

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

N. 2006 — 1350

[C – 2006/35448]

6 JANUARI 2006. — Ministerieel besluit houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Gelet op het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, gewijzigd bij de decreten van 22 december 1999, 8 december 2000, 18 mei 2001, 20 december 2002, 30 april 2004, 24 juli 2005 en 25 november 2005;

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

Gelet op besluit van de Vlaamse Regering van 28 september 2001 houdende de erkenning, de registratie en de machtiging, en houdende de aansluiting, de aanvraag en de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering, zoals gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 14 december 2001, 25 oktober 2002, 13 december 2002, 9 mei 2003, 14 november 2003, 2 april 2004, 22 oktober 2004, 11 maart 2005 en 2 december 2005;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 27 juli 2004 tot bepaling van de bevoegdheden van de leden van de Vlaamse Regering;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 2 december 2005 houdende de voorwaarden van de vaststelling, de uitbetaling en de terugvordering van de subsidies van de zorgkassen in het kader van de zorgverzekering voor het jaar 2006;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 5 januari 2006;

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

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat de Vlaamse zorgverzekering volgens de aangepaste procedures van start gaat op 1 januari 2006 zodat onverwijld uitvoering moet gegeven worden aan de bepalingen van de besluiten van de Vlaamse Regering ter zake en de betrokken zorgkassen en de burgers rechtszekerheid moet worden geboden omtrent de nieuwe regeling in het kader van de zorgverzekering,

Besluit :

Artikel 1. De handleiding zorgverzekering, gevoegd als enige bijlage bij dit besluit, wordt goedgekeurd.

Art. 2. Het ministerieel besluit van 1 augustus 2005 houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering wordt opgeheven.

Art. 3. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2006, met uitzondering van hoofdstuk V, afdeling I, van de bijlage bij dit besluit, dat met ingang van 25 november 2005 in werking treedt.

Brussel, 6 januari 2006.

I. VERVOTTE

Handleiding Zorgverzekering

Enige bijlage bij het ministerieel besluit van 6 januari 2006 houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering

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

Inhoudstafel*DEEL I. Verdere definiëring van de actoren***Hoofdstuk I. Vertegenwoordiger**

Afdeling I. Vertegenwoordiger zonder volmacht

Afdeling II. Vertegenwoordiger met volmacht

*DEEL II. Beschrijving van de processen***Hoofdstuk I. Hoogte van de bijdragen****Hoofdstuk II. Betaling van de jaarlijks verschuldigde bijdrage door aangeslotenen****Hoofdstuk III. Aansluiting bij een zorgkas**

Afdeling I. Aansluiting bij een zorgkas naar keuze

Afdeling II. Ambtshalve aansluiting

Afdeling III. Meerdere aansluitingen bij verschillende zorgkassen in eenzelfde periode

Afdeling IV. Beëindiging van de aansluiting

Hoofdstuk IV. Sancties bij niet-aansluiting en niet-betaling**Hoofdstuk V. Verandering van zorgkas**

Afdeling I. Verandering van zorgkas

Hoofdstuk VI. Aanvraag voor tenlasteneming en beslissing over de formele voorwaarden

Afdeling I. Gebruikers die ouder zijn dan 25 jaar

Afdeling II. Gebruikers (onder de 25 jaar) die nog niet bij een zorgkas kunnen aansluiten door het betalen van de bijdrage

Hoofdstuk VII. Vaststelling van het ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen bij de aanvraag voor tenlasteneming

Afdeling I. Gebruiker of zijn vertegenwoordiger doet een beroep op een verblijfsattest

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

Afdeling III. Gebruiker of zijn vertegenwoordiger heeft geen attest

Hoofdstuk VIII. Vergoeding voor het uitvoeren van de indicatiestelling**Hoofdstuk IX. Beslissing over de tenlasteneming****Hoofdstuk X. Geldigheidsduur van een beslissing****Hoofdstuk XI. Verandering van zorgvorm****Hoofdstuk XII. Beslissing tot herziening, verlenging of stopzetting van een (oorspronkelijke) positieve beslissing**

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

Afdeling II. Verlenging van een positieve beslissing

Afdeling III. Stopzetting van een positieve beslissing

Hoofdstuk XIII. Controle op de tenlasteneming**Hoofdstuk XIV. Uitvoering van de tenlasteneming**

Afdeling I. Financiële regeling: algemeen

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

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

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

Hoofdstuk XV. Terugvordering van onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen

Afdeling I. Terugvordering

Afdeling II. Vrijstelling van terugvordering

Hoofdstuk XVI. Cumulatie van de tenlasteneming met uitkeringen krachtens andere bepalingen

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

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

Hoofdstuk XVII. Bezwaar bij het Vlaams Zorgfonds**Hoofdstuk XVIII. Rechtzetting door de zorgkassen van foutieve beslissingen****Hoofdstuk XIX. Archivering****Hoofdstuk XX. Gegevensinzameling**

Afdeling I. Recordtype A : leden

Afdeling II. Recordtype B : tenlastenemingsdossiers

Afdeling III. Recordtype D : indicatiestellers en resultaten

Afdeling IV. Recordtype M : Mantelzorgers

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

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

Afdeling I. — Vertegenwoordiger zonder volmacht.

2. Volgende personen kunnen zonder volmacht als vertegenwoordiger van een gebruiker optreden :

* de echtgenoot, echtgenote of een verwant in de eerste of tweede graad ((groot)ouder, (klein)kind, broer of zus) van de gebruiker.

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

* een meerderjarig lid van het gezin van de gebruiker. In dit geval volstaat ter bewijsvoering een attest van gezinssamenstelling van betrokkenen. Dit attest wordt door de gemeente uitgereikt;

* de wettelijke vertegenwoordiger van de gebruiker : zijnde één van de onderstaande personen :

— één van de ouders of, in voorkomend geval, de voogd voor een niet-ontvoogde minderjarige. Hetzelfde geldt voor de verlengd minderjarige die op het vlak van zijn persoon en zijn goederen met een minderjarige beneden vijftien jaar wordt gelijkgesteld;

— de voogd, zijnde in voorkomend geval de echtgenoot of echtgenote voor een onbekwaamverklaarde;

— een voorlopige bewindvoerder kan worden voorzien voor een verdachte die geïnterneerd is en noch onbekwaam is verklaard noch onder voogdij staat, indien zijn belangen zulks eisen. De voorlopige bewindvoerder int onder meer de schuldvorderingen, voldoet de schulden en vertegenwoordigt de geïnterneerde in rechte als verweerder en als eiser;

— een voorlopige bewindvoerder kan door de vrederechter toegevoegd worden aan een meerderjarige die geheel of gedeeltelijk, zij het tijdelijk wegens zijn gezondheidstoestand, niet in staat is zijn goederen te beheren. Tenzij het tegendeel blijkt uit de rechterlijke beslissing waarbij de voorlopige bewindvoerder wordt aangesteld, vertegenwoordigt hij de beschermde persoon in alle rechtshandelingen en procedures met betrekking tot diens goederen;

* de directeur van het rusthuis, rust- en verzorgingstehuis of psychiatrisch verzorgingstehuis waar de gebruiker verblijft op voorwaarde van de aanwezigheid en het bezorgen aan de zorgkas van :

— een doktersattest waaruit blijkt dat de gebruiker niet bij machte is zelf de aanvraag tot tenlasteneming te ondertekenen;

— een verklaring van de directeur van het rusthuis, rust- en verzorgingstehuis of psychiatrisch verzorgingstehuis dat er voor de betrokken gebruiker, geen andere personen bekend zijn die conform de hierboven vermelde categorieën als vertegenwoordiger zonder volmacht kunnen optreden.

Afdeling II. — Vertegenwoordiger met volmacht

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

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

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

DEEL II. — Beschrijving van de processen

HOOFDSTUK I. — Hoogte van de bijdragen

5. Periode :

* 1 oktober 2001 tot 31 december 2002 : 10 euro

* vanaf het jaar 2003 :

— 25 euro

— 10 euro voor de personen die op 1 januari van het voorgaande jaar recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging

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

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

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

8. De zorgkas of de oprichtende instantie mag de uitnodiging tot betaling van de bijdrage voor de zorgverzekering samen met de uitnodiging tot betaling voor andere producten (van de zorgkas of van zijn oprichtende instanties) via één document verrichten. Er wordt de aangeslotene wel een aparte mededeling bezorgd waar duidelijk vermeld staat welk bedrag van de aangeslotene voor de Vlaamse zorgverzekering gevraagd wordt. Er wordt ook duidelijk vermeld voor welke periode het bedrag gevraagd wordt. Beide documenten kunnen uiteraard in eenzelfde mailing verstuurd worden.

9. De mededeling dient minstens de volgende informatie te bevatten :

— het bedrag dat in het kader van de zorgverzekering gevraagd wordt en de periode waarvoor dit bedrag gevraagd wordt;

— de maatregel van de administratieve boete en/of de opschorting van de tenlasteneming met vier maanden;

— indien een aangeslotene zich niet in staat acht om de jaarlijkse ledenbijdrage te betalen, dan kan hij het O.C.M.W. vragen of zij in de plaats van de aangeslotene de ledenbijdrage aan de zorgkas wil betalen. Het O.C.M.W. is echter niet verplicht het verzoek van deze aangeslotene in te willigen

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

11. De aangeslotene betaalt zijn verschuldigde, jaarlijkse ledenbijdrage in het lopende jaar aan zijn zorgkas. De bijdragen moeten uiterlijk 30 april op de rekening van de zorgkas zelf staan.

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

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

HOOFDSTUK III. — Aansluiting bij een zorgkas

Afdeling I. Aansluiting bij een zorgkas naar keuze

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

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

16. De mededeling dient minstens de volgende informatie te bevatten :

* het bedrag dat in het kader van de zorgverzekering gevraagd wordt en de periode waarvoor dit bedrag gevraagd wordt.

* iedereen die in Vlaanderen woont en ouder is dan 25 jaar, is verplicht zich bij één van de acht erkende zorgkassen aan te sluiten. Dit gebeurt door het betalen van de ledenbijdrage.

* de maatregel van de administratieve boete en/of de opschorting van de tenlasteneming met vier maanden.

* indien een aangeslotene zich niet in staat acht om de jaarlijkse ledenbijdrage te betalen, dan kan hij het O.C.M.W. vragen of zij in de plaats van de aangeslotene de ledenbijdrage aan de zorgkas wil betalen. Het O.C.M.W. is echter niet verplicht het verzoek van deze aangeslotene in te willigen.

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

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

19. De zorgkassen mogen met betrekking tot personen die 26 jaar worden, 30 april als einddatum voor het betalen van de bijdrage voorop stellen en kunnen vermelden dat men bij niet-aansluiting vanaf 1 juli ambtshalve aangesloten zal worden bij de Vlaamse Zorgkas. In geen geval mag hiervoor als sanctie de schorsing met vier maanden als reden opgegeven worden.

20. Mits toelating van de betrokkenen kunnen derden personen bij een zorgkas aansluiten. De zorgkassen die personen via derden aansluiten, beschikken over een verklaring van de betrokken persoon waaruit blijkt dat deze vrijwillig kiest om aan te sluiten bij de zorgkas. Indien een derde de aansluiting van andere personen wil realiseren, dan stelt de derde een lijst op van de personen die via de betrokken derde bij de zorgkas willen aangesloten worden. De zorgkas zal dan een lijst in haar bezit hebben van aangesloten personen, waarvoor in groep betaald wordt. Deze procedure is niet verplicht voor gezamenlijke aansluitingen, betaald door het gezinshoofd. Alleen een werkgever of een O.C.M.W. kan als derde optreden. Een gezinshoofd kan gezinsleden aansluiten.

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

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

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

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

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

25. Een referentieadres wordt voor de toepassing van de regelgeving in verband met de Vlaamse zorgverzekering beschouwd als een inschrijving in het bevolkingsregister.

Afdeling II. — Ambtshalve aansluiting

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

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

28. Hierbij kunnen verschillende categorieën onderscheiden worden :

Aansluiting met ingang van 1 oktober 2001

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

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

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

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

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

Aansluiting vanaf 1 januari 2003

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

32. Als principe geldt dat de persoon —die zijn bijdrage betaald heeft— aangesloten is bij de zorgkas die als eerste binnen de daartoe voorziene termijnen aan het Vlaams Zorgfonds meegedeeld heeft dat de persoon bij hem aangesloten is.

33. Indien de zorgkassen op hetzelfde ogenblik meedelen dat een persoon bij hen aangesloten is, dan is de persoon aangesloten bij de zorgkas die als eerste de ledenbijdrage van de aangeslotene heeft ontvangen.

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

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

Afdeling IV. — Beëindiging van de aansluiting

35. Een aansluiting kan alleen beëindigd worden om volgende redenen :

* de aangeslotene verlaat Vlaanderen of Brussel

* de aangeslotene komt te overlijden

* de in Brussel wonende aangeslotene beëindigt op vrijwillige basis zijn aansluiting

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

37. De aangeslotene of zijn vertegenwoordiger meldt de zorgkas per brief dat de aansluiting beëindigd wordt.

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

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

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

* de opschorting van de tenlasteneming met verlies van rechten

De zorgkas moet de gebruiker zijn recht op tenlasteneming met vier maanden opschorten, voor elk jaar dat deze uiterlijk 31 december van dat jaar niet of niet volledig betaald heeft.

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

Er is sprake van een schorsing en van een wachttijd. Indien een gebruiker zowel een schorsing als een wachttijd opliep, dan worden deze periodes gecumuleerd. De zorgkas registreert de schorsing en de wachttijd wanneer de bijdrage voor een bepaald jaar niet, niet volledig of niet tijdig betaald is.

1. schorsing

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

2. wachttijd

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

* Een persoon kan geen aanvraag voor tenlasteneming indienen, als hij niet bij een zorgkas aangesloten is door het betalen van minstens één bijdrage (dit geldt uiteraard niet voor de personen die geen bijdrage moeten betalen).

* Een persoon kan geen aanvraag voor tenlasteneming indienen als hij niet alle ledenbijdragen van voorgaande jaren betaald heeft.

* Een persoon die al zijn bijdragen van voorgaande jaren betaald heeft, kan een aanvraag indienen, ook al heeft deze persoon zijn bijdrage voor het lopende jaar nog niet betaald.

* Het feit dat de bijdrage voor het lopende jaar nog niet betaald is, mag niet leiden tot het opschorten van de tenlastenemingen.

* De positieve beslissing van een persoon wordt op 31 december stopgezet als deze persoon zijn bijdrage voor het lopende jaar niet betaald heeft. De zorgkas kan deze bijdrage op een tenlasteneming van het lopende jaar compenseren, maar ze is hiertoe niet verplicht.

HOOFDSTUK V. — Verandering van zorgkas

Afdeling I. — Verandering van zorgkas

40. Een verandering van zorgkas gaat in op 1 januari.

41. Bij een verandering van zorgkas wordt de volgende procedure gevolgd :

* Een persoon verandert van een mutualistische zorgkas naar een andere mutualistische zorgkas via het mutatieformulier van de ziekteverzekering als aan de volgende voorwaarden is voldaan :

— de persoon heeft niet voor 5 december, voorafgaand aan het jaar waarin hij van zorgkas verandert, een ondertekend mutatieformulier aan een niet-mutualistische zorgkas bezorgd;

— de persoon is geen lid van een niet-mutualistische zorgkas.

In de andere gevallen verandert een persoon van zorgkas door aan de nieuwe zorgkas het ondertekend mutatieformulier te bezorgen ten laatste op 5 december van het jaar voorafgaand aan het jaar waarin hij van zorgkas verandert.

* De nieuwe zorgkas kan ten vroegste op 25 november en ten laatste op 6 december een tekstbestand via mail aan het Vlaams Zorgfonds bezorgen dat per record volgende velden omvat.

Naam	Veldlengte	Opmerkingen
rijksregisternummer	11	
code_nieuwe_zorgkas	3	

Dit bestand bevat alle via het mutatieformulier van de zorgverzekering aangevraagde mutaties en alle door mutualistische zorgkassen aan te vragen mutaties op basis van verandering van ziekenfonds.

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

Naam	Veldlengte	Opmerkingen
rijksregisternummer	11	
code_nieuwe_zorgkas	3	
code_afstaande_zorgkas (volgens Zorgfonds)	3	

* Het Vlaams Zorgfonds bezorgt ten laatste op 10 december eveneens aan de vijf mutualistische zorgkassen een bestand van de personen die van een mutualistische zorgkas naar een niet-mutualistische zorgkas veranderen.

