

VLAAMSE OVERHEID

Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

[C – 2017/11621]

9 MAART 2017. — Ministerieel besluit betreffende de uitvoering van de Vlaamse sociale bescherming

DE VLAAMSE MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN,

Gelet op het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, artikel 5, artikel 19, derde lid, artikel 28, § 2, artikel 24, artikel 29, § 4, artikel 30, § 2, artikel 32, § 2, artikel 33, artikel 35, artikel 39, §§ 1 en 5, artikel 42, artikel 44, § 1, derde en vierde lid, artikel 44, artikel 46, artikel 51, § 3 en artikel 56;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016 houdende de uitvoering van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, artikel 30, eerste en derde lid, artikel 37, § 1, artikel 41, § 3, derde lid, artikel 42, § 3, derde lid, artikel 44, eerste en tweede lid, artikel 51, artikel 56, artikel 62, tweede lid, artikel 69, tweede lid, artikel 71, vierde lid, artikel 76, § 1, tweede lid, artikel 80, § 2, tweede lid, artikel 87, § 3, artikel 95, artikel 96, tweede lid, artikel 98, derde lid, artikel 101, artikel 106, derde lid, artikel 112, artikel 113, vierde lid, artikel 117, artikel 124, artikel 129, artikel 167, artikel 182, § 2, tweede lid, en artikel 185, vijfde lid;

Gelet op het ministerieel besluit van 2 juli 2010 betreffende de uitvoering van de zorgverzekering;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 5 januari 2017;

Gelet op advies 60.864/1 van de Raad van State, gegeven op 20 februari 2017, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o, van de wetten op de Raad Van State, gecoördineerd op 12 januari 1973,

Besluit :

DEEL 1. — GEMEENSCHAPPELIJKE BASISBEPALINGEN

TITEL 1. — *Definities*

Artikel 1. In dit besluit wordt verstaan onder:

1^o agentschap: het agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming, vermeld in artikel 6 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming;

2^o besluit van 14 oktober 2016: het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016 houdende de uitvoering van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming;

3^o controleorgaan: het orgaan dat verantwoordelijk is voor de controle van de indicatiestelling van de gebruikers, vermeld in artikel 125 van het besluit van 14 oktober 2016;

4^o derden: een werkgever of een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn;

5^o identificatienummer: het unieke nummer, toegekend aan personen die ingeschreven zijn in het Rijksregister van de natuurlijke personen, of, bij gebrek aan rijksregisternummer het door de woonstaat toegekende sociaal fiscaal nummer;

6^o mutatieformulier: het mutatieformulier, vermeld in artikel 49 van het besluit van 14 oktober 2016;

7^o oprichtende instanties: de instanties die een zorgkas hebben opgericht als vermeld in artikel 15 van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming;

8^o plaats van tewerkstelling: de plaats waar de effectieve werkzaamheden worden uitgevoerd.

DEEL 2. — HET LIDMAATSCHAP VAN DE VLAAMSE SOCIALE BESCHERMING

TITEL 1. — *Aansluiting*HOOFDSTUK 1. — *Periode van aansluiting of verbod op aansluiting*

Art. 2. De referentiedatum om voor een kalenderjaar te bepalen waar een persoon als vermeld in artikel 41, § 3, artikel 42, § 3 en § 4, en artikel 43 van het besluit van 14 oktober 2016, woont, werkt of sociaal verzekerd is, zodat hij voldoet aan de voorwaarden voor de aansluiting of het verbod op aansluiting, is 1 januari van het jaar in kwestie.

In afwijking van het eerste lid, kunnen personen die in de loop van het kalenderjaar, door een verandering in hun situatie, aan de voorwaarden voor de aansluiting, vermeld in het eerste lid, voldoen, zich alleen aansluiten bij een zorgkas als ze een recht op een tegemoetkoming willen openen.

In afwijking van het eerste lid, is de referentiedatum om voor het jaar waarin hij op een plaats is komen wonen, te bepalen of een persoon als vermeld in artikel 43 van het besluit van 14 oktober 2016, voldoet aan de criteria voor verbod op aansluiting, vermeld in het eerste lid, 1 januari van het jaar na het jaar waarin hij op die plaats is komen wonen.

Art. 3. In afwijking van artikel 2, eerste lid, is de plaats van tewerkstelling van een gepensioneerde als vermeld in artikel 41, § 3, artikel 42, § 3 en § 4, en artikel 43 van het besluit van 14 oktober 2016, de plaats waar die persoon op 1 januari van het laatste jaar voor zijn pensionering gewerkt heeft.

Art. 4. In afwijking van artikel 2, eerste lid wordt de plaats van tewerkstelling van een persoon als vermeld in artikel 41, § 3, artikel 42, § 3 en § 4, en artikel 43 van het besluit van 14 oktober 2016, als volgt bepaald:

1^o de plaats van tewerkstelling van een persoon die niet gepensionerd en niet beroepsactief is, is de plaats waar hij werkte op 1 januari van het jaar van zijn laatste tewerkstelling;

2^o de plaats van tewerkstelling van een persoon die een Belgisch pensioen ontvangt, is in de volgende volgorde:

a) zijn woonplaats als hij er gewerkt heeft;

b) de plaats waar hij op 1 januari van het laatste jaar voor zijn pensionering gewerkt heeft.

HOOFDSTUK 2. — *Bewijsvoering*

Art. 5. Het agentschap ontvangt jaarlijks een bestand van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid met identificatiegegevens van de personen, vermeld in artikel 41, § 3, artikel 42, § 3 en § 4, en artikel 43 van het besluit van 14 oktober 2016.

Personen die aan de criteria voldoen, maar van wie het agentschap de identificatiegegevens niet heeft ontvangen op de wijze, vermeld in het eerste lid, bezorgen zelf het bewijs dat ze aan de criteria voor de aansluiting of voor het verbod op aansluiting voldoen:

- 1° voor ieder jaar dat ze beroepsactief zijn;
- 2° bij aanvang of bij wijziging van hun pensionering.

Het bewijs, vermeld in het tweede lid, bestaat uit een attest van de werkgever of van de instantie die de sociale zekerheid van de persoon beheert.

HOOFDSTUK 3. — *Terugbetaling van bijdragen*

Art. 6. De betaalde bijdragen van personen, vermeld in artikel 43 van het besluit van 14 oktober 2016, worden aan de betrokkene terugbetaald.

Personen als vermeld in het eerste lid, die al tegemoetkomingen in het kader van de zorgverzekering hebben genoten, kunnen de door hen betaalde bijdragen niet terugvorderen voor de jaren waarin ze tegemoetkomingen hebben genoten.

HOOFDSTUK 4. — *Uitnodiging tot aansluiting*

Art. 7. De zorgkassen of hun oprichtende instantie kunnen een mailing naar de leden of verzekerden van hun oprichtende instantie sturen met de mededeling dat ze zich bij een zorgkas kunnen aansluiten. De mailing bevat de volgende twee aparte rubrieken:

- 1° de mededeling over de Vlaamse sociale bescherming;
- 2° de uitnodiging tot betaling van een bijdrage om zich aan te sluiten.

De mailing mag samen met de promotie van andere producten verstuurd worden.

Art. 8. De mededeling, vermeld in artikel 7, eerste lid, 1°, bevat minstens de volgende informatie:

- 1° de bijdragen die in het kader van de Vlaamse sociale bescherming gevraagd worden;
- 2° de periodes waarvoor de bijdragen gevraagd worden;
- 3° de toelichting over de plicht of de mogelijkheid om zich bij een van de erkende zorgkassen aan te sluiten;
- 4° de manier waarop personen zich kunnen aansluiten: met een storting op een rekeningnummer op naam van de zorgkas;
- 5° de maatregel van de administratieve geldboete en de opschorting met verlies van rechten van de zorgverzekeringstegemoetkoming met vier maanden;
- 6° voor personen die in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wonen de toelichting dat, als een lid zich niet in staat acht om de jaarlijkse bijdrage te betalen, hij het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn kan vragen of het in zijn plaats de bijdrage aan de zorgkas wil betalen. Het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn is niet verplicht om dat verzoek in te willigen.

Art. 9. De mededeling en de uitnodiging tot betaling, vermeld in artikel 7, eerste lid, 1° en 2°, bevatten geen aanwijzingen die laten uitschijnen dat aansluiting bij de zorgkas in kwestie verplicht is. Het moet duidelijk zijn dat aansluiting bij een van de erkende zorgkassen verplicht is.

Art. 10. De zorgkassen kunnen 30 april vastleggen als einddatum om de bijdrage te betalen voor personen die 26 jaar worden. Ze vermelden dat als de persoon zich niet aansluit, hij ambtshalve bij de Vlaamse Zorgkas aangesloten zal worden.

Art. 11. Een gezinshoofd kan gezinsleden aansluiten.

Art. 12. Met toestemming van de betrokkenen kunnen derden personen bij een zorgkas aansluiten. De zorgkassen die personen via derden aansluiten, beschikken over een verklaring van de betrokken personen waaruit blijkt dat ze vrijwillig kiezen om zich aan te sluiten bij de zorgkas. Als een derde personen wil aansluiten, bezorgt hij de zorgkas een lijst van de personen die bij de zorgkas aangesloten willen worden. De zorgkas heeft een lijst van leden voor wie in groep betaald wordt.

Art. 13. Met de betaling van de bijdragen bezorgen de derden aan de zorgkas een lijst van de personen voor wie de betaling wordt uitgevoerd. Die lijst bevat per lid de volgende gegevens:

- 1° het identificatienummer;
- 2° de voor- en achternaam;
- 3° het adres;
- 4° de geboortedatum;
- 5° het geslacht;
- 6° het bedrag van de bijdrage.

HOOFDSTUK 5. — *Mutatie van zorgkas*

Art. 14. Een persoon muteert van een mutualistische zorgkas naar een andere mutualistische zorgkas met het mutatieformulier van de ziekteverzekering als aan volgende voorwaarden is voldaan:

- 1° de persoon heeft niet tijdig, conform artikel 49, van het besluit van 14 oktober 2016, een getekend mutatieformulier bezorgd aan een niet-mutualistische zorgkas ;
- 2° de persoon is lid van een mutualistische zorgkas.

In de andere gevallen dan het geval, vermeld in het eerste lid, muteert een persoon van zorgkas door uiterlijk op 5 december van het jaar vóór het jaar waarin hij van zorgkas muteert, het getekende mutatieformulier, vermeld in artikel 49 van 14 oktober 2016, aan de nieuwe zorgkas te bezorgen.

Art. 15. De nieuwe zorgkas consulteert voor 15 december van het jaar dat voorafgaat aan de mutatie, via het digitaal platform of de afstaande zorgkas die in de mutatieprocedure gemeld is, overeenstemt met de zorgkas waarbij de persoon volgens het digitaal platform is aangesloten. De nieuwe zorgkas voert dat uit voor alle mutaties die met het mutatieformulier zijn aangevraagd, en voor alle mutaties die de zorgkassen van een ziekenfonds moeten aanvragen op basis van een verandering van ziekenfonds,

Met het oog op de mutatie van zorgkas deelt het digitaal platform aan de nieuwe zorgkas mee bij welke zorgkas de persoon aangesloten is volgens het digitaal platform.

Art. 16. De nieuwe zorgkas bezorgt uiterlijk op 15 december aan het digitaal platform een gegevensstroom met de volgende gegevens

- 1° het identificatienummer;
- 2° het jaar waarvoor de mutatie wordt aangevraagd;
- 3° het type mutatie;
- 4° de vermelding van de zorgkas die de mutatie meldt;
- 5° de code van de nieuwe zorgkas;
- 6° de code van de afstaande zorgkas
- 7° de datum van het mutatieformulier, vermeld in artikel 49 van het besluit van 14 oktober 2016.

De nieuwe zorgkas stuurt uiterlijk op 15 december de originele mutatieformulieren van de personen die van zorgkas muteren, vermeld in artikel 14, tweede lid, aangetekend naar de hoofdzetel van de afstaande zorgkas. Er kunnen verschillende bestanden vanuit de regionale kantoren worden doorgestuurd als de zorgkassen dat onderling schriftelijk overeenkomen. De formulieren kunnen ook door een koerier tegen ontvangstbewijs afgegeven worden, op voorwaarde dat de koerier het pakket uiterlijk op 15 december aflevert. De formulieren kunnen tussen de zorgkassen ook elektronisch worden uitgewisseld, als de zorgkassen dat onderling overeenkomen.

