zorgkas  
 1078 = Zorgkas DKV Belgium  
 1080 = overige  
 1090 = onbekend
- l. betaald bedrag tijdens het kalenderjaar (veldlengte 5, numeriek) (999,99 komma moet niet toegevoegd worden). Indien het betrokken lid in het betrokken kalenderjaar nog niet betaald heeft, dan wordt dit veld opgevuld met nullen.
- m. verhoogde verzekeringstegemoetkoming (veldlengte 1, numeriek)  
 0 = voorlopig onbekend  
 1 = persoon geniet niet van verhoogde verzekeringstegemoetkoming  
 2 = persoon geniet van verhoogde verzekeringstegemoetkoming

#### Frequentie en volume :

De databankgegevens dienen driemaandelijks overgemaakt te worden. De databankgegevens zijn cumulatief : de gegevens van vorige maanden en jaren dienen eveneens toegevoegd te worden.

#### Overgang 2003-2004 :

De leden die hun aansluiting beëindigen of beëindigd hebben op 31 december 2003 mogen niet meer opgenomen worden in het tekstbestand A, behalve dan de uitgaande mutaties van 2003 - 2004. De uitgaande mutaties worden heel het jaar opgenomen in het tekstbestand A.

#### Uitleg velden :

rijksregisternummer : rijksregisternummer van het betrokken lid

geboortjaar : geboortjaar van het betrokken lid

code van de gemeente : NIS - code van de fusiegemeente waar de betrokken persoon laatst in het Vlaams Gewest of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest woonachtig was (toestand laatste dag van het opgevraagde trimester).

datum aanvang aansluiting : datum van de aansluiting van betrokken lid bij de betrokken zorgkas. De aansluitingsdatum is altijd van de vorm 01/01/JJJJ (met uitzondering voor 1 oktober 2001) met JJJJ het eerste jaar dat het betrokken lid aangesloten was bij de zorgkas.

datum betaling van de laatste ledenbijdrage : datum waarop de laatste ledenbijdrage betaald werd door het betrokken lid. Indien in het betrokken jaar nog een regularisatie betaald wordt door het betrokken lid, dan moet dit veld niet aangepast worden.

verwerkingsdatum van de aanvang van aansluiting

code aansluiting : het type aansluiting waarover het gaat

00 = aansluiting opstart zorgverzekering. Vanaf 2003 mag voor nieuwe aansluitingen deze code niet meer gebruikt worden.

10 = bereiken leeftijd. Het gaat hier om personen die in het lopend jaar 26 jaar worden en in Vlaanderen of in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wonen

20 = deze code moet gebruikt worden wanneer een persoon jonger dan 26 jaar een aanvraag voor tenlasteneming indient.

21 = deze code moet gebruikt worden wanneer een persoon jonger dan 26 jaar een positieve beslissing voor tenlasteneming heeft.

30 = komen wonen in Vlaanderen. Het gaat hier om personen die in het lopend jaar 26 jaar worden of zijn en in Vlaanderen komen wonen.

- 40 = komen wonen in Brussel. Het gaat hier om personen die in het lopend jaar 26 jaar worden of zijn en in Brussel komen wonen.
- 50 = vrijwillige aansluiting in Brussel
- 7x = inkomende mutatie van zorgkas x
- 80 = aansluiting bij een van de 8 zorgkassen, door betaling van een eerste bijdrage bij desbetreffende zorgkas, van een persoon die voorheen ambtshalve aangesloten was bij de Vlaamse zorgkas (zonder ooit een bijdrage betaald te hebben). Alle zorgkassen mogen dus deze code gebruiken.
- 90 = onbekend

code regularisatie : deze code slechts invullen indien het om een regularisatie gaat (zie handleiding pg 21)

datum beëindiging aansluiting : is steeds van de vorm 31/12/ijij (ook voor dubbele aansluitingen) ofwel wordt dit veld opgevuld door nullen (indien er geen beëindiging is).

verwerkingsdatum beëindiging aansluiting :

code van beëindiging aansluiting

0000 = geen beëindiging aansluiting

1010 = overlijden

1020 = einde van de zorgbehoevendheid (code 21) of geweigerde aanvraag (code 20). Deze code kan alleen gebruikt worden indien betrokken lid nog geen 26 is.

1030 = verlaten van Vlaanderen of Brussel

1050 = vrijwillige stopzetting in Brussel

1060 = schrapping van dubbele aansluiting

107X = mutatie naar andere zorgkas

1080 = overige

1090 = onbekend

betaald bedrag tijdens kalenderjaar : in dit veld wordt het bedrag van de ledenbijdrage voor het kalenderjaar ingevuld, vermeerderd met eventuele bedragen voor regularisaties.

verhoogde verzekeringstegemoetkoming geeft aan of betrokken lid een VT'er is of niet. Voor 2004 is de toestand op 1 januari 2003 van belang.

#### *Afdeling II. — Recordtype B : tenlastenemingsdossiers*

##### Structuur

header : jaar en maand, zorgkas, type B (YYYYMMXXXB)

code zorgkas :

180 = CM-Zorgkas

280 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen

380 = Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten

480 = Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen

580 = Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

680 = Vlaamse Zorgkas

780 = Omob-Zorgkas

880 = Zorgkas DKV Belgium

##### Velden :

- a. Rijksregisternummer (veldlengte 11, numeriek)
- b. Geboortejaar (veldlengte 4, numeriek)
- c. NIS-code van fusiegemeente (veldlengte 5, numeriek)
- d. Code decentraal punt van de zorgkas (veldlengte 3, numeriek)
- e. Code aanvraag, herziening of verlenging (veldlengte 1, numeriek)
  - 0 = aanvraag
  - 1 = herziening
  - 2 = verlenging
- f. datum van de aanvraag, herziening of verlenging DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- g. code indicatiesteller of attest bij aanvraag, herziening of verlenging (veldlengte 6, numeriek)
  - 207001 = diensten voor gezinszorg
  - 201001 = ocmw's
  - 213001 = centra voor maatschappelijk welzijn
  - 207003 = lokale dienstencentra
  - 900210 = Katz-schaal thuisverpleging
  - 900220 = evaluatieschaal tegemoetkoming in verzorgingsinrichting, bewijs van opname in rusthuis of RVT
  - 900230 = bewijs van opname in psychiatrisch verzorgingstehuis
  - 900240 = BEL-profielschaal in de gezinszorg
  - 900280 = medisch-sociale schaal voor integratietegemoetkoming, tegemoetkoming hulp aan bejaarden, tegemoetkoming hulp van derden
  - 900290 = bijkomende kinderbijslag uit hoofde van het kind
- h. resultaat van de indicatiestelling bij aanvraag, herziening of verlenging (veldlengte 2, numeriek, veld = 99 indien het gaat om een attest)
- i. code bijkomend onderzoek (veldlengte 1, numeriek)
  - 0 = geen bijkomend onderzoek
  - 1 = bijkomend onderzoek

- j. datum van indicatiestelling bijkomend onderzoek DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- k. resultaat van de indicatiestelling bij bijkomend onderzoek (veldlengte 2, numeriek, indien geen bijkomend onderzoek is veld 99)
- l. code beslissing (veldlengte 1, numeriek)
- 0 = nog geen beslissing
  - 1 = goedgekeurd
  - 2 = goedgekeurd doch beperkt door cumul (o.a. Vlaams Fonds)
  - 4 = administratief geweigerd dossier
  - 5 = overige weigeringen
- m. datum van de beslissing DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- n. datum laatste wijziging zorgvorm DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- o. code zorgvorm (veldlengte 1, numeriek)
- 0 = geen positieve beslissing na aanvraag, herziening of verlenging
  - 4 = residentiële zorg
  - 5 = mantel- en thuiszorg
- p. code beslissing na controle (veldlengte 1, numeriek)
- 0 = geen controle of nog geen beslissing na controle
  - 1 = verderzetting
  - 3 = stopzetting
- q. resultaat van de indicatiestelling bij controle (veldlengte 2, numeriek, indien geen controle is veld = 99)
- r. datum van de beslissing na controle DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- s. einddatum voor uitvoering tenlastenemingen DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- t. code uitbetaling of terugvordering
- 0 = uitbetaling
  - 1 = terugvordering
- u. bedrag dat werd uitbetaald of teruggevorderd tijdens het betrokken kalenderjaar (eventueel 0 euro) (veldlengte 6, numeriek) (9999,99 komma moet niet toegevoegd worden)
- v. bedrag van het openstaand krediet op het einde van het trimester (eventueel 0 euro) (veldlengte 6, numeriek) (9999,99 komma moet niet toegevoegd worden)
- w. parameter 1 (veldlengte 8, numeriek)
- x. parameter 2 (veldlengte 8, numeriek)
- y. parameter 3 (veldlengte 8, numeriek)
- z. parameter 4 (veldlengte 8, numeriek)

Frequentie en volume :

De databankgegevens dienen driemaandelijks overgemaakt te worden. De databankgegevens zijn cumulatief : de gegevens van vorige maanden dienen eveneens toegevoegd te worden. Behalve waar dit expliciet wordt opgegeven, worden velden die niet ingevuld hoeven te worden, opgevuld door nullen.

Overgang 2003-2004 :

In het bestand tenlastenemingen van 2004 worden de volgende records van het bestand van 2003 opgenomen :

- de lopende dossiers (goedgekeurde dossiers waarvan de einddatum tenlasteneming valt na 31 december 2003)
- de ingediende dossiers waarvoor op 31 december 2003 nog geen beslissing werd genomen
- de dossiers waarvan het veld krediet verschillend is van nul. In het veld krediet worden de niet - uitbetaalde bedragen (of de rechten) voor tenlastenemingen opgenomen voor mantel-en thuiszorg van inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Bedragen die binnen de 6 maanden niet opgevraagd worden, mogen niet meer meegedeeld worden in het veld krediet (veld v.)

Al deze records blijven dan minstens tot het einde van het jaar in het tekstbestand B staan.

Uitleg velden :

- a. rijksregisternummer :
- b. geboortejaar :
- c. NIS-code fusiegemeente : NIS - code van de fusiegemeente waar de betrokken persoon laatst in het Vlaams Gewest of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest woonachtig was (toestand laatste dag van het opgevraagde trimester)
- d. Code decentraal punt van de zorgkas : de afdeling waar desbetreffend dossier fysisch geconsulteerd kan worden.
- e. Code aanvraag, herziening of verlenging : in dit veld wordt aangegeven of het hier een aanvraag, een herziening of een verlenging betreft. Dit veld werd ingevoerd aangezien een herziening en een verlenging een nieuw record wordt.
- f. datum van de aanvraag, herziening of verlenging : datum waarop de aanvraag of herziening aangevraagd wordt. Bij een verlenging is deze datum gelijk aan de datum van de uitvoering van de indicatiestelling of de datum van de indiening van het attest bij de zorgkas.
- g. code indicatiesteller of attest bij aanvraag, herziening of verlenging
- h. resultaat van de indicatiestelling bij aanvraag, herziening of verlenging : hier moet de score ingevuld worden van de zorgbehoevende bij de indicatiestelling. Indien er geen indicatiestelling heeft plaatsgevonden (er wordt met een attest gewerkt) dan moet dit veld opgevuld worden door « 99 » in te vullen, en niet 00. Er worden hier dus « opvulnegens » i.p.v. opvulnullen gebruikt. De score mag ingevuld worden op het ogenblik dat de zorgkas kennis neemt van het resultaat van de indicatiestelling, dus vooraleer de eigenlijke beslissing genomen werd.
- i. code bijkomend onderzoek : hier wordt aangegeven of er een bijkomend onderzoek plaats heeft gehad of niet.
- j. datum indicatiestelling bij bijkomend onderzoek : datum waarop het bijkomend onderzoek (dus eigenlijk de bijkomende indicatiestelling) heeft plaatsgehad

k. resultaat van de indicatiestelling bij bijkomend onderzoek : hier moet de score van de indicatiestelling ingevuld worden bij bijkomend onderzoek. De score mag ingevuld worden op het ogenblik dat de zorgkas kennis neemt van het resultaat van de indicatiestelling. Indien er geen bijkomend onderzoek plaats heeft of het resultaat is nog niet gekend, dan wordt dit veld opgevuld door « 99 » in te vullen.

l. Code beslissing :

m. datum van de beslissing : datum waarop de beslissing over de aanvraag, herziening of verlenging genomen werd.

n. datum laatste wijziging zorgvorm : datum waarop de laatste wijziging van de zorgvorm ingaat. Indien er meerdere wijzigingen zijn, wordt de laatste datum weerhouden. Deze datum is de datum waarop het bedrag van de uitbetaling effectief verandert. Het is dus steeds een datum van de vorm 01/mm/jjjj.

o. Code zorgvorm : in dit veld wordt de laatst geldige zorgvorm geplaatst. Het is pas indien de aanvraag goedgekeurd wordt dat dit veld ingevuld moet worden. Bij wijziging van zorgvorm wordt dit veld gewoon aangepast en wordt het veld n. « datum laatste wijziging zorgvorm » ingevuld.

p. code beslissing na controle :

q. resultaat van de indicatiestelling bij controle : hier moet de score ingevuld worden van de indicatiestelling bij controle. Indien er geen controle heeft plaatsgevonden of het resultaat van de controle is nog niet bekend, dan moet dit veld opgevuld worden door 99 in te vullen, en niet 00. Er worden hier dus « opvulnegens » i.p.v. opvulnullen gebruikt. De score mag ingevuld worden op het ogenblik dat de zorgkas kennis neemt van het resultaat van de indicatiestelling, dit kan dus vallen voor de datum waarop de eigenlijke beslissing van de controle genomen werd.

r. datum van de beslissing na controle : datum waarop de beslissing na controle genomen werd.

s. einddatum voor uitvoering tenlastenemingen : de laatst geldige einddatum dient hier ingevuld te worden.

t. code uitbetaling of terugvordering : met dit veld kunnen wij bepalen of het veld u. « bedrag uitbetaald of teruggevorderd tijdens het betrokken kalenderjaar » een positief of negatief bedrag is.

u. bedrag dat werd uitbetaald of teruggevorderd tijdens het betrokken kalenderjaar : in dit veld wordt het cumulatief bedrag (of saldo) van alle uitbetalingen en terugvorderingen tijdens het betrokken kalenderjaar weggeschreven.

v. bedrag van het openstaand krediet op het einde van het betrokken trimester

velden w.; x.; y.; z. : zijn eventueel nog te bepalen velden voor de financiële verantwoordelijkheid van de zorgkassen

### Afdeling III. — Recordtype D : indicatiestellers en resultaten

#### Structuur

header : jaar en maand, zorgkas, type D (YYYYMMXXXD)

code zorgkas :

- 180 = CM-Zorgkas
- 280 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen
- 380 = Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten
- 480 = Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen
- 580 = Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
- 680 = Vlaamse Zorgkas
- 780 = Omob-Zorgkas
- 880 = Zorgkas DKV Belgium

Velden :

- a. Rijksregisternummer (veldlengte 11, numeriek)
- b. Geboortejaar (veldlengte 4, numeriek)
- c. NIS-code van fusiegemeente (veldlengte 5, numeriek)
- d. Code decentraal punt van de zorgkas (veldlengte 3, numeriek)
- e. GKB-nummer indicatiesteller (veldlengte 8, numeriek)
- f. code indicatiesteller (veldlengte 6, numeriek)
  - 207001 = diensten voor gezinszorg
  - 201001 = ocmw's
  - 213001 = centra voor maatschappelijk welzijn
  - 207003 = lokale dienstencentra
- g. datum van de aanvraag, herziening of verlenging DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- h. datum van de indicatiestelling DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- i. resultaat van de indicatiestelling (veldlengte 2, numeriek)
- j. datum van de uitbetaling van de indicatiesteller DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- k. datum van de terugvordering van de indicatiesteller DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

Frequentie en volume :

De databankgegevens dienen driemaandelijks overgemaakt te worden. De databankgegevens zijn cumulatief : de gegevens van vorige maanden dienen eveneens toegevoegd te worden.

Overgang 2003-2004 :

Alle records die in het bestand 2003 opgenomen moesten worden, moeten eveneens in het bestand voor 2004 opgenomen worden.

Uitleg velden :

- a. rijksregisternummer :
- b. geboortejaar
- c. NIS-code fusiegemeente : NIS - code van de fusiegemeente waar de betrokken persoon laatst in het Vlaams Gewest of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest woonachtig was (toestand laatste dag van het opgevraagde trimester).
- d. Code decentraal punt van de zorgkas : afdeling waar desbetreffend dossier fysisch geconsulteerd kan worden.
- e. GKB-nummer indicatiesteller :
- f. code indicatiesteller of attest
- g. datum van de aanvraag, herziening of verlenging : datum van de aanvraag, herziening of verlenging (zie uitleg bestand B). Indien er nog geen aanvraag of herziening werd ingediend mag dit veld « 00000000 » zijn. Bij een verlenging is deze datum steeds gelijk aan veld h. datum van de indicatiestelling.
- h. datum van de indicatiestelling : datum waarop de indicatiestelling uitgevoerd wordt
- i. resultaat van de indicatiestelling : score van de zorgbehoevende bij de indicatiestelling.
- j. datum van de uitbetaling van de indicatiesteller : datum waarop het bedrag uitbetaald wordt. Indien het om een indicatiestelling gaat die nog niet uitbetaald is of die niet uitbetaald dient te worden, dan mag dit veld « 00000000 » blijven.
- k. datum van de terugvordering van de indicatiesteller : datum waarop de terugvordering geïnd wordt. Indien er geen terugvordering plaats vindt, dan wordt dit veld « 00000000 ».

*Afdeling IV. — Recordtype M : Mantelzorgers*

Hiervoor zal nog een nota opgesteld worden

*HOOFDSTUK XXII. — Slotbepalingen*

De nota's 2003/2 tot en met 2003/11 aan de zorgkassen bij de handleiding zorgverzekering van het ministerieel besluit van 23 december 2002 houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering, zoals gewijzigd, worden opgeheven.

Gezien om gevoegd te worden bij het ministerieel besluit van 19 maart 2004 houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering.

Brussel, 19 maart 2004.

De Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen,  
A. BYTTEBIER

TRADUCTION

MINISTÈRE DE LA COMMUNAUTE FLAMANDE

F. 2004 — 2541

[C - 2004/36004]

**19 MARS 2004. — Arrêté ministériel portant approbation du manuel assurance soins**

La Ministre flamande de l'Aide sociale, de la Santé et de l'Égalité des Chances,

Vu le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, modifié par les décrets des 22 décembre 1999, 8 décembre 2000, 18 mai 2001 et 20 décembre 2002;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 17 juillet 2000 relatif à l'organisation, à la gestion, au fonctionnement et à l'agrément de caisses d'assurance soins, et relatif au contrôle des caisses d'assurance soins, tel que modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 décembre 2001;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 septembre 2001 concernant l'agrément, l'enregistrement, le mandat, l'affiliation, la demande et la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins, tel que modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 14 décembre 2001, 25 octobre 2002, 13 décembre 2002, 9 mai 2003 et 14 novembre 2003;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 10 juin 2003 fixant les attributions des membres du Gouvernement flamand, modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 29 août 2003 et 24 octobre 2003;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 16 janvier 2004;

Vu les lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1<sup>er</sup>, remplacé par la loi du 4 juillet 1989 et modifié par la loi du 4 août 1996;

Vu l'urgence;

Considérant que l'assurance soins flamande produit ses effets le 1<sup>er</sup> janvier 2004 par le biais des procédures adéquates, de sorte qu'il convient de donner sans délai exécution aux dispositions du Gouvernement flamand en la matière et qu'il faut donner aux caisses d'assurance soins et aux citoyens la sécurité juridique nécessaire concernant le nouveau régime dans le cadre de l'assurance soins,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** Le manuel assurance soins, joint en annexe du présent arrêté, est approuvé.

**Art. 2.** L'arrêté ministériel du 23 décembre 2002 portant approbation du manuel assurance soins, tel que modifié, est abrogé.

**Art. 3.** Le présent arrêté produit ses effets le 1<sup>er</sup> janvier 2004.

Bruxelles, le 19 mars 2004.

A. BYTTEBIER

## Manuel Assurance soins

- PARTIE I. Définition plus précise des acteurs
  - Chapitre I<sup>er</sup>. Représentant
    - Section I<sup>re</sup>. Représentant sans procuration
    - Section II. Représentant avec procuration
- PARTIE II. Description des processus
  - Chapitre I<sup>er</sup>. Montant des cotisations
  - Chapitre II. Paiement de la cotisation annuelle due par les affiliés
  - Chapitre III. Affiliation à une caisse d'assurance soins
    - Section I<sup>re</sup>. Affiliation à une caisse d'assurance soins au choix
    - Section II. Affiliation d'office
    - Section III. Plusieurs affiliations auprès de différentes caisses d'assurance soins durant la même période
    - Section IV. Cessation de l'affiliation
  - Chapitre IV. Sanctions en cas de non affiliation et non paiement
  - Chapitre V. Changement de caisse d'assurance soins
    - Section I<sup>re</sup>. Changement de caisse d'assurance soins
    - Section II : Changement de caisse d'assurance soins et législation MOB
  - Chapitre VI. Demande de prise en charge et décision concernant les conditions formelles
    - Section I<sup>re</sup>. Tableau
    - Section II. Les usagers qui ont plus de 25 ans
    - Section III. Usagers (de moins de 25 ans) qui ne peuvent pas encore s'affilier à une caisse d'assurance soins par le paiement d'une cotisation
  - Chapitre VII. Condition formelle de prise en charge lorsque l'utilisateur n'a pas habité de manière ininterrompue en Flandre ou à Bruxelles durant les 5 dernières années
    - Section I<sup>re</sup>. L'utilisateur ou son représentant demande un certificat de séjour
    - Section II. L'utilisateur ou son représentant demande un certificat pour une indication qui a déjà été réalisée
    - Section III. L'utilisateur ou son représentant n'a pas de certificat
  - Chapitre VIII. Fixation de l'autonomie réduite grave et de longue durée lors de la demande de prise en charge
    - Section I<sup>re</sup>. L'utilisateur ou son représentant demande un certificat de séjour
    - Section II. L'utilisateur ou son représentant demande un certificat pour une indication qui a déjà été réalisée
    - Section III. L'utilisateur ou son représentant n'a pas de certificat
  - Chapitre IX. Indemnité pour la réalisation de l'indication
  - Chapitre X. Manuel assurance soins BEL
  - Chapitre XI. Décision de prise en charge
  - Chapitre XII. Durée de validité d'une décision
  - Chapitre XIII. Modification de la forme de soins
  - Chapitre XIV. Décision de révision, prolongation ou arrêt d'une décision positive (initiale)
    - Section I<sup>re</sup>. Révision à la demande de l'utilisateur ou de son représentant
    - Section II. Prolongation d'une décision positive
    - Section III. Arrêt d'une décision positive
  - Chapitre XV. Contrôle sur la prise en charge
  - Chapitre XVI. Exécution de la prise en charge
    - Section I<sup>re</sup>. Règlement financier : généralités
    - Section II. Règlement financier relatif aux soins de proximité et soins à domicile pour des usagers habitant en Flandre
    - Section III. Règlement financier relatif aux soins de proximité et soins à domicile pour des usagers habitant Bruxelles 7
    - Section IV. Règlement financier relatif aux services fournis par des structures professionnelles, résidentielles
  - Chapitre XVII. Recouvrement de prises en charge indûment accordées
    - Section I<sup>re</sup>. Recouvrement
    - Section II. Exonération de la recouvrement
  - Chapitre XVIII. Cumul de la prise en charge avec des versements/allocation en vertu d'autres dispositions
    - Section I<sup>re</sup>. Soins de proximité et soins à domicile et budget d'assistance personnelle (BAP)
    - Section II. Soins de proximité et soins à domicile et le séjour dans une structure résidentielle agréée par le Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap (Fonds flamand pour l'Intégration sociale de Personnes handicapées)
  - Chapitre XIX. Recours auprès du Vlaams Zorgfonds
  - Chapitre XX. Rectification par les caisses d'assurance soins de décision erronées
  - Chapitre XXI. Collecte des données
    - Section I<sup>re</sup>. Type de record A : affiliés
    - Section II. Type de record B : dossiers de prise en charge
    - Section III. Type de record D : indicateurs et résultats
    - Section IV. Type de record M : Intervenants de proximité
  - Chapitre XXII. Dispositions finales

## Note

Chaque fois qu'il est fait référence à Bruxelles dans le présent manuel, cette notion désigne la région bilingue de Bruxelles-Capitale, telle que visée dans le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins et les arrêtés d'exécution correspondants

**PARTIE I. — Définition plus précise des acteurs****CHAPITRE I<sup>er</sup>. — Représentant**

Le représentant de l'usager est une personne physique qui agit en lieu et place de l'usager pour toutes les démarches que l'usager est censé faire afin de pouvoir obtenir la couverture des frais pour soins non médicaux dans le cadre de l'assurance soins.

**Section I<sup>re</sup>. — Représentant sans procuration.**

Les personnes suivantes peuvent agir sans procuration comme représentant d'un usager :

- Le conjoint ou un parent ou allié au premier ou second degré ((grand)parent, (petit-)enfant, frère ou sœur) de l'usager;

Le représentant doit préciser sur le formulaire de demande en quelle qualité il ou elle agit par rapport à l'usager (conjoint, sœur, etc.)

- Un membre majeur de la famille de l'usager. Dans ce cas, une attestation de composition familiale des intéressés suffit à titre de preuve. Cette attestation est délivrée par la commune;
- Le représentant légal de l'usager, à savoir : l'une des personnes ci-dessous :
  - L'un des parents ou, le cas échéant, le tuteur pour un mineur d'âge non émancipé. Il en va de même pour le mineur prolongé qui est assimilé au niveau de sa personne et de ses biens avec un mineur d'âge de moins de quinze ans;
  - Le tuteur, à savoir le cas échéant le conjoint pour un interdit;
  - Un administrateur provisoire peut être prévu pour un prévenu qui est interné et qui n'a pas été déclaré incapable ni sous tutelle, lorsque ses intérêts le requièrent. L'administrateur provisoire perçoit notamment les créances, règle les dettes et représente l'interné en droit en qualité de partie défenderesse et de partie demanderesse;
  - un administrateur provisoire peut être ajouté par le juge de paix à un majeur qui n'est pas capable de gérer en tout ou en partie ses biens, fût-ce temporairement, en raison de son état de santé. A moins que l'inverse n'apparaisse de la décision judiciaire désignant le administrateur provisoire, il représente la personne protégée dans tous ses actes juridiques et procédures relatifs à ses biens;
- le directeur de la maison de repos, de la maison de repos et de soins ou de la maison de soins psychiatriques où réside l'usager à condition d'avoir et de faire parvenir à la caisse d'assurance soins :
  - un certificat médical dont il ressort que l'usager n'est pas en mesure de signer lui-même la demande de prise en charge
  - une déclaration du directeur de la maison de repos, de la maison de repos et de soins ou de la maison de soins psychiatriques pour autant que pour l'usager concerné il n'y ait pas d'autres personnes connues susceptibles d'agir comme représentant sans procuration conformément aux catégories susvisées.

**Section II. — Représentant avec procuration**

Les personnes qui ne répondent pas à l'une des descriptions visées à la section I peuvent agir comme représentant de l'usager à condition qu'elles disposent d'un document stipulant que l'usager ou son représentant légal leur donne procuration. Il peut s'agir de n'importe qui, ce n'est pas limité à la notion légale de représentant'.

Ce document doit être daté et signé par l'usager ou son représentant légal. La déclaration sur le document peut être libellée comme suit :

Par la présente, nom de l'usager' donne procuration à nom du représentant' pour effectuer au nom et pour le compte de nom de l'usager' toutes les formalités nécessaires pour qu'il/elle puisse faire valoir ses droits de prise en charge dans le cadre de l'assurance soins.

**PARTIE II. — Description des processus****CHAPITRE I<sup>er</sup>. — Montant des cotisations**

Période :

- 1<sup>er</sup> octobre 2001 jusqu'au 31 décembre 2002 : 10 euros
- année 2003 :
  - 25 euros
  - 10 euros pour les personnes qui ont droit le 1<sup>er</sup> janvier 2002 à une intervention majorée de la part de l'assurance soins médicaux
- année 2004 :
  - 25 euros
  - 10 euros pour les personnes qui ont droit le 1<sup>er</sup> janvier 2003 à une intervention majorée de l'assurance soins médicaux

**CHAPITRE II. — Paiement de la cotisation annuelle due par les affiliés**

Ce chapitre traite du paiement dès affiliation.

La caisse d'assurance soins est tenue de percevoir les cotisations annuelles de ses affiliés. La caisse d'assurance soins détermine les modalités de perception des cotisations de ses affiliés.

La caisse d'assurance soins ou l'instance de création peut regrouper dans un seul document l'invitation au paiement de la cotisation pour l'assurance soins avec l'invitation de paiement pour d'autres produits (de la caisse d'assurance soins ou de ses instances de création).

L'affilié recevra toutefois un avis distinct précisant le montant qui est réclamé de l'affilié pour l'assurance soins flamande. Cet avis précisera aussi la période pour laquelle la cotisation est demandée.

Les deux documents peuvent évidemment être envoyés dans un seul mailing.

L'avis doit au moins comporter les informations suivantes :

- le montant qui est demandé dans le cadre de l'assurance soins et la période pour laquelle ce montant est demandé.
- La mesure de suspension de la prise en charge pendant quatre mois au moment où l'affilié a droit à la prise en charge, pour chaque année pendant laquelle un affilié n'a pas payé, n'a pas payé la totalité ou a payé tardivement sa cotisation.



- Lorsqu'un affilié ne se croit pas en mesure de payer la cotisation annuelle, il peut demander au CPAS de payer la cotisation à la caisse d'assurance soins à sa place. Le CPAS n'est toutefois pas obligé de donner suite à la demande de cet affilié

Les ordres de domiciliation existants ne peuvent être utilisés pour faire payer la cotisation par un affilié que lorsque cette personne (ou son chef de ménage) a marqué son accord préalable.

L'affilié paie sa cotisation annuelle due durant l'année en cours à sa caisse d'assurance soins. Les cotisations doivent se trouver sur le compte de la caisse d'assurance soins le 31 décembre au plus tard. A titre exceptionnel, la cotisation pour l'année 2003 doit être enregistrée sur le compte de la caisse d'assurance soins le 5 janvier 2004 au plus tard.

En cas de non-paiement, la caisse d'assurance soins peut envoyer un rappel à la personne concernée.

Les caisses d'assurance soins peuvent fixer une échéance pour le paiement de la cotisation. Cette échéance ne peut pas être antérieure au 1<sup>er</sup> janvier de l'année à laquelle se rapporte la cotisation. Lorsque cette échéance tombe durant l'année en cours, on ne peut pas y lier de sanctions.

Un affilié, pour lequel une demande de prise en charge a été introduite dans le cadre de l'assurance soins, paie sa cotisation de l'année en question avant l'introduction de la demande. Par dérogation à cette règle, la personne pour laquelle une demande est introduite durant le premier trimestre de l'année, paie sa cotisation avant le 1<sup>er</sup> avril de l'année en question.

Un affilié qui a déjà droit à une prise en charge paie sa cotisation durant le premier trimestre de l'année.

Des tiers (employeur, CPAS) peuvent payer les cotisations de personnes affiliées à une caisse d'assurance soins. La caisse d'assurance soins est en possession d'une liste de personne pour lesquelles la cotisation est payée par un tiers. La liste remise à la caisse d'assurance soins par le tiers, comprend par affilié les données devant être tenues dans le registre. Cette procédure n'est pas obligatoire pour les cotisations, payées ensemble par un chef de famille.

### CHAPITRE III. — Affiliation à une caisse d'assurance soins

#### Section 1<sup>re</sup>. — Affiliation à une caisse d'assurance soins au choix

Une personne n'est affiliée à une caisse d'assurance soins que lorsque la cotisation a été payée pour la première fois.

Les instances de création des caisses d'assurance soins peuvent envoyer un mailing à leurs affiliés et/ou assurés leur signalant qu'ils peuvent s'affilier à une caisse d'assurance soins. Ce mailing peut être envoyé au nom de l'instance de création. Il y a d'une part l'avis relatif à l'assurance soins et d'autre part, l'invitation de paiement de la cotisation engendrant l'affiliation. Le mailing peut être accompagné de publicités pour d'autres produits.

L'avis et l'invitation de paiement (le bulletin de virement) doivent être diffusés sur des documents distincts.

L'avis doit comprendre au moins les informations suivantes :

- Le montant qui est demandé dans le cadre de l'assurance soins et la période pour laquelle ce montant est demandé.
- Toute personne habitant en Flandre et ayant plus de 25 ans, est tenue de s'affilier à l'une des huit caisses d'assurance soins agréées. Cela se fait par le paiement de la cotisation.
- La mesure de suspension de la prise en charge pendant quatre mois au moment où l'affilié a droit à la prise en charge, pour chaque année pendant laquelle un affilié n'a pas payé, n'a pas payé la totalité ou a payé tardivement sa cotisation.
- Lorsqu'un affilié ne se croit pas en mesure de payer la cotisation annuelle, il peut demander au CPAS de payer la cotisation à la caisse d'assurance soins à sa place. Le CPAS n'est toutefois pas obligé de donner suite à la demande de cet affilié

L'invitation de paiement reprend uniquement le montant devant être payé pour l'assurance soins. Il est souligné que la première cotisation, réalisant l'affiliation, doit être payée par virement sur un numéro de compte au nom de la caisse d'assurance soins.

Les caisses d'assurance soins sont tenues de respecter la liberté de choix de l'usager. L'avis et l'invitation de paiement ne peuvent donc pas comporter des indications susceptibles de faire croire que l'affiliation à la caisse d'assurance soins en question est obligatoire. Il doit toujours être clair que l'affiliation est obligatoire auprès de l'une des huit caisses d'assurance soins agréées.

Pour ce qui concerne les personnes qui atteignent l'âge de 26 ans, les caisses d'assurance soins peuvent retenir le 1<sup>er</sup> avril au plus tôt comme échéance pour le paiement de la cotisation moyennant mention qu'on sera sinon affilié d'office à partir du 1<sup>er</sup> juillet à la Caisse flamande d'assurance soins. En aucun cas, la suspension de quatre mois peut être invoquée comme sanction possible.

Moyennant l'accord des intéressés, des tiers peuvent affilier des personnes à une caisse d'assurance soins. Les caisses d'assurance soins qui affilient des personnes par le biais de tiers disposent d'une déclaration de l'intéressé, démontrant que celui-ci opte volontairement pour une affiliation à la caisse d'assurance soins.

Lorsqu'un tiers veut réaliser l'affiliation d'autres personnes, le tiers établit une liste des personnes qui souhaitent être affiliées à la caisse d'assurance soins par le biais du tiers en question. La caisse d'assurance soins aura en sa possession une liste des personnes affiliées pour lesquelles le paiement est groupé. Cette procédure n'est pas obligatoire pour des affiliations conjointes, payées par le chef de famille.

Seul un employeur ou un CPAS peut intervenir comme tiers.

Un chef de famille peut affilier des membres du ménage.

Conjointement avec le paiement des cotisations, les tiers font parvenir à la caisse d'assurance soins une liste des personnes pour lesquelles le paiement est effectué. Cette liste reprend par affilié les données suivantes : numéro auprès du registre national, nom, adresse, date de naissance, sexe, nationalité, montant.

La caisse d'assurance soins doit tenir un registre des personnes affiliées auprès de la caisse. Elle enregistre au moins les données suivantes concernant les affiliés :

- ◇ numéro auprès du registre national
- ◇ nom
- ◇ adresse
- ◇ date de naissance
- ◇ sexe
- ◇ nationalité

◇ date paiement première cotisation

La caisse d'assurance soins détermine elle-même la forme que prendra ce registre. Le Zorgfonds (Fonds des soins) demande uniquement que ces données soient tenues sur place par affilié individuel dans une forme compréhensible de sorte qu'elles puissent être contrôlées par un inspecteur.