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

^N Naam	Veldlengte	Opmerkingen
rijksregisternummer	11	
code_nieuwe_zorgkas	3	
code_afstaande_zorgkas (volgens Zorgfonds)	3	
afdeling_nieuwe_zorgkas	3	
inschrijvingsnummer_nieuwe_zorgkas	15	facultatief
naam	48	
voornaam	48	

* De nieuwe zorgkas stuurt ten laatste op 20 december en aangetekend de originele mutatieformulieren van de personen die niet van een mutualistische zorgkas naar een mutualistische zorgkas veranderen, in één zending naar de hoofdzetel van de afstaande zorgkas (meerdere zendingen en decentraal mag als zorgkassen dit onderling schriftelijk overeenkomen). Deze formulieren mogen ook via koerier tegen afgiftebewijs bezorgd worden met dien verstande dat de koerier het pakket ten laatste op 20 december aflevert.

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

aangeslotene

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

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

Naam	Veldlengte	Opmerkingen
rijksregisternummer	11	
code_nieuwe_zorgkas	3	
code_afstaande_zorgkas (volgens Zorgfonds)	3	
afdeling_nieuwe_zorgkas	3	
inschrijvingsnummer_nieuwe_zorgkas	15	facultatief
naam	48	
voornaam	48	
straat_woonplaats	32	
nummer_woonplaats	9	
bus_woonplaats	5	
NIS-code_woonplaats	5	
postcode_woonplaats	5	
gemeente_woonplaats	40	
straat_verblijfplaats	32	indien idem met "woonplaats" hoeft dit veld niet ingevuld te worden (blanco's)
nummer_verblijfplaats	9	indien idem met "woonplaats" hoeft dit veld niet ingevuld te worden (blanco's)
bus_verblijfplaats	5	indien idem met "woonplaats" hoeft dit veld niet ingevuld te worden (blanco's)
NIS-code_verblijfplaats	5	indien idem met "woonplaats" hoeft dit veld niet ingevuld te worden (blanco's)
postcode_verblijfplaats	5	indien idem met "woonplaats" hoeft dit veld niet ingevuld te worden (blanco's)
gemeente_verblijfplaats	40	indien idem met "woonplaats" hoeft dit veld niet ingevuld te worden (blanco's)
geboortedatum	8	DDMMYYYY
geslacht	1	M/V
nationaliteit	3	Landcode (KSZ)
weigering/acceptatie mutatie	2	01 mutatie aanvaard - dossier afgesloten 02 rijksregisternummer foutief of blanco 03 laattijdige aanvraag mutatie 04 MOB-wetgeving geen lid in verplichte ziekteverzekering 05 mutatie-aanvraag op zelfde datum bij meerdere zorgkassen 06 geen lid bij ons, foutieve zorgkas 07 ondertussen overleden 08 ontbreken handtekening 09 betwisting handtekening 10 tegentekening door muterende 11 mutatieformulier ontbreekt 12 ambtshalve, nooit betaald (Vlaamse Zorgkas) 13. weigering mutatie in verplichte ziekteverzekering 14 mag niet aansluiten bij zorgverzekering (Europa, niet ingeschreven in rijksregister, enz.) 15 datum aanvraag door lid ontbreekt op mutatieformulier
code_afstaande_zorgkas	3	
afdeling_afstaande_zorgkas	3	
inschrijvingsnummer_afstaande_zorgkas	15	
schorsing_wachttijd	3	totaal aantal maanden opgelegde schorsing en/of wachttijd
schorsing_wachttijd	3	aantal maanden resterende schorsing en/of wachttijd op einde december
Brussel_datum_start	8	DDMMYYYY, dit is datum start laatste onderbroken aansluiting
Brussel_aantal_jaren_wachttijd	2	dit is 00, 01, 03, 05 of 10 jaar
dossier_zorgbehoevendheid	1	J/N
totaal_nog_verschuldigde_bijdragen	4	
jaren_niet-betaald	10 en opbouwend	020305 enz.

Technische voorwaarden van de bestanden

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

zorgbehoevende

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

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

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

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

identificatiegegevens vertegenwoordiger

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

identificatiegegevens mantelzorger(s)

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

* In de periode van 15 december tot 15 januari wordt, bij de personen die niet van een mutualistische zorgkas naar een mutualistische zorgkas veranderen, de mogelijkheid van tegentekening voorzien om te garanderen dat de persoon wel degelijk bij de nieuwe zorgkas wenst aan te sluiten. Concreet betekent dit dat de aansluiting bij de nieuwe zorgkas niet doorgaat als :

— de persoon het herroepingsformulier ondertekent waarin verklaard wordt dat hij bij de afstaande zorgkas wenst te blijven;

— de afstaande zorgkas dit formulier aangetekend en ten laatste op 15 januari (postdatum) bezorgt aan de hoofdzetel van de nieuwe zorgkas.

42. Wanneer een zorgkas 2 of meer mutatieformulieren ontvangt voor dezelfde persoon, wordt de volgende werkwijze gehanteerd :

* indien de betrokkene één maal tegentekent, zijn beide (of meer) mutatieformulieren nietig, tenzij dit zou betekenen dat de betrokkene lid wordt van een zorgkas waarvan hij geen lid kan zijn volgens de MOB-reglementering;

* indien de betrokkene niet tegentekent, dan is het eerst ingediende mutatieformulier bepalend, tenzij dit zou betekenen dat de betrokkene lid wordt van een zorgkas waarvan hij geen lid kan zijn volgens de MOB-reglementering.

43. De afstaande zorgkas zal in dit geval alle in de handleiding bepaalde gegevens bezorgen aan de zorgkas waarbij de betrokkene het eerst een mutatieformulier indiende. De mutatie naar de zorgkas(sen) waarbij betrokkene het laatst zijn mutatieformulier(en) indiende zal worden geweigerd met code "05" in het veld "weigerings/acceptatie mutatie".

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

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

Afdeling II. — Verandering van zorgkas en MOB-wetgeving

46. Een persoon verandert na de in afdeling I vooropgestelde mutatieprocedure naar de Vlaamse Zorgkas op voorwaarde dat :

* deze persoon op 1 januari van een kalenderjaar niet langer lid kan blijven van een zorgkas van een ziekenfonds omwille van het feit dat het lidmaatschap van deze persoon bij het ziekenfonds afgesloten is;

* deze persoon niet op 1 januari van een kalenderjaar van zorgkas veranderd is.

47. Hierbij geldt de volgende procedure :

* De afstaande zorgkas bezorgt voor 30 juni alle in het kader van de gewone mutaties opgelegde gegevens aan de Vlaamse Zorgkas.

* De Vlaamse Zorgkas schrijft de betrokken persoon in als inkomende mutatie met terugwerkende kracht op 1 januari van het jaar.

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

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

Afdeling I. — Gebruikers die ouder zijn dan 25 jaar

Onderafdeling I. — Algemeen

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

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

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

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

* de laatste 5 jaar ononderbroken in Vlaanderen of Brussel wonen of ononderbroken sociaal verzekerd zijn in een lidstaat van de Europese Unie of in een staat die partij is bij de Europese Economische Ruimte;

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

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

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

Wanneer de persoon verblijft in een residentiële voorziening die een erkenningsaanvraag bij de Vlaamse Gemeenschap heeft ingediend, dan mag de zorgkas de aanvraag ook aanvaarden. De zorgkas mag in dit geval de tenlastenemingen ten vroegste uitvoeren met terugwerkende kracht vanaf het moment dat de voorziening over een erkenning beschikt.

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

* De inwoner van Brussel die laattijdig aansluit, is gedurende een door de regering bepaalde termijn, voorafgaandelijk aan de datum waarop hij zijn aanvraag voor de tenlasteneming indient, ononderbroken aangesloten bij een erkende zorgkas of ononderbroken sociaal verzekerd in een andere lidstaat van de Europese Unie dan België of in een staat, ander dan België, die partij is bij de Europese Economische Ruimte.

Personen sluiten laattijdig aan wanneer zij :

- ofwel niet uiterlijk 31 december 2002 aansluiten, hoewel zij in 2002 minstens 26 jaar zijn;
- ofwel niet binnen de 6 maanden aansluiten in het kalenderjaar dat zij 26 jaar worden
- ofwel niet binnen de 6 maanden aansluiten, nadat zij in Brussel komen wonen in een kalenderjaar dat zij minstens 26 jaar worden;

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

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

* de laatste 5 jaar ononderbroken in Vlaanderen of Brussel wonen of ononderbroken sociaal verzekerd zijn in de lidstaten van de Europese Unie of in de staten die partij zijn bij de Europese Economische Ruimte;

* de bijdrage voor het lopende jaar voor 1 april of voor het indienen van de aanvraag betaald hebben;

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

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

Wanneer de persoon verblijft in een residentiële voorziening die een erkenningsaanvraag bij de Vlaamse Gemeenschap heeft ingediend, dan mag de zorgkas de aanvraag ook aanvaarden. De zorgkas mag in dit geval de tenlastenemingen ten vroegste uitvoeren met terugwerkende kracht vanaf het moment dat de voorziening over een erkenning beschikt.

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

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

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

Onderafdeling IV. — Keuze van de zorgvorm

54. Er zijn twee mogelijkheden :

- * mantel- en thuiszorg
- * residentiële zorg

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

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

Afdeling II. — Gebruikers (onder de 25 jaar)

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

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

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

Uitzondering :

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

* gebruikers die jonger zijn dan 5 jaar en die sinds hun geboorte in Vlaanderen of Brussel wonen of sinds hun geboorte ononderbroken sociaal verzekerd zijn in een lidstaat van de Europese Unie of in een staat die partij is bij de Europese Economische Ruimte, hoeven niet aan de voorwaarde van de laatste 5 jaar ononderbroken in Vlaanderen of Brussel wonen te voldoen.

HOOFDSTUK VII. — Vaststelling van het ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen bij de aanvraag voor tenlasteneming

Afdeling I. — Gebruiker of zijn vertegenwoordiger doet een beroep op een verblijfsattest

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

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

61. Het verblijfsattest moet minstens volgende gegevens bevatten :

* naam, adres, geboortedatum en rijksregisternummer van de gebruiker

* naam van de instantie die het attest heeft afgeleverd

* naam van de residentiële voorziening waar de gebruiker verblijft

* datum van opname in de residentiële voorziening

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

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

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

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

* minstens de score 35 op de BEL-profielschaal van de gezinszorg;

* minstens de score B op de Katz-schaal in de thuisverpleging;

* minstens de score 15 op de medisch-sociale schaal die wordt gebruikt voor de evaluatie van de graad van zelfredzaamheid met het oog op het onderzoek naar het recht op de integratietegemoetkoming, hulp aan bejaarden en hulp van derden

* bijkomende kinderbijslag op basis van minstens 66 % handicap én minstens 7 punten met betrekking tot de graad van zelfredzaamheid uit hoofde van het kind

* bijkomende kinderbijslag op basis van minstens 18 punten op de medisch-sociale schaal (samengesteld uit de pijlers P1, P2 en P3)

* minstens de score C op de evaluatieschaal tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming in een verzorgingsinrichting

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

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

67. Een attest op basis van bijkomende kinderbijslag kan hij aanvragen bij de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid of de dienst die de kinderbijslag voor de betrokken persoon uitbetaalt.

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

Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid

Bestuursdirectie van de Uitkeringen

aan personen met een handicap

Zwarte Lievrouwstraat 3C

1000 Brussel

69. De attesten moeten minstens volgende gegevens bevatten :

* naam, adres, geboortedatum en rijksregisternummer van de gebruiker bij wie de indicatiestelling afgenomen is

* naam van de instantie die het attest heeft afgeleverd

* naam van de schaal waarop het attest is gebaseerd

* de score (of categorie) op deze schaal

* de datum van afname van deze schaal of de datum van start van de erkenning in het oorspronkelijke stelsel

* de duur van de geldigheid van deze indicatiestelling

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

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

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

Afdeling III. — Gebruiker of zijn vertegenwoordiger heeft geen attest

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

74. Als de gebruiker dit wenst, dan gebeurt de indicatiestelling op de plaats waar de gebruiker verblijft. Dit kan uitzonderlijk in een ziekenhuis, op voorwaarde dat de persoon op het ogenblik van de aanvraag in het thuismilieu verbleef.

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

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

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

78. Een indicatiestelling die gebeurt binnen zes maanden na een vorige indicatiestelling, aangevraagd door diezelfde gebruiker of zijn vertegenwoordiger, kan niet als bewijs van het getroffen zijn door een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen gelden, tenzij ze wordt uitgevoerd door dezelfde persoon die de vorige indicatiestelling heeft uitgevoerd.

Indien die persoon niet meer bij de gemachtigde indicatiesteller werkzaam is of in de onmogelijkheid verkeert om de indicatiestelling opnieuw uit te voeren, moet de indicatiestelling door een ander personeelslid van deze gemachtigde indicatiesteller uitgevoerd worden. Volgende redenen kunnen door de zorgkas aanvaard worden : langdurige afwezigheid, ziekte, ontslag of een nieuwe functie van het personeelslid dat de eerste indicatiestelling heeft uitgevoerd. In voorkomend geval deelt de gemachtigde indicatiesteller aan de zorgkas de reden schriftelijk mee. De zorgkas neemt de mededeling op in het dossier van de zorgbehoevende.

79. In uitzondering hierop mag bij verhuis van de zorgbehoevende buiten de actieradius van de eerste gemachtigde indicatiesteller een beroep gedaan worden op een andere gemachtigde indicatiesteller. De eerste gemachtigde indicatiesteller deelt de zorgkas schriftelijk mee dat de zorgbehoevende buiten zijn actieradius verblijft. De zorgkas neemt de mededeling op in het dossier van de zorgbehoevende.

80. De persoon die bij een gebruiker de indicatiestelling uitvoert, mag niet een echtgenoot of echtgenote, een samenwonende partner of een verwant in hoogstens de derde graad van de gebruiker zijn.

UITZONDERINGEN

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

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

HOOFDSTUK VIII. — Vergoeding voor het uitvoeren van de indicatiestelling

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

* het om een indicatiestelling gaat die in het kader van de zorgverzekering uitgevoerd werd door een gemachtigde indicatiesteller op vraag van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger (het gaat hier dus om de indicatiestellingen die als tweede mogelijkheid naast de attesten dienen)

* de zorgkas de gemachtigde indicatiesteller voor de indicatiestelling vergoedt

* het niet gaat om een indicatiestelling die uitgevoerd werd door een erkende dienst voor gezinszorg of een O.C.M.W. dat over een erkende dienst voor gezinszorg beschikt, waarbij aan de geïndiceerde gebruiker binnen de zes maanden na het uitvoeren van de indicatiestelling door deze voorziening gezinszorg werd verstrekt.

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

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

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

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

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

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

* de aanvraag wordt opgesteld onder de vorm van een verzamelstaat, waarop alle facturen worden vermeld die tijdens de afgelopen maand werden ingediend door de gemachtigde indicatiestellers;

* per factuur worden volgende gegevens op de verzamelstaat opgenomen :

— de naam en het GKB-nummer van de gemachtigde indicatiesteller;

— de factuurdatum;

— het aantal gefactureerde indicatiestellingen per indicatiesteller;

— het gefactureerde bedrag per indicatiesteller;

— in voorkomend geval : het aantal teruggevorderde indicatiestellingen per indicatiesteller;

— in voorkomend geval : het teruggevorderde bedrag per indicatiesteller;

— in voorkomend geval : het verschil tussen het gefactureerde en het teruggevorderde bedrag per indicatiesteller;

* de verzamelstaat vermeldt het totaal bedrag waarvoor terugbetaling gevraagd wordt. Dit totaal bedrag is het verschil tussen het totaal van alle gefactureerde bedragen en van alle teruggevorderde bedragen of creditnota's

* bij de verzamelstaat wordt een kopie gevoegd van alle facturen en eventuele creditnota's waarop hij betrekking heeft.

* iedere zorgkas mag slechts één verzamelstaat indienen per maand. Deze verzamelstaat kan eventueel opgedeeld worden in deelstaten per afdeling, doch wordt steeds in één zending overgemaakt aan het Vlaams Zorgfonds. In voorkomend geval worden de bijgevoegde kopies van facturen en creditnota's gegroepeerd per deelstaat.

* de verzamelstaat dient ten laatste op de 15^e dag van de maand volgend op de maand waarop hij betrekking ingediend te worden bij het Vlaams Zorgfonds.