Art. 17. De afstaande zorgkas bezorgt uiterlijk op 9 januari een antwoord op de mutatieaanvraag via een gegevensstroom aan het digitaal platform. De gegevensstroom kan de volgende codes en waarden bevatten:

- 1° code 01: mutatie aanvaard – dossier afgesloten
- 2° code 02: identificatienummer foutief of blanco
- 3° code 03: laattijdige aanvraag mutatie
- 4° code 04: MOB-wetgeving geen lid in verplichte ziekteverzekering
- 5° code 05: mutatieaanvraag op dezelfde datum bij verschillende zorgkassen
- 6° code 06: geen lid, foutieve zorgkas
- 7° code 07: ondertussen overleden
- 8° code 08: ontbreken handtekening
- 9° code 09: betwisting handtekening
- 10° code 10: tegentekening door muterende
- 11° code 11: mutatieformulier ontbreekt
- 12° code 12: ambtshalve, nooit betaald bij de Vlaamse Zorgkas
- 13° code 13: weigering mutatie in verplichte ziekteverzekering
- 14° code 14: mag niet aansluiten bij zorgverzekering
- 15° code 15: datum van de aanvraag door lid ontbreekt op mutatieformulier
- 16° code 16: spontane mutatie is alleen mogelijk tussen mutualistische zorgkassen.

De afstaande zorgkas bezorgt, als daarin aanvullende informatie is opgenomen, het papieren dossier met de post aan de hoofdzetel van de nieuwe zorgkas. Er kunnen verschillende bestanden en zendingen vanuit de regionale kantoren worden doorgestuurd als de zorgkassen dat onderling schriftelijk overeenkomen. De dossiers kunnen tussen de zorgkassen ook elektronisch worden uitgewisseld, als de zorgkassen dat onderling overeenkomen.

Art. 18. § 1. Als de mutatie een persoon betreft met een tegemoetkoming of een persoon voor wie in het laatste kalenderjaar voor de mutatie een beslissing genomen is, bezorgt de afstaande zorgkas uiterlijk op 9 januari de gegevens over de laatst genomen beslissing per pijler aan de nieuwe zorgkas.

§ 2. Als de persoon een zorgverzekeringstegemoetkoming heeft, bezorgt de afstaande zorgkas de volgende elementen:

1° de elementen die opgenomen zijn in het bestand van de tenlastenemingen, vermeld in hoofdstuk II van de bijlage bij het ministerieel besluit van 2 december 2009 betreffende het verstrekken van de gegevens over de aansluitingen, de aanvragen tot tenlasteneming en de tenlastenemingen in het kader van de zorgverzekering;

- 2° de ingangsdatum van het persoonlijk assistentiebudget;
- 3° de ingangsdatum van het verblijf in een residentiële gehandicaptenvoorziening.

Als een vertegenwoordiger van de zorgbehoevende bij de zorgkas bekend is, worden de volgende gegevens van de vertegenwoordiger meegedeeld:

- 1° de achternaam;
- 2° de voornaam;
- 3° de straat van de woonplaats;
- 4° het huisnummer van de woonplaats;
- 5° het busnummer van de woonplaats;
- 6° de postcode van de woonplaats;
- 7° de gemeente van de woonplaats;
- 8° het telefoonnummer;

9° het statuut van de vertegenwoordiger, waarbij de volgende categorieën gebruikt kunnen worden:

- a) wettelijke vertegenwoordiger;
- b) echtgenoot of echtgenote;
- c) zus of broer;
- d) ouder;
- e) kind;
- f) grootouder;
- g) kleinkind;
- h) persoon met volmacht.

Als een mantelzorger van de zorgbehoevende bij de zorgkas bekend is, worden de volgende gegevens van de mantelzorger meegedeeld:

- 1° identificatienummer van de zorgbehoevende;
- 2° de achternaam;
- 3° de voornaam;
- 4° de straat van de woonplaats;
- 5° het huisnummer van de woonplaats;
- 6° het busnummer van de woonplaats;
- 7° de postcode woonplaats;
- 8° de gemeente van de woonplaats;
- 9° het telefoonnummer;
- 10° de relatie van de mantelzorger met de zorgbehoevende, waarbij de volgende relaties gebruikt kunnen worden:
 - a) echtgenoot of echtgenote;
 - b) partner;
 - c) moeder;
 - d) vader;
 - e) zus;
 - f) broer;
 - g) dochter;
 - h) zoon;
 - i) buur;
 - j) andere relatie.

§ 3. Als de persoon een basisondersteuningsbudget heeft, bezorgt de afstaande zorgkas de gegevens, vermeld in paragraaf 2, eerste lid, 2° en 3°, en tweede lid.

Art. 19. Een lid verandert na afloop van de mutatieprocedure, vermeld in artikel 14 tot en met 18, naar de Vlaamse Zorgkas als het lid op 1 januari van een kalenderjaar niet langer lid kan blijven van een zorgkas van een ziekenfonds omdat het lidmaatschap van die persoon bij het ziekenfonds afgesloten is.

Daarbij geldt de volgende procedure:

- 1° de afstaande zorgkas bezorgt vóór 30 juni alle opgelegde gegevens in het kader van de gewone mutaties aan de Vlaamse Zorgkas;
- 2° de Vlaamse Zorgkas schrijft de betrokken persoon met terugwerkende kracht in als inkomende mutatie op 1 januari van het jaar;
- 3° de Vlaamse Zorgkas brengt de betrokken persoon op de hoogte van zijn aansluiting bij de Vlaamse Zorgkas en de redenen daarvoor.

TITEL 2. — *Bijdrage*

HOOFDSTUK 1. — *Inning van de bijdrage*

Art. 20. De zorgkas of de oprichtende instantie mag de mededeling over de Vlaamse sociale bescherming en de uitnodiging tot betaling van de jaarlijkse bijdrage voor de Vlaamse sociale bescherming samen met de uitnodiging tot betaling voor andere producten van de zorgkas of van zijn oprichtende instanties in één document bezorgen.

De mededeling over de Vlaamse sociale bescherming wordt in een aparte rubriek vermeld.

Art. 21. De mededeling, vermeld in artikel 20, bevat minstens de volgende informatie:

- 1° de bijdragen die in het kader van de Vlaamse sociale bescherming gevraagd worden;
- 2° de periodes waarvoor de bijdragen gevraagd worden;
- 3° de maatregel van de administratieve geldboete en de opschorting met verlies van rechten voor de zorgverzekeringstegemoetkoming;
- 4° voor personen die in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wonen de toelichting dat, als het lid zich niet in staat acht om de jaarlijkse bijdrage te betalen, hij het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn kan vragen of het in zijn plaats de bijdrage aan de zorgkas wil betalen. Het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn is niet verplicht om dat verzoek in te willigen.

Art. 22. Bestaande domiciliëringsopdrachten kunnen alleen gebruikt worden om de bijdrage door een lid te laten betalen als die persoon of zijn gezinshoofd de toestemming gegeven heeft.

Art. 23. In de brief met de uitnodiging om de bijdrage te betalen, mag de zorgkas alleen 30 april vermelden als einddatum om de bijdrage te betalen.

Art. 24. Derden 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 een derde de bijdrage betaalt. De lijst die de derde aan de zorgkas bezorgt, bevat voor elk lid de gegevens die in het register bijgehouden moeten worden.

HOOFDSTUK 2. — *Herinneringsbrief*

Art. 25. De herinneringsbrief, vermeld in artikel 57 van het besluit van 14 oktober 2016, bevat minstens de informatie, vermeld in artikel 21.

HOOFDSTUK 3. — *Aangetekende brief*

Art. 26. De aangetekende brief, vermeld in artikel 58 van het besluit van 14 oktober 2016, bevat minstens de informatie, vermeld in artikel 21.

De zorgkas vermeldt 30 april als einddatum om bijdragen te betalen.

TITEL 3. — *Beëindiging van de aansluiting*

Art. 27. De zorgkas brengt het lid met een brief op de hoogte van de ambtshalve beëindiging van het lidmaatschap, vermeld in artikel 62 van het besluit van 14 oktober 2016.

Art. 28. De mededeling van de ambtshalve beëindiging van het lidmaatschap bevat minstens de volgende informatie:

- 1° de vermelding dat het lidmaatschap ambtshalve wordt beëindigd;
- 2° de datum waarop het lidmaatschap met terugwerkende kracht wordt beëindigd;
- 3° de mededeling dat het lid de ambtshalve beëindiging van het lidmaatschap ongedaan kan maken door uiterlijk op 31 december de bijdrage te betalen;
- 4° de mededeling dat bij stopzetting van het lidmaatschap de termijn van ononderbroken aansluiting, vermeld in artikel 28, § 1, tweede lid, van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, opnieuw van toepassing wordt.

Art. 29. Het lid kan na verzending van de brief, vermeld in artikel 27, verzet aantekenen door alsnog de verschuldigde bijdrage te betalen uiterlijk tot en met 31 december van het jaar waarin de brief is verstuurd.

Art. 30. De zorgkas maakt, na ontvangst van de betaling, vermeld in artikel 29, de ambtshalve beëindiging van het lidmaatschap ongedaan.

TITEL 4. — *Betaling bij verschillende zorgkassen*

Art. 31. Als een persoon bij verschillende zorgkassen betaald heeft, wordt hij lid van de zorgkas, die als eerste binnen de termijnen die daarvoor bepaald zijn, aan het agentschap meegedeeld heeft dat die persoon betaald heeft.

Als de zorgkassen op hetzelfde ogenblik meedelen dat een persoon betaald heeft, is de persoon aangesloten bij de zorgkas die als eerste de bijdrage van het lid heeft ontvangen. De andere zorgkassen brengen de persoon er schriftelijk van op de hoogte dat hij bij hen niet aangesloten kan worden, omdat hij al bij een andere zorgkas aangesloten is.

Na onderling overleg kan een zorgkas ten voordele van een andere zorgkas afstand doen van het lidmaatschap van een persoon, als die persoon bij twee zorgkassen betaald heeft.

TITEL 5. — *Administratieve geldboete*

Art. 32. Bij het bezwaarschrift, vermeld in artikel 69 van het besluit van 14 oktober 2016, wordt een bezwaarformulier gevoegd. Het agentschap stelt het model van het bezwaarformulier op.

Art. 33. Als het bezwaar onontvankelijk of ongegrond wordt verklaard, bevat de beslissing van de leidend ambtenaar een nieuwe termijn van twee maanden waarin de betrokkene de administratieve geldboete en eventuele verschuldigde bijdragen moet betalen.

Art. 34. Als het bezwaar gegrond wordt verklaard, zal het agentschap:

- 1° vaststellen dat de jaren waarvoor het bezwaar gegrond verklaard was, niet langer in aanmerking komen voor de administratieve geldboete;
- 2° de eventueel verschuldigde bijdragen innen;
- 3° de zorgkas in kwestie daarvan op de hoogte brengen.

DEEL 3. — TEGEMOETKOMINGEN

TITEL 1. — *Algemeen*

Art. 35. De zorgkas betaalt de tegemoetkoming uit met een overschrijving op het rekeningnummer van de gebruiker. Dit gebeurt ook als de gebruiker een minderjarige is die contextbegeleiding in het kader van autonoom wonen krijgt, zoals bepaald in artikel 53bis en bijlage 9 van het besluit van de Vlaamse Regering van 13 juli 1994 inzake de erkenningsvoorwaarden en subsidiënormen voor de voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand, zoals gewijzigd op 14 februari 2014.

Als de gebruiker een kind is dat wordt opgevangen in het kader van de perspectief biedende pleegzorg, vermeld in artikel 2, 6°, van het decreet van 29 juni 2012 houdende de organisatie van de pleegzorg, betaalt de zorgkas aan de pleegzorger.

TITEL 2. — *Terugvordering van ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen*

Art. 36. De beslissing vermeld in artikel 76, § 1, eerste lid, van het besluit van 14 oktober 2016, vermeldt naast de gegevens vermeld in het voormelde artikel 76, minstens de volgende informatie:

- 1° het totaalbedrag van de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen, en de berekeningswijze ervan;
- 2° de vraag om het bedrag van de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen terug te betalen en de betalingstermijn, als de tegemoetkomingen niet in mindering gebracht worden;
- 3° de mogelijkheid om een afbetalingsplan voor het bedrag van de terugvordering bij de zorgkas aan te vragen;

4° de reden van de beslissing om de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen terug te vorderen of in mindering te brengen;

5° de in aanmerking genomen verjaringstermijn en, als die geen drie jaar bedraagt, de motivering ervan;

6° de mogelijkheid tot inschakeling van een gerechtsdeurwaarder om de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen terug te vorderen, als de gebruiker niet tijdig reageert;

7° een beschrijving van de bezwaarprocedure.