Lorsqu'une personne ne s'affilie pas, un rappel peut être envoyé.

*Section II. — Affiliation d'office*

Un premier paiement de la cotisation ne constitue pas une condition pour une affiliation d'office auprès de la Caisse flamande d'assurance soins.

Toutes les personnes qui ne s'affilient pas au choix dans les délais fixés pour l'affiliation auprès d'une caisse d'assurance soins agréée, sont affiliées d'office auprès de la Caisse flamande d'assurance soins.

A cet égard, il y a lieu de distinguer différentes catégories :

Affiliation à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2001

- Les personnes qui habitent en Flandre et ont 26 ou plus en l'an 2002 et les personnes qui viennent habiter en Flandre avant le 1<sup>er</sup> juillet 2002 et sont âgées de 26 ans ou plus en l'an 2002 :

Ces personnes ne se verront pas imposer de suspension de quatre mois lorsque la cotisation pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2001 au 31 décembre 2002 auprès de la Caisse flamande d'assurance soins se trouve au plus tard le 5 janvier 2004 sur le numéro de compte de la caisse d'assurance soins. Il va de soi que la cotisation pour 2003 doit également être payée à temps afin de ne pas subir de suspension pour 2003.

- Les personnes qui sont venues habiter en Flandre entre le 1<sup>er</sup> juillet 2002 et le 31 décembre 2002 et qui sont âgées de 26 ans ou plus en l'an 2002.

Ces personnes ne se verront pas imposer de suspension de quatre mois lorsque la cotisation pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2001 au 31 décembre 2002 auprès de la Caisse flamande d'assurance soins se trouve au plus tard le 31 décembre 2004 sur le numéro de compte de la caisse d'assurance soins.

- Dès le moment où l'intéressé a payé une première cotisation, il doit payer durant cette même année les cotisations éventuelles pour les années calendrier précédentes et en cours. Dans l'autre cas, il sera suspendu (avec perte de droits).

Affiliation à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2003

- Les personnes habitant en Flandre qui atteignent l'âge de 26 ans durant une année calendrier :

La première cotisation peut être payée sans subir de suspension auprès de chaque caisse d'assurance soins jusqu'au 31 décembre de l'année suivant l'année durant laquelle on a atteint l'âge de 26 ans.

- Les personnes qui viennent habiter en Flandre durant la première moitié d'une année calendrier (du 1<sup>er</sup> janvier jusqu'au 30 juin) alors qu'elles ont atteint ou atteignent au moins l'âge de 26 ans durant l'année calendrier :

La première cotisation peut être payée sans subir de suspension auprès de chaque caisse d'assurance soins jusqu'au 31 décembre de l'année suivant l'année durant laquelle on est venu habiter en Flandre.

- Les personnes qui viennent habiter en Flandre durant la deuxième moitié d'une année calendrier (du 1<sup>er</sup> juillet jusqu'au 31 décembre) alors qu'elles ont atteint ou atteignent au moins l'âge de 26 ans durant l'année calendrier :

La première cotisation peut être payée sans subir de suspension auprès de chaque caisse d'assurance soins jusqu'au 31 décembre de la deuxième année suivant l'année durant laquelle on est venu habiter en Flandre.

Dès le moment où l'intéressé a payé une première cotisation, il doit payer durant cette même année les cotisations éventuelles pour les années calendrier précédentes et en cours. Dans l'autre cas, il sera suspendu (avec perte de droits).

Exemple 1 :

- quelqu'un qui vient habiter en Flandre en octobre 2003, s'affilie pour la première fois et à temps en payant la cotisation le 15 novembre 2003; il est affilié avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2003
- il paie la cotisation pour 2004 et 2005 le 1<sup>er</sup> mars 2005
- il est suspendu pendant 4 mois parce qu'il a payé tardivement la cotisation pour 2004, il avait jusqu'au 31 décembre 2004.

Exemple 2 :

- quelqu'un qui vient habiter en Flandre en octobre 2003, s'affilie pour la première fois et à temps en payant la cotisation le 15 mars 2005; il est affilié avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2003 (il avait jusqu'au 31 décembre 2005 pour s'affilier sans suspension)
- il paie la cotisation pour 2004 et 2005 le 20 mars 2005
- il n'est pas suspendu; il avait jusqu'au 31 décembre 2005 pour payer les cotisations 2003, 2004 et 2005.

L'affiliation d'office auprès de la Caisse flamande d'assurance soins cesse de produire ses effets lorsque l'intéressé s'affilie auprès d'une autre caisse d'assurance soins en payant au moins une cotisation. La caisse d'assurance soins en question réclamera les cotisations restant dues.

Dès que l'affilié a payé une cotisation à la Caisse flamande d'assurance soins, il peut changer de caisse d'assurance soins par le biais de la procédure décrite au chapitre V, section I.

*Section III. — Plusieurs affiliations auprès de différentes caisses d'assurance soins durant la même période*

Un individu ne peut pas être affilié auprès de différentes caisses d'assurance soins. Le Vlaams Zorgfonds le vérifiera en demandant les numéros du registre national des affiliés auprès des différentes caisses d'assurance soins.

Le principe est que la personne – qui a payé sa cotisation – est affiliée à la caisse d'assurance soins qui a communiqué le premier dans les délais prévus au Vlaams Zorgfonds que l'intéressé est affilié auprès d'eux. Lorsque les caisses d'assurance soins communiquent au même moment qu'une personne est affiliée auprès d'eux, l'intéressé est affilié auprès de la caisse d'assurance soins qui a été la première à recevoir la cotisation de l'affilié.

Les autres caisses d'assurance soins informent l'intéressé par écrit du fait que son affiliation chez eux est supprimée, parce qu'il était déjà affilié auprès d'une caisse d'assurance soins.

Lorsque l'individu a obtenu pendant la même période plusieurs prises en charge auprès de différentes caisses d'assurance soins, les caisses d'assurance soins – à l'exception de celle auprès de laquelle l'intéressé est effectivement affilié – rembourse les cotisations à cette personne.

*Section IV. — Cessation de l'affiliation*

Il ne peut être mis fin à une affiliation que pour les motifs suivants :

- l'affilié quitte la Flandre ou Bruxelles
- l'affilié vient à décéder
- l'affilié habitant à Bruxelles met volontairement fin à son affiliation

L'affiliation prend fin le 31 décembre de l'année où s'est produit le motif de cessation de l'affiliation.

L'affilié ou son représentant notifie par courrier à la caisse d'assurance soins que l'affiliation prend fin. En cas de décès, le représentant de l'usager joint une copie de l'acte de décès.

L'affilié doit en principe encore payer la cotisation intégrale de l'année durant laquelle le motif de cessation de l'affiliation est intervenu. Par dérogation à cette règle, les cotisations ne doivent plus être payées en cas de décès de l'affilié, dans la mesure où l'intéressé en serait encore redevable.

*CHAPITRE IV. — Sanctions en cas de non-affiliation et non-paiement*

Lorsqu'une personne omet de payer sa cotisation, les sanctions suivantes seront appliquées :

- la suspension de la prise en charge avec perte de droits

La caisse d'assurance soins doit priver l'usager du droit à la prise en charge pendant quatre mois pour chaque année pour laquelle l'intéressé n'a pas payé la cotisation, l'a payée en partie ou ne l'a pas payée à temps.

Cette suspension produit ses effets au moment où l'affilié a droit en sa qualité d'usager à une prise en charge dans le cadre de l'assurance soins (en d'autres termes, le premier jour du troisième mois suivant l'introduction d'une demande). L'usager perd également ses droits à la prise en charge pour ces périodes suspendues.

Il est prévu une suspension et un délai d'attente. Si un usager se voit imposer tant une suspension qu'un délai d'attente, ces périodes seront cumulées.

## 1. suspension

La caisse d'assurance soins doit priver l'usager pendant quatre mois de son droit à la prise en charge, pour chaque année où l'intéressé n'a pas payé de cotisation, n'a pas intégralement payé celle-ci ou pas à temps, tout en étant affilié à une caisse d'assurance soins. Le paiement tardif de la cotisation pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2001 jusqu'au 31 décembre 2002 aboutit à une suspension de quatre mois.

## 2. délai d'attente

La caisse d'assurance soins doit priver l'usager pendant quatre mois de son droit à la prise en charge, pour chaque année durant laquelle il a habité Bruxelles sans s'être affilié à temps auprès d'une caisse d'assurance soins, bien qu'il ait pu s'affilier. La non-affiliation pendant la période du 1<sup>er</sup> octobre 2001 jusqu'au 31 décembre 2002 aboutit à un délai d'attente de quatre mois.

La caisse d'assurance soins enregistre la suspension et/ou le délai d'attente lorsque la cotisation pour une année déterminée n'a pas été payée, n'a pas été intégralement payée ou a été payée tardivement.

- Un individu ne peut pas introduire de demande de prise en charge, s'il n'est pas affilié auprès d'une caisse d'assurance soins par le paiement d'au moins une cotisation (cela ne s'applique évidemment pas aux personnes exemptes du paiement de cotisation).
- Lorsqu'un affilié – qui a déjà payé au moins une cotisation pour les années antérieures – introduit une demande de prise en charge dans le cadre de l'assurance soins et n'a pas encore payé sa cotisation annuelle, la cotisation sera, au plus tôt à partir du mois d'avril, déduite de la première prise en charge lorsque celle-ci ne tombe pas encore dans l'année calendrier de la demande.

Lorsque la première prise en charge ne tombe pas dans l'année calendrier de la demande, la caisse d'assurance soins ne peut accepter la demande durant cette année-là que si les deux conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- ❖ la cotisation est payée durant l'année calendrier de la demande;
- ❖ la cotisation est payée dans les 60 jours suivant la date d'introduction de la demande.

## ➤ exemple 1 :

- quelqu'un introduit une demande le 15 avril 2004;
- il a droit à la prise en charge à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2004, la caisse d'assurance soins peut donc compenser la cotisation pour l'année en cours sur une prise en charge de l'année en cours;
- la cotisation pour 2004 n'a pas encore été payée;
- la caisse d'assurance soins compensera la cotisation sur la prise en charge de juillet 2004.

## ➤ exemple 2 :

- quelqu'un introduit une demande le 15 octobre 2004;
- normalement, il a droit à une prise en charge à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2005;
- la cotisation pour 2004 n'a pas encore été payée;
- à partir du 15 octobre 2004, il dispose d'un délai de 60 jours pour payer la cotisation pour 2004. La cotisation pour l'année en cours ne peut en effet pas être compensée sur les prises en charge de l'année en cours.
- il paie la cotisation pour 2004 le 5 novembre 2004, soit dans les soixante jours;
- la caisse d'assurance soins exécute les prises en charge à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2005.
- Lorsqu'un affilié a droit à une prise en charge sans être redevable de cotisations pour les années antérieures, la caisse d'assurance soins compensera ces cotisations sur la ou les première(s) prise(s) en charge. Il va de soi que cette compensation ne se substitue pas à la suspension.
- Lorsqu'un affilié, qui a déjà droit à la prise en charge, ne paie pas sa cotisation durant le premier trimestre de l'année, le montant de la cotisation sera déduit du montant de la prise en charge du mois d'avril.

CHAPITRE V. — *Changement de caisse d'assurance soins**Section 1<sup>re</sup>*. — *Changement de caisse d'assurance soins*

Un changement de caisse d'assurance soins produit ses effets le 1<sup>er</sup> janvier.

La procédure suivante est d'application en cas de changement de caisse d'assurance soins :

1. Une personne change de caisse d'assurance soins en faisant parvenir à la nouvelle caisse d'assurance soins le formulaire de mutation signé au plus tard le 5 décembre de l'année précédant celle où il change de caisse d'assurance soins.

2. La nouvelle caisse d'assurance soins peut transmettre au plus tôt le 25 novembre et au plus tard le 6 décembre un fichier texte via mail au Vlaams Zorgfonds qui comporte par record les champs de données suivants.

Nom	longueur champ	remarques
numéro auprès du registre national	11	
code nouvelle caisse d'assurance soins	3	

3. Le cas échéant, et au plus tard le 10 décembre, le Vlaams Zorgfonds renverra ce fichier texte à la nouvelle caisse d'assurance soins, complété par le code de l'ancienne caisse d'assurance soins.

Nom	longueur champ	remarques
numéro auprès du registre national	11	
Code nouvelle caisse d'assurance soins	3	
Code ancienne caisse d'assurance soins (selon Zorgfonds)	3	

4. La nouvelle caisse d'assurance soins fournira au plus tard le 15 décembre via mail au siège principal de l'ancienne caisse d'assurance soins un seul fichier texte (plusieurs fichiers et envoi décentralisé sont possibles moyennant accord écrit entre les caisses d'assurance soins).

Nom	longueur champ	remarques
numéro auprès du registre national	11	
Code nouvelle caisse d'assurance soins	3	
Code ancienne caisse d'assurance soins (selon Zorgfonds)	3	
section nouvelle caisse d'assurance soins	3	
numéro d'inscription nouvelle caisse d'assurance soins	15	facultatif
Nom	48	
Prénom	48	

5. La nouvelle caisse d'assurance soins envoie au plus tard le 20 décembre, sous un seul pli recommandé, les formulaires de mutation originaux au siège principal de l'ancienne caisse d'assurance soins (plusieurs envois et décentralisé sont possibles moyennant accord écrit entre les caisses d'assurance soins).

6. L'ancienne caisse d'assurance soins complète le fichier texte avec les données nécessaires et envoie au plus tard le 15 janvier le fichier ainsi complété via mail et si nécessaire, le dossier sur support papier par la poste au siège principal de la nouvelle caisse d'assurance soins. (plusieurs fichiers et envois et décentralisé sont possibles moyennant accord écrit entre les caisses d'assurance soins).

affilié

Lorsqu'il s'agit exclusivement de la mutation d'un affilié, le courriel comprendra outre le A-string un fichier texte contenant les éléments suivants :

En cas de refus d'une mutation par l'ancienne caisse d'assurance soins, seuls les champs jusqu'à section ancienne caisse d'assurance soins' seront remplis :

nom	longueur champ	Remarques
numéro auprès du registre national	11	
code nouvelle caisse d'assurance soins	3	
code ancienne caisse d'assurance soins (selon Zorgfonds)	3	
section nouvelle caisse d'assurance soins	3	
numéro d'inscription nouvelle caisse d'assurance soins	15	Facultatif

nom	longueur champ	Remarques
Nom	48	
Prénom	48	
rue domicile	32	
Numéro domicile	9	
Boîte domicile	5	
Code INS domicile	5	
Code postal domicile	5	
Commune domicile	40	
rue résidence	32	si idem que domicile' ce champ ne doit pas être rempli (blancs)
numéro résidence	9	si idem que domicile' ce champ ne doit pas être rempli (blancs)
Boîte résidence	5	si idem que domicile' ce champ ne doit pas être rempli (blancs)
Code INS résidence	5	si idem que domicile' ce champ ne doit pas être rempli (blancs)
code postal résidence	5	si idem que domicile' ce champ ne doit pas être rempli (blancs)
commune résidence	40	si idem que domicile' ce champ ne doit pas être rempli (blancs)
date de naissance	8	DDMMYYYY
sexe	1	H F
nationalité	3	Code pays (KSZ)
refus/acceptation mutation	2	01 mutation acceptée – dossier clôturé 02 numéro auprès du registre national erroné ou blanc 03 demande tardive de mutation 04 législation MOB pas affilié auprès de l'assurance maladie obligatoire 05 demande mutation à la même date auprès de plusieurs caisses d'assurance soins 06 pas affilié chez nous, caisse d'assurance soins erronée 07 décédé entre-temps 08 absence signature 09 contestation signature 10 contre-signature par mutant 11 formulaire de mutation absent
code ancienne caisse d'assurance soins	3	
section ancienne caisse d'assurance soins	3	
numéro d'inscription ancienne caisse d'assurance soins	15	
suspension délai d'attente	3	Nombre total de mois de suspension et/ou délai d'attente imposé
suspension délai d'attente	3	Nombre de mois de suspension et/ou de délai d'attente restant fin décembre
Bruxelles date début	8	DDMMYYYY, date début dernière affiliation ininterrompue
Bruxelles nombre années délai d'attente	2	00, 01, 03, 05 ou 10 ans
dossier nécessité de soins	1	O/N
total cotisations restant dues	4	
années pas payé	10 et progressif	020305 etc.

## Conditions techniques des fichiers

- Il s'agit de fichiers texte;
- On travaille toujours avec une longueur de champ fixe
- Toujours alignement à gauche;
- Des champs de données (partiellement) vides sont remplis avec des blancs.

personne nécessitant des soins

Lorsque la mutation concerne une personne avec un dossier en cours ou une personne pour laquelle une décision positive ou négative a été prise durant la dernière année calendrier précédant la mutation, les données suivantes seront en outre communiquées dans un dossier sur support papier (les mentions inutiles peuvent évidemment être supprimées) :

Il suffit de transmettre les données relatives à la dernière décision prise par l'ancienne caisse d'assurance soins à la nouvelle caisse d'assurance soins. Les données relatives aux décisions antérieures ne doivent pas être communiquées.

Les éléments suivants doivent pouvoir être déduits du dossier papier :

nom	Remarques
Numéro GKB indicateur	Cf. mesures visant à limiter le « shopping »
date indication	Cf. mesures visant à limiter le « shopping »
score indication	
Code demande, révision ou renouvellement	cf. B-string
date de demande, révision ou renouvellement	cf. B-string
code indicateur ou attestation en cas de demande, révision ou renouvellement	cf. B-string
Résultat indication lors de la demande, la révision ou le renouvellement	cf. B-string
code enquête complémentaire	cf. B-string
date indication enquête complémentaire :	cf. B-string
Résultat indication en cas d'enquête complémentaire	cf. B-string
code décision	cf. B-string
date décision	cf. B-string
date dernière modification forme de soins	cf. B-string
code forme de soins	cf. B-string
code décision après contrôle	cf. B-string
Résultat indication en cas de contrôle	cf. B-string
date décision après contrôle	cf. B-string
Date finale exécution prises en charge	cf. B-string
BAP Vlaams Fonds	Nécessaire pour savoir si on peut procéder au paiement ou pas
Numéro d'agrément de la structure résidentielle où réside l'intéressé	Nécessaire pour pouvoir exécuter le paiement correct pour des personnes bénéficiant de soins résidentiels et si nécessaire, pour pouvoir traiter correctement d'éventuelles nouvelles demandes de déménagement vers une autre résidence
Date début de séjour en régime à temps plein dans une structure résidentielle agréée par le Vlaams Fonds	Nécessaire parce que pour des périodes de séjour en régime à temps plein, la prise en charge doit être suspendue.