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

HOOFDSTUK IX. — *Beslissing over de tenlasteneming*

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

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

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

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

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

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

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

97. Wanneer de gebruiker een aanvraag voor tenlasteneming indient en aantoont dat hij een aanvraag voor het bekomen van een attest op basis van bijkomende kinderbijslag heeft ingediend, dan is de zorgkas niet verplicht binnen de zestig dagen een beslissing te nemen. Dit kan worden aangetoond via een kopie van de aanvraag voor bijkomende kinderbijslag.

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

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

99. Deze mededeling bevat bij een negatieve beslissing volgende informatie :

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

HOOFDSTUK X. — *Geldigheidsduur van een beslissing*

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

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

102. De geldigheidsduur van een positieve beslissing op basis van een attest op basis van minstens een B-score in de thuisverpleging bij gebruikers die op het moment van het ingaan van de beslissing jonger dan 75 jaar zijn, bedraagt als volgt :

- * maximum zes maanden, als de einddatum van het attest voor de zevende maand van de uitvoering van de tenlastenemingen valt;
- * maximum tot de einddatum van het attest, als de einddatum van het attest valt van de zesde maand tot en met de twaalfde maand van de uitvoering van de tenlastenemingen;
- * maximum voor één jaar, als de einddatum van het attest valt na de twaalfde maand van de uitvoering van de tenlastenemingen.

103. Een positieve beslissing voor residentiële zorg geldt voor onbepaalde duur.

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

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

HOOFDSTUK XI. — *Verandering van zorgvorm*

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

106. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger moet elke wijziging in de keuze van een bepaalde zorgvorm onmiddellijk bij de zorgkas aanvragen. Een verandering van zorgvorm naar mantel- en thuiszorg gebeurt via een aanvraagformulier voor mantel- en thuiszorg. Een verandering van zorgvorm naar residentiële zorg gebeurt via een aanvraagformulier voor residentiële zorg.

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

Deze mededeling bevat bij een positieve beslissing minstens volgende informatie :

- * de vermelding dat de gebruiker in aanmerking komt voor de verandering van zorgvorm
- * de vermelding vanaf wanneer de gebruiker recht heeft op tenlasteneming voor de nieuwe zorgvorm
- * de vermelding op welke zorgvorm en op welke bedrag de gebruiker een beroep kan doen
- * de vermelding van de geldigheidsduur van de beslissing
- * de mededeling dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger tegen de beslissing van de zorgkas een bezwaarschrift kan indienen bij het Vlaams Zorgfonds en een beschrijving van alle modaliteiten met betrekking tot het indienen van een bezwaarschrift en de te volgen procedure.

108. Deze mededeling bevat bij een negatieve beslissing minstens volgende informatie :

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

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

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

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

112. Een aanvraag voor verandering van zorgvorm die voor de eerste dag van de vierde maand na een aanvraag tot tenlasteneming wordt ingediend, kan enkel aanvaard worden indien er eerst een positieve beslissing werd genomen op de initiële aanvraag. Deze voorwaarde geldt niet wanneer de betrokkene voor de eerste dag van de vierde maand na de aanvraag wordt opgenomen in een erkende of met erkenning gelijkgestelde residentiële voorziening met minimaal een B-forfait.

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

Aanvraag tot verandering naar residentiële zorg ingediend vanaf januari 2004	Acties van de zorgkas
— indiening aanvraag voor verandering — gebruiker verblijft in een erkende (of gelijkgestelde) residentiële voorziening	— aanvaarding van de aanvraag voor verandering — tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg loopt tot eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening — geen tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg vanaf eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening — tenlastenemingen voor residentiële zorg vanaf eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening
— indiening aanvraag voor verandering — gebruiker verblijft in een erkende (of gelijkgestelde) residentiële voorziening — gebruiker overlijdt tijdens eerste volle maand verblijf in residentiële voorziening	— aanvaarding van de aanvraag voor verandering — tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg loopt tot eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening — geen tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg vanaf eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening — tenlasteneming voor residentiële zorg in de maand dat gebruiker overlijdt
— indiening aanvraag voor verandering — gebruiker verblijft in een niet erkende residentiële voorziening	— stopzetting van de positieve beslissing voor tenlasteneming — tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg loopt tot eerste volle maand verblijf in residentiële voorziening

HOOFDSTUK XII. — *Beslissing tot herziening, verlenging of stopzetting van een (oorspronkelijke) positieve beslissing**Afdeling I. — Herziening op vraag van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger*

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

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

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

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

Afdeling II. — Verlenging van een positieve beslissing

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

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

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

121. Het ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen wordt vastgesteld overeenkomstig hoofdstuk VII.

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

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

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

Afdeling III. — Stopzetting van een positieve beslissing

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

126. De mededeling bevat bij een stopzetting volgende informatie :

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

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

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

HOOFDSTUK XIII. — *Controle op de tenlasteneming*

129. De zorgkas beslist over de controle op de tenlasteneming op basis van het resultaat van de controle, uitgevoerd door het controleorgaan. De zorgkas neemt een positieve beslissing bij een BEL-score van 35 of meer punten. De zorgkas neemt een negatieve beslissing bij een BEL-score van minder dan 35 punten.

130. In het geval van een positieve beslissing bepaalt ze de geldigheidsduur van de beslissing op basis van de indicatiestelling van het controleorgaan.

131. De zorgkas beslist binnen de 14 dagen na ontvangst van het resultaat van het controleorgaan

132. De zorgkas deelt aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger onmiddellijk schriftelijk haar beslissing over de tenlasteneming mee. Deze mededeling bevat bij een positieve beslissing minstens de informatie die meegedeeld wordt bij een positieve beslissing over een aanvraag voor de tenlasteneming.

133. De mededeling bevat bij een negatieve beslissing volgende informatie :
- * de melding dat de gebruiker niet meer in aanmerking komt voor de zorgverzekering
 - * de melding van de datum vanaf wanneer de gebruiker geen bedragen meer zal ontvangen
 - de vermelding van de reden of redenen waarom de gebruiker niet meer in aanmerking komt
 - de melding dat een indicatiestelling die binnen de 6 maanden na de controle gebeurt, moet uitgevoerd worden door de persoon die de controle heeft verricht
 - een kopie van het formulier van het controleorgaan
 - de melding dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger tegen de beslissing van de zorgkas een bezwaarschrift kan indienen bij het Vlaams Zorgfonds en een beschrijving van alle modaliteiten met betrekking tot het indienen van een bezwaarschrift en de te volgen procedure.
134. De beslissing ten gevolge van de controle op de tenlasteneming heeft uitwerking met ingang van de eerste dag van de maand die volgt op de datum van beslissing.
135. Wanneer een gebruiker twee maal zonder voorafgaande verwittiging niet voor een controle beschikbaar is of twee maal zijn medewerking aan een controle weigert, dan zet de zorgkas de beslissing stop. De stopzetting van de beslissing omwille van onbeschikbaarheid of weigering van medewerking aan een controle gaat in op de eerste dag van de maand na de datum van de eerste controle.

HOOFDSTUK XIV. — *Uitvoering van de tenlasteneming*

Afdeling I. Financiële regeling : algemeen

136. Het uitvoeren van de tenlastenemingen gaat in op de eerste dag van de vierde maand na de aanvraag. Een eventuele opschorting van de tenlastenemingen (zie hoofdstuk IV) gaat ook in vanaf de eerste dag van de vierde maand na de aanvraag.
137. De tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg bedraagt per maand :
- * 95 euro voor het jaar 2006;
 - * 105 euro voor het jaar 2007;
 - * 115 euro voor het jaar 2008;
 - * 125 euro vanaf het jaar 2009.
138. De tenlasteneming voor residentiële zorg bedraagt 125 euro.
139. Bij een gebruiker die in de loop van de maand sterft, wordt de tenlasteneming voor de maand in kwestie nog uitgevoerd.

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

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

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

141. De zorgkas betaalt het bedrag voor mantel- en thuiszorg aan de gebruiker in contanten aan de gebruiker of via overschrijving op het rekeningnummer van de gebruiker uit.
142. De tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg wordt slechts uitgevoerd als de gebruiker in dezelfde maand op één van de volgende door de Vlaamse regering erkende of met een erkenning gelijkgestelde voorzieningen een beroep doet of erin verblijft :
- * een dienst voor gezinszorg
 - * een lokaal of regionaal dienstencentrum
 - * een centrum voor kortverblijf
 - * een dagverzorgingscentrum
 - * een dienst voor oppashulp
 - * een serviceflat
 - * een dienst voor gezinszorg of O.C.M.W. die in het kader van de zorgverzekering erkende of met erkenning gelijkgestelde schoonmaakhulp biedt.

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

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

De factuur bevat de volgende vermeldingen :

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

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

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

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

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

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

148. De residentiële voorziening meldt dit voor de vijfde dag van de maand na deze waarin de toestand van de gebruiker gewijzigd is. De zorgkas zet vervolgens de beslissing stop.

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

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

HOOFDSTUK XV. — *Terugvordering van onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen*

Afdeling I. — Terugvordering

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

- * zij compenseert de bedragen op tenlastenemingen die zij in de volgende maanden voor de gebruiker zal uitvoeren

- * zij vordert de bedragen van de gebruiker terug

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

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

- * het bedrag dat gecompenseerd of teruggevorderd wordt

- * de reden of redenen waarom het bedrag gecompenseerd of teruggevorderd wordt

- * de wijze waarop het bedrag gecompenseerd of teruggevorderd zal worden met, in voorkomend geval, het afbetalingsplan

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

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

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

Afdeling II. — Vrijstelling van terugvordering

157. De zorgkas compenseert op eigen middelen de onrechtmatig uitbetaalde tenlastenemingen die zij niet meer kan terugvorderen.

158. Vanaf 1 januari 2005 kunnen de zorgkassen uitzonderlijk door het Vlaams Zorgfonds vrijgesteld worden van de onrechtmatig uitgevoerde en niet terugvorderbare tenlastenemingen met betrekking tot de eerste maand na het overlijden van een zorgbehoevende met een tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg. Deze niet terugvorderbare tenlastenemingen zullen terugbetaald worden indien aan de volgende voorwaarden is voldaan :

- * de zorgkas verstuurt een gewone brief naar de zorgbehoevende (of diens vertegenwoordiger of diens erfgenamen) met de vraag tot terugbetaling van het onrechtmatig ontvangen bedrag aan tenlastenemingen;

- * de tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg wordt uitgevoerd na de 20e dag van de maand en de tenlasteneming voor residentiële zorg na de laatste dag van de maand.

- * in minimum 90 % van de overlijdens bij dossiers mantel- en thuiszorg heeft de zorgkas de tenlasteneming tijdig en correct stopgezet of het onrechtmatig uitbetaald bedrag aan tenlastenemingen na terugvordering alsnog kunnen innen;

159. De zorgkas vraagt de vrijstelling van terugvordering aan bij het Vlaams Zorgfonds.

160. De zorgkas doet de aanvraag tot vrijstelling 1 maal per jaar, met name uiterlijk 15 mei van het volgende jaar. De zorgkas geeft hierbij de volgende informatie op :

- * het aantal overlijdens bij dossiers mantel- en thuiszorg in het jaar in kwestie;

- * het aantal overlijdens waarbij de tenlastenemingen tijdig en correct stopgezet zijn of waarbij de tenlastenemingen voor de eerste maand na het overlijden alsnog geïnd zijn kunnen worden na terugvordering;

- * het aantal overlijdens waarbij de tenlastenemingen voor de eerste maand na het overlijden na terugvordering niet konden geïnd worden.

161. Het Vlaams Zorgfonds zal op basis van deze gegevens de vrijstelling van terugvordering verlenen en het bedrag aan de zorgkassen storten tegen uiterlijk 15 juli van het daaropvolgende jaar.

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

HOOFDSTUK XVI. — *Cumulatie van de tenlasteneming met uitkeringen krachtens andere bepalingen**Afdeling I. — Mantel- en thuiszorg en persoonlijk assistentiebudget (PAB)*

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

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

- * rijksregisternummer
- * naam en adres gehandicapte
- * startdatum PAB

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

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

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

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

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

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

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

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

171. De persoon vraagt bij de residentiële voorziening een attest dat bewijst dat de persoon 21 dagen of meer afwezig is. Het attest moet minstens volgende gegevens bevatten :

- * naam, adres, geboortedatum en rijksregisternummer van de gebruiker
- * naam van de instantie die het attest heeft afgeleverd
- * naam van de residentiële voorziening waar de gebruiker verblijft
- * periode van afwezigheid uit de residentiële voorziening

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

HOOFDSTUK XVII. — *Bezwaar bij het Vlaams Zorgfonds*

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

- * de beslissing inzake de aanvraag tot tenlasteneming waarbij de zorgkas beslist dat de gebruiker niet aan de formele voorwaarden om voor tenlasteneming in aanmerking te komen, voldoet
- * de beslissing over de tenlasteneming, al of niet na bijkomend onderzoek
- * de beslissing over de herziening van de tenlasteneming
- * de beslissing over de verlenging van een tenlasteneming
- * de beslissing over een stopzetting van de tenlasteneming
- * de beslissing ten gevolge van de controle op de tenlasteneming
- * de beslissing tot schorsing van de tenlastenemingen ten gevolge van door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger bewust achtergehouden informatie of bewust onjuist of onvolledig verstrekte informatie

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

- * inzake de beslissing inzake de aanvraag tot tenlasteneming bevat het bezwaarschrift :
 - het aanvraagformulier voor de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering
 - de beslissing van de zorgkas inzake de aanvraag tot tenlasteneming
 - een betwisting met argumentatie van de door de zorgkas vermelde reden of redenen waarom de gebruiker niet aan de formele voorwaarden voldoet.
- * Inzake de beslissing over de tenlasteneming
 - het aanvraagformulier voor de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering
 - in voorkomend geval, het formulier «bijkomend onderzoek of controle»
 - de beslissing over de tenlasteneming
 - een betwisting met argumentatie van de door de zorgkas vermelde reden of redenen waarom de gebruiker niet in aanmerking komt voor tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering

- * inzake de beslissing over de herziening van de tenlasteneming :
 - het aanvraagformulier voor de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering
 - in voorkomend geval, het formulier «bijkomend onderzoek of controle»
 - de beslissing over de tenlasteneming
 - in voorkomend geval, de gedagtekende en ondertekende toevoeging bij de oorspronkelijke aanvraag
 - het herzieningsformulier
 - in voorkomend geval, het formulier «bijkomend onderzoek of controle» dat de neerslag bevat van het bijkomend onderzoek betreffende de herziening
 - de beslissing over de herziening van de tenlasteneming
 - een betwisting met argumentatie van de door de zorgkas vermelde reden of redenen waarom de gebruiker bij de herziening van de beslissing tot tenlasteneming niet langer in aanmerking komt.
 - * inzake de beslissing over de verlenging van de tenlasteneming :
 - het formulier vaststelling van het langdurig, ernstig verminderd zelfzorgvermogen' of het attest van de beslissing tot verlenging
 - in voorkomend geval, het formulier vaststelling van het langdurig, ernstig verminderd zelfzorgvermogen' van de voorgaande beslissing
 - in voorkomend geval, het formulier «bijkomend onderzoek of controle»
 - de beslissing over de verlenging van de tenlasteneming
 - een betwisting met argumentatie van de door de zorgkas vermelde reden of redenen waarom de gebruiker bij de herziening van de beslissing tot tenlasteneming niet langer in aanmerking komt.
 - * inzake de beslissing over de stopzetting van de tenlasteneming :
 - de laatste beslissing over de tenlasteneming vóór de beslissing tot stopzetting
 - in voorkomend geval, het formulier vaststelling van het langdurig, ernstig verminderd zelfzorgvermogen' of het attest dat geleid heeft tot de beslissing tot stopzetting
 - in voorkomend geval, het formulier «bijkomend onderzoek of controle» die geleid heeft tot de beslissing tot stopzetting
 - de beslissing tot stopzetting van de tenlasteneming
 - een betwisting met argumentatie van de door de zorgkas vermelde reden of redenen waarom de beslissing stopgezet is
 - * Inzake de beslissing ten gevolge van de controle van de tenlasteneming
 - het aanvraagformulier voor de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering
 - in voorkomend geval, het formulier vaststelling van het langdurig, ernstig verminderd zelfzorgvermogen' van de voorgaande beslissing
 - in voorkomend geval, het formulier «bijkomend onderzoek of controle»
 - de beslissing over de tenlasteneming
 - de beslissing ten gevolge van de controle over de tenlasteneming
 - een betwisting met argumentatie van de door de zorgkas vermelde reden of redenen waarom de gebruiker na controle van de beslissing tot tenlasteneming niet langer in aanmerking komt
 - * Inzake de beslissing tot de schorsing van de tenlastenemingen ten gevolge van door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger bewust achtergehouden informatie of bewust onjuist of onvolledig verstrekte informatie
 - de beslissing over de tenlasteneming
 - de laatste beslissing (ten gevolge van controle of herziening)
 - in voorkomend geval, de laatste beslissing over de verandering van zorgvorm
 - de beslissing tot de schorsing van de tenlastenemingen
 - een betwisting met argumentatie van de door de zorgkas vermelde reden of redenen waarom de gebruiker na controle van de beslissing tot tenlasteneming niet langer in aanmerking komt
175. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger moet het bezwaarschrift binnen de dertig dagen na de ontvangst van de beslissing van de zorgkas per aangetekende brief versturen aan het Zorgfonds of het bezwaarschrift binnen de dertig dagen tegen ontvangstbewijs aan het Zorgfonds afgeven. Als men wil gehoord worden, dan moet dit in het bezwaarschrift aangevraagd worden.
176. De zorgkas bezorgt op verzoek van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger binnen de vijf dagen na de ontvangst van het verzoek de stukken die nodig zijn opdat de betrokkenen een bezwaarschrift zouden kunnen indienen bij het Zorgfonds. Indien de zorgkas kan bewijzen dat hij de stukken reeds aan de betrokkenen bezorgd heeft, dan mag de zorgkas hiervoor kosten aanrekenen.
177. Het secretariaat van de kamer van de bezwaarcommissie bij het Vlaams Zorgfonds deelt binnen de vijftien dagen na ontvangst van een ontvankelijk bezwaarschrift de zorgkas schriftelijk mee dat een ontvankelijk bezwaar werd ingediend. De mededeling bevat minstens de volgende informatie :
- * de beslissing van de zorgkas waartegen het bezwaarschrift werd ingediend
 - * de door de gebruiker, zijn vertegenwoordiger geformuleerde betwisting met argumentatie van de door de zorgkas aangehaalde redenen tot de beslissing
 - * de melding dat de zorgkas het recht heeft om gehoord te worden
178. Het secretariaat van de kamer deelt ook binnen de vijftien dagen na ontvangst van een bezwaarschrift de gebruiker of zijn vertegenwoordiger mee of het bezwaar ontvankelijk is verklaard.
- In geval het bezwaar ontvankelijk is, bevat de mededeling volgende informatie :
- * de melding dat het bezwaar ontvankelijk is
 - * de melding dat de bezwaarcommissie een gemotiveerd advies over het bezwaar moet geven en dat de leidend ambtenaar van het Zorgfonds een gemotiveerde beslissing moet nemen
179. In geval het bezwaar niet ontvankelijk is, bevat de mededeling volgende informatie :
- * de melding dat het bezwaar niet ontvankelijk is
 - * de melding van de reden(en) waarom het bezwaar niet ontvankelijk is

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

181. Als bij een bezwaar de kamer opdracht geeft om een indicatiestelling uit te voeren, wordt deze indicatiestelling door een andere gemachtigde indicatiesteller uitgevoerd dan deze die de indicatiestelling heeft uitgevoerd waarop de beslissing is gebaseerd waartegen het bezwaar is ingediend.

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

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

HOOFDSTUK XVIII. — *Rechtzetting door de zorgkassen van foutieve beslissingen*

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

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

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

HOOFDSTUK XIX. — *Archivering*

187. De papieren aanvraagdossiers blijven onmiddellijk consulteerbaar tot 1 jaar na de verwijdering uit het B-bestand. In de praktijk betekent dit dat een dossier dat in 2005 wordt stopgezet tot 31 december 2006 beschikbaar moet blijven voor controle.

188. Als dossiers omwille van terugvordering of bijbetaling opnieuw in het B-bestand worden opgenomen, na eerder te zijn verwijderd, dan dienen deze dossiers opnieuw beschikbaar te zijn voor controle conform bovenstaand principe.

189. Na verloop van deze termijn mogen de aanvraagdossiers worden gearchiveerd.

190. De papieren aanvraagdossiers mogen worden vernietigd 3 jaar na verwijdering uit het B-bestand. In de praktijk betekent dit dat een dossier dat in de loop van 2005 werd stopgezet vanaf 1 januari 2009 mag worden vernietigd.

191. Als dossiers omwille van terugvordering of bijbetaling opnieuw in het B-bestand worden opgenomen moet de termijn van drie jaar opnieuw worden toegepast.

HOOFDSTUK XX. — *Gegevensinzameling*

Afdeling I. — Recordtype A : leden

Structuur

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

code zorgkas :

- 180 = CM-zorgkas
- 280 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen
- 380 = Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten
- 480 = Zorgkas van de liberale ziekenfondsen
- 580 = Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
- 680 = Vlaamse zorgkas
- 780 = Ethias Zorgkas
- 880 = Zorgkas DKV Belgium

Velden :

- a) rijksregisternummer (veldlengte 11, numeriek)
- b) geboortejaar (veldlengte 4, numeriek)
- c) code van gemeente (veldlengte 5, numeriek)
- d) datum aanvang aansluiting DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- e) datum betaling van de laatste ledenbijdrage DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- f) verwerkingsdatum van de aanvang van aansluiting DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

g) code van aansluiting (veldlengte 2, numeriek)

- 00 = aansluiting bij opstart zorgverzekering
- 10 = bereiken leeftijd
- 20 = indienen aanvraag tenlasteneming (jonger dan 26 jaar)
- 21 = goedgekeurde aanvraag tenlasteneming (jonger dan 26 jaar, is effectief lid van de zorgkas)
- 30 = komen wonen in Vlaanderen
- 40 = komen wonen in Brussel (en aansluiting binnen 6 maanden)
- 50 = vrijwillige aansluiting in Brussel (na meer dan 6 maanden)
- 7X = mutatie van andere zorgkas
 - 71 = CM-zorgkas
 - 72 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen
 - 73 = Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten
 - 74 = Zorgkas van de liberale ziekenfondsen
 - 75 = Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
 - 76 = Vlaamse zorgkas
 - 77 = Ethias Zorgkas
 - 78 = Zorgkas DKV Belgium
- 80 = ambtshalve aansluiting
- 85 = aansluiting van persoon die vrijgesteld was in het kader van de omzendbrieven beroepsactief buitenlands verzekerden, gepensioneerd buitenlands verzekerden, inkomende grensarbeiders en internationale verdragen en overeenkomsten
- 90 = onbekend

h) code regularisatie (EU-onderdaan) (veldlengte 2, numeriek)

- 00 = geen regularisatie
- 10 = Belgische nationaliteit
- 11 = andere nationaliteit

i) datum beëindiging aansluiting DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

j) verwerkingsdatum van de beëindiging van aansluiting DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

k) code van beëindiging aansluiting (veldlengte 4, numeriek)

- 0000 = geen beëindiging aansluiting
- 1010 = overlijden
- 1020 = einde van zorgbehoevendheid (jonger dan 26 jaar)
- 1030 = verlaten van Vlaanderen of Brussel
- 1050 = vrijwillige stopzetting in Brussel
- 1060 = schrapping van dubbele aansluiting
- 107X = mutatie naar andere zorgkas
 - 1071 = CM-zorgkas
 - 1072 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen
 - 1073 = Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten
 - 1074 = Zorgkas van de liberale ziekenfondsen
 - 1075 = Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
 - 1076 = Vlaamse zorgkas
 - 1077 = Ethias Zorgkas
 - 1078 = Zorgkas DKV Belgium
- 1080 = overige
- 1085 = einde aansluiting doordat betrokkene vrijgesteld is in het kader van de omzendbrieven beroepsactief buitenlands verzekerden, gepensioneerd buitenlands verzekerden, inkomende grensarbeiders en internationale verdragen en overeenkomsten
- 1090 = onbekend
- 6666 = lid wordt afgestaan aan een andere zorgkas

l) betaald bedrag tijdens het kalenderjaar (veldlengte 5, numeriek) (999,99 komma moet niet toegevoegd worden). Indien het betrokken lid in het betrokken kalenderjaar nog niet betaald heeft, dan wordt dit veld opgevuld met nullen.
m) verhoogde verzekeringstegemoetkoming (veldlengte 1, numeriek)

- 0 = voorlopig onbekend
1 = persoon geniet niet van verhoogde verzekeringstegemoetkoming
2 = persoon geniet van verhoogde verzekeringstegemoetkoming

n) aantal maanden schorsing en/of wachttijd (veldlengte 3, numeriek)
o) aantal maanden resterende schorsing en/of wachttijd (veldlengte 3, numeriek)

Frequentie en volume :

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

Jaarovergang :

De leden die hun aansluiting beëindigen of beëindigd hebben op 31/12/JJJJ-1 mogen niet meer opgenomen worden in het tekstbestand A voor het jaar JJJJ, behalve dan de uitgaande mutaties op JJJJ-1. De uitgaande mutaties worden heel het jaar opgenomen in het tekstbestand A.

Indien een aansluiting in het jaar JJJJ-1 (of JJJJ- n met $n > 1$) (*) niet werd beëindigd, hoewel dit eigenlijk wel had moeten gebeuren, dan moet betrokken record toch nog meegedeeld worden in het JJJJ met datum einde aansluiting 31/12/JJJJ-1 (of 31/12/JJJJ-n met $n > 1$).

Uitleg velden :

rijksregisternummer : rijksregisternummer van het betrokken lid

geboortejaar : geboortejaar van het betrokken lid

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

datum aanvang aansluiting : datum van de aansluiting van betrokken lid bij de betrokken zorgkas. De aansluitingsdatum is altijd van de vorm 01/01/JJJJ (met uitzondering voor 01/10/2001) met JJJJ het eerste jaar dat het betrokken lid aangesloten was bij de zorgkas.

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

verwerkingsdatum van de aanvang van aansluiting :

code aansluiting : het type aansluiting waarover het gaat

- 00 = aansluiting opstart zorgverzekering. Vanaf 2003 mag voor nieuwe aansluitingen deze code niet meer gebruikt worden.
10 = bereiken leeftijd. Het gaat hier om personen die in het lopend jaar 26 jaar worden en in Vlaanderen of in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wonen (zie ook code 30 en 40)
20 = deze code moet gebruikt worden wanneer een persoon jonger dan 26 jaar een aanvraag voor tenlasteneming indient.
21 = deze code moet gebruikt worden wanneer een persoon jonger dan 26 jaar een positieve beslissing voor tenlasteneming heeft.
30 = komen wonen in Vlaanderen. Het gaat hier om personen die in het lopend jaar 26 jaar worden of zijn en in Vlaanderen komen wonen.
40 = komen wonen in Brussel. Het gaat hier om personen die in het lopend jaar 26 jaar worden of zijn en in Brussel komen wonen.
50 = vrijwillige aansluiting in Brussel
7x = inkomende mutatie van zorgkas x
80 = aansluiting bij een van de 8 zorgkassen, door betaling van een eerste bijdrage bij desbetreffende zorgkas, van een persoon die voorheen ambtshalve aangesloten was bij de Vlaamse zorgkas (zonder ooit een bijdrage betaald te hebben). Alle zorgkassen mogen dus deze code gebruiken.
85 = het gaat hier om personen die aangesloten worden voor het jaar JJJJ terwijl ze voor het jaar JJJJ-1 niet mochten aansluiten, dit in het kader van de omzendbrieven beroepsactief buitenlands verzekerden, gepensioneerd buitenlands verzekerden, inkomende grensarbeiders en internationale verdragen en overeenkomsten
90 = onbekend

code regularisatie : deze code slechts invullen indien het om een regularisatie gaat datum beëindiging aansluiting : is steeds van de vorm 31/12/jjjj (ook voor dubbele aansluitingen) ofwel wordt dit veld opgevuld door nullen (indien er geen beëindiging is).

verwerkingsdatum beëindiging aansluiting :

code van beëindiging aansluiting :

- 0000 = geen beëindiging aansluiting
1010 = overlijden
1020 = einde van de zorgbehoevendheid (code 21) of geweigerde aanvraag (code 20). Deze code kan alleen gebruikt worden indien betrokken lid nog geen 26 is.
1030 = verlaten van Vlaanderen of Brussel
1050 = vrijwillige stopzetting in Brussel
1060 = schrapping van dubbele aansluiting

- 107X = mutatie naar andere zorgkas
 1080 = overige
 1085 = beëindiging van de aansluiting doordat betrokken persoon vrijgesteld is in het kader van de omzendbrieven beroepsactief buitenlands verzekerden, gepensioneerd buitenlands verzekerden, inkomende grensarbeiders en internationale verdragen en overeenkomsten. De datum einde aansluiting valt op 31/12/JJJJ met JJJJ het laatste jaar waarop betrokkene niet vrijgesteld was in het kader van bovenstaande omzendbrieven. Enige uitzondering hierop vormt een aansluiting die vanaf het begin ongedaan moet worden gemaakt. Dan is de datum einde aansluiting 31/12/2001.
 1090 = onbekend
 6666 = lid wordt afgestaan aan een andere zorgkas

betaald bedrag tijdens kalenderjaar : in dit veld wordt het bedrag van de ledenbijdrage voor het kalenderjaar ingevuld. (*) Ledenbijdragen van voorgaande jaren die tijdens het betrokken kalenderjaar zijn betaald moeten eveneens meegedeeld worden

verhoogde verzekeringstegemoetkoming : geeft aan of betrokken lid een VT'er is of niet. Voor JJJJ is de toestand op 01/01/JJJJ-1 van belang.

aantal maanden schorsing en/of wachttijd : totaal aantal maanden opgelopen schorsing en / of wachttijd door betrokken persoon. (Vb. Indien iemand 12 maanden schorsing heeft dan staat in dit veld 012. Indien persoon geen schorsing heeft staat hier 000)

aantal maanden resterende schorsing en/of wachttijd : aantal maanden opgelopen schorsing en / of wachttijd waarvoor de tenlastenemingen van betrokken persoon nog niet werden opgeschort. (Vb. Indien iemand 12 maanden schorsing heeft en er 8 uitgezeten dan staat in dit veld 004. In het veld aantal maanden schorsing en/of wachttijd blijft het oorspronkelijk aantal maanden staan, dit wordt dus niet verrekend). Indien persoon geen schorsing heeft uitgezeten staat hier 000)

Afdeling II. — Recordtype B : tenlastenemingsdossiers

Structuur

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

code zorgkas :

- 180 = CM-zorgkas
 280 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen
 380 = Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten
 480 = Zorgkas van de liberale ziekenfondsen
 580 = Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
 680 = Vlaamse zorgkas
 780 = Ethias Zorgkas
 880 = Zorgkas DKV Belgium

Velden :

- a) Rijksregisternummer (veldlengte 11, numeriek)
 b) Geboortjaar (veldlengte 4, numeriek)
 c) NIS-code van fusiegemeente (veldlengte 5, numeriek)
 d) Code decentraal punt van de zorgkas (veldlengte 3, numeriek)
 e) Code aanvraag, herziening of verlenging (veldlengte 1, numeriek)

- 0 = aanvraag
 1 = herziening of verlenging

f) datum van de aanvraag, datum waarop tenlastenemingen na herziening of verlenging effectief starten DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

g) code indicatiesteller of attest bij aanvraag, herziening of verlenging (veldlengte 6, numeriek)

- 207001 = diensten voor gezinszorg
 201001 = ocmw's
 213001 = centra voor maatschappelijk welzijn
 207003 = lokale dienstencentra
 233999 = controleorgaan
 900210 = Katz-schaal thuisverpleging
 900220 = evaluatieschaal tegemoetkoming in verzorgingsinrichting, bewijs van opname in rusthuis of RVT
 900230 = bewijs van opname in psychiatrisch verzorgingstehuis
 900240 = BEL-profielschaal in de gezinszorg
 900280 = medisch-sociale schaal voor integratietegemoetkoming, tegemoetkoming hulp aan bejaarden, tegemoetkoming hulp van derden
 900290 = bijkomende kinderbijslag uit hoofde van het kind

h) resultaat van de indicatiestelling bij aanvraag, herziening of verlenging (veldlengte 2, numeriek, veld = 99 indien het gaat om een attest)

i) code bijkomend onderzoek (veldlengte 1, numeriek)