Art. 37. Onder uitzonderlijke kosten, als vermeld in artikel 80, § 2, tweede lid, van het besluit van 14 oktober 2016, vallen:

1° de kosten ten gevolge van de ziekte of de verminderde zelfredzaamheid van de gebruiker;

2° de kosten ten gevolge van het verblijf in een residentiële voorziening.

TITEL 3. — *De zorgverzekeringstegemoetkoming*

HOOFDSTUK 1. — *Voorwaarde van verminderde zelfredzaamheid*

Afdeling 1. — Attest

Onderafdeling 1. — Residentiële zorg

Art. 38. Om een tegemoetkoming voor residentiële zorg te verkrijgen vraagt de gebruiker een verblijfsattest als vermeld in artikel 87, § 2, van het besluit van 14 oktober 2016, aan bij zijn verzekeringsinstelling of bij de residentiële voorziening waar hij verblijft.

Het verblijfsattest bevat minstens de volgende gegevens:

1° de voor- en achternaam, adres, geboortedatum en identificatienummer van de gebruiker;

2° de naam van de instantie die het attest heeft afgeleverd;

3° de naam van de residentiële voorziening waar de gebruiker verblijft;

4° de datum van opname in de residentiële voorziening.

Art. 39. De attesten op basis van de score op de Katz-schaal in een verzorgingsinrichting gelden ook als verblijfsattest.

Art. 40. De zorgkas die een verblijfsattest ontvangt, verstrekt door een voorziening of door een professionele zorgverlener die in een andere lidstaat van de Europese Gemeenschap of van de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland gevestigd is, vraagt aan het agentschap of de voorziening voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 85, 4°, van het besluit van 14 oktober 2016.

Onderafdeling 2. — Mantel- en thuiszorg

Art. 41. Om een tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg te verkrijgen, beantwoorden de attesten, vermeld in artikel 87, § 1, van 14 oktober 2016, aan de volgende criteria:

1° het attest op basis van de score op de Katz-schaal in de thuisverpleging of op basis van de score op de Katz-schaal in een verzorgingsinrichting wordt afgeleverd door de verzekeringsinstelling;

2° het attest op basis van de score op de BelRAI screener of op de BEL-schaal, afgenomen in het kader van de activiteiten persoonsverzorging, huishoudelijke hulp of schoonmaakhulp, verricht door een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg in het kader van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, of de activiteit schoonmaakhulp, verricht door een dienst voor logistieke hulp in het kader van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, wordt afgeleverd door de dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg of door de dienst voor logistieke hulp waarop de gebruiker een beroep doet;

3° het attest op basis van bijkomende kinderbijslag wordt afgeleverd door de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, de dienst die de kinderbijslag voor de betrokken persoon uitbetaalt, of door de verzekeringsinstelling;

4° 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, worden afgeleverd door de verzekeringsinstelling of door de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid;

5° het kine E-attest wordt door de verzekeringsinstelling afgeleverd.

Art. 42. Met uitzondering van het kine E-attest bevatten de attesten minstens de volgende gegevens:

1° de voor- en achternaam, het adres, de geboortedatum en het identificatienummer van de gebruiker bij wie de indicatiestelling afgenomen is;

2° de naam van de instantie die het attest heeft afgeleverd;

3° de naam van de schaal waarop het attest is gebaseerd;

4° de score of de categorie op die schaal;

5° de datum van afname van die schaal of de datum van de start van de erkenning in het oorspronkelijke stelsel;

6° de duur van de geldigheid van de indicatiestelling.

Het kine E-attest bevat minstens de volgende gegevens:

1° de voor- en de achternaam, het adres, de geboortedatum en het identificatienummer van de gebruiker aan wie het attest toegekend wordt;

2° de naam van de instantie die het attest heeft afgeleverd;

3° de datum van toekenning van het attest;

4° de duur van de geldigheid van het attest.

Art. 43. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger bezorgt het attest, vermeld in artikel 41, aan de zorgkas.

Afdeling 2. — Indiciestelling

Art. 44. De zorgkas die een beschrijvend verslag ontvangt als vermeld in artikel 94 van het besluit van 14 oktober 2016, vraagt aan het agentschap of de persoon die het verslag heeft ingevuld, een arts is die zijn activiteiten op rechtmatige wijze verricht in het woonland.

HOOFDSTUK 2. — Vertegenwoordiger

Art. 45. De vertegenwoordiger van de gebruiker is een natuurlijke persoon die in de plaats van de gebruiker optreedt bij alle handelingen die de gebruiker moet stellen om de dekking van de kosten voor niet-medische zorg in het kader van de zorgverzekering te verkrijgen.

Art. 46. De volgende personen kunnen zonder volmacht als vertegenwoordiger van een gebruiker optreden:

1° de echtgenoot, echtgenote of een verwant in de eerste of tweede graad van de gebruiker. De vertegenwoordiger meldt op het aanvraagformulier welke relatie hij met de gebruiker heeft;

2° een meerderjarig lid van het gezin van de gebruiker. In dat geval volstaat als bewijs een attest van gezinssamenstelling van de betrokkenen;

3° de wettelijke vertegenwoordiger van de gebruiker. Dat is een van de onderstaande personen:

a) een 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 van jonger dan vijftien jaar wordt gelijkgesteld;

b) de voogd. Dat is de echtgenoot of echtgenote voor een onbekwaam verklaarde;

c) een voorlopige bewindvoerder, voor een verdachte die geïnterneerd is en noch onbekwaam is verklaard, noch onder voogdij staat, als zijn belangen dat vereisen;

d) een voorlopige bewindvoerder die de vrederechter heeft toegevoegd aan een meerderjarige die geheel of gedeeltelijk, tijdelijk of definitief, 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 die betrekking hebben op zijn goederen;

e) de pleegvoogd. Dat is de persoon die zich verbindt om een niet ontvoogd minderjarig kind te onderhouden, op te voeden en in staat te stellen de kost te verdienen;

f) de provoogd die, bij een volledige of gedeeltelijke ontzetting van het ouderlijk gezag door de jeugdrechtbank wordt aangewezen om de rechten uit te oefenen en de overeenkomstige verplichtingen na te komen waarvan de ouders ontzet zijn of waarvan een van hen ontzet is;

4° de directeur van het woonzorgcentrum, rust- en verzorgingstehuis of psychiatrisch verzorgingstehuis waar de gebruiker verblijft op voorwaarde dat de volgende documenten aan de zorgkas worden bezorgd:

a) een doktersattest waaruit blijkt dat de gebruiker niet in staat is zelf de aanvraag voor een tegemoetkoming te ondertekenen;

b) een verklaring van de directeur van het woonzorgcentrum, rust- en verzorgingstehuis of psychiatrisch verzorgingstehuis dat er voor de betrokken gebruiker geen andere personen bekend zijn die overeenkomstig de categorieën, vermeld in punt 1° tot en met de 3°, als vertegenwoordiger zonder volmacht kunnen optreden.

5° de pleegzorger, in het kader van de “perspectiefbiedende pleegzorg”, vermeld in artikel 2, 6°, van het decreet van 29 juni 2012 houdende de organisatie van de pleegzorg.

Art. 47. Personen die niet behoren tot een van de categorieën, vermeld in artikel 46, kunnen met volmacht als vertegenwoordiger van een gebruiker optreden als ze beschikken over een document waarin staat dat de gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger hen volmacht verleent. De gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger dateert en ondertekent dat document.

HOOFDSTUK 3. — Beslissing over de tegemoetkoming

Art. 48. De mededeling bevat bij een positieve beslissing minstens de volgende informatie:

1° de vermelding dat de gebruiker in aanmerking komt voor de zorgverzekering;

2° de vermelding van de datum waarop de gebruiker zijn recht op tegemoetkoming kan laten gelden;

3° de vermelding van de geldigheidsduur van de beslissing tot tegemoetkoming;

4° de vermelding van de zorgvorm en het bedrag waarop de gebruiker een beroep kan doen;

5° een motivering van de beslissing;

6° de mededeling dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger het recht heeft om op elk moment een herziening van de beslissing over de tegemoetkoming te vragen;

7° 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. Daar wordt aan toegevoegd dat als hij de veranderingen niet meedeelt, de ten onrechte verkregen tegemoetkomingen teruggevorderd kunnen worden van de gebruiker;

8° in voorkomend geval, de periode van opschorting met verlies van rechten van de tegemoetkoming;

9° de mededeling dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger tegen de beslissing van de zorgkas een bezwaarschrift bij het agentschap kan indienen en een beschrijving van alle voorwaarden om een bezwaarschrift in te dienen en de te volgen procedure.

Art. 49. De mededeling bevat bij een negatieve beslissing minstens de volgende informatie:

1° de melding dat de gebruiker niet in aanmerking komt voor de zorgverzekering;

2° de vermelding van de reden of redenen waarom de gebruiker niet in aanmerking komt voor de zorgverzekering;

3° een kopie van de vaststelling van het langdurig, ernstig verminderd zelfzorgvermogen, als een kopie bij de zorgkas beschikbaar is;

4° de melding dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger tegen de beslissing van de zorgkas een bezwaarschrift bij het agentschap kan indienen en een beschrijving van alle voorwaarden om een bezwaarschrift in te dienen en de te volgen procedure.

HOOFDSTUK 4. — *Herziening, verlenging en stopzetting*

Afdeling 1. — Herziening

Art. 50. Een verhuizing van een erkende of met een erkenning gelijkgestelde residentiële voorziening naar een andere residentiële voorziening wordt via een aanvraag tot herziening of door de aflevering van een verblijfsattest behandeld.

Afdeling 2. — Verlenging

Art. 51. De mededeling bij een positieve beslissing over de verlenging bevat minstens de informatie die meegedeeld wordt bij een positieve beslissing over een tegemoetkoming overeenkomstig hoofdstuk 3.

Afdeling 3. — Beslissing tot stopzetting

Art. 52. Bij een stopzetting van een beslissing bevat de mededeling de volgende informatie:

- 1° de melding dat de gebruiker niet meer in aanmerking komt voor de zorgverzekering;
- 2° de melding van de datum vanaf wanneer de gebruiker geen tegemoetkomingen meer zal ontvangen;
- 3° de vermelding van de reden of redenen waarom de gebruiker niet meer in aanmerking komt;
- 4° in voorkomend geval, een kopie van de vaststelling van de verminderde zelfredzaamheid, als een kopie bij de zorgkas beschikbaar is;
- 5° de melding dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger een bezwaarschrift tegen de beslissing van de zorgkas bij het agentschap kan indienen en een beschrijving van alle voorwaarden om een bezwaarschrift in te dienen en de te volgen procedure.

HOOFDSTUK 5. — *Verandering van zorgvorm*

Art. 53. De mededeling bevat bij een positieve beslissing over de verandering van zorgvorm minstens de volgende informatie:

- 1° de vermelding dat de gebruiker in aanmerking komt voor de verandering van zorgvorm;
- 2° de vermelding van de datum waarop de gebruiker recht heeft op een tegemoetkoming voor de nieuwe zorgvorm;
- 3° de vermelding van de zorgvorm en het bedrag waarop de gebruiker een beroep kan doen;
- 4° de vermelding van de geldigheidsduur van de beslissing;
- 5° de mededeling dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger tegen de beslissing van de zorgkas bij het agentschap een bezwaarschrift kan indienen en een beschrijving van alle voorwaarden om een bezwaarschrift in te dienen en de te volgen procedure.

Art. 54. De mededeling bevat bij een negatieve beslissing over de verandering van zorgvorm minstens de volgende informatie:

- 1° de melding dat de gebruiker niet in aanmerking komt voor de verandering van zorgvorm;
- 2° de vermelding van de reden of redenen waarom de gebruiker niet in aanmerking komt voor de verandering van zorgvorm;
- 3° de mededeling dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger tegen de beslissing van de zorgkas een bezwaarschrift bij het agentschap kan indienen en een beschrijving van alle voorwaarden om een bezwaarschrift in te dienen en de te volgen procedure.