## données d'identification représentant

nom	
prénom	
rue domicile	
numéro domicile	
boîte domicile	
code postal domicile	
commune domicile	
Numéro de téléphone	
statut représentant	représentant légal-conjoint- sœur-frère-(grand)parent-(petit)enfant-avec procuration

données d'identification intervenant(s) de proximité

numéro auprès du registre national personne nécessitant des soins	
nom	
prénom	
rue domicile	
numéro domicile	
boîte domicile	
code postal domicile	
commune domicile	
Numéro de téléphone	
Relation intervenant de proximité	conjoint – partenaire – mère – père – sœur – frère – fille – fils – voisin – autres

7. Durant la période du 15 décembre au 15 janvier, la possibilité de contresignature est prévue afin de garantir que la personne souhaite effectivement s'affilier à la nouvelle caisse d'assurance soins. Cela signifie concrètement que l'affiliation à la nouvelle caisse d'assurance soins n'aura pas lieu lorsque :

- La personne signe le formulaire de révocation attestant qu'elle souhaite rester auprès de l'ancienne caisse d'assurance soins;
- L'ancienne caisse d'assurance soins fait parvenir ce formulaire sous pli recommandé et au plus tard le 15 janvier (date de la poste) au siège principal de la nouvelle caisse d'assurance soins.

Les prises en charge sont payées par la caisse d'assurance soins auprès de laquelle l'utilisateur était affilié durant le mois auquel se rapporte la prise en charge. Cela implique qu'il n'y aura pas de transfert de crédit de l'ancienne vers la nouvelle caisse d'assurance soins.

Des recouvrements auprès de l'utilisateur sont également effectués par la caisse d'assurance soins auprès de laquelle l'utilisateur était affilié au moment où les prises en charge, auxquelles se rapporte le recouvrement, ont été indûment exécutées.

#### Section II. — Changement de caisse d'assurance soins et législation MOB

Lorsque, le 1<sup>er</sup> janvier d'une année calendrier, une personne ne peut plus rester membre d'une caisse d'assurance soins d'une mutuelle en raison du fait que cette même personne a entre-temps changé de mutuelle sans avoir introduit à temps un formulaire de mutation auprès d'une caisse d'assurance soins, elle peut toujours changer de caisse d'assurance soins après avoir suivi la procédure de mutation prévue à la section I<sup>re</sup>.

La procédure suivante est d'application :

1. L'ancienne caisse d'assurance soins avertira l'intéressé du fait qu'il ne peut plus rester affilié parce qu'il a changé de mutuelle.

2. L'ancienne caisse d'assurance soins fera parvenir à l'intéressé un formulaire de mutation reprenant les données de l'ancienne caisse d'assurance soins, conjointement avec une lettre reprenant les coordonnées des 4 caisses d'assurance soins auxquelles l'intéressé peut s'affilier. Cette lettre précisera en outre :

- Qu'on ne peut s'affilier auprès d'une caisse d'assurance soins mutualiste si on n'est pas affilié auprès d'une des mutuelles de cette même caisse d'assurance soins mutualiste.
- Que le formulaire de mutation complété, signé et daté doit être transmis avant le 30 mai à la caisse d'assurance soins choisie
- Que faute de réaction avant le 30 mai, on sera affilié d'office à la Caisse flamande d'assurance soins

3. La personne concernée envoie le formulaire de mutation dûment complété, signé et daté avant le 30 mai à la caisse d'assurance soins de son choix.

4. La nouvelle caisse d'assurance soins inscrit l'intéressé comme mutation entrante avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier de l'année durant laquelle elle reçoit le formulaire de mutation.

5. La nouvelle caisse d'assurance soins envoie l'original du formulaire de mutation avant le 30 juin à l'ancienne caisse d'assurance soins. Celle-ci transmet toutes les données prévues dans le cadre de mutations ordinaires à la nouvelle caisse d'assurance soins.

Ce règlement de mutation n'est possible que jusqu'au 30 juin.

Faute d'introduction d'un formulaire de mutation auprès de l'ancienne caisse d'assurance soins avant le 30 juin, il y a deux possibilités :

1. l'ancienne caisse d'assurance soins n'a pas informé l'intéressé avant le 30 mai 2003 par écrit du fait qu'en raison de la problématique MOB, il ne peut rester membre de la caisse d'assurance soins.

Dans ce cas, l'intéressé reste membre de l'ancienne caisse d'assurance soins jusqu'à ce qu'il puisse passer par le biais de la procédure normale de mutation à la caisse d'assurance soins de son choix;

2. l'ancienne caisse d'assurance soins a effectivement informé l'intéressé avant le 30 mai 2003.

Dans ce cas, l'intéressé sera muté vers la Caisse flamande d'assurance soins. A cette fin, l'ancienne caisse d'assurance soins fait parvenir, au plus tard le 31 juillet 2003, toutes les données imposées dans le cadre d'une mutation ordinaire à la Caisse flamande d'assurance soins.

La Caisse flamande d'assurance soins informe l'intéressé de son affiliation à la Caisse flamande d'assurance soins et des motifs qui y ont donné lieu.

## CHAPITRE VI. — Demande de prise en charge et décision concernant les conditions formelles

Section I<sup>re</sup>. — Tableau

Forme de soins	Introduire demande	prises en charge
Soins de proximité et soins à domicile	à partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2004	à partir du premier jour du troisième mois suivant la demande
Soins résidentiels	à partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2004	à partir du premier jour du troisième mois suivant la demande

## Section II. — Les usagers qui ont plus de 25 ans

Sous-section I<sup>re</sup>. — Généralités

L'usager ou son représentant introduit auprès de sa caisse d'assurance soins une demande de prise en charge à l'aide du formulaire de demande dans le cadre de l'assurance soins flamande.

L'usager ou son représentant remplit le formulaire de demande dans le cadre de l'assurance soins flamande, signe le formulaire et le fait parvenir à sa caisse d'assurance soins.

Au moment de la demande de prise en charge, l'usager doit répondre aux conditions formelles suivantes :

## Sous-section II. — Conditions formelles de prise en charge pour des usagers habitant en Flandre

1. habiter durant les 5 dernières années de manière ininterrompue en Flandre ou à Bruxelles; les Belges et ressortissants d'un autre Etat membre de l'Union européenne ne relèvent pas de cette condition s'ils paient 5 fois le montant de la cotisation annuelle au moment de la demande de prise en charge

2. avoir payé la cotisation pour l'année en cours avant le 1<sup>er</sup> avril ou avant l'introduction de la demande

3. ne pas avoir introduit durant l'année en cours de demande de prise en charge auprès d'une autre caisse d'assurance soins

4. pour ce qui concerne les demandes de prise en charge pour des soins résidentiels, séjourner effectivement dans une structure résidentielle agréée ou assimilée en termes d'agrément

## Sous-section III. — Conditions formelles de prise en charge pour des usagers habitant Bruxelles

1. L'habitant de Bruxelles qui s'affilie tardivement, est pendant un délai fixé par le Gouvernement, préalable à la date à laquelle il introduit sa demande de prise en charge, affilié de manière ininterrompue auprès d'une caisse d'assurance soins agréée.

L'affiliation est tardive lorsque les intéressés :

- Soit ne s'affilient pas dans les 6 mois durant l'année calendrier où ils atteignent l'âge de 26 ans
- Soit ne s'affilient pas dans les 6 mois, après qu'ils sont venus habiter à Bruxelles durant une année calendrier où ils atteignent au moins l'âge de 26 ans.

Le délai de l'affiliation ininterrompue est prolongé au fur et à mesure que l'assurance soins existe depuis plus longtemps. Le cadre ci-dessous permet de préciser cela :

Année durant laquelle un habitant de Bruxelles s'affilie tardivement	Le délai fixé par le Gouvernement pendant lequel un habitant de Bruxelles doit être affilié de manière ininterrompue, préalablement à la date de la demande de prise en charge
2002	0 an
2003	1 an
2004	3 ans
2005	5 ans
2006 et les années suivantes	10 ans

2. habiter durant les 5 dernières années de manière ininterrompue en Flandre ou à Bruxelles; les Belges et ressortissants d'un autre Etat membre de l'Union européenne ne relèvent pas de cette condition s'ils paient 5 fois le montant de la cotisation annuelle au moment de la demande de prise en charge

3. avoir payé la cotisation pour l'année en cours avant le 1<sup>er</sup> avril ou avant l'introduction de la demande

4. ne pas avoir introduit durant l'année en cours de demande de prise en charge auprès d'une autre caisse d'assurance soins

5. pour ce qui concerne les demandes de prise en charge en soins résidentiels, séjourner effectivement dans une structure résidentielle agréée ou assimilée en termes d'agrément

La caisse d'assurance soins vérifiera si l'usager répond aux conditions formelles et demande, si nécessaire, des justificatifs autres que la déclaration de l'usager ou son représentant sur le formulaire de demande dans le cadre de l'assurance soins.

Lorsque l'usager ne répond pas aux conditions formelles, la caisse d'assurance soins communiquera cette décision par écrit à l'usager ou à son représentant moyennant précision du motif.

Lorsque l'usager répond aux conditions formelles, on vérifiera si une indication complétée ou une attestation est disponible.

## Sous-section IV. — Choix de la forme de soins

Il y a deux possibilités :

- soins de proximité et soins à domicile
- soins résidentiels



Seules des personnes résidant en milieu familial, peuvent introduire une demande de soins de proximité et soins à domicile. Le milieu familial est l'endroit où l'utilisateur est domicilié ou habite effectivement, à l'exclusion des types de logement collectif où des personnes séjournent et sont logées de manière durable. Une résidence-service est considérée comme un milieu familial.

Seules les personnes qui séjournent dans une structure résidentielle agréée ou assimilée, peuvent introduire une demande de soins résidentiels.

*Section III. — Usagers (de moins de 25 ans)*

qui ne peuvent pas encore s'affilier à une caisse d'assurance soins par le paiement d'une cotisation

Les usagers qui, en raison de leur âge, ne doivent pas encore payer de cotisation, peuvent néanmoins entrer en ligne de compte pour une prise en charge dans le cadre de l'assurance soins à condition d'introduire un formulaire de demande dans le cadre de l'assurance soins flamande.

Ces usagers doivent également répondre aux conditions formelles de prise en charge stipulées.

Exception :

- les usagers qui ont moins de 25 ans et qui habitent à Bruxelles, ne peuvent pas s'affilier tardivement. Ils ne doivent donc pas répondre à la condition d'être affilié, pendant un délai préalable à la date à laquelle ils introduisent leur demande de prise en charge, de manière ininterrompue à une caisse d'assurance soins agréée.
- Les usagers qui ont moins de 5 ans et qui habitent depuis leur naissance en Flandre ou à Bruxelles, ne doivent pas satisfaire à la condition d'avoir habité de manière interrompue en Flandre ou à Bruxelles pendant les 5 dernières années.

*CHAPITRE VIII. — Fixation de l'autonomie réduite grave et de longue durée lors de la demande de prise en charge*

*Section I<sup>re</sup>. — L'utilisateur ou son représentant demande un certificat de séjour*

Tous les occupants de structures résidentielles agréées ou assimilées à un agrément entrent en ligne de compte pour une prise en charge pour soins résidentiels, s'ils remplissent les conditions formelles. Ils sont considérés comme souffrant d'une autonomie réduite grave et de longue durée sur la base d'un certificat de séjour.

L'utilisateur demande son certificat de séjour (certificat qui prouve que l'utilisateur est admis dans une maison de repos, une MRS ou une maison de soins psychiatriques) auprès de son organisme assureur (mutuelle, Caisse d'assurance soins médicaux de la SNCB, Caisse d'entraide pour l'assurance maladie et invalidité) ou à la structure résidentielle où il séjourne.

Le certificat de séjour doit comporter au moins les données suivantes :

- nom, adresse, date de naissance et numéro auprès du registre national de l'utilisateur
- nom de l'instance qui a délivré le certificat
- nom de la structure résidentielle où séjourne l'utilisateur
- date d'admission dans la structure résidentielle

Les certificats établis sur la base du résultat de l'échelle d'évaluation à l'appui de la demande d'intervention dans une structure de soins font aussi office de certificats de séjour.

L'utilisateur ou son représentant transmet le certificat à la caisse d'assurance soins.

Mesure transitoire

Les personnes qui séjournent dans une maison de repos ou une maison de repos et de soins agréée ou assimilée à un agrément reçoivent les prises en charge uniquement jusqu'au 31 mars 2004, si elles remplissent les conditions formelles et

- soit, ont eu au moins un score B sur l'échelle d'intervention dans une structure de soins au moment de leur demande ou de la révision de leur demande de soins résidentiels;
- soit, sont passées au 1<sup>er</sup> avril 2003 ou après cette date de la forme de soins de proximité et à domicile à des soins résidentiels.

*Section II. — L'utilisateur ou son représentant demande un certificat pour une indication qui a déjà été réalisée*

Les scores suivants entrent en ligne de compte pour les soins de proximité et à domicile :

- ◇ au moins le score 35 sur l'échelle de profil BEL des soins familiaux;
- ◇ au moins le score B sur l'échelle de Katz dans les soins à domicile;
- ◇ au moins le score 15 sur l'échelle médico-sociale utilisée pour évaluer le degré d'autonomie en vue d'examiner le droit à une intervention d'intégration, à l'aide aux personnes âgées et à l'aide de tiers
- ◇ allocations familiales complémentaires sur la base de 66 % de handicap au moins et de 7 points au moins pour le degré d'autonomie de l'enfant
- ◇ allocations familiales complémentaires sur la base de 18 points au moins sur l'échelle médico-sociale (composée des piliers P1, P2 et P3).
- ◇ au moins le score C sur l'échelle d'évaluation à l'appui de la demande d'intervention dans une structure de soins

L'utilisateur demande le certificat à son organisme assureur sur la base du score de l'échelle d'évaluation à l'appui de la demande d'intervention dans une structure de soins.

Il demande les certificats basés sur le score de l'échelle de profil BEL des soins familiaux au service pour soins familiaux auquel il fait appel.

Il peut demander un certificat pour allocations familiales complémentaires auprès du ministère des Affaires sociales ou du service qui paie les allocations familiales de la personne concernée.

Il peut demander les certificats basés sur le score de l'échelle médico-sociale utilisée pour évaluer le degré d'autonomie en vue d'examiner le droit à une intervention d'intégration, à l'aide aux personnes âgées et à l'aide aux tiers, auprès de son organisme assureur, si l'organisme assureur est en possession du score ou à l'adresse suivante :

Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement :

Administration de l'Intégration sociale

Service Interventions pour personnes handicapées

Rue de la Vierge Noire 3C

1000 Bruxelles

Les certificats doivent comporter au moins les données suivantes :

- nom, adresse, date de naissance et numéro auprès du registre national de l'usager qui a fait l'objet d'une indication
- nom de l'instance qui a délivré le certificat
- nom de l'échelle qui sert de base pour le certificat
- le score (ou la catégorie) sur cette échelle
- la date d'enregistrement de cette échelle ou la date de prise d'effet de l'agrément dans le régime initial
- la durée de validité de cette indication

A titre d'exception, une copie de la décision d'intervention d'intégration ou d'intervention pour aide aux personnes âgées fait aussi office de certificat.

L'usager ou son représentant remet le certificat à la caisse d'assurance soins.

Le jour de la demande de prise en charge dans le cadre de l'assurance soins, la durée de validité de l'indication mentionnée ci-dessus ou de la décision dans le régime initial conformément à l'indication mentionnée ci-dessus ne peut pas avoir expiré.

### *Section III. — L'usager ou son représentant n'a pas de certificat*

L'usager ou son représentant, qui n'a pas de certificat, doit faire procéder à une indication par un indicateur habilité. A la demande de l'usager ou de son représentant, la caisse d'assurance soins met une liste des indicateurs habilités de la région à la disposition de l'usager ou de son représentant.

Si l'usager le souhaite, l'indication peut se faire à l'endroit où il séjourne.

L'usager fait l'objet d'une indication par l'indicateur habilité sur la base de l'échelle de profil BEL de l'assurance soins. L'indicateur complète le chapitre « Fixation de l'autonomie réduite ». La photo BEL de l'usager est complétée en se basant sur le manuel BEL. Elle est signée par la personne qui procède à l'indication.

L'usager reçoit l'indication et la remet à la caisse d'assurance soins.

L'usager doit réaliser au moins 35 points sur l'échelle de profil BEL pour être considéré comme souffrant d'une autonomie réduite grave et de longue durée en vue d'une prise en charge pour des soins de proximité et à domicile.

Une indication effectuée dans les six mois suivant une indication antérieure, demandée par un même usager ou son représentant, ne peut pas servir de preuve pour établir qu'il souffre d'une autonomie réduite grave et de longue durée, à moins qu'elle ne soit effectuée par la même personne qui a effectué l'indication antérieure. Si cette personne ne travaille plus auprès de l'indicateur, ou se trouve dans l'impossibilité de réaliser une nouvelle indication, l'indication doit être effectuée par un autre membre du personnel de cet indicateur habilité.

#### **EXCEPTIONS**

La fixation pour les usagers entre cinq et dix-huit ans se fera sur la base d'une échelle BEL adaptée (BEL-enfants). L'usager doit marquer au moins 10 points sur le bloc A.D.L. (activités vie journalière) physique de l'échelle de profil BEL pour être considéré comme souffrant d'une autonomie réduite grave et de longue durée.

Les usagers de moins de cinq ans ne peuvent pas faire procéder à une indication sur la base de l'échelle de profil BEL de l'assurance soins.