0 = geen bijkomend onderzoek

1 = bijkomend onderzoek

j) datum van indicatiestelling bijkomend onderzoek DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

k) resultaat van de indicatiestelling bij bijkomend onderzoek (veldlengte 2, numeriek, indien geen bijkomend onderzoek is veld 99)

l) code beslissing (veldlengte 1, numeriek)

0 = nog geen beslissing

1 = goedgekeurd

2 = goedgekeurd doch beperkt door cumul (o.a. Vlaams Fonds)

5 = geweigerd

m) datum van de beslissing DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

n) datum laatste wijziging zorgvorm DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

o) code zorgvorm (veldlengte 1, numeriek)

0 = geen positieve beslissing na aanvraag, herziening of verlenging

4 = residentiële zorg

5 = mantel- en thuiszorg

p) code beslissing na controle (veldlengte 1, numeriek)

0 = geen controle of nog geen beslissing na controle

1 = verderzetting

3 = stopzetting

q) resultaat van de indicatiestelling bij controle (veldlengte 2, numeriek, indien geen controle is veld = 99)

r) datum van de beslissing na controle DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

s) einddatum voor uitvoering tenlastenemingen DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

t) code positief of negatief saldo

0 = positief saldo

1 = negatief saldo

u) saldo van de bedragen die werden uitbetaald of teruggevorderd tijdens het betrokken kalenderjaar (eventueel 0 euro) (veldlengte 6, numeriek) (9999,99 komma moet niet toegevoegd worden)

v) parameter 0 (veldlengte 6, numeriek)

w) parameter 1 (veldlengte 8, numeriek)

x) parameter 2 (veldlengte 8, numeriek)

y) parameter 3 (veldlengte 8, numeriek)

z) parameter 4 (veldlengte 8, numeriek)

Frequentie en volume :

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

Jaarovergang :

In het bestand tenlastenemingen van het jaar JJJJ worden de volgende records van het bestand van JJJJ - 1 overgenomen :

— de lopende dossiers (goedgekeurde dossiers waarvan de einddatum tenlasteneming valt na 31/12/JJJJ-1)

— de ingediende dossiers waarvoor op 31/12/JJJJ nog geen beslissing werd genomen

— niet-lopende dossiers waarvoor in JJJJ een bedrag uitbetaald of teruggevorderd wordt

Al deze records blijven dan minstens tot het einde van het jaar JJJJ in het tekstbestand B staan. Immers, eenmaal meegedeeld blijft een record tot het einde van het jaar in het B-bestand staan.

Uitleg velden :

a) rijksregisternummer :

b) geboortejaar :

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

d) Code decentraal punt van de zorgkas : de afdeling waar desbetreffend dossier fysisch geconsulteerd kan worden.

e) Code aanvraag, herziening of verlenging : in dit veld wordt aangegeven of het hier een aanvraag, een herziening of een verlenging betreft. Dit veld werd ingevoerd aangezien een herziening en een verlenging een nieuw record wordt. Voor vroegere records mag de oude code 2 blijven staan

f) datum van de aanvraag, datum waarop tenlastenemingen na herziening of verlenging effectief starten : datum waarop de aanvraag aangevraagd wordt. Deze datum wordt bij herziening of verlenging (dus niet bij aanvraag) de datum waarop de tenlastenemingen op basis van de herziening of verlengingsprocedure effectief starten. Het is dus steeds een datum van de vorm 01/mm/jjjj. Records van vroeger dienen aangepast te worden zodat deze ook de correcte datum weergeven.

g) code indicatiesteller of attest bij aanvraag, herziening of verlenging :

de code 233999 dient voor herindicaties van het controleorgaan bij een nieuwe aanvraag van een gebruiker die door het controleorgaan afgescoord is.

h) resultaat van de indicatiestelling bij aanvraag, herziening of verlenging : hier moet de score ingevuld worden van de zorgbehoevende bij de indicatiestelling. Indien er geen indicatiestelling heeft plaatsgevonden (er wordt met een attest gewerkt) dan moet dit veld opgevuld worden door «99» in te vullen, en niet 00. Er worden hier dus "opvulnegens" i.p.v. opvulnullen gebruikt. De score mag ingevuld worden op het ogenblik dat de zorgkas kennis neemt van het resultaat van de indicatiestelling, dus vooraleer de eigenlijke beslissing genomen werd.

i) code bijkomend onderzoek : hier wordt aangegeven of er een bijkomend onderzoek plaats heeft gehad of niet.

j) datum indicatiestelling bij bijkomend onderzoek : datum waarop het bijkomend onderzoek (dus eigenlijk de bijkomende indicatiestelling) heeft plaatsgehadt

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

l) Code beslissing : gelieve te noteren dat er geen onderscheid meer gemaakt moet worden tussen een dossier dat geweigerd is voor formele redenen (vroegere code 4) en dossiers geweigerd voor overige redenen. Aan de zorgkassen wordt gevraagd om code 5 te gebruiken. Vroegere beslissingen hoeven echter niet aangepast te worden.

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

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

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

p) code beslissing na controle :

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

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

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

t) code positief of negatief saldo : met dit veld kunnen wij bepalen of het veld «saldo van de bedragen uitbetaald of teruggevorderd tijdens het betrokken kalenderjaar » een positief of negatief bedrag is.

u) saldo van de bedragen die werden uitbetaald of teruggevorderd tijdens het betrokken kalenderjaar

Dit veld bevat per dossier voor tenlastenemingen het saldo van

— enerzijds alle uitbetalingen voor tenlastenemingen die de zorgkas van 01/01/JJJJ tot en met 15/01/JJJJ +1 heeft uitbetaald met betrekking tot het jaar JJJJ (en eventueel rechtzettingen van voorgaande jaren, let wel, het is niet de bedoeling om bijvoorbeeld uitbetalingen residentiële zorg voor december JJJJ - 1 die uitbetaald worden tussen 01/01/JJJJ en 15/01/JJJJ op te nemen in dit veld. Deze bedragen moeten reeds opgenomen zijn in het bestand JJJJ - 1)

— en anderzijds de terugvorderingen die de zorgkas moet uitvoeren (van het jaar JJJJ of van voorgaande jaren) en die vastgesteld zijn tussen 01/01/JJJJ en 15/01/JJJJ+1.

Terugvorderingen die vastgesteld zijn moeten onmiddellijk worden opgenomen. Dit betekent concreet dat er niet gewacht mag worden op de effectieve inning van deze terugvorderingen om tot verwerking hiervan in de bestanden met tenlastenemingen over te gaan.

Om de continuïteit in de verwerking van de trimestriële gegevens te garanderen wordt gevraagd dat de zorgkassen alle uitbetalingen en terugvorderingen tot 15 dagen na het einde van het kwartaal (dus betalingen en terugvorderingen tot 15 april, 15 juli, 15 oktober en 15 januari) zouden opnemen voor zover deze uitbetalingen en terugvorderingen betrekking hebben op het afgesloten kwartaal of op hieraan voorafgaande kwartalen.

v) parameter 0 : dit veld mag opgevuld worden met nullen. Dit veld was vroeger het veld krediet maar aangezien het "krediet" niet meer meegedeeld hoeft te worden, is dit veld nu het veld "parameter 0" geworden.

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

Afdeling III. — Recordtype D : indicatiestellers en resultaten

Structuur

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

code zorgkas :

180 =	CM-zorgkas
280 =	Neutrale Zorgkas Vlaanderen
380 =	Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten
480 =	Zorgkas van de liberale ziekenfondsen
580 =	Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
680 =	Vlaamse zorgkas
780 =	Ethias Zorgkas
880 =	Zorgkas DKV Belgium

Velden :

- a) Rijksregisternummer (veldlengte 11, numeriek)
- b) Geboortejaar (veldlengte 4, numeriek)
- c) NIS-code van fusiegemeente (veldlengte 5, numeriek)
- d) Code decentraal punt van de zorgkas (veldlengte 3, numeriek)
- e) GKB-nummer indicatiesteller (veldlengte 8, numeriek)
- f) code indicatiesteller (veldlengte 6, numeriek)

207001 = diensten voor gezinszorg
 201001 = ocmw's
 213001 = centra voor maatschappelijk welzijn
 207003 = lokale dienstencentra

g) datum van de aanvraag, datum waarop tenlastenemingen na herziening of verlenging effectief starten DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

h) datum van de indicatiestelling DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

i) resultaat van de indicatiestelling (veldlengte 2, numeriek)

j) datum van de uitbetaling van de indicatiesteller DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

k) datum van de terugvordering van de indicatiesteller DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

Frequentie en volume :

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

Jaarovergang :

Naast de indicatiestellingen uitgevoerd in het jaar []] bevat dit bestand alle indicatiestellingen uitgevoerd in het jaar []]-1.

Uitleg velden :

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

Afdeling IV. — Recordtype M : Mantelzorgers

Structuur

header : jaar en maand, zorgkas, type M (YYYYMMXXXM)

code zorgkas :

180 = CM-zorgkas
 280 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen
 380 = Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten
 480 = Zorgkas van de liberale ziekenfondsen
 580 = Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
 680 = Vlaamse zorgkas
 780 = Ethias Zorgkas
 880 = Zorgkas DKV Belgium

Velden :

- a) Rijksregisternummer van de zorgbehoevende (veldlengte 11, numeriek)
- b) Rijksregisternummer van de mantelzorger (veldlengte 11, numeriek)
- c) Relatie zorgbehoevende — mantelzorger (veldlengte 2, numeriek)

00 : onbekend
 01 : echtgeno(o)t(e)
 02 : partner
 03 : (schoon)moeder

- 04 : (schoon)vader
 05 : (schoon)zus
 06 : (schoon)broer
 07 : (schoon)dochter
 08 : (schoon)zoon
 09 : buur
 10 : andere

Frequentie en volume :

De databankgegevens dienen voor 15/2 van het jaar JJJJ+1 aan het zorgfonds bezorgd te worden. Het behelst hier steeds de toestand op 31/12/JJJJ.

Indien er meerdere mantelzorgers voor 1 zorgbehoevende zijn, dan dient er per mantelzorger één record aangemaakt te worden. Een persoon kan ook mantelzorger zijn van meerdere zorgbehoevenden. Per relatie zorgbehoevende — mantelzorger moet er een record aangemaakt worden.

Uitleg velden :

a) rijksregisternummer van de zorgbehoevende : het gaat hier om een persoon die een lopend dossier heeft op 31/12/JJJJ voor mantel – en thuiszorg en waarvoor een mantelzorger werd geregistreerd.

b) rijksregisternummer van de mantelzorger : persoon die als mantelzorger werd geregistreerd voor betrokken zorgbehoevende

c) relatie zorgbehoevende – mantelzorger : indien de relatie ongekend is, moet code «00» ingevuld worden. Code 10 mag slechts gebruikt worden voor een gekende relatie die niet onder de categorieën «01» t.e.m. «09» valt.

HOOFDSTUK XXI. — *Slotbepalingen*

192. Gezien om gevoegd te worden bij het ministerieel besluit van 6 januari 2006 houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering.

Brussel, 6 januari 2006.

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
 I. VERVOTTE

TRADUCTION

MINISTÈRE DE LA COMMUNAUTE FLAMANDE

F. 2006 — 1350

[C – 2006/35448]

6 JANVIER 2006. — Arrêté ministériel portant approbation du manuel de l'assurance soins

La Ministre flamande du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,

Vu le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, modifié par les décrets des 22 décembre 1999, 8 décembre 2000, 18 mai 2001, 20 décembre 2002, 30 avril 2004, 24 juillet 2005 et 25 novembre 2005;

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

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 septembre 2001 concernant l'agrément, l'enregistrement, le mandat, l'affiliation, la demande et la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins, tel que modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 14 décembre 2001, 25 octobre 2002, 13 décembre 2002, 9 mai 2003, 14 novembre 2003, 2 avril 2004, 22 octobre 2004, 11 mars 2005 et 2 décembre 2005;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 27 juillet 2004 fixant les attributions des membres du Gouvernement flamand;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 2 décembre 2005 établissant les conditions de la fixation, du paiement et du recouvrement des subventions allouées aux caisses d'assurance soins dans le cadre de l'assurance soins pour l'année 2006;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 5 janvier 2006;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1^{er}, remplacé par la loi du 4 juillet 1989 et modifié par la loi du 4 août 1996;

Vu l'urgence;

Considérant que l'assurance soins flamande démarre le 1^{er} janvier 2006 suivant les procédures adaptées, qu'il y a lieu de mettre en oeuvre sans tarder les dispositions des arrêtés en la matière, et de garantir la sécurité juridique des caisses d'assurance soins concernées et des citoyens dans le cadre de l'assurance soins,

Arrête :

Article 1^{er}. Le manuel de l'assurance soins, joint en annexe au présent arrêté, est approuvé.

Art. 2. L'arrêté ministériel du 1^{er} août 2005 portant approbation du manuel de l'assurance soins est abrogé.

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2006, à l'exception du chapitre V, section I de l'annexe au présent arrêté, qui entre en vigueur le 25 novembre 2005.

Bruxelles, le 6 janvier 2006.

La Ministre flamande du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,
 I. VERVOTTE

Manuel Assurance soins

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

Sommaire***PARTIE ^{re}I. Définition plus précise des acteurs*****Chapitre I^{er}. Représentant**

Section I^{re}. Représentant sans procuration.

Section II. Représentant avec procuration

PARTIE II. Description des processus**Chapitre I^{er}. Montant des cotisations****Chapitre II. Paiement de la cotisation annuelle due par les affiliés****Chapitre III. Affiliation à une caisse d'assurance soins**

Section I^{re}. Affiliation à une caisse d'assurance soins au choix

Section II. Affiliation d'office

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

Section IV. Cessation de l'affiliation

Chapitre IV. Sanctions en cas de non affiliation et non paiement**Chapitre V. Changement de caisse d'assurance soins**

Section I^{re}. Changement de caisse d'assurance soins

Chapitre VI. Demande de prise en charge et décision concernant les conditions formelles

Section I^{re}. Les usagers qui ont plus de 25 ans

Section II. Usagers (de moins de 25 ans) qui ne peuvent pas encore s'affilier à une caisse d'assurance soins par le paiement d'une cotisation

Chapitre VII. Fixation de l'autonomie réduite grave et de longue durée lors de la demande de prise en charge

Section I^{re}. L'utilisateur ou son représentant demande un certificat de séjour

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

Section III. L'utilisateur ou son représentant n'a pas de certificat

Chapitre VIII. Indemnité pour la réalisation de l'indication**Chapitre IX. Décision de prise en charge****Chapitre X. Durée de validité d'une décision****Chapitre XI. Modification de la forme de soins****Chapitre XII. Décision de révision, prolongation ou arrêt d'une décision positive (initiale)**

Section I^{re}. Révision à la demande de l'utilisateur ou de son représentant

Section II. Prolongation d'une décision positive

Section III. Arrêt d'une décision positive

Chapitre XIII. Contrôle sur la prise en charge**Chapitre XIV. Exécution de la prise en charge**

Section I^{re}. Règlement financier : généralités

Section II. Règlement financier relatif aux soins de proximité et soins à domicile pour des usagers habitant en Flandre

Section III. Règlement financier relatif aux soins de proximité et soins à domicile pour des usagers habitant Bruxelles

Section IV. Règlement financier relatif aux services fournis par des structures professionnelles, résidentielles

Chapitre XV. Recouvrement de prises en charge indûment accordées

Section I^{re}. Recouvrement

Section II. Exonération de la recouvrement

Chapitre XVI. Cumul de la prise en charge avec des allocations en vertu d'autres dispositions

Section I^{re}. Soins de proximité et soins à domicile et budget d'assistance personnelle (BAP)

Section II. Soins de proximité et soins à domicile et le séjour dans une structure résidentielle agréée par le Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap (Fonds flamand pour l'Intégration sociale de Personnes handicapées)

Chapitre XVII. Recours auprès du Vlaams Zorgfonds**Chapitre XVIII. Rectification par les caisses d'assurance soins de décision erronées****Chapitre XIX. Archives****Chapitre XX. Collecte des données**

Section I^{re}. Type de record A : affiliés

Section II. Type de record B : dossiers de prise en charge

Section III. Type de record D : indicateurs et résultats

Section IV. Type de record M : Intervenants de proximité

Chapitre XXI. Dispositions finales

PARTIE I^{re}. — Définition plus précise des acteurs**CHAPITRE I^{er}. — Représentant**

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

Section I^{re}. — Représentant sans procuration.