HOOFDSTUK 6. — *Cumulatie van de tegemoetkoming met andere wettelijke of decretale bepalingen*

Art. 55. Het agentschap deelt aan de zorgkassen mee:

- 1° welke leden beschikken over een budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning als vermeld in de artikelen 4 en 5 van het decreet van 25 april 2014;
- 2° welke leden een beroep doen op een persoonlijke assistentiebudget;
- 3° welke leden volgens het protocol van verblijf voltijds verblijven in een multifunctioneel centrum voor minderjarige personen met een handicap, erkend door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap;

Het agentschap deelt aan de zorgkassen mee welke gebruikers in de periode van 1 september van het voorgaande jaar tot en met 31 augustus meer dan dertig dagen of meer dan honderd dagen uit de voorziening, vermeld in het eerste lid, 3°, afwezig zijn geweest.

Art. 56. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger verklaart op het aanvraagformulier dat de gebruiker verblijft in een voorziening als vermeld in artikel 120 van het besluit van 14 oktober 2016, of op de wachtlijst staat voor een dergelijke voorziening. Als de gebruiker pas nadat zijn aanvraagformulier is ingediend, in een dergelijke voorziening verblijft, meldt hij of zijn vertegenwoordiger dat aan de zorgkas.

Art. 57. De persoon, vermeld in artikel 120, 4°, van het besluit van 14 oktober 2016, vraagt bij de voorziening een attest aan dat bewijst dat de persoon in de periode van 1 september van het voorgaande jaar tot en met 31 augustus meer dan dertig dagen uit de voorziening afwezig is geweest. Het attest bevat minstens de volgende gegevens:

- 1° de voor- en achternaam, het adres, de geboortedatum of het identificatienummer van de gebruiker;
- 2° de naam van de instantie die het attest heeft afgeleverd;
- 3° de naam en het type van de residentiële voorziening waar de gebruiker verblijft;
- 4° de melding dat de persoon meer dan dertig dagen of meer dan honderd dagen uit de voorziening afwezig is geweest in de periode van 1 september van het voorgaande jaar tot en met 31 augustus.

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

HOOFDSTUK 7. — *Controle op de indicatiestelling*

Art. 58. Naar aanleiding van een controle op een indicatiestelling neemt de zorgkas een positieve beslissing als de gebruiker aan een van de criteria voldoet, vermeld in artikel 89, eerste lid, van het besluit van 14 oktober 2016. Als de gebruiker niet aan een van deze criteria voldoet, neemt de zorgkas een negatieve beslissing, ook als de gebruiker op dat moment nog over een geldig attest in het kader van gezinszorg beschikt. Het voormelde attest mag ook niet meer gebruikt worden om een recht op een tegemoetkoming te openen.

Een attest op basis van een BEL-schaal of de BEL RAI screener die in het kader van gezinszorg binnen een jaar na een controle op een indicatiestelling afgenomen wordt, mag niet gebruikt worden om een recht op een tegemoetkoming te openen.

Art. 59. De zorgkas beslist binnen veertien dagen na de ontvangst van het resultaat van het controleorgaan.

Art. 60. De mededeling bevat bij een positieve beslissing over de controle minstens de informatie die meegedeeld wordt bij een positieve beslissing over een aanvraag voor een tegemoetkoming.

Art. 61. De mededeling bevat bij een negatieve beslissing over de controle minstens de volgende informatie:

- 1° de melding dat de gebruiker niet meer in aanmerking komt voor de zorgverzekering;
- 2° de melding van de datum waarop de gebruiker geen bedragen meer zal ontvangen;
- 3° de vermelding van de reden of redenen waarom de gebruiker niet meer in aanmerking komt;
- 4° de melding dat een indicatiestelling die binnen een jaar na de controle plaatsvindt, uitgevoerd moet worden door de persoon die de controle heeft verricht;
- 5° een kopie van het formulier van het controleorgaan;
- 6° de melding dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger tegen de beslissing van de zorgkas een bezwaarschrift bij het agentschap kan indienen en een beschrijving van alle voorwaarden om een bezwaarschrift in te dienen en de te volgen procedure.

Art. 62. Voor personen die niet in het Nederlandse taalgebied en niet in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wonen, kan het controleorgaan de controle telefonisch uitvoeren.

TITEL 4. — *Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden*HOOFDSTUK 1. — *De beslissing*

Art. 63. De mededeling bevat bij een positieve beslissing minstens de volgende informatie:

- 1° de vermelding dat de gebruiker in aanmerking komt voor de tegemoetkoming;
- 2° de vermelding van de datum waarop de gebruiker zijn recht op de tegemoetkoming kan laten gelden;
- 3° de vermelding van de geldigheidsduur van de beslissing;
- 4° de berekeningswijze van de tegemoetkoming en de vermelding van het bedrag waarop de gebruiker een beroep kan doen;
- 5° de vermelding van de toepasselijke wetgeving;
- 6° de mededeling dat de gebruiker elke wijziging in het inkomen, de toestand of de zorg onmiddellijk moet meedelen aan de zorgkas;
- 7° de mogelijkheid om opheldering te verkrijgen over de beslissing bij de zorgkas;
- 8° de melding dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger tegen de beslissing van de zorgkas een beroep bij de arbeidsrechtbank kan indienen, samen met een korte beschrijving van de beroepsprocedure.

De mededeling bevat bij een negatieve beslissing minstens de volgende informatie:

- 1° de melding dat de gebruiker niet in aanmerking komt voor de tegemoetkoming;
- 2° de vermelding van de reden of redenen waarom de gebruiker niet in aanmerking komt voor de tegemoetkoming, zoals de berekeningswijze, als dat van toepassing is;
- 3° de melding dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger tegen de beslissing van de zorgkas een beroep bij de arbeidsrechtbank kan indienen, samen met een korte beschrijving van de beroepsprocedure;
- 4° de vermelding van de toepasselijke wetgeving.

HOOFDSTUK 2. — *Beslissing over de aanvraag tot herziening of ambtshalve herziening*

Art. 64. De mededeling bij een positieve beslissing over de aanvraag tot herziening of ambtshalve herziening bevat:

- 1° de informatie die meegedeeld wordt bij een positieve beslissing over een tegemoetkoming, vermeld in artikel 63, eerste lid;
- 2° de reden van de herziening.

De mededeling bij een negatieve beslissing over de aanvraag tot herziening of ambtshalve herziening bevat:

- 1° de informatie die meegedeeld wordt bij een negatieve beslissing over een tegemoetkoming, vermeld in artikel 63, tweede lid;
- 2° de reden van de herziening.

TITEL 5. — *Basisondersteuningsbudget*HOOFDSTUK 1. — *Beslissing over de tegemoetkoming*

Art. 65. De mededeling bevat bij een positieve beslissing minstens de volgende informatie:

- 1° de vermelding dat de gebruiker in aanmerking komt voor de tegemoetkoming;
- 2° de vermelding van de datum waarop de gebruiker zijn recht op het tegemoetkoming kan laten gelden;
- 3° de vermelding van de geldigheidsduur van de beslissing;
- 4° de vermelding van het bedrag waarop de gebruiker een beroep kan doen;

5° een motivering van de beslissing;

6° de mededeling dat de gebruiker elke wijziging in de toestand of de zorg onmiddellijk moet meedelen aan de zorgkas;

De mededeling bevat bij een negatieve beslissing minstens de volgende informatie:

1° de melding dat de gebruiker niet in aanmerking komt voor de tegemoetkoming;

2° de vermelding van de reden of redenen waarom de gebruiker niet in aanmerking komt voor de tegemoetkoming;

3° de melding dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger tegen de beslissing van de zorgkas een bezwaarschrift bij het agentschap kan indienen en een beschrijving van alle voorwaarden om een bezwaarschrift in te dienen en de te volgen procedure.

HOOFDSTUK 2. — *Vertegenwoordiger*

Art. 66. De bepalingen van titel 3, hoofdstuk 2, met betrekking tot de vertegenwoordiger in de zorgverzekerings-tegemoetkoming zijn van overeenkomstige toepassing op het basisondersteuningsbudget.

HOOFDSTUK 3. — *Verlenging*

Art. 67. De mededeling bij een positieve beslissing over de verlenging bevat minstens de informatie die meegedeeld wordt bij een positieve beslissing over een tegemoetkoming conform artikel 65, eerste lid.

HOOFDSTUK 4. — *Beslissing tot stopzetting*

Art. 68. Bij een stopzetting van een beslissing bevat de mededeling de volgende informatie:

1° de melding dat de gebruiker niet meer in aanmerking komt voor de tegemoetkoming;

2° de datum vanaf wanneer de gebruiker geen tegemoetkomingen meer zal ontvangen;

3° de reden of redenen waarom de gebruiker niet meer in aanmerking komt;

4° de melding dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger een bezwaarschrift tegen de beslissing van de zorgkas bij het agentschap kan indienen en een beschrijving van alle voorwaarden en de te volgen procedure.

DEEL 4. — ARCHIVERING

Art. 69. Mutatieformulieren, inclusief mutatieformulieren van personen die aangesloten waren bij een zorgkas die zijn activiteiten heeft stopgezet, blijven beschikbaar tot de dag dat de identificatienummers van die personen niet of niet meer voorkomen in de foutenbestanden over de verandering van zorgkas die het agentschap aan de zorgkassen bezorgt. Nadien mogen de mutatieformulieren vernietigd worden.

BEL-foto's over de facturatie van indicatiestellingen blijven beschikbaar tot de eerste dag van de maand na de steekproefsgewijze controle ter plaatse. Nadien mogen de BEL-foto's, waarvan de gecontroleerde BEL-foto's de steekproef uitgemaakt hebben, vernietigd worden. Als het om een zorgkas met een gedecentraliseerde werking gaat, mogen alleen de BEL-foto's van de zorgkasafdeling vernietigd worden.

Bewijsstukken voor de vrijstelling van de bijdrage of voor het niet- opleggen van een teller voor een administratieve geldboete blijven gedurende drie jaar beschikbaar. De termijn begint te lopen op 1 januari van het volgende jaar. Na die termijn mogen de bewijsstukken vernietigd worden.

Art. 70. De papieren aanvraagdossiers voor de zorgverzekeringstegemoetkoming blijven onmiddellijk consul-teerbaar tot een jaar na de verwijdering uit het B-bestand.

Als verwijderde dossiers wegens terugvordering of bijbetaling opnieuw in het B-bestand worden opgenomen, zijn die dossiers weer beschikbaar voor controle binnen de termijn, vermeld in het eerste lid.

Na verloop van de termijn, vermeld in het eerste lid, mogen de aanvraagdossiers worden gearhiveerd.

Art. 71. De papieren aanvraagdossiers voor de zorgverzekeringstegemoetkoming mogen drie jaar na de verwijdering van het record uit het B-bestand worden vernietigd.

Als dossiers wegens terugvordering of bijbetaling opnieuw in het B-bestand worden opgenomen, wordt de termijn van drie jaar weer toegepast.

Art. 72. De dossiers over het basisondersteuningsbudget en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden worden bewaard tot vijf jaar na het einde van het basisondersteuningsbudget of de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden.

Art. 73. De bewaartermijn van kopieën van brieven over de terugvordering van tegemoetkomingen aan leden bedraagt tien jaar. De termijn begint te lopen op 1 januari van het jaar waarin de brief verzonden is.

DEEL 5. — SLOTBEPALINGEN

Art. 74. Het ministerieel besluit van 2 juli 2010 betreffende de uitvoering van de zorgverzekering wordt opgeheven.

Art. 75. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2017.

Brussel, 9 maart 2017.