### *CHAPITRE IX. — Indemnité pour la réalisation de l'indication*

Le Vlaams Zorgfonds paie 75 euros à la caisse d'assurance soins par indication réalisée à condition

- qu'il s'agisse d'une indication réalisée dans le cadre de l'assurance soins par un indicateur habilité à la demande de l'usager ou de son représentant (il s'agit donc des indications qui sont une deuxième possibilité outre les certificats)
- que la caisse d'assurance soins indemnise l'indicateur habilité
- qu'il ne s'agisse pas d'une indication qui a été réalisée par un service agréé de soins familiaux ou par un CPAS qui dispose d'un service agréé de soins familiaux, qui a dispensé des soins familiaux à l'usager indiqué dans les six mois de la réalisation de l'indication par cet établissement.

Les indicateurs habilités transmettent pour chaque indication d'un usager, réalisée dans le cadre de l'assurance soins, une copie de la photo BEL (recto et verso) à la caisse d'assurance soins à laquelle l'usager est affilié.

Le service de soins familiaux ou le CPAS qui dispose d'un service agréé de soins familiaux communique le cas échéant à la caisse d'assurance soins qu'il a dispensé dans les six mois suivant la réalisation de l'indication des soins familiaux à l'usager. Cette communication se fait dans les trente jours après les faits.

Les caisses d'assurance soins versent 75 euros par indication réalisée qui remplit les conditions mentionnées ci-dessus aux indicateurs habilités.

Tous les mois, les caisses de soins introduisent une demande auprès du Vlaams Zorgfonds. Cette demande comporte le nombre d'indications réalisées qui remplissent les conditions mentionnées ci-dessus. Le Zorgfonds rémunère les caisses d'assurance soins tous les mois. Le Zorgfonds peut établir d'autres instructions en la matière.

Si une indication, pour laquelle la caisse d'assurance soins a déjà reçu une indemnité, n'entre plus en ligne de compte pour une indemnité, la caisse d'assurance soins le signale lors de la première demande suivante. Elle introduit à cette fin une note de crédit auprès du Vlaams Zorgfonds. Le cas échéant, l'indemnité payée est portée en déduction des indemnités à payer le mois suivant.

La demande des caisses de soins doit remplir les formalités suivantes :

- la demande est établie sous la forme d'un état récapitulatif, mentionnant toutes les factures introduites au cours du mois écoulé par les indicateurs habilités;
- par facture, les données suivantes sont reprises dans l'état récapitulatif :
  - le nom et le numéro GKB de l'indicateur habilité;
  - la date de la facture;
  - le nombre d'indications facturées par indicateur;
  - le montant facturé par indicateur;
  - le cas échéant : le nombre d'indications réclamées par indicateur;
  - le cas échéant : le montant réclamé par indicateur;
  - le cas échéant : la différence entre le montant facturé et le montant réclamé par indicateur;

- l'état récapitulatif mentionne le montant total pour lequel le remboursement est demandé. Ce montant total est la différence entre le total de tous les montants facturés et de tous les montants réclamés ou les notes de crédit.
- une copie est jointe à l'état récapitulatif avec toutes les factures et les éventuelles notes de crédit auxquelles il se rapporte.
- chaque caisse d'assurance soins ne peut introduire qu'un seul état récapitulatif par mois. Cependant, cet état récapitulatif peut être réparti en états partiels par section, mais ils ne font l'objet que d'un seul envoi au Vlaams Zorgfonds. Le cas échéant, les copies jointes des factures et des notes de crédit sont regroupées par état partiel.
- l'état récapitulatif doit être introduit au Vlaams Zorgfonds au plus tard le 15<sup>e</sup> jour du mois suivant le mois auquel il se rapporte.

Le Vlaams Zorgfonds a le droit de reporter l'état récapitulatif introduit tardivement à la date de paiement suivante.

#### CHAPITRE X. — Manuel assurance soins BEL

##### USAGER PHOTO BEL

##### I. Qui, quoi et comment évalue-t-on ?

###### 1) QUI

Nous évaluons toujours l'utilisateur, pour lequel la prise en charge a été demandée dans le cadre de l'assurance soins.

###### 2) QUOI ET COMMENT ?

Nous évaluons la nécessité de soins dans le chef de l'utilisateur en donnant des points à la personne au sens large du terme. Nous faisons une photo de l'utilisateur en nous basant sur 27 éléments. Ces 27 éléments sont classés en blocs, qui renvoient chaque fois à une approche bien déterminée.

Nous distinguons 4 blocs.

###### BLOC A : A.D.L. DOMESTIQUE

C'est la première facette de notre photo. Ce bloc renvoie à l'assistance domestique. Dans la gradation de disparition de fonctions pour l'utilisateur, celles du bloc A seront les premières à disparaître et/ou pour lesquelles la nécessité de soins est évidente.

Dans le bloc A, la nécessité de soins peut se situer à différents niveaux :

- incapacité physique
- ne pas « vouloir » le faire, incapacité psychique
- ne pas l'avoir appris.

###### BLOC B : A.D.L. PHYSIQUE

Cette facette de la photo renvoie aux fonctions physiques qui disparaissent. Ce bloc est analogue aux soins à domicile, avec une gradation dans la disparition des fonctions physiques. Cette partie de la photo donne des informations sur la nécessité de soins de l'utilisateur sur le plan physique corporel.

On peut établir des liens avec des besoins en matière de soins corporels, hygiéniques et infirmiers.

Dans le bloc B, la nécessité de soins est interprétée au sens strict, à savoir « incapacité physique ».

Les blocs A et B forment 1 sorte de dimension, 1 ensemble assez cohérent, ils renvoient aux tâches matérielles. Les deux blocs suivent une piste de réflexion : la perte ou la disparition de fonctions.

###### BLOC C : A.D.L. SOCIAL

Ce bloc évalue la nécessité de soins en matière d'assistance sociale pour certaines facettes.

Ce bloc établit des liens avec des tâches concrètes en matière d'aide générale et familiale. Pour savoir si un utilisateur a besoin de ce type d'aide, nous devons avoir une photo de la nécessité de soins en matière d'aide. Cela peut se situer sur le plan social et relationnel (aide pour gérer la perte, les conséquences sociales pour l'utilisateur, p.ex.) que sur le plan de la prévention (GVO) et de l'encadrement (accueil enfants, respect de la thérapie et des règles de santé, opérations financières,...). Ce bloc donne des informations complémentaires sur la manière dont l'utilisateur est socialement intégré, se maintient dans la société.

Dans le bloc C, la nécessité de soins peut se situer à différents niveaux comme dans le bloc A : physique, psychique et social.

Le bloc C est d'une autre nature que le A et le B. La nécessité de soins concernée entraînera aussi des tâches d'aide, mais plutôt des tâches moins visibles, qui sont trop peu souvent citées ou qui n'arrivent pas souvent à se faire valoir. Améliorer l'autonomie sera souvent une partie importante de l'aide concrète. Exemple : les familles faibles sur le plan social, la gestion des problèmes sociaux, la rééducation après un accident.

Chez les personnes âgées, les situations concrètes concerneront plutôt des « A.D.L. sociaux » tandis que dans les familles, il s'agira surtout de l'assistance aux parents, il faut y être attentif au moment de l'évaluation.

Nous transposons donc 5 éléments en nécessité de soins pour les personnes âgées et 2 éléments pour les familles.

###### BLOC D : SANTE MENTALE

Ce bloc renvoie aux dysfonctionnements psychiques. Ce bloc donne des informations complémentaires à celles des autres blocs.

Dans le bloc D, la nécessité de soins est examinée à différents niveaux, outre les dysfonctions psychiques, on évalue aussi les comportements et les attitudes extérieures. Cette nécessité de soins se traduit par un degré d'apparition.

Les facettes de la photo que nous obtenons ici sont des données et des signes visibles de la manière dont l'utilisateur peut se maintenir et fonctionner de manière autonome et indépendante sur le plan psychique.

##### II. Les principes et les règles de l'évaluation de la photo BEL de l'utilisateur

###### 1) MODE D'EVALUATION : principes et motifs.

Quatre blocs, chacun avec 6 à 8 éléments.

1. Chaque élément est évalué séparément, mais selon la philosophie du bloc auquel il appartient.

2. Chaque bloc (et élément) est construit de manière équivalente. Cela signifie : il y a chaque fois 4 niveaux de gradation avec chaque fois la même structure de valeur.

Pour chaque élément, on coche le niveau applicable. En cas de doute entre 2 niveaux, on prend le niveau supérieur (nécessitant le plus de soins).

3. Nous utilisons partout le score SOM, c'est-à-dire, la somme de tous les scores pour chaque bloc. Les scores intermédiaires constituent un score total.

4. Nous faisons une photo de l'utilisateur. Nous évaluons le degré de la nécessité de soins de l'utilisateur.

5. Pour les blocs A, B et C, cela signifie :

NIVEAU 0 PAS DE NECESSITE DE SOINS

NIVEAU 1 CERTAINE NECESSITE DE SOINS

NIVEAU 2 DAVANTAGE DE NECESSITE DE SOINS

NIVEAU 3 NECESSITE DE SOINS INTEGRALE

Pour le bloc D, cela s'exprime par une FORME DE PREVENTION.

Dans un autre paragraphe sur les règles concrètes d'application, ces niveaux de nécessité de soins sont transposés à un niveau où l'utilisateur fonctionne encore en toute indépendance et a besoin d'aide. On n'établit pas volontairement de lien avec les tâches. Les tâches peuvent être traitées dans un volet distinct, indépendamment de la nécessité de soins.

6. En évaluant un élément, on ne peut pas tenir compte du fait que l'utilisateur a déjà fait appel ou va faire appel à une aide déterminée (soins de proximité, aide professionnelle,...).

7. En évaluant un élément, il faut qu'il y ait une corrélation nécessaire avec :

- la cause du besoin d'aide
- la demande d'aide formulée par le demandeur

2) STRUCTURE DES REGLES : principes

Les principes.

Un bref manuel avec des indications de niveau qui

- sont générales, mais uniformes
- reviennent dans un esprit logique
- sont comprises par tous dans une même langue, mais doivent être réfléchies' ou interprétées par évaluation
- ne comportent pas d'exemples (sauf à titre d'illustration durant la formation)

3) LES REGLES CONCRETES.

Pour les éléments

A A.D.L. domestique

\* entretien de l'habitation

\* lessive

\* repassage

\* emplettes

\* préparation des repas

\* organisation travaux ménagers

C A.D.L. social

\* perte sociale

\* respect de la thérapie et des règles de santé

\* sécurité dans et autour de la maison

\* administration

\* opérations financières

\* soins hygiéniques enfants

\* garde enfants

Si la nécessité de soins est causée par  
UNE INCAPACITE PHYSIQUE  
UNE INCAPACITE PSYCHIQUE  
LE NON APPRENTISSAGE  
LE REFUS DE (VOULOIR) LE FAIRE

Pour les éléments

B A.D.L. corporel

\* se laver

\* s'habiller

\* se déplacer

\* se rendre à la toilette

\* incontinence repas

Si la nécessité de soins est provoquée par  
UNE INCAPACITE PHYSIQUE

ATTENTION : ne plus pouvoir être autonome et être dépendant de l'aide est toujours et exclusivement la conséquence de troubles physiques, de régression, de dysfonctionnements

L'élément incontinence a une traduction analogue au bloc D.

Traduction : remplacez le

.....

par chaque élément

Pas de nécessité de soins : l'usager assume en toute indépendance

.....

Une certaine nécessité de soins : l'usager peut assumer en toute indépendance

.....

à l'exception de certains aspects partiels

OU : cela demande un effort ou du temps à l'usager

Davantage de nécessité de soins : l'usager ne peut pas assumer en toute indépendance

.....

mais est capable d'effectuer certains aspects partiels.

OU : l'usager a besoin d'une aide partielle (personnes/moyens)

Une grande nécessité de soins : l'usager est complètement dépendant pour

.....

OU : l'usager est complètement dépendant de l'aide (personnes/moyens)

Traduction

Pour l'élément INCONTINENCE, la traduction est un « degré d'apparition » avec la gradation suivante

1. n'apparaît pas
2. apparaît de temps en temps
3. apparaît souvent
4. apparaît en permanence

C'est une gradation linguistique que tout le monde comprend.

Peut se faire par l'observation de la personne admise ou par l'information d'autres intervenants – propres travailleurs de base – personnes qui renvoient – intervenants de proximité

D. Pour les éléments de santé mentale

- \* désorientation dans le temps
- \* désorientation dans l'espace
- \* désorientation vis-à-vis de personnes
- \* absence de comportement ciblé
- \* perturbation du comportement
- \* comportement dénué d'initiative
- \* attitude d'abattement
- \* attitude d'angoisse

nous utilisons le « degré d'apparition » dans la gradation

0. n'apparaît pas
1. apparaît occasionnellement
2. apparaît souvent
3. apparaît en permanence

4) LE DICTIONNAIRE DES ELEMENTS.

Bloc A :

ENTRETIEN

= entretien de l'habitation dans tous ses aspects, allant du rangement à des tâches requérant de la résistance et de la force.

LESSIVE

= depuis le regroupement et le tri du linge jusqu'au séchage et ou l'enlèvement du fil à linge.

REPASSAGE

= depuis le pliage jusqu'au rangement dans l'armoire.

EMPLETTES

= depuis l'élaboration de la liste des emplettes jusqu'au rangement des produits achetés.

PREPARATION DES REPAS

= depuis l'élaboration du menu jusqu'à la présentation sur la table du repas préparé.

ORGANISATION TRAVAUX MENAGERS

= s'occuper d'un ménage, depuis le planning de tous les travaux ménagers qui doivent se faire de façon régulière ou sporadique jusqu'au contrôle de leur exécution.

Bloc B

SE LAVER

= assurer sa propre hygiène corporelle.

S'HABILLER

= pouvoir s'habiller et se déshabiller soi-même

SE DEPLACER

= pouvoir se déplacer soi-même, en dehors et dans la maison.

SE RENDRE A LA TOILETTE

= se rendre à la toilette et en faire un usage approprié.

**INCONTINENCE**

= ne pas sentir la sensation, ne pas pouvoir contrôler l'évacuation d'urine ou de selles

**MANGER**

= sa propre alimentation : depuis l'utilisation personnelle des couverts jusqu'à amener la nourriture à la bouche.

**Bloc C :****PERTE SOCIALE**

= accepter, gérer les conséquences sociales de la perte, concernant :

- \* la perte de la personne de confiance
- \* la perte de l'environnement habituel
- \* la perte de travail, de statut
- \* la perte de la santé physique ou mentale
- \* la perte de .....

**FIDELITE A LA THERAPIE ET AUX REGLES DE SANTE**

le respect, le suivi des règles de « bon sens » ou des règles prescrites concernant :

- \* la prise de médicaments
- \* la thérapie
- \* la réadaptation fonctionnelle
- \* les règles de vie
- \* le régime
- \* la prévention de complications

**SECURITE DANS ET AUTOUR DE LA MAISON**

= se faire une idée des risques de sécurité et les gérer dans et autour de la maison.

**ADMINISTRATION**

= depuis le suivi de la correspondance, à la rédaction de lettres, au remplissage de formulaires à la visite au bureau de poste et aux contacts avec diverses instances.

**OPERATIONS FINANCIERES**

= la réalisation de paiements et d'ordres financiers

**SOINS HYGIENIQUES ENFANTS**

= en fonction de l'âge des enfants : depuis se laver, se changer, s'habiller et donner à manger jusqu'à l'accompagnement et le contrôle des soins hygiéniques par le(s) parent(s) ou l'(les) enfant(s) lui-même (eux-mêmes).

**GARDE D'ENFANTS**

= selon l'âge des enfants : depuis la surveillance d'enfants jusqu'à l'accompagnement et le contrôle de l'occupation de(s) l'enfant(s).

**Bloc D :****DESORIENTATION DANS LE TEMPS**

= la mesure dans laquelle l'utilisateur n'a pas (plus) de notion du temps. La notion du temps comporte :

- indiquer de manière exacte le temps demandé.
- utiliser la notion temps de manière adéquate (heure, matinée, après-midi, jour, nuit, semaine, mois, années).

**DESORIENTATION DANS L'ESPACE**

= dans quelle mesure l'utilisateur ne trouve pas (plus) le chemin dans la maison ou en dehors de la maison

Ex. :ne pas trouver la toilette, être perdu, se croire dans une autre maison, tourner en rond,...

**DESORIENTATION VIS-A-VIS DE PERSONNES**

= l'utilisateur ne reconnaît pas (plus) les personnes ou ne les associe pas (plus) à leur nom exact.

Ex. :prendre la fille pour sa propre mère, prendre les petits-enfants pour ses enfants, se tromper de nom en s'adressant à l'infirmier,...

**COMPORTEMENT NON CIBLE**

= la mesure où l'utilisateur présente un comportement qui n'est pas sensé, ne répond pas à un but. Cela comporte

- des actes compulsifs (manie du nettoyage, phobie de la saleté, tirer à la couverture,...)
- fébrilité : agitation psychomotrice (comportement de fuite, de déplacement,...).

**COMPORTEMENT PERTURBE**

= la mesure où l'utilisateur a un comportement qui perturbe son environnement social. Cela concerne tous les problèmes relationnels.

- perturbation verbale (appeler, pousser des cris,...)
- comportement inconvenant (se déshabiller, cracher, uriner, se masturber,... en public)
- violence destructrice à l'égard de personnes, sentiment de destruction

**COMPORTEMENT DENUE D'INITIATIVE**

= la mesure où l'utilisateur montre un manque d'initiative et n'agit pas de lui-même. Cela comporte :

- pas d'action sans stimulation
- difficile de commencer une activité
- lenteur (pas de vitesse appropriée) dans l'exécution des activités.

**ATTITUDE D'ABATTEMENT**

= la mesure où l'utilisateur présente une attitude d'abattement (depuis la tendance aux pleurs à la dépression) ou exprime qu'il en souffre.

**ATTITUDE D'ANGOISSE**

= la mesure où l'utilisateur se montre angoissé ou exprime qu'il en souffre (depuis le fait de se faire de souci pour de petites choses à l'insomnie, l'absence de fonctionnement adéquat en raison de l'angoisse).