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

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

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

* un membre majeur de la famille de l'usager. Dans ce cas, une attestation de composition familiale des intéressés suffit à titre de preuve. Cette attestation est délivrée par la commune;

* le représentant légal de l'usager, à savoir : l'une des personnes ci-dessous :

— l'un des parents ou, le cas échéant, le tuteur pour un mineur d'âge non émancipé. Il en va de même pour le mineur prolongé qui est assimilé au niveau de sa personne et de ses biens avec un mineur d'âge de moins de quinze ans;

— le tuteur, à savoir le cas échéant le conjoint pour un interdit;

— un administrateur provisoire peut être prévu pour un prévenu qui est interné et qui n'a pas été déclaré incapable ni sous tutelle, lorsque ses intérêts le requièrent. L'administrateur provisoire perçoit notamment les créances, règle les dettes et représente l'interné en droit en qualité de partie défenderesse et de partie demanderesse;

— un administrateur provisoire peut être ajouté par le juge de paix à un majeur qui n'est pas capable de gérer en tout ou en partie ses biens, fût-ce temporairement, en raison de son état de santé. A moins que l'inverse n'apparaisse de la décision judiciaire désignant l'administrateur provisoire, il représente la personne protégée dans tous ses actes juridiques et procédures relatifs à ses biens;

* le directeur de la maison de repos, de la maison de repos et de soins ou de la maison de soins psychiatriques où réside l'usager à condition d'avoir et de faire parvenir à la caisse d'assurance soins :

— un certificat médical dont il ressort que l'usager n'est pas en mesure de signer lui-même la demande de prise en charge

— une déclaration du directeur de la maison de repos, de la maison de repos et de soins ou de la maison de soins psychiatriques pour autant que pour l'usager concerné il n'y ait pas d'autres personnes connues susceptibles d'agir comme représentant sans procuration conformément aux catégories susvisées.

Section II. — Représentant avec procuration

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

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

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

PARTIE II. — Description des processus**CHAPITRE I^{er}. — Montant des cotisations**

Période :

* 1^{er} octobre 2001 jusqu'au 31 décembre 2002 : 10 euros

* A partir de l'année 2003 :

— 25 euros

— 10 euros pour les personnes qui ont droit le 1^{er} janvier de l'année précédente à une intervention majorée de la part de l'assurance soins médicaux

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

6. Ce chapitre traite du paiement dès affiliation.

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

8. La caisse d'assurance soins ou l'instance de création peut regrouper dans un seul document l'invitation au paiement de la cotisation pour l'assurance soins avec l'invitation de paiement pour d'autres produits (de la caisse d'assurance soins ou de ses instances de création). L'affilié recevra toutefois un avis distinct précisant le montant qui est réclamé de l'affilié pour l'assurance soins flamande. Cet avis précisera aussi la période pour laquelle la cotisation est demandée. Les deux documents peuvent évidemment être envoyés dans un seul mailing.

9. L'avis doit au moins comporter les informations suivantes :

— le montant qui est demandé dans le cadre de l'assurance soins et la période pour laquelle ce montant est demandé;

— la mesure de l'amende administrative et/ou de suspension de la prise en charge pendant quatre mois;

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

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

11. L'affilié paie sa cotisation annuelle due durant l'année en cours à sa caisse d'assurance soins. Les cotisations doivent se trouver sur le compte de la caisse d'assurance soins le 30 avril au plus tard.

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

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

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

Section I^{re}. — Affiliation à une caisse d'assurance soins au choix

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

15. Les instances de création des caisses d'assurance soins peuvent envoyer un mailing à leurs affiliés ou assurés leur signalant qu'ils peuvent s'affilier à une caisse d'assurance soins. Ce mailing peut être envoyé au nom de l'instance de création. Il y a d'une part l'avis relatif à l'assurance soins et d'autre part, l'invitation de paiement de la cotisation engendrant l'affiliation. Le mailing peut être accompagné de la promotion d'autres produits. L'avis et l'invitation de paiement (le bulletin de virement) doivent être diffusés sur des documents distincts.

16. L'avis doit comprendre au moins les informations suivantes :

* le montant qui est demandé dans le cadre de l'assurance soins et la période pour laquelle ce montant est demandé.

* toute personne habitant en Flandre et ayant plus de 25 ans, est tenue de s'affilier à l'une des huit caisses d'assurance soins agréées. Cela se fait par le paiement de la cotisation.

* la mesure de l'amende administrative et/ou de suspension de la prise en charge pendant quatre mois.

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

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

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

19. Pour ce qui concerne les personnes qui atteignent l'âge de 26 ans, les caisses d'assurance soins peuvent retenir le 30 avril tôt comme échéance pour le paiement de la cotisation moyennant mention qu'on sera sinon affilié d'office à partir du 1^{er} juillet à la Caisse flamande d'assurance soins. En aucun cas, la suspension de quatre mois peut être invoquée comme sanction possible.

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

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

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

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

* numéro auprès du registre national

* nom

* adresse

* date de naissance

* sexe

* nationalité

* date paiement première cotisation

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

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

Section II. — Affiliation d'office

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

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

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

Affiliation à partir du 1^{er} octobre 2001

* Les personnes qui habitent en Flandre et ont 26 ou plus en l'an 2002 et les personnes qui viennent habiter en Flandre avant le 1^{er} juillet 2002 et sont âgées de 26 ans ou plus en l'an 2002 :

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

* Les personnes qui sont venues habiter en Flandre entre le 1^{er} juillet 2002 et le 31 décembre 2002 et qui sont âgées de 26 ans ou plus en l'an 2002.

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

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

Affiliation à partir du 1^{er} janvier 2003

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

32. Le principe est que la personne — qui a payé sa cotisation — est affiliée à la caisse d'assurance soins qui a communiqué le premier dans les délais prévus au Vlaams Zorgfonds que l'intéressé est affilié auprès d'elle.

33. Lorsque les caisses d'assurance soins communiquent au même moment qu'une personne est affiliée auprès d'elles, l'intéressé est affilié auprès de la caisse d'assurance soins qui a été la première à recevoir la cotisation de l'affilié.

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

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

Section IV. — Cessation de l'affiliation

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

* l'affilié quitte la Flandre ou Bruxelles

* l'affilié vient à décéder

* l'affilié habitant à Bruxelles met volontairement fin à son affiliation

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

37. L'affilié ou son représentant notifie par courrier à la caisse d'assurance soins que l'affiliation prend fin.

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

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

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

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

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

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

Il est prévu une suspension et un délai d'attente. Si un usager se voit imposer tant une suspension qu'un délai d'attente, ces périodes seront cumulées. La caisse d'assurance soins enregistre la suspension et le délai d'attente lorsque la cotisation pour une année déterminée n'est pas payée, ou n'est pas payée intégralement ou n'est pas payée à temps.

1. suspension

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

2. délai d'attente

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

* Un individu ne peut pas introduire de demande de prise en charge, s'il n'est pas affilié auprès d'une caisse d'assurance soins par le paiement d'au moins une cotisation (cela ne s'applique évidemment pas aux personnes exemptes du paiement de cotisation).

* Un individu ne peut pas introduire de demande de prise en charge, s'il n'a pas payé toutes les cotisations des années précédentes.

* Un individu qui a payé toutes les cotisations des années précédentes peut introduire une demande, bien qu'il n'ait pas encore payé la cotisation pour l'année en cours.

* Le fait que la cotisation pour l'année en cours n'a pas encore été payée ne peut pas donner lieu à la suspension des prises en charge.

* Il est mis fin à la décision positive d'un individu le 31 décembre, s'il n'a pas payé sa cotisation pour l'année en cours. La caisse d'assurance soins peut compenser cette cotisation sur une prise en charge de l'année en cours, sans toutefois y être obligée.

CHAPITRE V. — *Changement de caisse d'assurance soins*

Section 1^{re}. — Changement de caisse d'assurance soins

40. Un changement de caisse d'assurance soins produit ses effets le 1^{er} janvier.

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

* Une personne change de caisse d'assurance soins en faisant parvenir à la nouvelle caisse d'assurance soins le formulaire de mutation si les conditions suivantes sont remplies :

— la personne n'a pas fait parvenir à une caisse d'assurance soins non mutualiste un formulaire de mutation signé au plus tard le 5 décembre de l'année précédant celle où il change de caisse d'assurance soins;

— la personne n'est pas affiliée à une caisse d'assurance soins non mutualiste.

Dans les autres cas, une personne change de caisse d'assurance soins en faisant parvenir à la nouvelle caisse d'assurance soins le formulaire de mutation signé au plus tard le 5 décembre de l'année précédant celle où il change de caisse d'assurance soins.

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

Nom	Longueur champ	Remarques
numéro auprès du registre national	11	
code_nouvelle_caisse d'assurance soins	3	

Ce fichier contient toutes les mutations demandées par le biais du formulaire de mutation de l'assurance soins et toutes les mutations à demander par des caisses d'assurance soins mutualistes sur la base de changement de mutualité.

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

Nom	Longueur champ	Remarques
numéro auprès du registre national	11	
Code_nouvelle_caisse d'assurance soins	3	
Code_ancienne_caisse d'assurance soins (selon Zorgfonds)	3	

Au plus tard le 10 décembre, le Vlaams Zorgfonds enverra aux cinq caisses d'assurance soins mutualistes un fichier des personnes qui changent d'une caisse d'assurance soins mutualiste à une caisse d'assurance soins non mutualiste.

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

Nom	Longueur champ	Remarques
numéro auprès du registre national	11	
Code_nouvelle_caisse d'assurance soins	3	
Code_ancienne_caisse d'assurance soins (selon Zorgfonds)	3	
section nouvelle caisse d'assurance soins	3	
numéro d'inscription_nouvelle_caisse d'assurance soins	15	facultatif
Nom	48	
Prénom	48	

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

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

affilié

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

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

Nom	Longueur champ	Remarques
numéro auprès du registre national	11	
code_nouvelle_caisse d'assurance soins	3	
code_ancienne_caisse d'assurance soins (selon Zorgfonds)	3	
section_nouvelle_caisse d'assurance soins	3	
numéro d'inscription_nouvelle_caisse d'assurance soins	15	Facultatif
Nom	48	
Prénom	48	
rue_domicile	32	
Numéro_domicile	9	
Boîte_domicile	5	
Code INS_domicile	5	
Code postal_domicile	5	
Commune_domicile	40	
rue_résidence	32	si idem que domicile' ce champ ne doit pas être rempli (blancs)
numéro_résidence	9	si idem que domicile' ce champ ne doit pas être rempli (blancs)
Boîte_résidence	5	si idem que domicile' ce champ ne doit pas être rempli (blancs)
Code INS_résidence	5	si idem que domicile' ce champ ne doit pas être rempli (blancs)
code postal_résidence	5	si idem que domicile' ce champ ne doit pas être rempli (blancs)
commune_résidence	40	si idem que domicile' ce champ ne doit pas être rempli (blancs)
date de naissance	8	DDMMYYYY
sexe	1	H F
nationalité	3	Code pays (KSZ)
refus/acceptation mutation	2	01 mutation acceptée – dossier clôturé 02 numéro auprès du registre national erroné ou blanc 03 demande tardive de mutation 04 législation MOB pas affilié auprès de l'assurance maladie obligatoire 05 demande mutation à la même date auprès de plusieurs caisses d'assurance soins 06 pas affilié chez nous, caisse d'assurance soins erronée 07 décédé entre-temps 08 absence signature 09 contestation signature 10 contre-signature par mutant 11 formulaire de mutation absent 12 d'office, jamais payé (Vlamse Zorgkas) 13 refus mutation auprès de l'assurance maladie obligatoire 14 ne peut pas s'affilier à l'assurance soins (Europe, non inscrit au registre national, etc.) 15 date demande manque au formulaire de mutation
code_ancienne_caisse d'assurance soins	3	
section_ancienne_caisse d'assurance soins	3	
numéro d'inscription_ancienne_caisse d'assurance soins	15	
suspension_délai d'attente	3	Nombre total de mois de suspension et/ou délai d'attente imposé
suspension_délai_d'attente	3	Nombre de mois de suspension et/ou de délai d'attente restant fin décembre
Bruxelles_date_début	8	DDMMYYYY, date début dernière affiliation ininterrompue
Bruxelles_nombre_années_délai d'attente	2	00, 01, 03, 05 ou 10 ans
dossier_nécessité de soins	1	O/N
total_cotisations_restant_dues	4	
années_pas payé	10 et progressif	020305 etc.

Conditions techniques des fichiers

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

personne nécessitant des soins

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

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

Les éléments suivants doivent pouvoir être déduits du dossier papier :

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

données d'identification représentant

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

données d'identification intervenant(s) de proximité

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

* Durant la période du 15 décembre au 15 janvier, la possibilité de contresignature est prévue pour les personnes qui ne changent pas de caisse d'assurance soins mutualiste vers une caisse d'assurance soins mutualiste, afin de garantir que la personne souhaite effectivement s'affilier à la nouvelle caisse d'assurance soins. Cela signifie concrètement que l'affiliation à la nouvelle caisse d'assurance soins n'aura pas lieu lorsque :

* La personne signe le formulaire de révocation attestant qu'elle souhaite rester auprès de l'ancienne caisse d'assurance soins;

* L'ancienne caisse d'assurance soins fait parvenir ce formulaire sous pli recommandé et au plus tard le 15 janvier (date de la poste) au siège principal de la nouvelle caisse d'assurance soins.

42. Lorsqu'une caisse d'assurance soins reçoit 2 ou formulaires de mutation ou plus pour la même personne, le mode de travail suivant sera utilisé :

* Si l'intéressé contresigne une fois, les deux formulaires de mutation (ou plus) sont nuls, à moins que cela n'implique que l'intéressé s'affilie à une caisse d'assurance soins à laquelle il ne peut s'affilier selon la réglementation MOB;

* Si l'intéressé ne contresigne pas, le premier formulaire de mutation est déterminant, à moins que cela n'implique que l'intéressé s'affilie à une caisse d'assurance soins à laquelle il ne peut s'affilier selon la réglementation MOB.

43. En ce cas, l'ancienne caisse d'assurance soins fera parvenir toutes les données déterminées dans le manuel à la première caisse d'assurance soins auprès de laquelle l'intéressé a introduit un formulaire de demande. La mutation vers la(les) dernière(s) caisse(s) d'assurance soins auprès de laquelle (lesquelles) l'intéressé a introduit un formulaire de demande sera refusée à l'aide du code « 05 » dans le champ « refus/acceptation mutation ».

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

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

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

46. Une personne change de caisse d'assurance soins après avoir suivi la procédure de mutation à la Vlaamse Zorgkas prévue à la section I, à condition :

— que, le 1^{er} janvier d'une année calendrier, cette personne ne peut plus rester membre d'une caisse d'assurance soins d'une mutuelle en raison du fait que l'affiliation de cette personne à la mutuelle est terminée;

— que cette personne n'a pas changé de caisse d'assurance soins le 1^{er} janvier d'une année calendrier.

47. La procédure suivante est d'application :

* L'ancienne caisse d'assurance soins fait parvenir, au plus tard le 30 juin, à la Vlaamse Zorgkas toutes les données imposées dans le cadre des mutations ordinaires.

* La Vlaamse Zorgkas inscrit l'intéressé comme mutation entrante avec effet rétroactif au 1^{er} janvier de l'année.

* La Vlaamse Zorgkas informe l'intéressé de son affiliation à la Vlaamse Zorgkas et des motifs qui y ont donné lieu.

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

Section 1^{re}. — Les usagers qui ont plus de 25 ans

Sous-section 1^{re}. — Généralités

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

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

50. Au moment de la demande de prise en charge, l'utilisateur doit répondre aux conditions formelles suivantes.

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

* habiter durant les 5 dernières années de manière ininterrompue en Flandre ou à Bruxelles ou avoir été socialement assuré de manière ininterrompue dans un Etat membre de l'Union européenne ou un Etat faisant partie de l'espace économique européen

* avoir payé la cotisation pour l'année en cours avant le 1^{er} avril ou avant l'introduction de la demande

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

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

Lorsque la personne séjourne effectivement dans une structure résidentielle qui a introduit une demande d'agrément auprès de la Communauté flamande, la caisse d'assurance soins peut accepter la demande de prise en charge. La caisse d'assurance soins peut en ce cas exécuter les prises en charge au plus tôt avec effet rétroactif à partir du moment où la structure dispose d'un agrément.