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
J. VANDEURZEN

TRADUCTION

AUTORITE FLAMANDE

Bien-Être, Santé publique et Famille

[C – 2017/11621]

9 MARS 2017. — Arrêté ministériel portant exécution de la Protection sociale flamande

LE MINISTRE FLAMAND DU BIEN-ETRE, DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA FAMILLE,

Vu le décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, l'article 5, l'article 19, alinéa trois, l'article 28, § 2, l'article 24, l'article 29, § 4, l'article 30, § 2, l'article 32, § 2, l'article 33, l'article 35, l'article 39, §§ 1^{er} et 5, l'article 42, l'article 44, § 1^{er}, alinéas trois et quatre, l'article 44, l'article 46, l'article 51, § 3 et l'article 56 ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 octobre 2016 portant exécution du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, l'article 30, alinéas premier et trois, l'article 37, § 1^{er}, l'article 41, § 3, alinéa trois, l'article 42, § 3, alinéa trois, l'article 44, alinéas premier et deux, l'article 51, l'article 56, l'article 62, alinéa deux, l'article 69, alinéa deux, l'article 71, alinéa quatre, l'article 76, § 1^{er}, alinéa deux, l'article 80, § 2, alinéa deux, l'article 87, § 3, l'article 95, l'article 96, alinéa deux, l'article 98, alinéa trois, l'article 101, l'article 106, alinéa trois, l'article 112, l'article 113, alinéa quatre, l'article 117, l'article 124, l'article 129, l'article 167, l'article 182, § 2, alinéa deux, et l'article 185, alinéa cinq ;

Vu l'arrêté ministériel du 2 juillet 2010 relatif à l'exécution de l'assurance soins ;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, rendu le 5 janvier 2017 ;

Vu l'avis 60.864/1 du Conseil d'Etat, donné le 20 février 2017, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa premier, point 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973,

Arrête :

PARTIE 1^{re}. — DISPOSITIONS DE BASE COMMUNESTITRE 1^{er}. — Définitions

Article 1^{er}. Dans le présent arrêté, on entend par :

1° agence : la "agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming", telle que visée à l'article 6 du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande ;

2° arrêté du 14 octobre 2016 : l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 octobre 2016 portant exécution du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande ;

3° organisme de contrôle : l'organisme qui est responsable du contrôle de l'indication des usagers, visé à l'article 125 de l'arrêté du 14 octobre 2016 ;

4° tiers : un employeur ou un centre public d'action sociale ;

5° numéro d'identification : le numéro unique, attribué à des personnes inscrites au Registre national des personnes physiques ou, à défaut de numéro du registre national, le numéro fiscal social attribué par l'état de résidence ;

6° formulaire de mutation : le formulaire de mutation, visé à l'article 49 de l'arrêté du 14 octobre 2016 ;

7° instances d'établissement : les instances ayant établi une caisse d'assurance soins telle que visée à l'article 15 du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande ;

8° lieu d'emploi : le lieu où les activités sont effectivement exécutées.

PARTIE 2. — L'AFFILIATION A LA PROTECTION SOCIALE FLAMANDE

TITRE 1^{er}. — AffiliationCHAPITRE 1^{er} — Période d'affiliation ou d'interdiction d'affiliation

Art. 2. La date de référence pour déterminer, pour une année calendaire, l'endroit où une personne telle que visée à l'article 41, § 3, à l'article 42, § 3 et § 4, et à l'article 43 de l'arrêté du 14 octobre 2016 réside, travaille ou est affiliée à une assurance sociale, de sorte qu'elle remplit les conditions d'affiliation ou d'interdiction d'affiliation, est le 1^{er} janvier de l'année en question.

Par dérogation à l'alinéa premier, les personnes qui, au cours de l'année calendaire, remplissent les conditions d'affiliation visées à l'alinéa premier en raison d'une modification de leur situation, ne peuvent s'affilier à une caisse d'assurance soins que si elles souhaitent ouvrir un droit à une prise en charge.

Par dérogation à l'alinéa premier, la date de référence pour déterminer si la personne visée à l'article 43 de l'arrêté du 14 octobre 2016 remplit les critères de l'interdiction d'affiliation, visés à l'alinéa premier, pour l'année où elle vient habiter un lieu, est le 1^{er} janvier de l'année suivant l'année dans laquelle elle est venue habiter ce lieu.

Art. 3. Par dérogation à l'article 2, alinéa premier, le lieu d'emploi d'un retraité tel que visé à l'article 41, § 3, à l'article 42, § 3 et § 4, et à l'article 43 du l'arrêté du 14 octobre 2016, est le lieu où cette personne a travaillé au 1^{er} janvier de la dernière année précédant sa mise à la retraite.

Art. 4. Par dérogation à l'article 2, alinéa premier, le lieu d'emploi d'une personne, telle que visée à l'article 41, § 3, à l'article 42, § 3 et § 4, et à l'article 43 de l'arrêté du 14 octobre 2016, est défini comme suit :

1° le lieu d'emploi d'une personne qui n'est pas mise à la retraite et qui n'exerce pas d'activité professionnelle, est le lieu où cette personne travaillait le 1^{er} janvier de l'année de son dernier emploi ;

2° le lieu d'emploi d'une personne bénéficiant d'une pension de retraite belge, est dans l'ordre suivant :

a) son domicile, si elle y a travaillé ;

b) l'endroit où cette personne a travaillé le 1^{er} janvier de la dernière année avant sa mise à la retraite.

CHAPITRE 2. — *Preuves*

Art. 5. Chaque année, l'agence reçoit un fichier de la Banque Carrefour de la Sécurité sociale contenant des données d'identification des personnes telles que visées à l'article 41, § 3, à l'article 42, § 3 et § 4 et à l'article 43 de l'arrêté du 14 octobre 2016.

Les personnes qui remplissent les critères mais dont l'agence n'a pas reçu les données d'identification de la manière visée à l'alinéa premier, fournissent elles-mêmes la preuve qu'elles remplissent les critères d'affiliation ou d'interdiction d'affiliation :

- 1° pour chaque année qu'elles exercent une activité professionnelle ;
- 2° au début ou en cas de modification de leur mise à la retraite.

La preuve visée à l'alinéa deux, se compose d'une attestation de l'employeur ou de l'instance gérant la sécurité sociale de la personne.

CHAPITRE 3. — *Remboursement de cotisations*

Art. 6. Les cotisations payées des personnes visées à l'article 43 de l'arrêté du 14 octobre 2016, sont remboursées à la personne intéressée.

Les personnes telles que visées à l'alinéa premier, qui ont déjà bénéficié de prises en charge dans le cadre de l'assurance soins, ne peuvent pas réclamer les cotisations qu'elles ont payées pour les années pendant lesquelles elles ont bénéficié de prises en charge.

CHAPITRE 4. — *Invitation d'affiliation*

Art. 7. Les caisses d'assurance soins ou leurs instances d'établissement peuvent envoyer un mailing à leurs membres ou aux assurés de leur instance d'établissement, les informant qu'ils peuvent s'affilier à une caisse d'assurance soins. Le mailing comprend les deux rubriques distinctes suivantes :

- 1° la communication relative à la protection sociale flamande ;
- 2° l'invitation au paiement d'une cotisation pour s'affilier.

Le mailing peut être envoyé ensemble avec la promotion d'autres produits.

Art. 8. La communication, visée à l'article 7, alinéa premier, 1°, contient au moins les informations suivantes :

- 1° les cotisations demandées dans le cadre de la Protection sociale flamande ;
- 2° les périodes pour lesquelles les cotisations sont demandées ;
- 3° l'explication sur l'obligation ou la possibilité de s'affilier à une des caisses d'assurance soins agréées ;
- 4° la façon dont les personnes peuvent s'affilier : au moyen d'un virement à un numéro de compte au nom de la caisse d'assurance soins ;
- 5° la mesure de l'amende administrative et la suspension avec perte de droits à la prise en charge par l'assurance soins pendant une période de quatre mois ;
- 6° pour les personnes habitant en région de langue néerlandaise ou en région bilingue de Bruxelles-Capitale, l'explication qu'un membre qui se considère incapable de payer la cotisation annuelle peut demander au centre public d'action sociale de payer à sa place la cotisation à la caisse d'assurance soins. Le centre public d'action sociale n'est pas obligé de donner suite à cette demande.

Art. 9. La communication et l'invitation au paiement, visées à l'article 7, alinéa premier, 1° et 2°, ne contiennent pas d'indications qui laissent à penser que l'affiliation à la caisse d'assurance soins en question est obligatoire. Il doit être clair que l'affiliation à une des caisses d'assurance soins agréées est obligatoire.

Art. 10. Les caisses d'assurance soins peuvent fixer le 30 avril comme échéance du paiement de la cotisation pour les personnes qui auront 26 ans. Elles mentionnent le fait que, si la personne ne s'affilie pas, elle sera affiliée d'office à la Vlaamse Zorgkas.

Art. 11. Un chef de ménage peut affilier des membres de famille.

Art. 12. Avec l'assentiment des personnes intéressées, des tiers peuvent affilier des personnes à une caisse d'assurance soins. Les caisses d'assurance soins affiliant des personnes par le biais de tiers, disposent d'une déclaration des personnes concernées démontrant qu'elles choisissent volontairement de s'affilier à la caisse d'assurance soins. Si un tiers souhaite affilier des personnes, il transmet à la caisse d'assurance soins une liste des personnes qui souhaitent s'affilier à la caisse d'assurance soins. La caisse d'assurance soins dispose d'une liste de membres pour lesquels un paiement groupé est effectué.

Art. 13. Ensemble avec le paiement des cotisations, les tiers transmettent à la caisse d'assurance soins une liste des personnes pour lesquelles le paiement est effectué. Cette liste comprend, par membre, les données suivantes :

- 1° le numéro d'identification ;
- 2° les nom et prénom ;
- 3° l'adresse ;
- 4° la date de naissance ;
- 5° le sexe ;
- 6° le montant de la cotisation.

CHAPITRE 5. — *Mutation d'une caisse d'assurance soins vers une autre*

Art. 14. Une personne passe d'une caisse d'assurance soins mutualiste à une autre caisse d'assurance soins mutualiste au moyen du formulaire de mutation de l'assurance maladie si les conditions suivantes sont remplies :

1° la personne n'a pas fait parvenir à temps, conformément à l'article 49 de l'arrêté du 14 octobre 2016, un formulaire de mutation signé à une caisse d'assurance soins non mutualiste ;

2° la personne est affiliée à une caisse d'assurance soins mutualiste.

Dans les autres cas que le cas visé à l'alinéa premier, une personne change de caisse d'assurance soins en faisant parvenir à la nouvelle caisse d'assurance soins le formulaire de mutation signé, visé à l'article 49 de l'arrêté du 14 octobre 2016, au plus tard le 5 décembre de l'année précédant celle où elle change de caisse d'assurance soins.

Art. 15. La nouvelle caisse d'assurance soins vérifie avant le 15 décembre de l'année précédant la mutation au moyen de la plateforme numérique si l'ancienne caisse d'assurance soins, mentionnée dans la procédure de mutation, correspond à la caisse d'assurance soins à laquelle la personne est affiliée selon la plateforme numérique. La nouvelle caisse d'assurance soins procède ainsi pour toutes les mutations demandées par le biais du formulaire de mutation et pour toutes les mutations à demander par les caisses d'assurance soins mutualistes sur la base d'un changement de mutualité.

Dans le cadre de son passage à une autre caisse d'assurance soins, la plateforme numérique notifie le nom de la caisse d'assurance soins à laquelle la personne est affiliée selon la plateforme numérique.

Art. 16. Pour le 15 décembre au plus tard, la nouvelle caisse d'assurance soins transmet à la plateforme numérique un flux de données contenant les données suivantes

1° le numéro d'identification ;

2° l'année pour laquelle la mutation est demandée ;

3° le type de mutation ;

4° la mention de la caisse d'assurance soins communiquant la mutation ;

5° le code de la nouvelle caisse d'assurance soins ;

6° code de l'ancienne caisse d'assurance soins ;

7° la date du formulaire de mutation, visé à l'article 49 de l'arrêté du 14 octobre 2016.

Pour le 15 décembre au plus tard, la nouvelle caisse d'assurance soins envoie les formulaires de mutation originaux des personnes qui changent de caisse d'assurance soins, tels visés à l'article 14, alinéa deux, au siège principal de l'ancienne caisse d'assurance soins par lettre recommandée. Différents fichiers peuvent être envoyés par les bureaux régionaux si les caisses d'assurance soins en conviennent entre elles par écrit. Les formulaires peuvent également être transmis par un courrier contre récépissé, à condition que le courrier livre le paquet au plus tard le 15 décembre. Les formulaires peuvent également être échangés entre les caisses d'assurance soins par voie électronique, si les caisses d'assurance soins en conviennent entre elles.

Art. 17. Pour le 9 janvier au plus tard, l'ancienne caisse d'assurance soins transmet une réponse à la demande de mutation à la plateforme numérique au moyen d'un flux de données. Le flux de données peut contenir les codes et valeurs suivants :

1° code 01 : mutation acceptée – dossier clôturé

2° code 02 : numéro d'identification fautif ou manquant

3° code 03 : demande tardive de mutation

4° code 04 : législation sur les sociétés mutualistes pas affilié dans l'assurance maladie obligatoire

5° code 05 : demande de mutation auprès de plusieurs caisses d'assurance soins à la même date ;

6° Code 06 : pas de membre, caisse d'assurance soins erronée ;

7° code 07: décédé(e) entre-temps

8° code 08: signature manquante

9° code 09: signature contestée

10° code 10 : contreseing par la personne mutante

11° code 11: formulaire de mutation manquant

12° code 12 : d'office, jamais cotisé auprès de la Vlaamse Zorgkas

13° code 13 : refus de mutation dans l'assurance maladie obligatoire

14° code 14 : ne peut pas s'affilier à l'assurance soins

15° code 15 : la date de demande par le membre manque sur le formulaire de mutation

16° code 16 : une mutation spontanée n'est possible qu'entre des caisses d'assurance soins mutualistes.