**III. La durée de l'autonomie réduite grave**

Après avoir calculé le score total, l'indicateur doit aussi faire une évaluation de la durée de l'autonomie réduite grave, en d'autres termes, combien de temps l'utilisateur va-t-il souffrir d'un certain degré de dépendance de soins ?

C'est toujours une évaluation subjective, basée sur l'observation de l'utilisateur, mais aussi sur des expériences antérieures.

CHAPITRE XI. — *Décision de prise en charge*

La caisse d'assurances soins décide de la demande de prise en charge et fixe, conformément aux dispositions du chapitre XII, la durée de validité de la décision sur la base de l'indication ou du certificat. La caisse d'assurance soins peut réaliser ou faire réaliser des enquêtes complémentaires sur l'indication, avant de statuer sur la prise en charge. Ces enquêtes complémentaires sont toutefois limitées à un contrôle de l'indication initiale.

Ces enquêtes peuvent être réalisées par une personne désignée par la caisse d'assurance soins ou par un indicateur habilité que la caisse d'assurance soins désigne à cette fin. Cet indicateur ne peut pas être le même que celui qui a effectué la dernière indication de l'utilisateur.

La personne qui effectue l'indication dans le cadre d'une enquête complémentaire, doit avoir le niveau de gradué en sciences familiales, de gradué en soins de santé ou en assistance socio-pédagogique, ou d'un diplôme homologué par le département de l'Enseignement du ministère de la Communauté flamande tant en ce qui concerne le contenu que le niveau.

L'enquête doit toujours être basée sur l'échelle de profil BEL de l'assurance soins. La photo BEL de l'utilisateur est complétée. Si l'utilisateur le souhaite, l'indication est réalisée à l'endroit où séjourne l'utilisateur.

Après avoir effectué l'indication, l'indicateur envoie le formulaire rempli enquête complémentaire ou contrôle relatif à la constatation d'une autonomie réduite de longue durée et grave' à la caisse d'assurance soins.

Sur la base de cette enquête complémentaire, la caisse d'assurance soins peut contester la gravité et la durée de l'autonomie réduite. Dans ce cas, elle le communique à l'utilisateur ou à son représentant et elle fait également savoir que l'utilisateur ou son représentant ont le droit d'être entendus. Si l'utilisateur ou son représentant le demande, ils sont entendus par la caisse d'assurance soins avant qu'elle ne prenne sa décision finale.

La caisse d'assurance soins peut refuser une demande de prise en charge parce que l'utilisateur n'est pas considéré comme nécessitant des soins sérieux et de longue durée.

La caisse d'assurance soins communique par écrit sa décision sur la prise en charge à l'utilisateur ou à son représentant. En cas de décision positive, cette communication comporte au minimum les informations suivantes :

- la mention que l'utilisateur peut bénéficier de l'assurance soins
- la mention du moment auquel l'utilisateur peut faire valoir son droit à la prise en charge
- la mention de la durée de validité de la décision de prise en charge
- la mention de la forme de soins et du montant que l'utilisateur peut revendiquer
- une motivation de la décision
- la communication que l'utilisateur ou son représentant a le droit de demander à tout moment une révision de la décision de prise en charge
- la mention que l'utilisateur ou son représentant doit communiquer immédiatement à sa caisse d'assurance soins une modification de la forme de soins et toute modification (importante) de l'état de santé de l'utilisateur. Il est précisé que la non-communication de ces modifications peut entraîner le recouvrement auprès de l'utilisateur de prises en charge indûment accordées
- le cas échéant, la période de suspension de la prise en charge.

En cas de décision négative, cette communication comporte les informations suivantes :

- la mention que l'utilisateur ne peut pas bénéficier de l'assurance soins
- la mention de la raison ou des raisons pour lesquelles l'utilisateur ne peut en bénéficier
- une copie de la demande et des indications
- la mention que l'utilisateur ou son représentant peut introduire un recours contre la décision de la caisse d'assurance soins auprès du Vlaams Zorgfonds et une description de toutes les modalités relatives à l'introduction d'un recours et de la procédure à suivre.

CHAPITRE XII. — *Durée de validité d'une décision*

La caisse d'assurance soins décide de la durée de la validité d'une décision positive sur la base de l'indication. Une décision positive d'une caisse d'assurance soins s'applique pour six mois au moins.

La durée de validité d'une décision positive de soins de proximité et soins à domicile est de trois ans maximum, à l'exception de la durée de validité d'une décision positive sur la base d'un certificat avec au minimum un score B pour les soins à domicile pour les utilisateurs qui ont moins de 75 ans au moment de la prise d'effet de la décision, lorsque la durée de validité maximale est d'un an.

Une décision positive en matière de soins résidentiels s'applique pour une durée indéterminée.

La durée de validité de la décision positive est calculée à partir du jour où la décision de prise en charge prend cours, c'est-à-dire :

- en cas de demande de prise en charge : le premier jour du troisième mois suivant la demande
- en cas de révision : le premier jour du mois suivant la demande de révision
- en cas de prolongation : le premier jour du mois suivant la fin de la durée de validité de la décision antérieure
- en cas de contrôle : le premier jour du mois suivant la décision sur la base du contrôle.

CHAPITRE XIII. — *Modification de la forme de soins*

Il y a modification de la forme de soins lorsqu'on passe des soins de proximité et à domicile à des soins professionnels résidentiels agréés ou assimilés à un agrément (et inversement) dans le cadre de l'assurance soins.

L'utilisateur ou son représentant est tenu de demander immédiatement toute modification dans le choix d'une forme de soins déterminée à la caisse d'assurance soins.

La caisse d'assurance soins statue sur la demande de modification de la forme de soins. Elle communique sa décision par écrit à l'utilisateur ou à son représentant.

En cas de décision positive, cette communication comporte au moins les informations suivantes :

- la mention que l'utilisateur peut bénéficier d'une modification de la forme de soins
- la mention du moment auquel l'utilisateur a droit à une prise en charge par la nouvelle forme de soins
- la mention de la forme de soins et du montant que l'utilisateur peut réclamer
- la mention de la durée de validité de la décision

En cas de décision négative, cette communication comporte au minimum les informations suivantes :

- la mention que l'usager ne peut pas bénéficier d'une modification de la forme de soins
- la mention de la raison ou des raisons pour lesquelles l'usager ne peut en bénéficier.

En cas de modification des soins de proximité et à domicile en soins résidentiels, la prise en charge par la nouvelle forme de soins produit ses effets, éventuellement avec effet rétroactif, le premier jour du premier mois complet où l'usager séjourne dans une structure résidentielle agréée ou assimilé à un agrément.

En cas de modification des soins résidentiels en soins de proximité et à domicile, la prise en charge par la nouvelle forme de soins prend effet, éventuellement avec effet rétroactif, le premier jour du mois suivant celui où l'usager a quitté la structure résidentielle agréée ou assimilée à un agrément.

Le déménagement d'une structure résidentielle agréée ou assimilée à un agrément vers une autre structure résidentielle ne peut pas être considéré comme une modification de la forme de soins. Il faut le régler par une demande de révision ou la délivrance d'un nouveau certificat de séjour.

Le tableau ci-dessous mentionne, selon la situation de l'usager, les actions à entreprendre par la caisse d'assurance soins.

Demande de modification en soins résidentiels introduite à partir de janvier 2004	actions de la caisse d'assurance soins
<ul style="list-style-type: none"> <li>— introduction de la demande de modification</li> <li>— l'usager séjourne dans une structure résidentielle agréée (ou assimilée)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— acceptation de la demande de modification</li> <li>— la prise en charge pour soins de proximité et à domicile dure jusqu'au premier mois complet de séjour dans une structure résidentielle agréée</li> <li>— pas de prise en charge pour soins de proximité et à domicile à partir du premier mois complet de séjour dans une structure résidentielle agréée</li> <li>— prises en charge pour soins résidentiels à partir du premier mois complet de séjour dans une structure résidentielle agréée</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>— introduction de la demande de modification</li> <li>— l'usager séjourne dans une structure résidentielle agréée (ou assimilée)</li> <li>— l'usager décède durant le premier mois complet de séjour dans une structure résidentielle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— acceptation de la demande de modification</li> <li>— la prise en charge pour soins de proximité et à domicile dure jusqu'au premier mois complet de séjour dans une structure résidentielle agréée</li> <li>— pas de prise en charge pour soins de proximité et à domicile à partir du premier mois complet de séjour dans une structure résidentielle agréée</li> <li>— prise en charge pour soins résidentiels le mois où l'usager décède</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>— introduction de la demande de modification</li> <li>— l'usager séjourne dans une structure résidentielle non agréé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— arrêt de la décision positive de prise en charge</li> <li>— la prise en charge pour soins de proximité et à domicile dure jusqu'au premier mois complet de séjour dans une structure résidentielle</li> </ul>

#### CHAPITRE XIV. — Décision de révision, prolongation ou cessation d'une décision positive (initiale)

##### Section I<sup>re</sup>. — Révision à la demande de l'usager ou de son représentant

L'usager ou son représentant a le droit de demander une révision à tout moment. La révision se fait en remplissant le formulaire de demande. L'usager ou son représentant remplit le formulaire, le signe et l'introduit auprès de sa caisse d'assurance soins.

La procédure relative au respect des conditions formelles et de l'éventuelle fixation de l'autonomie réduite est conforme au chapitre relatif au traitement de la demande. La caisse d'assurance soins décide de la révision de la prise en charge.

La caisse d'assurance soins communique à l'usager ou à son représentant sa décision écrite sur la révision de la prise en charge dans les 60 jours suivant l'introduction de la demande. En cas de décision positive, cette communication comporte au minimum les informations données lors d'une décision positive sur une demande de prise en charge. La décision positive sur la révision de la prise en charge sort ses effets à partir du premier jour du mois suivant la date à laquelle la révision a été demandée par l'usager ou son représentant.

Le déménagement d'une structure résidentielle agréée ou assimilée à un agrément vers un autre établissement résidentiel doit être traité par une demande de révision ou par la délivrance d'un certificat de séjour.

##### Section II. — Prolongation d'une décision positive

La caisse d'assurance soins communique par écrit à l'usager ou à son représentant que ce dernier doit introduire une demande de prolongation d'une décision positive avant l'expiration de la durée de la validité de la décision antérieure. La demande de prolongation peut se faire par l'introduction auprès de la caisse d'assurance soins d'un certificat, d'une indication ou d'un formulaire de demande. Si la demande de prolongation est introduite après l'expiration de la durée de validité de la décision antérieure, la décision ne peut pas être prolongée.

Si l'usager ou son représentant introduit un formulaire de demande auprès de la caisse d'assurance soins en vue d'une prolongation, la caisse d'assurance soins communique par écrit sa décision sur la prise en charge dans les 60 jours. Aussi longtemps que la décision n'est pas prise, il ne peut pas y avoir de prises en charge.

En accord avec la caisse d'assurance soins, l'usager transmet un certificat ou l'usager ou son représentant désigne un indicateur autorisé en accord avec la caisse d'assurance soins.

L'autonomie réduite grave et de longue durée est établie conformément au chapitre VIII.

La caisse d'assurance soins décide de la prolongation et détermine la durée de validité de la décision sur la base de l'indication ou du certificat. La caisse d'assurance soins peut procéder ou faire procéder à des enquêtes complémentaires relatives à l'indication, avant de décider de la prise en charge.



La caisse d'assurance soins prend une décision positive sur la prolongation si l'usager est encore considéré comme nécessitant des soins sérieux et de longue durée. Dans le cas contraire, il est mis fin à la décision.

La caisse d'assurance soins communique par écrit à l'usager ou à son représentant sa décision sur la prolongation de la prise en charge. En cas de décision positive, cette communication comporte au minimum les informations communiquées en cas de décision positive sur une demande de prise en charge. La prolongation de la prise en charge prend effet le jour où expire la durée de validité de la décision antérieure.

### *Section III. — Cessation d'une décision positive*

La caisse d'assurance soins arrête une décision lorsque l'usager ne remplit plus les conditions formelles ou que l'usager qui fait l'objet d'une décision positive en matière de soins de proximité et à domicile n'est plus considéré comme nécessitant des soins sérieux et de longue durée. La caisse d'assurance soins communique par écrit la décision de cessation à l'usager ou à son représentant.

En cas de cessation, la communication comporte les informations suivantes :

- la mention que l'usager ne peut plus bénéficier de l'assurance soins
- la mention de la date à partir de laquelle l'usager ne recevra plus d'interventions financières
- la mention de la raison ou des raisons pour lesquelles l'usager ne peut plus en bénéficier
- le cas échéant, une copie de l'établissement de l'autonomie réduite grave et de longue durée
- la mention que l'usager ou son représentant peut introduire un recours contre la décision de la caisse d'assurance soins auprès du Vlaams Zorgfonds et une description de toutes les modalités relatives à l'introduction d'un recours et la procédure à suivre.

Si l'usager ne remplit plus les conditions formelles, la décision de cessation prend effet le premier jour du mois suivant le jour où l'usager ne remplit plus les conditions formelles.

Si l'usager qui fait l'objet d'une décision positive en matière de soins de proximité et à domicile n'est plus considéré comme présentant une autonomie réduite grave et de longue durée, la décision de cessation prend effet le premier jour du mois suivant cette décision de cessation par la caisse d'assurance soins.

### *CHAPITRE XV. — Contrôle sur la prise en charge*

Des enquêtes complémentaires et des contrôles sont effectués auprès de 10 % au moins des premières demandes de prise en charge, pour lesquelles une indication a été effectuée par un indicateur autorisé, soit pour lesquelles une attestation a été délivrée par un service de soins familiaux et pour lesquelles la demande n'a pas été refusée sur la base des conditions formelles.

La caisse d'assurance soins peut contrôler l'indication de l'usager qui reçoit une prise en charge. Il s'agit de contrôles après que la caisse d'assurance soins a déjà pris une décision relative à la prise en charge. La caisse d'assurance soins vérifie l'indication de sa propre initiative ou à la demande du Vlaams Zorgfonds.

Le contrôle est effectué par une personne désignée par la caisse d'assurance soins ou par un indicateur autorisé que la caisse d'assurance soins désigne à cette fin. Cet indicateur ne peut être celui qui a effectué la dernière indication de l'usager. La personne qui exécute l'indication, doit disposer au moins du niveau de graduat en sciences familiales, graduat dans le domaine des soins de santé ou de l'action sociale-agogique, soit d'un diplôme qui y est assimilé tant en termes de contenu que de niveau par le département de l'Enseignement du Ministère de la Communauté flamande.

Le contrôle doit toujours s'effectuer à l'aide de l'échelle de profil BEL de l'assurance soins. La photo BEL de l'usager est complétée. Si l'usager le souhaite, l'indication est exécutée à l'endroit où séjourne l'usager.

L'indicateur doit exécuter l'indication dans les vingt jours suivant le jour auquel la caisse d'assurance soins a désigné l'indicateur. Cette date détermine aussi l'ordre dans lequel les indications de différents usagers doivent être transmises par un seul et même indicateur à la caisse d'assurance soins.

Après avoir exécuté l'indication, l'indicateur envoie le formulaire complété enquête complémentaire ou contrôle relatif à la détermination d'une autonomie réduite grave et de longue durée' à la caisse d'assurance soins.

La caisse d'assurance soins décide du contrôle sur la prise en charge et détermine la durée de validité de la décision sur la base de l'indication.

La caisse d'assurance soins peut refuser une demande de prise en charge parce que l'usager n'est plus considéré comme nécessitant des soins importants et de longue durée.

La caisse d'assurance soins communique sa décision concernant la prise en charge par écrit à l'usager ou à son représentant dans les 60 jours suivant la communication à l'usager ou à son représentant qu'une nouvelle indication aura lieu.

En cas de décision positive, cette communication comporte au moins les informations qui sont communiquées lors d'une décision positive relative à la prise en charge.

En cas de décision négative, la communication comporte les informations suivantes :

- La notification que l'usager n'entre plus en ligne de compte pour l'assurance soins
- La notification de la date à partir de laquelle l'usager ne recevra plus de montants
- La mention du ou des motif(s) pour lesquels l'usager n'entre plus en ligne de compte
- Une copie du formulaire enquête complémentaire ou contrôle relatif à la détermination de l'autonomie'
- La précision que l'usager ou son représentant peut introduire un recours contre la décision de la caisse d'assurance soins auprès du Vlaams Zorgfonds ainsi qu'une description de toutes les modalités relatives au dépôt d'un recours et la procédure à suivre.

La décision suite au contrôle de la prise en charge produit ses effets à partir du premier jour du mois suivant la date de la décision.

Lorsque le contrôle s'effectue pour le compte du Zorgfonds, la caisse d'assurance soins informera aussi ce dernier de la décision.

### *CHAPITRE XVI. — Exécution de la prise en charge*

#### *Section I<sup>re</sup>. — Règlement financier : généralités*

L'exécution des prises en charge prend effet le premier jour du troisième mois suivant la demande. Une suspension éventuelle des prises en charge (voir chapitre IV) produit également ses effets à partir du premier jour du troisième mois suivant la demande.

L'usager reçoit en fonction de son choix en faveur d'une forme de soins déterminée le montant suivant pour la couverture de ses frais :

Forme de soins	Montant par mois
Soins de proximité et soins à domicile	90 euros
Soins résidentiels professionnels	125 euros

En cas de décès d'un usager dans le courant du mois, la prise en charge pour le mois en question sera toujours exécutée.

*Section II. — Règlement financier relatif aux soins de proximité et soins à domicile pour des usagers habitant en Flandre*

Sur base mensuelle, la caisse d'assurance soins verse le montant pour les soins de proximité et soins à domicile à l'usager en espèces ou par virement sur le numéro de compte de l'usager.

*Section III. — Règlement financier relatif aux soins de proximité et soins à domicile pour des usagers habitant Bruxelles*

La caisse d'assurance soins verse le montant pour les soins de proximité et soins à domicile à l'usager en espèces ou par virement sur le numéro de compte de l'usager.