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

* L'habitant de Bruxelles qui s'affilie tardivement, est pendant un délai fixé par le Gouvernement, préalable à la date à laquelle il introduit sa demande de prise en charge, affilié de manière ininterrompue auprès d'une caisse d'assurance soins agréée ou avoir une assurance sociale de manière ininterrompue dans un Etat membre de l'Union européenne autre que la Belgique ou un Etat partie auprès de l'espace économique européen.

L'affiliation est tardive lorsque les intéressés :

* Soit ne s'affilient pas au plus tard le 31 décembre 2002, bien qu'ils aient en 2002 au moins 26 ans;

* Soit ne s'affilient pas dans les 6 mois durant l'année calendrier où ils atteignent l'âge de 26 ans

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

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

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

* habiter durant les 5 dernières années de manière ininterrompue en Flandre ou à Bruxelles; ou socialement assuré de manière ininterrompue dans un Etat membre de l'Union européenne ou un Etat partie auprès de l'espace économique européen;

* avoir payé la cotisation pour l'année en cours avant le 1^{er} avril ou avant l'introduction de la demande;

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

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

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

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

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

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

54. Il y a deux possibilités :

* soins de proximité et soins à domicile

* soins résidentiels

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

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

Section III. — Usagers (de moins de 25 ans) qui ne peuvent pas encore s'affilier à une caisse d'assurance soins par le paiement d'une cotisation

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

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

Exception :

* les usagers qui ont moins de 25 ans et qui habitent à Bruxelles, ne peuvent pas s'affilier tardivement. Ils ne doivent donc pas répondre à la condition d'être affilié, pendant un délai préalable à la date à laquelle ils introduisent leur demande de prise en charge, de manière ininterrompue à une caisse d'assurance soins agréée.

* les usagers qui ont moins de 5 ans et qui habitent depuis leur naissance en Flandre ou à Bruxelles, ou qui, depuis leur naissance, ont une assurance sociale dans un Etat membre de l'Union européenne ou un Etat qui fait partie de l'espace économique européen, ne doivent pas satisfaire à la condition d'avoir habité de manière ininterrompue en Flandre ou à Bruxelles pendant les 5 dernières années.

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

Section I^{re}. — L'utilisateur ou son représentant fait appel à un certificat de séjour

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

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

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

* nom, adresse, date de naissance et numéro auprès du registre national de l'usager

* nom de l'instance qui a délivré le certificat

* nom de la structure résidentielle où séjourne l'usager

* date d'admission dans la structure résidentielle

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

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

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

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

* au moins le score 35 sur l'échelle de profil BEL des soins familiaux;

* au moins le score B sur l'échelle de Katz dans les soins à domicile;

* au moins le score 15 sur l'échelle médico-sociale utilisée pour évaluer le degré d'autonomie en vue d'examiner le droit à une intervention d'intégration, à l'aide aux personnes âgées et à l'aide de tiers

* allocations familiales complémentaires sur la base de 66 % de handicap au moins et de 7 points au moins pour le degré d'autonomie de l'enfant

* allocations familiales complémentaires sur la base de 18 points au moins sur l'échelle médico-sociale (composée des piliers P1, P2 et P3).

* au moins le score C sur l'échelle d'évaluation à l'appui de la demande d'intervention dans une structure de soins

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

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

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

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

Service public fédéral Sécurité sociale

Direction des interventions pour personnes handicapées

Rue de la Vierge Noire 3C

1000 Bruxelles

69. Les certificats doivent comporter au moins les données suivantes :

* nom, adresse, date de naissance et numéro auprès du registre national de l'usager qui a fait l'objet d'une indication

* nom de l'instance qui a délivré le certificat

* nom de l'échelle qui sert de base pour le certificat

* le score (ou la catégorie) sur cette échelle

* la date d'enregistrement de cette échelle ou la date de prise d'effet de l'agrément dans le régime initial

* la durée de validité de cette indication

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

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

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

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

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

74. Si l'usager le souhaite, l'indication peut se faire à l'endroit où il séjourne. Cela peut se faire exceptionnellement dans un hôpital, à condition que la personne résidait à son domicile au moment de la demande.

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

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

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

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

acceptés par la caisse d'assurance soins : absence de longue durée, maladie, licenciement ou démission, ou une nouvelle fonction du membre du personnel qui a effectué la première indication. Le cas échéant, l'indicateur habilité communique par écrit le motif à la caisse d'assurance soins. Celle-ci verse la communication au dossier de la personne nécessitant des soins.

79. Exceptionnellement, en cas de déménagement de la personne nécessitant des soins en dehors du rayon d'action du premier indicateur habilité, on peut faire appel à un autre indicateur habilité. Le premier indicateur habilité informe la caisse d'assurance soins par écrit du déménagement de la personne nécessitant des soins en hors de son rayon d'action. La caisse d'assurance soins verse la communication au dossier de la personne nécessitant des soins.

80. La personne qui effectue l'indication ne peut pas être l'épouse ou l'époux, un partenaire cohabitant ou un parent du troisième degré au plus de l'usager.

EXCEPTIONS

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

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

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

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

* qu'il s'agisse d'une indication réalisée dans le cadre de l'assurance soins par un indicateur habilité à la demande de l'usager ou de son représentant (il s'agit donc des indications qui sont une deuxième possibilité outre les certificats)

* que la caisse d'assurance soins indemnise l'indicateur habilité

* qu'il ne s'agisse pas d'une indication qui a été réalisée par un service agréé de soins familiaux ou par un CPAS qui dispose d'un service agréé de soins familiaux, qui a dispensé des soins familiaux à l'usager indiqué dans les six mois de la réalisation de l'indication par cet établissement.

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

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

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

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

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

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

* la demande est établie sous la forme d'un état récapitulatif, mentionnant toutes les factures introduites au cours du mois écoulé par les indicateurs habilités;

* par facture, les données suivantes sont reprises dans l'état récapitulatif :

— le nom et le numéro GKB de l'indicateur habilité;

— la date de la facture;

— le nombre d'indications facturées par indicateur;

— le montant facturé par indicateur;

— le cas échéant : le nombre d'indications réclamées par indicateur;

— le cas échéant : le montant réclamé par indicateur;

— le cas échéant : la différence entre le montant facturé et le montant réclamé par indicateur;

* l'état récapitulatif mentionne le montant total pour lequel le remboursement est demandé. Ce montant total est la différence entre le total de tous les montants facturés et de tous les montants réclamés ou les notes de crédit.

* une copie est jointe à l'état récapitulatif avec toutes les factures et les éventuelles notes de crédit auxquelles il se rapporte.

* chaque caisse d'assurance soins ne peut introduire qu'un seul état récapitulatif par mois. Cependant, cet état récapitulatif peut être réparti en états partiels par section, mais ils ne font l'objet que d'un seul envoi au Vlaams Zorgfonds. Le cas échéant, les copies jointes des factures et des notes de crédit sont regroupées par état partiel.

* l'état récapitulatif doit être introduit au Vlaams Zorgfonds au plus tard le 15e jour du mois suivant le mois auquel il se rapporte.

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

CHAPITRE IX. — *Décision de prise en charge*

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

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

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

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

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

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

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

97. Lorsque l'utilisateur introduit une demande de prise en charge et démontre qu'il a introduit une demande visant l'obtention d'un certificat sur base d'allocations familiales complémentaires, la caisse d'assurance soins n'est pas obligée de prendre une décision dans les soixante jours. Cela peut être démontré au moyen d'une copie de la demande d'allocations familiales complémentaires.

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

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

— la mention que l'utilisateur ou son représentant peut introduire un recours contre la décision de la caisse d'assurance soins auprès du Vlaams Zorgfonds et une description de toutes les modalités relatives à l'introduction d'un recours et de la procédure à suivre.

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

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

CHAPITRE X. — *Durée de validité d'une décision*

100. La caisse d'assurance soins décide de la durée de la validité d'une décision positive sur la base de l'indication. Une décision positive d'une caisse d'assurance soins s'applique pour six mois au moins.

101. La durée de validité d'une décision positive de soins de proximité et soins à domicile est de trois ans maximum, à l'exception de la durée de validité d'une décision positive sur la base d'un certificat avec au minimum un score B pour les soins à domicile pour les usagers qui ont moins de 75 ans au moment de la prise d'effet de la décision.

102. La durée de validité de la décision positive sur la base d'un certificat avec au minimum un score B pour les soins à domicile pour les usagers qui ont moins de 75 ans au moment de la prise d'effet de la décision est calculée à partir du jour où la décision de prise en charge prend cours, est fixée comme suit :

- * six mois au maximum, lorsque la date finale du certificat tombe avant le septième mois de l'exécution des prises en charge;
- * au maximum jusqu'à la date finale du certificat, lorsque celle-ci se situe du sixième au douzième mois inclus de l'exécution des prises en charge;
- * un an au maximum, lorsque la date finale du certificat tombe après le douzième mois de l'exécution des prises en charge.

103. Une décision positive pour soins résidentiels est valable pour une durée indéterminée.

104. La durée de validité de la décision positive est calculée à partir du jour où la décision de prise en charge prend effet, c.à.d. :

- * en cas de demande de prise en charge : le premier jour du troisième mois suivant la demande
- * en cas de révision : le premier jour du mois suivant la demande de révision
- * en cas de prolongation : le premier jour du mois suivant la fin de la durée de validité de la décision antérieure
- * en cas de contrôle : le premier jour du mois suivant la décision sur la base du contrôle.

CHAPITRE XIII. — *Modification de la forme de soins*

105. Il y a modification de la forme de soins lorsqu'on passe des soins de proximité et à domicile à des soins professionnels résidentiels agréés ou assimilés à un agrément (et inversement) dans le cadre de l'assurance soins.

106. L'utilisateur ou son représentant est tenu de demander immédiatement toute modification dans le choix d'une forme de soins déterminée à la caisse d'assurance soins. Toute modification de la forme de soins en soins de proximité et à domicile se fait à l'aide d'un formulaire pour soins de proximité et à domicile. Une modification de la forme de soins en soins résidentiels se fait à l'aide d'un formulaire pour soins résidentiels.

107. La caisse d'assurance soins statue sur la demande de modification de la forme de soins. Elle communique sa décision par écrit à l'utilisateur ou à son représentant.

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

- * la mention que l'utilisateur peut bénéficier d'une modification de la forme de soins
- * la mention du moment auquel l'utilisateur a droit à une prise en charge par la nouvelle forme de soins
- * la mention de la forme de soins et du montant que l'utilisateur peut réclamer
- * la mention de la durée de validité de la décision
- * la mention que l'utilisateur ou son représentant peut introduire un recours contre la décision de la caisse d'assurance soins auprès du Vlaams Zorgfonds et une description de toutes les modalités relatives à l'introduction d'un recours et la procédure à suivre.

108. En cas de décision négative, cette communication comporte au minimum les informations suivantes :

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

109. En cas de modification des soins de proximité et à domicile en soins résidentiels, la prise en charge pour la nouvelle forme de soins produit ses effets, éventuellement avec effet rétroactif, le premier jour du premier mois complet où l'utilisateur séjourne dans une structure résidentielle agréée ou assimilé à un agrément.

110. En cas de modification des soins résidentiels en soins de proximité et à domicile, la prise en charge pour la nouvelle forme de soins prend effet, éventuellement avec effet rétroactif, le premier jour du mois suivant celui où l'utilisateur a quitté la structure résidentielle agréée ou assimilée à un agrément.

111. Le déménagement d'une structure résidentielle agréée ou assimilée à un agrément vers une autre structure résidentielle ne peut pas être considéré comme une modification de la forme de soins. Il faut le régler par une demande de révision ou la délivrance d'un nouveau certificat de séjour.

112. Une demande de modification de la forme de soins introduite au plus tard le premier jour du quatrième mois suivant une demande de prise en charge ne peut être acceptée qu'après une décision positive concernant la demande initiale. Cette condition n'est pas applicable lorsque l'intéressé est admis dans une structure résidentielle agréée ou assimilée à un agrément, au plus tard le premier jour du quatrième mois suivant la demande, avec au moins un forfait B.

113. Le tableau ci-dessous mentionne, selon la situation de l'utilisateur, les actions à entreprendre par la caisse d'assurance soins.

Demande de modification en soins résidentiels introduite à partir de janvier 2004	Actions de la caisse d'assurance soins
<ul style="list-style-type: none"> — introduction de la demande de modification — l'utilisateur séjourne dans une structure résidentielle agréée (ou assimilée) 	<ul style="list-style-type: none"> — acceptation de la demande de modification — la prise en charge pour soins de proximité et à domicile dure jusqu'au premier mois complet de séjour dans une structure résidentielle agréée — pas de prise en charge pour soins de proximité et à domicile à partir du premier mois complet de séjour dans une structure résidentielle agréée — prises en charge pour soins résidentiels à partir du premier mois complet de séjour dans une structure résidentielle agréée
<ul style="list-style-type: none"> — introduction de la demande de modification — l'utilisateur séjourne dans une structure résidentielle agréée (ou assimilée) — l'utilisateur décède durant le premier mois complet de séjour dans une structure résidentielle 	<ul style="list-style-type: none"> — acceptation de la demande de modification — la prise en charge pour soins de proximité et à domicile dure jusqu'au premier mois complet de séjour dans une structure résidentielle agréée — pas de prise en charge pour soins de proximité et à domicile à partir du premier mois complet de séjour dans une structure résidentielle agréée — prise en charge pour soins résidentiels le mois où l'utilisateur décède
<ul style="list-style-type: none"> — introduction de la demande de modification — l'utilisateur séjourne dans une structure résidentielle <u>non</u> agréée 	<ul style="list-style-type: none"> — arrêt de la décision positive de prise en charge — la prise en charge pour soins de proximité et à domicile dure jusqu'au premier mois complet de séjour dans une structure résidentielle

CHAPITRE XII. — *Décision de révision, prolongation ou cessation d'une décision positive (initiale)*

Section I^{re}. — Révision à la demande de l'utilisateur ou de son représentant

114. L'utilisateur ou son représentant a le droit de demander une révision à tout moment. La révision se fait en remplissant le formulaire de demande. L'utilisateur ou son représentant remplit le formulaire, le signe et l'introduit auprès de sa caisse d'assurance soins.

115. La procédure relative au respect des conditions formelles et de l'éventuelle fixation de l'autonomie réduite est conforme au chapitre relatif au traitement de la demande. La caisse d'assurance soins décide de la révision de la prise en charge.

116. La caisse d'assurance soins communique à l'utilisateur ou à son représentant sa décision écrite sur la révision de la prise en charge dans les 60 jours suivant l'introduction de la demande. En cas de décision positive, cette communication comporte au minimum les informations données lors d'une décision positive sur une demande de prise en charge. La décision positive sur la révision de la prise en charge sort ses effets à partir du premier jour du mois suivant la date à laquelle la révision a été demandée par l'utilisateur ou son représentant.

117. Le déménagement d'une structure résidentielle agréée ou assimilée à un agrément vers un autre établissement résidentiel doit être traité par une demande de révision ou par la délivrance d'un certificat de séjour.

Section II. — Prolongation d'une décision positive

118. La caisse d'assurance soins communique par écrit à l'utilisateur ou à son représentant que ce dernier doit introduire une demande de prolongation d'une décision positive avant l'expiration de la durée de la validité de la décision antérieure. La demande de prolongation peut se faire par l'introduction auprès de la caisse d'assurance soins d'un certificat, d'une indication ou d'un formulaire de demande. Si la demande de prolongation est introduite après l'expiration de la durée de validité de la décision antérieure, la décision ne peut pas être prolongée.

119. Si l'utilisateur ou son représentant introduit un formulaire de demande auprès de la caisse d'assurance soins en vue d'une prolongation, la caisse d'assurance soins communique par écrit sa décision sur la prise en charge dans les 60 jours. Tant que la décision n'est pas prise, il ne peut pas y avoir de prises en charge.

120. En accord avec la caisse d'assurance soins, l'utilisateur transmet un certificat ou l'utilisateur ou son représentant désigne un indicateur habilité en accord avec la caisse d'assurance soins.

121. L'autonomie réduite grave et de longue durée est établie conformément au chapitre VII.

122. La caisse d'assurance soins décide de la prolongation et détermine la durée de validité de la décision sur la base de l'indication ou du certificat. La caisse d'assurance soins peut procéder ou faire procéder à des enquêtes complémentaires relatives à l'indication, avant de décider de la prise en charge.