L'ancienne caisse d'assurance soins remet le dossier imprimé, s'il contient des informations complémentaires, au siège principal de la nouvelle caisse d'assurance soins par voie postale. Plusieurs fichiers et envois peuvent être transmis par les bureaux régionaux si les caisses d'assurance soins en conviennent mutuellement par écrit. Les dossiers peuvent également être échangés entre les caisses d'assurance soins par voie électronique, si les caisses d'assurance soins en conviennent entre elles.

Art. 18. § 1^{er}. Si la mutation concerne une personne bénéficiant d'une prise en charge ou une personne pour qui une décision a été prise dans la dernière année calendaire avant la mutation, l'ancienne caisse d'assurance soins remet les données relatives à la décision dernièrement prise par pilier à la nouvelle caisse d'assurance soins.

§ 2 Si la personne bénéficie d'une prise en charge par l'assurance soins, l'ancienne caisse d'assurance soins fournit les éléments suivants :

1° les éléments repris dans le fichier des prises en charge, visé au chapitre II de l'annexe à l'arrêté ministériel du 2 décembre 2009 relatif à la fourniture de données sur les affiliations, les demandes de prise en charge et les prises en charge dans le cadre de l'assurance soins ;

2° la date de début du budget d'assistance personnelle ;

3° la date de début du séjour dans une structure résidentielle pour personnes handicapées.

Lorsqu'un représentant de la personne nécessitant des soins est connu auprès de la caisse d'assurance soins, les données suivantes du représentant sont communiquées :

1° le nom ;

2° le prénom ;

3° la rue du lieu de domicile ;

4° le numéro de maison du lieu de domicile ;

5° le numéro de boîte du lieu de domicile ;

6° le code postal du lieu de domicile ;

7° la commune du lieu de domicile ;

8° le numéro de téléphone ;

9° le statut du représentant, pour lequel les catégories suivantes peuvent être utilisées :

a) représentant légal ;

b) époux ou épouse ;

c) sœur ou frère ;

d) parent ;

e) enfant ;

f) grand-parent ;

g) petit-enfant ;

h) personne disposant d'une procuration.

Lorsqu'un aidant proche de la personne nécessitant des soins est connu auprès de la caisse d'assurance soins, les données suivantes de l'aidant proche sont communiquées :

1° le numéro d'identification de la personne nécessitant des soins ;

2° le nom ;

3° le prénom ;

4° la rue du lieu de domicile ;

5° le numéro de maison du lieu de domicile ;

6° le numéro de boîte du lieu de domicile ;

7° le code postal du lieu de domicile ;

8° la commune du lieu de domicile ;

9° le numéro de téléphone ;

10° la relation de l'aidant proche avec la personne nécessitant des soins, pour laquelle les relations suivantes peuvent être utilisées :

a) époux ou épouse ;

b) partenaire ;

c) mère ;

d) père ;

e) sœur ;

f) frère ;

g) fille ;

h) fils ;

i) voisin ;

j) autre relation.

§ 3. Si la personne dispose d'un budget d'assistance de base, l'ancienne caisse d'assurance soins fournit les données visées au paragraphe 2, alinéa premier, 2° et 3°, et alinéa deux.

Art. 19. Après la procédure de mutation, visée aux articles 14 à 18 inclus, un membre passe de son ancienne caisse d'assurance soins à la Vlaamse Zorgkas si, le 1^{er} janvier d'une année calendaire, il ne peut plus rester membre d'une caisse d'assurance soins d'une mutuelle parce que l'affiliation de cette personne à la mutuelle est clôturée.

La procédure suivante s'applique dans ce cas :

1° l'ancienne caisse d'assurance soins transmet, avant le 30 juin, toutes les données imposées dans le cadre des mutations ordinaires à la Vlaamse Zorgkas ;

2° la Vlaamse Zorgkas inscrit la personne concernée comme mutation entrante avec effet rétroactif le 1^{er} janvier de l'année ;

3° la Vlaamse Zorgkas informe la personne concernée de son affiliation à la Vlaamse Zorgkas et des motifs de cette affiliation.

TITRE 2 — Cotisation

CHAPITRE 1^{er} — Perception de la cotisation

Art. 20. La caisse d'assurance soins ou l'instance d'établissement peut transmettre la communication relative à la Protection sociale flamande et l'invitation au paiement de la cotisation annuelle pour la Protection sociale flamande ensemble avec l'invitation au paiement pour d'autres produits de la caisse d'assurance soins ou de ses instances d'établissement dans un seul document.

La communication relative à la Protection sociale flamande est mentionnée dans une rubrique distincte.

Art. 21. La communication visée à l'article 20 comporte au moins les informations suivantes :

1° les cotisations demandées dans le cadre de la Protection sociale flamande ;

2° les périodes pour lesquelles les cotisations sont demandées ;

3° la mesure de l'amende administrative et la suspension avec perte de droits à la prise en charge par l'assurance soins ;

4° pour les personnes habitant en région de langue néerlandaise ou en région bilingue de Bruxelles-Capitale, l'explication qu'un membre qui se considère incapable de payer la cotisation annuelle peut demander au centre public d'action sociale de payer à sa place la cotisation à la caisse d'assurance soins. Le centre public d'aide sociale n'est pas obligé de donner suite à cette demande.

Art. 22. Les ordres de domiciliation existants ne peuvent être utilisés que pour faire payer la cotisation par un membre lorsque cette personne ou son chef de ménage y a consenti.

Art. 23. Dans la lettre contenant l'invitation au paiement de la cotisation, la caisse d'assurance soins peut uniquement mentionner le 30 avril comme date limite de paiement de la cotisation.

Art. 24. Des tiers peuvent payer les cotisations de personnes affiliées à une caisse d'assurance soins. La caisse d'assurance soins dispose d'une liste de personnes dont la cotisation est payée par un tiers. La liste que le tiers transmet à la caisse d'assurance soins, comporte pour chaque membre les données qui doivent être tenues dans le registre.

CHAPITRE 2. — Rappel

Art. 25. Le rappel, visé à l'article 57 de l'arrêté du 14 octobre 2016, comporte au moins les informations visées à l'article 21.

CHAPITRE 3. — Lettre recommandée

Art. 26. La lettre recommandée, visée à l'article 58 de l'arrêté du 14 octobre 2016, comporte au moins les informations visées à l'article 21.

La caisse d'assurance soins mentionne le 30 avril comme date limite de paiement des cotisations.

TITRE 3 — Cessation de l'affiliation

Art. 27. La caisse d'assurance soins informe le membre par lettre de la cessation d'office de l'affiliation, visée à l'article 62 de l'arrêté du 14 octobre 2016.

Art. 28. La communication de la cessation d'office de l'affiliation comporte au moins les informations suivantes :

1° la mention de la cessation d'office de l'affiliation ;

2° la date à laquelle l'affiliation prend fin avec effet rétroactif ;

3° la communication que le membre peut annuler la cessation d'office de l'affiliation en payant la cotisation le 31 décembre au plus tard ;

4° la communication que, en cas de cessation de l'affiliation, le délai d'affiliation ininterrompue, visé à l'article 28, § 1^{er}, alinéa deux, du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, s'applique à nouveau.

Art. 29. Après l'envoi de la lettre, visée à l'article 27, le membre peut former opposition en payant encore la cotisation due au plus tard le 31 décembre de l'année de l'envoi de la lettre.

Art. 30. Après réception du paiement visé à l'article 29, la caisse d'assurance soins annule la cessation d'office de l'affiliation.

TITRE 4 — Paiement à différentes caisses d'assurance soins

Art. 31. Lorsqu'une personne a payé des cotisations à plusieurs caisses d'assurance soins, il devient membre de la caisse d'assurance soins qui était la première à communiquer à l'agence, dans les délais fixés à cet effet, que cette personne a effectué le paiement.

Si les caisses d'assurance soins communiquent au même moment qu'une personne a payé, la personne est affiliée à la caisse d'assurance soins qui était la première à recevoir la cotisation du membre. Les autres caisses d'assurance soins informent la personne par écrit qu'elle ne peut pas s'affilier auprès d'elles parce qu'elle s'est déjà affiliée à une autre caisse d'assurance soins.

De commun accord, une caisse d'assurance soins peut, en faveur d'une autre caisse d'assurance soins, renoncer à l'affiliation d'une personne si celle-ci a payé à deux caisses d'assurance soins.

TITRE 5 — Amende administrative

Art. 32. Un formulaire de réclamation est joint à la réclamation visée à l'article 69 de l'arrêté du 14 octobre 2016. Le agence établit le modèle du formulaire de réclamation.

Art. 33. Si la réclamation est déclarée irrecevable ou non fondée, la décision du fonctionnaire dirigeant comprend un nouveau délai de deux mois pour le paiement de l'amende administrative et des éventuelles cotisations dues.

Art. 34. Si la réclamation est déclarée fondée, l'agence :

2° constatera que les années pour lesquelles la réclamation a été déclarée fondée, ne sont plus éligibles à l'amende administrative ;

2° percevra les cotisations éventuellement dues ;

3° en informera la caisse d'assurance soins.

PARTIE 3. — PRISES EN CHARGE**TITRE 1^{er} — Généralités**

Art. 35. La caisse d'assurance soins paie la prise en charge par un virement au numéro de compte de l'utilisateur. C'est également le cas lorsque l'utilisateur est un mineur bénéficiant d'un accompagnement contextuel dans le cadre de l'habitation autonome, tel que visé à l'article 53bis et à l'annexe 9 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 13 juillet 1994 relatif aux conditions à l'agrément et à l'octroi de subventions aux institutions de l'assistance spéciale à la jeunesse, tel que modifié le 14 février 2014.

Si l'utilisateur est un enfant qui est accueilli dans le cadre du placement familial offrant une perspective, visé à l'article 2, 6^o du décret du 29 juin 2012 portant organisation du placement familial, la caisse d'assurance soins verse la prise en charge à l'accueillant.

TITRE 2 — Recouvrement de prises en charge indûment payées

Art. 36. Outre les données visées à l'article 76, § 1^{er} de l'arrêté du 14 octobre 2016, la décision visée à l'article 76 précité mentionne au moins l'information suivante :

1° le montant total des prises en charge indûment payées et la façon dont celles-ci ont été calculées ;

2° la demande de remboursement du montant des prises en charge indûment perçues et le délai de remboursement, si les prises en charge ne sont pas déduites ultérieurement ;

3° la possibilité de demander un plan d'amortissement pour le montant du remboursement auprès de la caisse d'assurance soins ;

4° le motif justifiant la décision de recouvrer ou de déduire les prises en charge indûment payées ;

5° le délai de prescription applicable et, lorsque celui-ci est inférieur à trois ans, sa motivation ;

6° la possibilité de faire appel à un huissier de justice pour recouvrer les prises en charge indûment payées, si l'utilisateur ne réagit pas dans les délais impartis ;

7° une description de la procédure de requête.

Art. 37. Sont considérés comme des frais exceptionnels, tels que visés à l'article 80, § 2, alinéa deux de l'arrêté du 14 octobre 2016 :

1° les frais découlant de la maladie ou de l'autonomie réduite de l'utilisateur ;

2° les frais découlant d'un séjour dans une structure résidentielle.

TITRE 3 — La prise en charge par l'assurance soins**CHAPITRE 1^{er}. — Condition d'une autonomie réduite****Section 1^{re}. — Attestation****Sous-section 1^{ère}. — Soins résidentiels**

Art. 38. Pour obtenir une prise en charge pour soins résidentiels, l'utilisateur demande une attestation de résidence, telle que visée à l'article 87, § 2 de l'arrêté du 14 octobre 2016, à son organisme d'assurance ou à la structure résidentielle où il réside.

L'attestation de résidence comprend au moins les données suivantes :

1° prénom et nom, adresse, date de naissance et numéro d'identification de l'utilisateur ;

2° nom de l'instance qui a délivré l'attestation ;

3° nom de la structure résidentielle où l'utilisateur réside ;

4° date d'admission à la structure résidentielle.

Art. 39. Les attestations sur la base du score sur l'échelle de Katz dans un établissement de soins sont également valables comme attestation de résidence.