La prise en charge pour les soins de proximité et soins à domicile n'est exécutée que si l'usager a recours durant le même mois à l'une des structures suivantes agréées par le Gouvernement flamand ou y assimilée, ou qu'il y séjourne :

- Un service de soins familiaux
- Un centre de services local ou régional
- Un centre de court séjour
- Un centre de soins de jour
- Un service de garde
- Une résidence-service
- Un service de soins familiaux ou un CPAS qui propose des services de nettoyage dans le cadre de l'assurance soins agréée ou assimilée.

Lorsqu'une telle structure propose des soins à l'usager durant un mois déterminé, l'usager a droit à la prise en charge pour les soins de proximité et soins à domicile pour le mois en question.

La facture que l'usager fait parvenir à la caisse d'assurance soins tient lieu de preuve de la prestation des soins. La facture doit être transmise dans les six mois suivant le mois de prestation auquel elle se rapporte.

La facture comporte les mentions suivantes :

- date et numéro de la facture
- nom et adresse de la structure ou numéro GKB de la structure
- nom, prénom et adresse de l'usager
- période (au moins par mois calendrier) durant laquelle les services ont été prestés
- nom du type d'aide conformément à l'agrément (par exemple : pas d'aide logistique mais bien aide pour le nettoyage)

*Section IV. — Règlement financier relatif aux services fournis par des structures professionnelles, résidentielles*

La caisse d'assurance soins paie la prise en charge pour soin résidentiels directement à l'usager en espèces ou par virement sur son numéro de compte.

Le paiement s'effectue au plus tôt durant le mois suivant le mois auquel se rapporte la prise en charge.

Les structures résidentielles communiquent les données suivantes à la caisse d'assurance soins durant le mois suivant celui pendant lequel la situation des usagers a changé dans ces domaines :

- décès de l'usager.
- cessation de la convention de séjour avec la structure résidentielle par l'usager (maisons de repos et MRS);

La structure résidentielle notifie cette modification avant le cinquième jour du mois suivant celui durant lequel la situation de l'usager a subi une modification.

Vu le fait qu'aucune convention de séjour n'est conclue avec l'usager dans une maison de soins psychiatriques, la cessation de la convention de séjour ne peut être notifiée à la caisse d'assurance soins. Au lieu de cette notification, une maison de soins psychiatriques signalera le départ d'un usager à sa caisse d'assurance soins à partir du moment où l'usager concerné est absent pendant un mois calendrier entier. Cette notification se fait le cinquième jour du mois suivant le mois calendrier entier d'absence.

Lorsqu'aucun changement de la forme de soins en soins de proximité et soins à domicile n'a été demandé pour l'usager en question, la caisse d'assurance soins met fin à la décision à partir du premier jour du mois calendrier entier d'absence.

CHAPITRE XVII. — *Recouvrement de prises en charge indûment accordées*

*Section I<sup>re</sup>. — Recouvrement*

La caisse d'assurance soins peut récupérer de deux façons les prises en charges qu'elle a réalisées indûment pour un usager concerné :

- Elle compense les montants sur les prises en charge qu'elle réalisera pour l'usager dans les mois suivants
- Elle réclame les montants de la part de l'usager

Avant que la caisse d'assurance soins statue sur la compensation ou le recouvrement des prises en charges indûment accordées, elle le communique à l'usager ou à son représentant et elle leur informe aussi du droit d'être entendu. Lorsque l'usager ou son représentant en fait la demande, ils sont entendus par la caisse d'assurance soins avant que celle-ci ne prenne une décision finale.

La caisse d'assurance soins communique sa décision par écrit à l'usager. Cette communication comprend au moins les informations suivantes :

- Le montant qui est compensé ou réclamé
- Le ou les motif(s) pour lesquels le montant est compensé ou recouvert
- Les modalités de compensation ou de recouvrement du montant avec, le cas échéant le plan d'amortissement

Lorsque l'exécution des prises en charge indûment accordées est due à des informations que l'usager ou son représentant a délibérément omises ou à des informations délibérément inexacts ou incomplètes, la caisse d'assurance soins peut suspendre l'exécution de la prise en charge pour un maximum de six mois. La caisse d'assurance soins communique sa décision dans le courrier annonçant le recouvrement du ou des montant(s). La suspension produit ses effets le premier jour du mois suivant la communication. Les mois durant lesquels la caisse d'assurance soins porte la prise en charge en déduction pour récupérer des montants, ne peuvent pas être pris en compte pour la suspension.

L'usager ou son représentant peut interjeter appel auprès du Vlaams Zorgfonds contre la décision de la caisse d'assurance soins de suspendre l'usager. La procédure d'appel n'engendre pas une suspension de la décision de la caisse d'assurance soins.

Le délai de prescription pour la compensation ou le recouvrement des prises en charge indûment accordées est de 150 jours lorsque l'usager prouve qu'il a reçu de bonne foi des prises en charge auxquelles il n'a pas droit. Dans les autres cas, le délai de prescription de trente ans est d'application.

#### *Section II. — Exonération de recouvrement*

Les caisses d'assurance soins peuvent être exonérées par le Vlaams Zorgfonds du recouvrement de prises en charge indûment accordées auprès d'un usager dans les conditions suivantes :

- Le paiement indu ne peut pas découler d'une erreur, d'une faute ou d'une négligence de la part de la caisse d'assurance soins;
- la caisse d'assurance soins démontre que tous les moyens qu'elle a à sa disposition, en ce compris les moyens de droit, ont été utilisés pour réclamer le remboursement. Cette condition est considérée comme étant remplie lorsque le recouvrement est considéré comme incertain ou lorsque les frais liés à l'exécution du recouvrement, dépassent le montant à récupérer. L'envoi d'un huissier de justice n'est pas requis lorsque le montant à récupérer est inférieur à 270 euros;
- le paiement indu d'une prise en charge pour soins de proximité et soins à domicile ne peut pas avoir été effectué avant le vingt du mois auquel il se rapporte.

La caisse d'assurance soins demande l'exonération de recouvrement auprès du Vlaams Zorgfonds. Le Fonds conçoit un formulaire à cette fin.

Le fonctionnaire dirigeant du Vlaams Zorgfonds prend une décision afin d'exonérer ou non la caisse d'assurance soins du recouvrement des prises en charge indûment accordées. Une décision négative du fonctionnaire dirigeant est motivée. Le Zorgfonds communique cette décision à la caisse d'assurance soins.

Le Vlaams Zorgfonds peut déterminer d'autres modalités en matière d'exonération de recouvrement.

### *CHAPITRE XVIII. — Cumul de la prise en charge avec des allocations en vertu d'autres dispositions*

#### *Section I<sup>re</sup>. — Soins de proximité et soins à domicile et budget d'assistance personnelle (BAP)*

Les individus n'ont pas droit à l'exécution d'une prise en charge pour des soins de proximité et soins à domicile lorsqu'ils ont recours durant le même mois au budget d'assistance personnelle (BAP). La décision ne peut toutefois pas être refusée ou cessée en raison du fait qu'une personne fait appel au budget d'assistance personnelle.

Le Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap fait régulièrement parvenir un fichier actualisé au Vlaams Zorgfonds. Ce fichier comprend les données suivantes pour les personnes ayant un BAP :

- numéro auprès du registre national
- nom et adresse de l'handicapé
- date d'effet BAP

Le Zorgfonds fait savoir aux caisses d'assurance soins lesquels de leurs affiliés ont droit à un BAP. Ceux-ci n'ont alors pas droit aux soins de proximité et soins à domicile.

#### *Section II. — Soins de proximité et soins à domicile et le séjour dans une structure résidentielle agréée par le Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap*

Les individus n'ont pas droit à une prise en charge pour des soins de proximité et soins à domicile lorsqu'ils résident selon le protocole de séjour dans un régime à temps plein dans une structure résidentielle agréée par le Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap. Il s'agit des structures suivantes :

- les maisons pour non travailleurs
- internats
- maisons pour travailleurs
- services de logement protégé
- centres d'observation, d'orientation et de traitement médical, psychologique et pédagogique

Le cas échéant, les prises en charge seront suspendues pour les mois en question.

Lorsqu'une personne qui réside selon un protocole de séjour en régime à temps plein dans une structure résidentielle agréée par le Vlaams Fonds, est absente de cette structure pendant 21 jours consécutifs ou davantage, elle a droit à une prise en charge pour soins de proximité et soins à domicile pour le ou les mois durant lesquels tombe cette période d'absence ininterrompue.

L'usager ou son représentant devra déclarer sur le formulaire de demande si l'usager réside en régime à temps plein dans une structure résidentielle agréée par le Vlaams Fonds ou figure sur la liste d'attente pour une telle structure.

Lorsque l'usager va seulement séjourner dans une telle structure après l'introduction de son formulaire de demande, il (ou son représentant) est tenu de le signaler à la caisse d'assurance soins.

CHAPITRE XIX. — *Recours auprès du Vlaams Zorgfonds*

L'utilisateur ou son représentant peut introduire un recours auprès du Vlaams Zorgfonds contre les décisions suivantes de la caisse d'assurance soins :

- la décision relative à la demande de prise en charge par laquelle la caisse d'assurance soins décide que l'utilisateur ne répond pas aux conditions formelles pour entrer en ligne de compte pour la prise en charge
- la décision concernant la prise en charge, le cas échéant après enquête complémentaire
- la décision concernant la révision de la prise en charge
- la décision concernant le renouvellement d'une prise en charge
- la décision concernant une cessation de la prise en charge
- la décision suite au contrôle de la prise en charge
- la décision de suspension des prises en charge suite à des informations dissimulées expressément par l'utilisateur ou son représentant ou des informations délibérément inexacts ou incomplètes.

Le recours doit être accompagné de toutes les pièces pertinentes et il doit être motivé. Pour chaque décision, cela implique :

- pour ce qui concerne la décision relative à la demande de prise en charge le recours doit comprendre :
  - le formulaire de demande pour la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins
  - la décision de la caisse d'assurance soins relative à la demande de prise en charge
  - une contestation avec arguments du ou des motif(s) invoqué(s) par la caisse d'assurance soins pourquoi l'utilisateur ne répond pas aux conditions formelles.
- Pour ce qui concerne la décision concernant la prise en charge
  - le formulaire de demande pour la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins
  - le cas échéant, le formulaire « enquête complémentaire ou contrôle »
  - la décision concernant la prise en charge
  - une contestation avec arguments du ou des motif(s) invoqué(s) par la caisse d'assurance soins pourquoi l'utilisateur n'entre pas en ligne de compte pour la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins
- pour ce qui concerne la décision concernant la révision de la prise en charge :
  - le formulaire de demande pour la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins
  - le cas échéant, le formulaire « enquête complémentaire ou contrôle »
  - la décision concernant la prise en charge
  - le cas échéant, l'ajout daté et signé à la demande initiale
  - le formulaire de révision
  - le cas échéant, le formulaire « enquête complémentaire ou contrôle » qui fait rapport sur l'enquête complémentaire concernant la révision
  - la décision concernant la révision de la prise en charge
  - une contestation avec arguments du ou des motif(s) invoqués par la caisse d'assurance soins pourquoi l'utilisateur n'entre plus en ligne de compte au moment de la révision de la décision de prise en charge.
- pour ce qui concerne la décision concernant le renouvellement de la prise en charge :
  - le formulaire 'Constatacion de l'autonomie réduite grave, de longue durée' ou l'attestation
  - le cas échéant, le formulaire « enquête complémentaire ou contrôle »
  - la décision concernant le renouvellement de la prise en charge
  - une contestation avec arguments du ou des motif(s) invoqués par la caisse d'assurance soins pourquoi l'utilisateur n'entre plus en ligne de compte au moment de la révision de la décision de prise en charge.
- pour ce qui concerne la décision concernant la cessation de la prise en charge :
  - la dernière décision sur la prise en charge avant la décision de cessation
  - le cas échéant, le formulaire 'Constatacion de l'autonomie réduite grave, de longue durée' ou l'attestation ayant donné lieu à la décision de cessation
  - le cas échéant, le formulaire « enquête complémentaire ou contrôle » qui a donné lieu à la décision de cessation
  - la décision de cessation de la prise en charge
  - une contestation avec arguments du ou des motif(s) invoqués par la caisse d'assurance soins pourquoi il a été mis fin à la décision
- Pour ce qui concerne la décision suite au contrôle de la prise en charge
  - le formulaire de demande pour la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins
  - le cas échéant, le formulaire « enquête complémentaire ou contrôle »
  - la décision concernant la prise en charge
  - la communication écrite qu'un indicateur désigné par la caisse d'assurance soins exécutera une nouvelle indication
  - la décision suite au contrôle concernant la prise en charge
  - une contestation avec arguments du ou des motif(s) invoqués par la caisse d'assurance soins pourquoi l'utilisateur n'entre plus en ligne de compte après contrôle de la décision de prise en charge
- Pour ce qui concerne la décision de suspension des prises en charge suite à des informations omises délibérément par l'utilisateur ou son représentant ou à des informations délibérément inexacts ou incomplètes
  - la décision concernant la prise en charge
  - la dernière décision (suite au contrôle ou à la révision)
  - le cas échéant, la dernière décision relative au changement de la forme de soins
  - la décision de suspension des prises en charge
  - une contestation avec arguments du ou des motif(s) invoqués par la caisse d'assurance soins pourquoi l'utilisateur n'entre plus en ligne de compte après contrôle de la décision de prise en charge

L'usager ou son représentant est tenu d'envoyer le recours dans les trente jours suivant la réception de la décision de la caisse d'assurance soins par lettre recommandée au Zorgfonds ou de remettre le recours contre récépissé au Zorgfonds dans les trente jours. Si l'intéressé souhaite être entendu, il convient de le préciser dans le recours.

A la demande de l'usager ou de son représentant, la caisse d'assurance soins transmet dans les cinq jours suivant la réception de la demande, les pièces nécessaires pour que les intéressés puissent introduire un recours auprès du Zorgfonds. Si la caisse d'assurance soins peut prouver avoir déjà transmis les pièces aux intéressés, elle peut imputer des frais à cette fin.

Le secrétariat de la chambre de la commission de recours auprès du Vlaams Zorgfonds communique dans les quinze jours suivant la réception d'un recours recevable par écrit à la caisse d'assurance soins qu'un recours recevable a été introduit. Cette communication comprend au moins les informations suivantes :

- la décision de la caisse d'assurance soins contre laquelle le recours a été introduit
- la contestation formulée par l'usager, son représentant avec argumentation des motifs de la décision cités par la caisse d'assurance soins
- la mention que la caisse d'assurance soins a le droit d'être entendue

Dans les quinze jours suivant la réception d'un recours, le secrétariat de la chambre informera également l'usager ou son représentant du fait que le recours a été déclaré recevable.

Lorsque le recours est recevable, la communication comporte les informations suivantes :

- le fait que le recours est recevable
- la communication que la commission des recours doit émettre un avis motivé sur le recours et que le fonctionnaire dirigeant du Zorgfonds doit prendre une décision motivée

Si le recours n'est pas recevable, la communication comprend les informations suivantes :

- la communication que le recours n'est pas recevable
- la communication des motifs pour lesquels le recours n'est pas recevable

La chambre de la commission des recours examine le recours et prononce un avis motivé dans les trois mois suivant la réception du recours. La chambre entend la caisse d'assurance soins et l'usager ou son représentant, lorsque ceux-ci en ont formulé la demande.

Le fonctionnaire dirigeant du Zorgfonds prend une décision motivée dans le mois suivant la réception de l'avis de la chambre ou, faute d'avis émis dans le délai, après expiration du délai. Le Zorgfonds transmet la décision du fonctionnaire dirigeant dans les 8 jours à l'usager ou son représentant et à la caisse d'assurance soins concernée.

La décision du fonctionnaire dirigeant produit ses effets avec effet rétroactif à partir de la date à laquelle la décision de la caisse d'assurance soins est entrée en vigueur.

#### CHAPITRE XX. — Rectification par les caisses d'assurance soins de décision erronées

Lorsque la caisse d'assurance soins a elle-même pris une décision erronée, elle peut la rectifier en envoyant une nouvelle décision à l'usager ou à son représentant, l'ancienne décision étant déclarée nulle et non avenue avec précision du motif.

Lorsque la rectification de la décision erronée intervient dans les soixante jours suivant la demande relative à (la révision de) la prise en charge, il convient de conserver dans le dossier des copies des décisions erronées et des décisions rectifiées.

Lorsque la décision erronée est rectifiée plus de soixante jours après la demande relative à (la révision de) la prise en charge, il convient non seulement de conserver des copies dans les dossiers mais aussi de faire parvenir des copies de la décision erronée et de la décision rectifiée au Vlaams Zorgfonds.