Art. 40. La caisse d'assurance soins qui reçoit une attestation de résidence, délivrée par une structure ou un prestataire de soins professionnel établi(e) dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou de l'Espace économique européen ou en Suisse, demande à l'agence si la structure remplit les conditions visées à l'article 85, 4^o, de l'arrêté du 14 octobre 2016.

Sous-section 2. — Aide proche et aide à domicile

Art. 41. Pour obtenir une prise en charge pour soins de proximité et soins à domicile, les attestations visées à l'article 87, § 1^{er}, de l'arrêté du 14 octobre 2016 remplissent les critères suivants :

1° l'attestation sur la base du score sur l'échelle de Katz dans les soins à domicile ou sur la base du score sur l'échelle de Katz dans un établissement de soins est délivrée par l'organisme d'assurance ;

2° l'attestation sur la base du score sur le screener de BelRAI ou sur l'échelle BEL, obtenu dans le cadre des activités relatives aux soins aux personnes, à l'aide ménagère ou à l'aide sanitaire, effectuées par un service d'aide logistique dans le cadre du décret sur les soins résidentiels du 13 mars 2009, est délivrée par le service d'aide aux familles et d'aide complémentaire à domicile ou par le service d'aide logistique auquel l'utilisateur fait appel ;

3° l'attestation sur la base d'allocations familiales supplémentaires est délivrée par le Service public fédéral Sécurité sociale, par le service qui paie l'allocation familiale pour la personne concernée, ou par l'organisme d'assurance ;

4° les attestations sur la base du score sur l'échelle médico-sociale utilisée pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue d'examiner le droit à l'allocation d'intégration, sont délivrées par l'organisme d'assurance ou par le Service public fédéral Sécurité sociale ;

5° l'attestation Kine-E est délivrée par l'organisme d'assurance.

Art. 42. A l'exception de l'attestation Kine-E, les attestations comprennent au moins les données suivantes :

1° prénom et nom, adresse, date de naissance et numéro d'identification de l'utilisateur faisant l'objet de l'indication ;

2° nom de l'instance qui a délivré l'attestation ;

3° nom de l'échelle sur laquelle l'attestation est basée ;

4° score ou catégorie sur cette échelle ;

5° date de l'évaluation du score sur cette échelle ou date de début de l'agrément dans le régime initial ;

6° durée de la validité de l'indication.

L'attestation Kine-E comprend au moins les données suivantes :

1° prénom et nom, adresse, date de naissance et numéro d'identification de l'utilisateur à qui l'attestation est accordée ;

2° nom de l'instance qui a délivré l'attestation ;

3° date de délivrance de l'attestation ;

4° durée de validité de l'attestation.

Art. 43. L'utilisateur ou son représentant transmet l'attestation, visée à l'article 41, à la caisse d'assurance soins.

Section 2. — Indication

Art. 44. La caisse d'assurance soins qui reçoit un rapport descriptif tel que visé à l'article 94 de l'arrêté du 14 octobre 2016, demande à l'agence si la personne qui a rempli le rapport est un médecin qui exerce ses activités de manière légitime au pays de résidence.

CHAPITRE 2. — Représentant

Art. 45. Le représentant de l'utilisateur est une personne physique qui agit en lieu et place de l'utilisateur pour toutes les démarches que l'utilisateur est censé faire afin de pouvoir obtenir la couverture des frais pour soins non médicaux dans le cadre de l'assurance soins.

Art. 46. Les personnes suivantes peuvent agir comme représentant d'un utilisateur sans procuration :

1° l'époux, l'épouse ou un parent au premier ou second degré de l'utilisateur. Le représentant doit préciser sur le formulaire de demande la relation qu'il a avec l'utilisateur ;

2° un membre majeur de la famille de l'utilisateur. Dans ce cas, une attestation de composition de ménage des intéressés suffit comme preuve ;

3° le représentant légal de l'utilisateur. Il s'agit d'une des personnes sous-mentionnées :

a) 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 en ce qui concerne sa personne et ses biens à un mineur d'âge de moins de quinze ans ;

b) le tuteur. Il s'agit de l'époux ou de l'épouse pour une personne déclarée inapte ;

c) un administrateur provisoire pour un prévenu qui est interné et qui n'a pas été déclaré inapte ni a été mis sous tutelle, lorsque ses intérêts le requièrent ;

d) un administrateur provisoire dont le juge de paix a pourvu le majeur qui, en raison de son état de santé, n'est pas capable de gérer ses biens en tout ou en partie, temporairement ou définitivement. Sauf si le contraire découle de la décision judiciaire désignant l'administrateur provisoire, il représente la personne protégée dans tous ses actes juridiques et procédures relatives à ses biens ;

e) le tuteur officieux. C'est la personne qui s'engage à entretenir un enfant mineur non émancipé, à l'élever et à le mettre en état de gagner sa vie ;

f) le protuteur qui, en cas de déchéance partielle ou totale de l'autorité parentale par le tribunal de la jeunesse, est désignée pour exercer les droits et respecter les obligations correspondantes dont les parents ou l'un des parents ont été déchus ;

4° le directeur du centre de soins résidentiels, de la maison de repos et de soins, ou de la maison de soins psychiatriques où réside l'utilisateur à condition que les documents suivants soient transmis à la caisse d'assurance soins :

a) un certificat médical dont il ressort que l'utilisateur n'est pas en mesure de signer lui-même la demande de prise en charge ;

b) une déclaration du directeur du centre de soins résidentiels, de la maison de repos et de soins, ou de la maison de soins psychiatriques que, pour l'utilisateur concerné, il n'y a pas d'autres personnes connues susceptibles d'agir comme représentant sans procuration conformément aux catégories visées aux points 1° à 3° inclus.

5° l'accueillant, dans le cadre du « placement familial offrant une perspective », visé à l'article 2, 6°, du décret du 29 juin 2012 relatif à l'organisation du placement familial ;

Art. 47. Les personnes qui n'appartiennent pas à l'une des catégories, visées à l'article 46, peuvent agir comme représentant d'un usager avec procuration si elles disposent d'un document stipulant que l'utilisateur ou son représentant légal leur donne procuration. L'utilisateur ou son représentant légal date et signe ce document.

CHAPITRE 3. — *Décision relative à la prise en charge*

Art. 48. En cas de décision positive, la communication comporte au moins les informations suivantes :

1° la mention que l'utilisateur est éligible à l'assurance soins ;

2° la mention de la date à laquelle l'utilisateur peut faire valoir son droit à la prise en charge ;

3° la mention de la durée de validité de la décision de prise en charge ;

4° la mention de la forme de soins et du montant auxquels l'utilisateur peut faire appel ;

5° une motivation de la décision ;

6° la communication que l'utilisateur ou son représentant a le droit de demander à tout moment une révision de la décision relative à la prise en charge ;

7° la mention que l'utilisateur ou son représentant doit communiquer à sa caisse d'assurance soins toute modification de la forme de soins et tout changement important dans l'état de santé de l'utilisateur sans délai. Il y est ajouté que la non-communication de ces modifications peut entraîner le recouvrement auprès de l'utilisateur des prises en charge indûment perçues ;

8° le cas échéant, la période de suspension avec perte de droits à la prise en charge ;

9° la mention que l'utilisateur ou son représentant peut introduire une réclamation contre la décision de la caisse d'assurance soins auprès de l'agence et une description de toutes les conditions relatives à l'introduction d'une réclamation et de la procédure à suivre.

Art. 49. En cas de décision négative, cette communication comporte au moins les informations suivantes :

1° la mention que l'utilisateur n'est pas éligible à l'assurance soins ;

2° la mention de la raison ou des raisons pour lesquelles l'utilisateur n'est pas éligible à l'assurance soins ;

3° une copie de l'établissement de la capacité d'autonomie gravement réduite prolongée, si une copie est disponible auprès de la caisse d'assurance soins ;

4° la mention que l'utilisateur ou son représentant peut introduire une réclamation contre la décision de la caisse d'assurance soins auprès de l'agence et une description de toutes les conditions relatives à l'introduction d'une réclamation et de la procédure à suivre.

CHAPITRE 4. — *Révision, prolongation et cessation*

Section 1^{re}. — Révision

Art. 50. Le déménagement d'une structure résidentielle agréée ou assimilée à une structure résidentielle agréée vers une autre structure résidentielle est traité par le biais d'une demande de révision ou par la délivrance d'une attestation de résidence.

Section 2. — Prolongation

Art. 51. Cette communication comprend, en cas de décision positive sur la prolongation, au moins l'information communiquée lors d'une décision positive relative à une prise en charge, conformément au chapitre 3.

Section 3. — Décision de cessation

Art. 52. En cas de cessation d'une décision, la communication comporte les informations suivantes :

1° la mention que l'utilisateur n'est plus éligible à l'assurance soins ;

2° la mention de la date à partir de laquelle l'utilisateur ne percevra plus de prises en charge ;

3° la mention de la raison ou des raisons pour lesquelles l'utilisateur n'est plus éligible ;

4° le cas échéant, une copie de l'établissement de l'autonomie réduite, si une copie est disponible auprès de la caisse d'assurance soins ;

5° la mention que l'utilisateur ou son représentant peut introduire une réclamation contre la décision de la caisse d'assurance soins auprès de l'agence et une description de toutes les conditions relatives à l'introduction d'une réclamation et de la procédure à suivre.

CHAPITRE 5. — *Changement de la forme de soins*

Art. 53. En cas d'une décision positive sur le changement de forme de soins, la communication comporte au moins les informations suivantes :

1° la mention que l'utilisateur est éligible au changement de forme de soins ;

2° la mention de la date à laquelle l'utilisateur a droit à une prise en charge pour la nouvelle forme de soins ;

3° la mention de la forme de soins et du montant auxquels l'utilisateur peut faire appel ;

4° la mention de la durée de validité de la décision ;

5° la mention que l'utilisateur ou son représentant peut introduire une réclamation contre la décision de la caisse d'assurance soins auprès de l'agence et une description de toutes les conditions relatives à l'introduction d'une réclamation et de la procédure à suivre.

Art. 54. En cas d'une décision négative sur le changement de forme de soins, la communication comporte au moins les informations suivantes :

1° la mention que l'utilisateur n'est pas éligible au changement de forme de soins ;

2° la mention de la raison ou des raisons pour lesquelles l'utilisateur n'est pas éligible au changement de forme de soins ;

3° la mention que l'utilisateur ou son représentant peut introduire une réclamation contre la décision de la caisse d'assurance soins auprès de l'agence et une description de toutes les conditions relatives à l'introduction d'une réclamation et de la procédure à suivre.

CHAPITRE 6. — *Cumul de la prise en charge avec d'autres dispositions légales ou décrétales*

Art. 55. L'agence informe les caisses d'assurance soins :

1° des membres bénéficiant d'un budget pour des soins et du soutien non directement accessibles, tel que visé aux articles 4 et 5 du décret du 25 avril 2014 ;

2° des membres qui font appel à un budget d'assistance personnelle ;

3° des membres qui, selon le protocole de séjour, résident à temps plein dans un centre multifonctionnel pour personnes mineures handicapées, agréé par la " Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap " ;

L'agence informe les caisses d'assurance soins des usagers qui ont été absents pendant plus de trente jours ou plus de cent jours de cette structure au cours de la période du 1^{er} septembre de l'année précédente jusqu'au 31 août.

Art. 56. L'utilisateur ou son représentant déclare sur le formulaire de demande que l'utilisateur réside dans une structure telle que visée à l'article 120 de l'arrêté du 14 octobre 2016, ou est inscrit sur la liste d'attente pour une pareille structure. Si l'utilisateur ne réside dans une pareille structure qu'après avoir introduit son formulaire de demande, l'utilisateur ou son représentant en informe la caisse d'assurance soins.

Art. 57. La personne visée à l'article 120, 4°, de l'arrêté du 14 octobre 2016, demande à la structure une attestation démontrant que la personne a été absente de la structure pendant plus de trente jours au cours de la période du 1^{er} septembre de l'année précédente jusqu'au 31 août. L'attestation comprend au moins les données suivantes :

1° le prénom et nom, l'adresse, la date de naissance ou le numéro d'identification de l'utilisateur ;

2° le nom de l'instance qui a délivré l'attestation ;

3° le nom et le type de la structure résidentielle où l'utilisateur réside ;

4° la mention que la personne a été absente de la structure pendant plus de trente jours ou plus de cent jours au cours de la période du 1^{er} septembre de l'année précédente jusqu'au 31 août inclus.

L'utilisateur ou son représentant transmet l'attestation à la caisse d'assurance soins.