#### CHAPITRE XXI. — Collecte des données

##### Section I<sup>re</sup>. — Type de record A : affiliés

###### Structure

header : année et mois, caisse d'assurance soins, type A (YYYYMMXXXXA)

code caisse d'assurance soins :

- 180 = CM-Zorgkas
- 280 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen
- 380 = Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten
- 480 = Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen
- 580 = Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
- 680 = Vlaamse Zorgkas
- 780 = Pmob-Zorgkas
- 880 = Zorgkas DKV Belgium

###### Champs :

- a. numéro auprès du registre national (longueur champ 11, numérique)
- b. année de naissance (longueur champ 4, numérique)
- c. code de la commune (code INS de la commune de fusion) (longueur champ 5, numérique)
- d. date début affiliation DDMMYYYY (longueur champ 8, numérique)
- e. date paiement de la dernière cotisation DDMMYYYY (longueur champ 8, numérique)
- f. date de traitement du début de l'affiliation DDMMYYYY (longueur champ 8, numérique)
- g. code d'affiliation (longueur champ 2, numérique)
  - 00 = affiliation au moment du lancement de l'assurance soins
  - 10 = âge atteint
  - 20 = introduction demande prise en charge (moins de 26 ans)
  - 21 = demande prise en charge approuvée (moins de 26 ans, affilié effectivement à la caisse d'assurance soins)
  - 30 = venu habiter en Flandre
  - 40 = venu habiter à Bruxelles (et affiliation dans les 6 mois)

- 50 = affiliation volontaire à Bruxelles (après plus de 6 mois)
- 7X = mutation d'autres caisses d'assurance soins
- 71 = CM-Zorgkas
- 72 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen
- 73 = Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten
- 74 = Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen
- 75 = Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
- 76 = Vlaamse Zorgkas
- 77 = Omob-Zorgkas
- 78 = Zorgkas DKV Belgium
- 80 = affiliation d'office
- 90 = inconnu
- h. code régularisation (ressortissant UE) (longueur champ 2, numérique)
- 00 = pas de régularisation
- 10 = nationalité belge
- 11 = autre nationalité
- i. date cessation affiliation DDDMMYYYY (longueur champ 8, numérique)
- j. date de traitement de la cessation d'affiliation DDDMMYYYY (longueur champ 8, numérique)
- k. code cessation affiliation (longueur champ 4, numérique)
- 0000 = pas de cessation affiliation
- 1010 = décès
- 1020 = fin de la nécessité de soins (moins de 26 ans)
- 1030 = quitter la Flandre ou Bruxelles
- 1050 = cessation volontaire à Bruxelles
- 1060 = suppression de la double affiliation
- 107X = mutation vers une autre caisse d'assurance soins
- 1071 = CM-Zorgkas
- 1072 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen
- 1073 = Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten
- 1074 = Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen
- 1075 = Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
- 1076 = Vlaamse Zorgkas
- 1077 = Omob-Zorgkas
- 1078 = Zorgkas DKV Belgium
- 1080 = autres
- 1090 = inconnu
- l. montant payé pendant l'année calendrier (longueur champ 5, numérique) (999,99 virgule ne doit pas être ajoutée). Lorsque l'affilié intéressé n'a pas encore payé durant l'année calendrier en question, ce champ est rempli de zéros.
- m. intervention majorée de l'assurance (longueur champ 1, numérique)
- 0 = provisoirement inconnu
- 1 = intéressé ne bénéficie pas de l'intervention majorée de l'assurance
- 2 = intéressé bénéficie de l'intervention majorée de l'assurance

## Fréquence et volume :

Les données de la base de données doivent être communiquées sur base trimestrielle. Les données de la base de données sont cumulatives : les données des mois et années antérieurs doivent également être ajoutées.

## Transition 2003-2004 :

Les affiliés qui mettent ou ont mis fin à leur affiliation le 31 décembre 2003 ne peuvent plus être repris dans le fichier de texte A, à l'exception des mutations sortantes de 2003-2004. Les mutations sortantes sont reprises dans le fichier de texte A durant toute l'année.

## Explication champs de données :

numéro auprès du registre national : numéro auprès du registre national de l'affilié concerné

année de naissance : année de naissance de l'affilié concernée

code de la commune : code INS – de la commune de fusion où était domicilié l'intéressé la dernière fois en Région flamande ou dans la Région de Bruxelles-Capitale (situation le dernier jour du trimestre demandé).

date début affiliation : date d'affiliation de l'intéressé auprès de la caisse d'assurance soins. La date d'affiliation est toujours sous forme 01/01/JJJJ (à l'exception du 01 octobre 2001), JJJJ désignant la première année pendant laquelle l'affilié concerné était affilié à la caisse d'assurance soins.

date paiement de la dernière cotisation : date à laquelle la dernière cotisation a été payée par l'affilié concerné. Lorsque l'affilié en question paie une régularisation durant cette même année, ce champ ne doit pas être adapté.

date de traitement du début de l'affiliation

co-affiliation : le type d'affiliation dont il s'agit

00 = affiliation lancement assurance soins. A partir du 2003 ce code ne peut plus être utilisé pour les nouvelles affiliations.

10 = âge atteint. Il s'agit de personnes qui atteignent l'âge de 26 ans durant l'année en cours et qui habitent en Flandre ou dans la Région de Bruxelles-Capitale

20 = ce code doit être utilisé lorsqu'une personne de moins de 26 ans introduit une demande de prise en charge.

- 21 = ce code doit être utilisé lorsqu'une personne de moins de 26 ans obtient une décision positive de prise en charge.
- 30 = venu habiter en Flandre. Il s'agit de personnes qui ont atteint l'âge de 26 ans durant l'année en cours et qui viennent habiter en Flandre.
- 40 = venu habiter en Bruxelles. Il s'agit de personnes qui ont atteint l'âge de 26 ans pendant l'année en cours et qui viennent habiter à Bruxelles.
- 50 = affiliation volontaire à Bruxelles
- 7x = mutation entrante de la caisse d'assurance soins x
- 80 = affiliation auprès de l'une des 8 caisses d'assurance soins, par le paiement d'une première cotisation à la caisse d'assurance soins en question, par une personne qui était auparavant affiliée d'office auprès de la Caisse flamande d'assurance soins (sans avoir jamais payé de cotisation). Toutes les caisses d'assurance soins peuvent donc utiliser ce code.
- 90 = inconnu
- code régularisation : uniquement remplir ce code lorsqu'il s'agit d'une régularisation (avoir manuel p. 21)
- date cessation affiliation : toujours sous forme de 31/12/jjjj (également pour les doubles affiliations), soit ce champ est rempli par des zéros (s'il n'y a pas de cessation).
- date de traitement cessation affiliation :
- code de cessation affiliation
- 0000 = pas de cessation affiliation
- 1010 = décès
- 1020 = fin de la nécessité de soins (code 21) ou demande refusée (code 20). Ce code ne peut être utilisé que si l'affilié concerné n'a pas encore 26 ans.
- 1030 = quitter la Flandre ou Bruxelles
- 1050 = cessation volontaire à Bruxelles
- 1060 = suppression de la double affiliation
- 107X = mutation vers une autre caisse d'assurance soins
- 1080 = autres
- 1090 = inconnu
- montant payé pendant l'année calendrier : dans ce champ, on indique le montant de la cotisation pour l'année calendrier, majoré des montants éventuels pour des régularisations.
- intervention majorée de l'assurance indique si l'affilié concerné est ou non VT. Pour 2004, c'est la situation en date du 01 janvier 2003 qui est prise en compte.

*Section II. — Type de record B : dossiers de prise en charge*

Structure

header : année et mois, caisse d'assurance soins, type B (YYYYMMXXXB)

code caisse d'assurance soins :

- 180 = CM-Zorgkas
- 280 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen
- 380 = Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten
- 480 = Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen
- 580 = Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
- 680 = Vlaamse Zorgkas
- 780 = Omob-Zorgkas
- 880 = Zorgkas DKV Belgium

champs :

- a. Numéro auprès du registre national (longueur champ 11, numérique)
- b. Année de naissance (longueur champ 4, numérique)
- c. Code INS de la commune de fusion (longueur champ 5, numérique)
- d. Code point décentralisé de la caisse d'assurance soins (longueur champ 3, numérique)
- e. Code demande, révision ou renouvellement (longueur champ 1, numérique)
- 0 = demande
- 1 = révision
- 2 = renouvellement
- f. date de la demande, révision ou renouvellement DDMMYYYY (longueur champ 8, numérique)
- g. code indicateur ou attestation en cas de demande, révision ou renouvellement (longueur champ 6, numérique)
- 207001 = services d'aide familiale
- 201001 = cpas
- 213001 = centres d'aide sociale
- 207003 = centres de services locaux
- 900210 = échelle Katz soins à domicile
- 900220 = échelle d'évaluation intervention dans établissement de soins, preuve d'admission dans maison de repos ou MRS
- 900230 = preuve d'admission dans maison de soins psychiatriques
- 900240 = échelle de profil BEL dans les soins de famille
- 900280 = échelle médico-sociale pour intervention d'intégration, intervention aide aux personnes âgées, intervention aide de tiers
- 900290 = allocations familiales complémentaires dans le chef de l'enfant

- h. résultat de l'indication en cas de demande, révision ou renouvellement (longueur champ 2, numérique, champ = 99 lorsqu'il s'agit d'une attestation)
- i. code enquête complémentaire (longueur champ 1, numérique)
- 0 = pas d'enquête complémentaire
  - 1 = enquête complémentaire
- j. date d'indication enquête complémentaire DDMMYYYY (longueur champ 8, numérique)
- k. résultat de l'indication en cas d'enquête complémentaire (longueur champ 2, numérique, si pas d'enquête complémentaire champ 99)
- l. code décision (longueur champ 1, numérique)
- 0 = pas encore de décision
  - 1 = approuvé
  - 2 = approuvé mais limité suite au cumul (e.a. Vlaams Fonds)
  - 4 = dossier administrativement refusé
  - 5 = autres refus
- m. date décision DDMMYYYY (longueur champ 8, numérique)
- n. date dernière modification forme de soins DDMMYYYY (longueur champ 8, numérique)
- o. code forme de soins (longueur champ 1, numérique)
- 0 = pas de décision positive après demande, révision ou renouvellement
  - 4 = soins résidentiels
  - 5 = soins de proximité et soins à domicile
- p. code décision après contrôle (longueur champ 1, numérique)
- 0 = pas de contrôle ou pas encore de décision après contrôle
  - 1 = continuation
  - 3 = cessation
- q. résultat de l'indication lors de contrôle (longueur champ 2, numérique, si pas de contrôle champ = 99)
- r. date décision après contrôle DDMMYYYY (longueur champ 8, numérique)
- s. date finale exécution prises en charge DDMMYYYY (longueur champ 8, numérique)
- t. code paiement ou recouvrement
- 0 = paiement
  - 1 = recouvrement
- u. montant qui a été payé ou récupéré pendant l'année calendrier en question (éventuellement 0 euro) (longueur champ 6, numérique) (9999,99 virgule ne doit pas être ajoutée)
- v. montant du crédit en suspens à la fin du trimestre (éventuellement 0 euro) (longueur champ 6, numérique) (9999,99 virgule ne doit pas être ajoutée)
- w. paramètre 1 (longueur champ 8, numérique)
- x. paramètre 2 (longueur champ 8, numérique)
- y. paramètre 3 (longueur champ 8, numérique)
- z. paramètre 4 (longueur champ 8, numérique)

Fréquence et volume :

Les données de la base de données doivent être communiquées sur base trimestrielle. Les données de la base de données sont cumulatives : les données des mois antérieurs doivent également être ajoutées.

Sauf mention explicite, les champs qui ne doivent pas être remplis sont remplis par des zéros.

Transition 2003-2004 :

Dans le fichier prises en charge de 2004 sont repris les records suivants du fichier de 2003 :

- les dossiers en cours (dossiers approuvés dont la date finale prise en charge est postérieure au 31 décembre 2003)
- les dossiers introduits pour lesquels aucune décision n'avait été prise le 31 décembre 2003
- les dossiers dont le champ crédit n'est pas zéro. Le champ crédit reprend les montants non payés (ou les droits) de prises en charge pour les soins de proximité et soins à domicile des habitants de la Région de Bruxelles-Capitale. Les montants qui ne sont pas réclamés dans les 6 mois, ne peuvent plus être communiqués dans le champ crédit (champ v.)

Tous ces records restent alors dans le fichier de texte B jusqu'à la fin de l'année au moins.



## Explication champs :

- a. numéro auprès du registre national :
  - b. année de naissance :
  - c. code INS commune de fusion : code INS de la commune de fusion où l'intéressé a été domicilié la dernière fois en Région flamande ou dans la Région de Bruxelles-Capitale (situation le dernier jour du trimestre demandé)
  - d. Code point décentralisé de la caisse d'assurance soins : la section où le dossier en question peut être physiquement consulté.
  - e. Code demande, révision ou renouvellement : ce champ indique s'il s'agit d'une demande, une révision ou un renouvellement. Ce champ a été introduit puisqu'une révision ou un renouvellement devient un nouveau record.
  - f. date de la demande, révision ou renouvellement : date à laquelle la demande ou la révision est sollicitée. En cas de renouvellement, cette date coïncide avec la date d'exécution de l'indication ou la date d'introduction de l'attestation auprès de la caisse d'assurance soins.
  - g. code indicateur ou attestation en cas de demande, révision ou renouvellement
  - h. résultat de l'indication en cas de demande, révision ou renouvellement : il convient d'introduire ici le score de la personne nécessitant des soins lors de l'indication. S'il n'y a pas eu d'indication (on travaille avec une attestation) ce champ doit être rempli par « 99 » et non 00. On y utilise donc des « neuf » au lieu de « zéros ». Le score peut être rempli au moment où la caisse d'assurance soins prend connaissance du résultat de l'indication, donc avant la décision proprement dite.
  - i. code enquête complémentaire : on indique ici s'il y a eu une enquête complémentaire ou pas.
  - j. date indication en cas d'enquête complémentaire : date à laquelle l'enquête complémentaire (et donc l'indication complémentaire) a eu lieu
  - k. résultat de l'indication en cas d'enquête complémentaire : il convient de remplir ici le score de l'indication en cas d'enquête complémentaire. Le score peut être rempli au moment où la caisse d'assurance soins prend connaissance du résultat de l'indication. S'il n'y a pas d'enquête complémentaire ou que le résultat n'est pas encore connu, ce champ est rempli par « 99 ».
  - l. Code décision :
  - m. date décision : date à laquelle la décision concernant de demande, révision ou renouvellement a été prise.
  - n. date dernière modification forme de soins : date à laquelle prend effet la dernière modification de la forme de soins. S'il y a plusieurs modifications, la dernière date sera retenue. Cette date est la date à laquelle le montant du paiement change effectivement. Il s'agit donc toujours d'une date avec le format 01/mm/jjjj.
  - o. Code forme de soins : dans ce champ, on indique la dernière forme de soins valable. Ce n'est qu'après approbation de la demande que ce champ doit être rempli. En cas de modification de la forme de soins, ce champ sera simplement adapté et le champ n. « date dernière modification forme de soins » sera rempli.
  - p. code décision après contrôle :
  - q. résultat de l'indication en cas de contrôle : il convient d'introduire ici le score de l'indication en cas de contrôle. S'il n'y a pas eu de contrôle ou que le résultat du contrôle n'est pas encore connu, ce champ doit être rempli par « 99 » et non 00. On y utilise donc des « neuf » au lieu de « zéros ». Le score peut être rempli au moment où la caisse d'assurance soins prend connaissance du résultat de l'indication, date qui peut donc être antérieure à la décision du contrôle proprement dite.
  - r. date décision après contrôle : date à laquelle la décision après contrôle a été prise.
  - s. date finale avant l'exécution des prises en charge : la dernière date finale valable doit être remplie.
  - t. code paiement ou recouvrement : par le biais de ce champ, nous déterminons si le champ u. « montant payé ou récupéré pendant l'année calendrier en question » est positif ou négatif.
  - u. montant qui a été payé ou récupéré pendant l'année calendrier en question : ce champ reprend le montant cumulatif (ou le solde) de tous les paiements et recouvrement d'durant l'année calendrier en question.
  - v. montant du crédit en suspens à la fin du trimestre concerné
- champs w; x; y; z. : sont des champs à définir éventuellement pour la responsabilité financière des caisses d'assurance soins

*Section III. — Type de record D : indicateurs et résultats*

## Structure

header : année et mois, caisse d'assurance soins, type D (YYYYMMXXD)

code caisse d'assurance soins :

- 180 = CM-Zorgkas
- 280 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen
- 380 = Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten
- 480 = Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen
- 580 = Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
- 680 = Vlaamse Zorgkas
- 780 = Omob-Zorgkas
- 880 = Zorgkas DKV Belgium

Champs :

- a. Numéro auprès du registre national (longueur champ 11, numérique)
- b. Année de naissance (longueur champ 4, numérique)
- c. Code INS de la commune de fusion (longueur champ 5, numérique)
- d. Code point décentralisé de la caisse d'assurance soins (longueur champ 3, numérique)
- e. numéro GKB indicateur (longueur champ 8, numérique)
- f. code indicateur (longueur champ 6, numérique)
  - 207001 = services de soins de famille
  - 201001 = cpas
  - 213001 = centres d'aide sociale
  - 207003 = centres locaux de services
- g. date de la demande, révision ou renouvellement DDMMYYYY (longueur champ 8, numérique)
- h. date de l'indication DDMMYYYY (longueur champ 8, numérique)
- i. résultat de l'indication (longueur champ 2, numérique)
- j. date du paiement de l'indicateur DDMMYYYY (longueur champ 8, numérique)
- k. date du recouvrement de l'indicateur DDMMYYYY (longueur champ 8, numérique)

Fréquence et volume :

Les données de la base de données doivent être communiquées sur base trimestrielle. Les données de la base de données sont cumulatives : les données des mois antérieurs doivent également être ajoutées.

Transition 2003-2004 :

Tous les records qui devaient être repris dans le fichier 2003 doivent également être repris dans le fichier 2004.

Explication champs :

- a. numéro auprès du registre national :
- b. année de naissance
- c. code INS commune de fusion : code INS de la commune de fusion où l'intéressé était domicilié la dernière fois en Région flamande ou dans la Région de Bruxelles-Capitale (situation le dernier jour du trimestre sollicité).
- d. Code point décentralisé de la caisse d'assurance soins : section où le dossier en question peut être physiquement consulté.
- e. numéro GKB indicateur :
- f. code indicateur ou attestation
- g. date de la demande, révision ou renouvellement : date de la demande, révision ou renouvellement (voir explications fichier B). Si aucune demande ou révision n'a été introduite, ce champ peut être « 00000000 ». Lors d'un renouvellement, cette date est toujours égale au champ h. date de l'indication.
- h. date de l'indication : date à laquelle l'indication est exécutée
- i. résultat de l'indication : score de la personne nécessitant des soins au moment de l'indication.
- j. date du paiement de l'indicateur : date à laquelle le montant est payé. Lorsqu'il s'agit d'une indication qui n'est pas encore payée ou qui ne doit pas être payée, ce champ peut rester « 00000000 ».
- k. date du recouvrement de l'indicateur : date à laquelle le recouvrement est perçu. S'il n'y a pas de recouvrement, ce champ devient « 00000000 ».

#### Section IV. — Type de record M : Intervenants de proximité

Une note sera rédigée à ce sujet

#### CHAPITRE XXII. — Dispositions finales

Les notes 2003/2 jusqu'à 2003/11 aux caisses d'assurance soins relatives au manuel assurance soins de l'arrêté ministériel du 23 décembre 2002 portant approbation du manuel assurance soins, telles que modifiées, sont abrogées.

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 19 mars 2004 portant approbation du manuel assurance soins.

Bruxelles, le 19 mars 2004.