CHAPITRE 7. — *Contrôle de l'indication*

Art. 58. A l'occasion d'un contrôle d'une indication, la caisse d'assurance soins prend une décision positive si l'utilisateur satisfait à un des critères visés à l'article 89, alinéa premier, de l'arrêté du 14 octobre 2016. Si l'utilisateur ne satisfait pas à un de ces critères, la caisse d'assurance soins prend une décision négative, même si l'utilisateur dispose encore d'une attestation valide dans le cadre de l'aide aux familles à ce moment. L'attestation précitée ne peut pas non plus être utilisée pour ouvrir un droit à une prise en charge.

Une attestation sur la base d'une échelle BEL ou d'un screener BEL RAI, constatée par les services d'aide aux familles dans l'année suivant un contrôle d'une indication, ne peut pas être utilisée pour ouvrir un droit à une prise en charge.

Art. 59. La caisse d'assurance soins prend une décision dans les quatorze jours suivant la réception du résultat de l'organisme de contrôle.

Art. 60. En cas de décision positive sur le contrôle, la communication comprend au moins l'information communiquée lors d'une décision positive relative à une demande de prise en charge.

Art. 61. En cas de décision négative sur le contrôle, la communication comprend au moins les informations suivantes :

1° la mention que l'utilisateur n'est plus éligible à l'assurance soins ;

2° la mention de la date à laquelle l'utilisateur ne recevra plus de montants ;

3° la mention de la raison ou des raisons pour lesquelles l'utilisateur n'est plus éligible ;

4° la mention qu'une indication qui a lieu dans l'année suivant le contrôle, doit être effectuée par la personne ayant effectué le contrôle ;

5° une copie du formulaire de l'organisme de contrôle ;

6° la mention que l'utilisateur ou son représentant peut introduire une réclamation contre la décision de la caisse d'assurance soins auprès de l'agence et une description de toutes les conditions relatives à l'introduction d'une réclamation et de la procédure à suivre.

Art. 62. Pour les personnes qui n'habitent pas en région de langue néerlandaise ou en région bilingue de Bruxelles-Capitale, l'organisme de contrôle peut effectuer le contrôle par voie téléphonique.

TITRE 4 — *Allocation pour l'aide aux personnes âgées*

CHAPITRE 1^{er}. — *La décision*

Art. 63. En cas de décision positive, cette communication comporte au moins les informations suivantes :

1° la mention que l'utilisateur est éligible à la prise en charge ;

2° la mention de la date à laquelle l'utilisateur peut faire valoir son droit à la prise en charge ;

3° la mention de la durée de validité de la décision ;

- 4° le mode de calcul de la prise en charge et la mention du montant auquel l'utilisateur peut faire appel ;
 - 5° la mention de la législation applicable ;
 - 6° la communication que l'utilisateur doit informer la caisse d'assurance soins de toute modification des revenus, de la situation ou des soins sans délai ;
 - 7° la possibilité d'obtenir des éclaircissements relatifs à la décision de la caisse d'assurance soins ;
 - 8° la mention que l'utilisateur ou son représentant peut introduire un recours contre la décision de la caisse d'assurance soins auprès du tribunal du travail, assortie d'une description succincte de la procédure de recours.
- En cas de décision négative, cette communication comporte au moins les informations suivantes :
- 1° la mention que l'utilisateur n'est pas éligible à la prise en charge ;
 - 2° la mention de la raison ou des raisons pour lesquelles l'utilisateur n'est pas éligible à la prise en charge, telle le mode de calcul, si d'application ;
 - 3° la mention que l'utilisateur ou son représentant peut former recours contre la décision de la caisse d'assurance soins auprès du tribunal du travail, assortie d'une description succincte de la procédure de recours ;
 - 4° la mention de la législation applicable ;

CHAPITRE 2. — *Décision relative à la demande de révision ou de révision d'office*

Art. 64. En cas de décision positive, la communication relative à la demande de révision ou de révision d'office comprend :

- 1° l'information qui est communiquée en cas de décision positive relative à une prise en charge, telle que visée à l'article 63, alinéa premier ;
- 2° le motif de la révision.

En cas de décision négative, la communication relative à la demande de révision ou de révision d'office comprend :

- 1° l'information qui est communiquée en cas de décision négative relative à une prise en charge, telle que visée à l'article 63, alinéa deux ;
- 2° le motif de la révision.

TITRE 5 — *Budget d'assistance de base*

CHAPITRE 1^{er}. — *Décision relative à la prise en charge*

Art. 65. En cas de décision positive, cette communication comporte au moins les informations suivantes :

- 1° la mention que l'utilisateur est éligible à la prise en charge ;
- 2° la mention de la date à laquelle l'utilisateur peut faire valoir son droit à la prise en charge ;
- 3° la mention de la durée de validité de la décision ;
- 4° la mention du montant auquel l'utilisateur peut faire appel ;
- 5° une motivation de la décision ;
- 6° la communication que l'utilisateur doit informer la caisse d'assurance soins de toute modification de sa situation ou des soins sans délai ;

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

- 1° la mention que l'utilisateur n'est pas éligible à la prise en charge ;
- 2° la mention de la raison ou des raisons pour lesquelles l'utilisateur n'est pas éligible à la prise en charge ;
- 3° la mention que l'utilisateur ou son représentant peut introduire une réclamation contre la décision de la caisse d'assurance soins auprès de l'agence et une description de toutes les conditions relatives à l'introduction d'un recours et de la procédure à suivre.

CHAPITRE 2. — *Représentant*

Art. 66. Les dispositions du titre 3, chapitre 2 relatif au représentant dans la prise en charge par l'assurance soins s'appliquent par analogie au budget d'assistance de base.

CHAPITRE 3. — *Prolongation*

Art. 67. Cette communication comprend, en cas de décision positive sur la prolongation, au moins l'information communiquée lors d'une décision positive relative à une demande de prise en charge, conformément à l'article 65, alinéa premier.

CHAPITRE 4. — *Décision de cessation*

Art. 68. En cas de cessation d'une décision, la communication comporte les informations suivantes :

- 1° la mention que l'utilisateur n'est plus éligible à la prise en charge ;
- 2° la date à partir de laquelle l'utilisateur ne percevra plus de prises en charge ;
- 3° la raison ou les raisons pour lesquelles l'utilisateur n'est plus éligible ;
- 4° la mention que l'utilisateur ou son représentant peut introduire une réclamation contre la décision de la caisse d'assurance soins auprès de l'agence et une description de toutes les conditions relatives et de la procédure à suivre.

PARTIE 4. — ARCHIVAGE

Art. 69. Les formulaires de mutation, y compris les formulaires de mutation de personnes qui étaient affiliées à une caisse d'assurance soins ayant arrêté ses activités, restent disponibles jusqu'au jour auquel les numéros d'identification de ces personnes ne sont pas ou ne sont plus repris dans les fichiers d'erreurs sur le changement de caisse d'assurance soins que l'agence transmet aux caisses d'assurance soins. Après, les formulaires de mutation peuvent être détruits.

Les photos BEL sur la facturation d'indications restent disponibles jusqu'au premier jour du mois suivant le contrôle par sondage d'échantillons sur place. Après, les photos BEL dont les photos BEL contrôlées ont constitué l'échantillon, peuvent être détruites. S'il s'agit d'une caisse d'assurance soins avec des activités décentralisées, seules les photos BEL de la division de la caisse d'assurance soins peuvent être détruites.

Les pièces justificatives pour la dispense de la cotisation ou pour la non-imposition d'un compteur pour une amende administrative restent disponibles pendant trois ans. Le délai prend cours le 1^{er} janvier de l'année suivante. Après ce délai, les pièces justificatives peuvent être détruites.

Art. 70. Les dossiers de demande imprimés pour la prise en charge par l'assurance soins restent immédiatement consultables jusqu'à un an après leur enlèvement du fichier B.

Si des dossiers enlevés sont restitués au fichier B en raison d'un recouvrement ou d'un paiement supplémentaire, ces dossiers sont à nouveau disponibles au contrôle dans le délai visé à l'alinéa premier.

Après échéance du délai visé à l'alinéa premier, les dossiers de demande peuvent être archivés.

Art. 71. Les dossiers de demande imprimés pour la prise en charge par l'assurance soins peuvent être détruits trois ans après l'enlèvement de la fiche du fichier B.

Si des dossiers sont restitués au fichier B en raison d'un recouvrement ou d'un paiement supplémentaire, le délai de trois ans est à nouveau appliqué.

Art. 72. Les dossiers relatifs au budget d'assistance de base et à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées sont conservés jusqu'à cinq ans après la fin du budget d'assistance de base ou de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées.

Art. 73. Le délai de conservation des copies de lettres relatives au recouvrement de prises en charge, adressées à des membres, s'élève à dix ans. Le délai prend cours le 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle la lettre a été envoyée.

PARTIE 5. — DISPOSITIONS FINALES

Art. 74. L'arrêté ministériel du 2 juillet 2010 relatif à l'exécution de l'assurance soins est abrogé.

Art. 75. Le présent arrêté produit ses effets le 1 janvier 2017.

Bruxelles, le 9 mars 2017.

Le Ministre flamand du Bien-Etre, de la Santé publique et de la Famille,
J. VANDEURZEN

REGION DE BRUXELLES-CAPITALE — BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST

COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE DE BRUXELLES-CAPITALE

[C – 2017/11548]

9 MARS 2017. — Arrêté du Collège réuni modifiant l'arrêté royal du 17 août 2007 pris en exécution des articles 57 et 59 de la loi-programme du 2 janvier 2001 concernant l'harmonisation des barèmes, l'augmentation des rémunérations et la création d'emplois dans certaines institutions de soins

Le Collège réuni,

Vu la loi-programme du 2 janvier 2001, notamment les articles 57 et 59 ;

Vu l'arrêté royal du 17 août 2007 pris en exécution des articles 57 et 59 de la loi-programme du 2 janvier 2001 concernant l'harmonisation des barèmes, l'augmentation des rémunérations et la création d'emplois dans certaines institutions de soins ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des finances donné le 17 octobre 2016 ;

Vu l'accord des Ministres du budget donné le 27 octobre 2016 ;

Vu l'avis de la section des institutions et services pour personnes âgées du Conseil consultatif de la santé et de l'Aide aux personnes de la Commission communautaire commune, donné le 8 novembre 2016 ;

Vu l'avis du Conseil d'Etat donné le 16 décembre 2016 en application de l'article 84, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Considérant la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles ;

Considérant la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la 6^{ème} réforme de l'Etat ;

Considérant que les paragraphes 2 et 3 de l'article 4 de l'arrêté royal du 17 août 2007 fixant un plafond d'interventions au niveau national et les conséquences de son éventuel dépassement au même niveau ;

Considérant qu'il convient d'adapter la réglementation à la réalité bruxelloise ;

GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE VAN BRUSSEL-HOOFDSTAD

[C – 2017/11548]

9 MAART 2017. — Besluit van het Verenigd College tot wijziging van het koninklijk besluit van 17 augustus 2007 tot uitvoering van de artikelen 57 en 59 van de programmawet van 2 januari 2001 wat de harmonisering van de barema's, de loonsverhogingen en tewerkstellingsmaatregelen in bepaalde gezondheidsinrichtingen betreft

Het Verenigd College,

Gelet op de programmawet van 2 januari 2001, meer bepaald de artikelen 57 en 59 ;

Gelet op het koninklijk besluit van 17 augustus 2007 tot uitvoering van de artikelen 57 en 59 van de programmawet van 2 januari 2001 wat de harmonisering van de barema's, de loonsverhogingen en tewerkstellingsmaatregelen in bepaalde gezondheidsinrichtingen betreft ;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën gegeven op 17 oktober 2016 ;

Gelet op het akkoord van de Ministers van Begroting gegeven op 27 oktober 2016 ;

Gelet op het advies van de afdeling instellingen en diensten voor bejaarden van de Adviesraad voor gezondheids- en welzijnszorg van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, gegeven op 8 november 2016 ;

Gelet op het advies van de Raad van State, gegeven op 16 december 2016, met toepassing van artikel 84, § 1, 2^o, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State van 12 januari 1973 ;

Overwegende de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen ;

Overwegende de bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de 6^e Staatshervorming ;

Overwegende dat paragrafen 2 en 3 van artikel 4 van het koninklijk besluit van 17 augustus 2007 dat een interventieplafond vastlegt op nationaal niveau en de gevolgen van zijn eventuele overschrijding op hetzelfde niveau ;

Overwegende dat het noodzakelijk is de reglementering aan de Brusselse werkelijkheid aan te passen ;