123. La caisse d'assurance soins prend une décision positive sur la prolongation si l'utilisateur est encore considéré comme nécessitant des soins sérieux et de longue durée. Dans le cas contraire, il est mis fin à la décision.

124. La caisse d'assurance soins communique par écrit à l'utilisateur ou à son représentant sa décision sur la prolongation de la prise en charge. En cas de décision positive, cette communication comporte au minimum les informations communiquées en cas de décision positive sur une demande de prise en charge. La prolongation de la prise en charge prend effet le jour où expire la durée de validité de la décision antérieure.

Section III. — Cessation d'une décision positive

125. La caisse d'assurance soins arrête une décision lorsque l'utilisateur ne remplit plus les conditions formelles ou que l'utilisateur qui fait l'objet d'une décision positive en matière de soins de proximité et à domicile n'est plus considéré comme nécessitant des soins sérieux et de longue durée. La caisse d'assurance soins communique par écrit la décision de cessation à l'utilisateur ou à son représentant.

126. En cas de cessation, la communication comporte les informations suivantes :

- * la mention que l'utilisateur ne peut plus bénéficier de l'assurance soins
- * la mention de la date à partir de laquelle l'utilisateur ne recevra plus d'interventions financières
 - la mention de la raison ou des raisons pour lesquelles l'utilisateur ne peut plus en bénéficier
 - le cas échéant, une copie de l'établissement de l'autonomie réduite grave et de longue durée

— la mention que l'utilisateur ou son représentant peut introduire un recours contre la décision de la caisse d'assurance soins auprès du Vlaams Zorgfonds et une description de toutes les modalités relatives à l'introduction d'un recours et la procédure à suivre.

127. Si l'utilisateur ne remplit plus les conditions formelles, la décision de cessation prend effet le premier jour du mois suivant le jour où l'utilisateur ne remplit plus les conditions formelles.

128. Si l'utilisateur qui fait l'objet d'une décision positive en matière de soins de proximité et à domicile n'est plus considéré comme présentant une autonomie réduite grave et de longue durée, la décision de cessation prend effet le premier jour du mois suivant cette décision de cessation par la caisse d'assurance soins.

CHAPITRE XIII. — Contrôle sur la prise en charge

129. La caisse d'assurance soins décide du contrôle sur la prise en charge sur la base du résultat du contrôle effectué par l'organe de contrôle. La caisse d'assurance soins prend une décision positive lors d'un score BEL de 35 points ou plus. La caisse d'assurance soins prend une décision négative lors d'un score BEL de moins de 35 points.

130. En cas de décision positive, la caisse d'assurance soins détermine la durée de validité de la décision sur la base de l'indication de l'organe de contrôle.

131. La caisse d'assurance soins décide dans les 14 jours de la réception du résultat de l'organe de contrôle.

132. La caisse d'assurance soins communique sans délai sa décision concernant la prise en charge par écrit à l'utilisateur ou à son représentant. En cas de décision positive, cette communication comporte au moins les informations qui sont communiquées lors d'une décision positive relative à la prise en charge.

133. En cas de décision négative, la communication comporte les informations suivantes :

- * la notification que l'utilisateur n'entre plus en ligne de compte pour l'assurance soins
- * la notification de la date à partir de laquelle l'utilisateur ne recevra plus d'intervention financière
 - la mention du ou des motif(s) pour lesquels l'utilisateur n'entre plus en ligne de compte

— la mention qu'une indication effectuée 6 mois après le contrôle, doit être effectuée par la personne qui a effectué le contrôle

— une copie du formulaire de l'organe de contrôle

— la précision que l'utilisateur ou son représentant peut introduire un recours contre la décision de la caisse d'assurance soins auprès du Vlaams Zorgfonds ainsi qu'une description de toutes les modalités relatives au dépôt d'un recours et la procédure à suivre.

134. La décision suite au contrôle de la prise en charge produit ses effets à partir du premier jour du mois suivant la date de la décision.

135. Lorsqu'un usager n'est pas disponible pour un contrôle sans notification préalable, et ce à deux reprises, ou refuse sa coopération à un contrôle à deux reprises, la caisse d'assurance soins cesse la décision. La cessation de la décision en raison d'indisponibilité ou de refus de coopération à un contrôle produit ses effets le premier jour du mois suivant la date du premier contrôle.

CHAPITRE XIV. — Exécution de la prise en charge

Section I^{re}. — Règlement financier : généralités

136. L'exécution des prises en charge prend effet le premier jour du troisième mois suivant la demande. Une suspension éventuelle des prises en charge (voir chapitre IV) produit également ses effets à partir du premier jour du quatrième mois suivant la demande.

137. La prise en charge pour soins de proximité et soins à domicile représente par mois :

- * 95 euros pour l'année 2006;
- * 105 euros pour l'année 2007;
- * 115 euros pour l'année 2008;
- * 125 euros pour l'année 2009

138. La prise en charge pour soins résidentiels est de 125 euros.

139. En cas de décès d'un usager dans le courant du mois, la prise en charge pour le mois en question sera toujours exécutée.

Section II. — Règlement financier relatif aux soins de proximité et soins à domicile pour des usagers habitant en Flandre

140. Sur base mensuelle, la caisse d'assurance soins verse le montant pour les soins de proximité et soins à domicile à l'utilisateur en espèces ou par virement sur le numéro de compte de l'utilisateur.

Section III. — Règlement financier relatif aux soins de proximité et soins à domicile pour des usagers habitant Bruxelles

141. La caisse d'assurance soins verse le montant pour les soins de proximité et soins à domicile à l'utilisateur en espèces ou par virement sur le numéro de compte de l'utilisateur.

142. La prise en charge pour les soins de proximité et soins à domicile n'est exécutée que si l'utilisateur a recours durant le même mois à l'une des structures suivantes agréées par le Gouvernement flamand ou y assimilée, ou qu'il y séjourne :

- * Un service de soins familiaux
- * Un centre de services local ou régional
- * Un centre de court séjour
- * Un centre de soins de jour
- * Un service de garde
- * Une résidence-service
- * Un service de soins familiaux ou un CPAS qui propose des services de nettoyage dans le cadre de l'assurance soins agréée ou assimilée.

143. Lorsqu'une telle structure propose des soins à l'utilisateur durant un mois déterminé, l'utilisateur a droit à la prise en charge pour les soins de proximité et soins à domicile pour le mois en question.

144. La facture que l'utilisateur fait parvenir à la caisse d'assurance soins tient lieu de preuve de la prestation des soins. La facture doit être transmise dans les six mois suivant le mois de prestation auquel elle se rapporte.

La facture comporte les mentions suivantes :

- * date et numéro de la facture
- * nom et adresse de la structure ou numéro GKB de la structure
- * nom, prénom et adresse de l'utilisateur
- * période (au moins par mois calendrier) durant laquelle les services ont été prestés
- * nom du type d'aide conformément à l'agrément (par exemple : pas d'aide logistique mais bien aide pour le nettoyage)

Section IV. — Règlement financier relatif aux services fournis par des structures résidentielles professionnelles

145. La caisse d'assurance soins paie la prise en charge pour soins résidentiels directement à l'utilisateur en espèces ou par virement sur son numéro de compte.

146. Le paiement s'effectue au plus tôt durant le mois suivant le mois auquel se rapporte la prise en charge.

147. Les structures résidentielles communiquent les informations suivantes à la caisse d'assurance soins durant le mois suivant celui pendant lequel la situation des usagers a changé dans ces domaines :

- * décès de l'utilisateur.
- * cessation de la convention de séjour avec la structure résidentielle par l'utilisateur (maisons de repos et MRS);

148. La structure résidentielle notifie cette modification avant le cinquième jour du mois suivant celui durant lequel la situation de l'utilisateur a subi une modification.

149. Vu le fait qu'aucune convention de séjour n'est conclue avec l'utilisateur dans un établissement de soins psychiatriques, la cessation de la convention de séjour ne peut être notifiée à la caisse d'assurance soins. Au lieu de cette notification, un établissement de soins psychiatriques signalera le départ d'un utilisateur à sa caisse d'assurance soins à partir du moment où l'utilisateur concerné est absent pendant un mois calendrier entier. Cette notification se fait le cinquième jour du mois suivant le mois calendrier complet d'absence.

150. Lorsqu'aucun passage de la forme de soins aux soins de proximité et soins à domicile n'a été demandé pour l'utilisateur en question, la caisse d'assurance soins met fin à la décision à partir du premier jour du mois calendrier complet d'absence.

CHAPITRE XV. — Recouvrement de prises en charge indûment accordées

Section I^{re}. — Recouvrement

151. La caisse d'assurance soins peut récupérer de deux façons les prises en charges qu'elle a réalisées indûment pour un usager concerné :

- * Elle compense les montants sur les prises en charge qu'elle réalisera pour l'utilisateur dans les mois suivants
- * Elle réclame les montants de la part de l'utilisateur

152. Avant que la caisse d'assurance soins ne statue sur la compensation ou le recouvrement des prises en charges indûment accordées, elle le communique à l'utilisateur ou à son représentant et elle leur informe aussi du droit d'être entendu. Lorsque l'utilisateur ou son représentant en fait la demande, ils sont entendus par la caisse d'assurance soins avant que celle-ci ne prenne une décision finale.

153. La caisse d'assurance soins communique sa décision par écrit à l'usager. Cette communication comprend au moins les informations suivantes :

- * Le montant qui est compensé ou réclamé
- * Le ou les motif(s) pour lesquels le montant est compensé ou recouvré
- * Les modalités de compensation ou de recouvrement du montant avec, le cas échéant le plan d'amortissement

154. Lorsque l'exécution des prises en charge indûment accordées est due à des informations que l'usager ou son représentant a délibérément omises ou à des informations délibérément inexacts ou incomplètes, la caisse d'assurance soins peut suspendre l'exécution de la prise en charge pour un maximum de six mois. La caisse d'assurance soins communique sa décision dans le courrier annonçant le recouvrement du ou des montant(s). La suspension produit ses effets le premier jour du mois suivant la communication. Les mois durant lesquels la caisse d'assurance soins porte la prise en charge en déduction pour récupérer des montants, ne peuvent pas être pris en compte pour la suspension.

155. L'usager ou son représentant peut interjeter appel auprès du Vlaams Zorgfonds contre la décision de la caisse d'assurance soins de suspendre l'usager. La procédure d'appel n'engendre pas une suspension de la décision de la caisse d'assurance soins.

156. Le délai de prescription pour la compensation ou le recouvrement des prises en charge indûment accordées est de 150 jours lorsque l'usager prouve qu'il a reçu de bonne foi des prises en charge auxquelles il n'a pas droit. Dans les autres cas, le délai de prescription de trente ans est d'application.

Section II. — Exonération de recouvrement

157. La caisse d'assurance soins compense de ses propres moyens les prises en charge indûment payées qu'elle n'est plus en mesure de récupérer.

158. A partir du 1^{er} janvier 2005, les caisses d'assurance soins peuvent exceptionnellement être exonérées par le Vlaams Zorgfonds des prises en charge indûment accordées et non recouvrables se rapportant au premier mois suivant le décès d'une personne nécessitant des soins avec une prise en charge pour soins de proximité et soins à domicile aux conditions suivantes :

— la caisse d'assurance soins envoie une lettre ordinaire à la personne nécessitant des soins (ou son représentant ou ses héritiers) leur demandant de rembourser le montant indu de prises en charge pour soins de proximité et soins à domicile;

— la prise en charge pour soins de proximité et soins à domicile est exécutée après le 20^e jour du mois, et la prise en charge pour soins résidentiels est exécutée après le dernier jour du mois.

— dans au moins 90 % des cas de décès d'usagers de soins de proximité et soins à domicile, la caisse d'assurance soins a cessé la prise en charge à temps et de manière correcte ou a pu recouvrer l'indu de prises en charge;

159. La caisse d'assurance soins demande l'exonération de recouvrement auprès du Vlaams Zorgfonds.

160. La caisse d'assurance soins introduit la demande d'exonération 1 fois par an, à savoir au plus tard le 15 mai de l'année suivante. Elle communique les informations suivantes :

- * le nombre de décès dans les dossiers de soins de proximité et soins à domicile dans l'année en question;
- * le nombre de décès où les prises en charge ont été arrêtées à temps et de manière correcte, ou les prises en charge du premier mois suivant le décès ont pu être recouvrées;
- * le nombre de décès où les prises en charge du premier mois suivant le décès n'ont pas pu être recouvrées après revendication.

161. Le Vlaams Zorgfonds accordera, sur la base de ces informations, exonération de recouvrement et versera le montant aux caisses d'assurance soins au plus tard le 15 juillet de l'année suivante.

162. Le Vlaams Zorgfonds peut déterminer d'autres modalités en matière d'exonération de recouvrement.

CHAPITRE XVI. — Cumul de la prise en charge avec des allocations en vertu d'autres dispositions

Section Ire. — Soins de proximité et soins à domicile et budget d'assistance personnelle (BAP)

163. Les individus n'ont pas droit à l'exécution d'une prise en charge pour des soins de proximité et soins à domicile lorsqu'ils ont recours durant le même mois au budget d'assistance personnelle (BAP). La décision ne peut toutefois pas être refusée ou cessée en raison du fait qu'une personne fait appel au budget d'assistance personnelle.

164. Le Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap fait régulièrement parvenir un fichier actualisé au Vlaams Zorgfonds. Ce fichier comprend les données suivantes pour les personnes ayant un BAP :

- * numéro auprès du registre national
- * nom et adresse de l'handicapé
- * date d'effet BAP

165. Le Zorgfonds fait savoir aux caisses d'assurance soins lesquels de leurs affiliés ont droit à un BAP. Ceux-ci n'ont alors pas droit aux soins de proximité et soins à domicile.

Section II. — Soins de proximité et soins à domicile et le séjour dans une structure résidentielle agréée par le Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap

166. Les individus n'ont pas droit à une prise en charge pour des soins de proximité et soins à domicile lorsqu'ils résident selon le protocole de séjour dans un régime à temps plein dans une structure résidentielle agréée par le Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap. Il s'agit des structures suivantes :

- * foyers pour non travailleurs
- * internats
- * foyers pour travailleurs
- * services de logement protégé
- * centres d'observation, d'orientation et de traitement médical, psychologique et pédagogique

167. Le cas échéant, les prises en charge seront suspendues pour les mois en question.

168. L'usager ou son représentant devra déclarer sur le formulaire de demande si l'usager réside dans un régime à temps plein dans une structure résidentielle agréée par le Vlaams Fonds ou s'il figure sur la liste d'attente pour une telle structure.

169. Lorsque l'usager va seulement séjourner dans une telle structure après l'introduction de son formulaire de demande, il (ou son représentant) est tenu de le signaler à la caisse d'assurance soins.

170. Lorsqu'une personne qui réside selon un protocole de séjour en régime à temps plein dans une structure résidentielle agréée par le Vlaams Fonds, est absente de cette structure pendant 21 jours consécutifs ou davantage, elle a droit à une prise en charge pour soins de proximité et soins à domicile pour le ou les mois durant lesquels tombe cette période d'absence ininterrompue.

171. La personne demande auprès de la structure résidentielle une attestation certifiant que la personne est absente de la structure pendant 21 jours ou davantage. L'attestation devra comprendre au moins les informations suivantes :

- * nom, adresse, date de naissance et numéro du registre national de l'utilisateur
- * nom de l'instance qui a délivré l'attestation
- * nom de la structure résidentielle où réside l'utilisateur
- * période d'absence de la structure résidentielle

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

CHAPITRE XIX. — *Recours auprès du Vlaams Zorgfonds*

173. L'utilisateur ou son représentant peut introduire un recours auprès du Vlaams Zorgfonds contre les décisions suivantes de la caisse d'assurance soins :

- * la décision relative à la demande de prise en charge par laquelle la caisse d'assurance soins décide que l'utilisateur ne répond pas aux conditions formelles pour entrer en ligne de compte pour la prise en charge
- * la décision concernant la prise en charge, le cas échéant après enquête complémentaire
- * la décision concernant la révision de la prise en charge
- * la décision concernant le renouvellement d'une prise en charge
- * la décision concernant une cessation de la prise en charge
- * la décision suite au contrôle de la prise en charge
- * la décision de suspension des prises en charge suite à des informations dissimulées délibérément par l'utilisateur ou son représentant ou des informations délibérément inexacts ou incomplètes.

174. Le recours doit être accompagné de toutes les pièces pertinentes et il doit être motivé. Pour chaque décision, cela implique :

- * Pour ce qui concerne la décision relative à la demande de prise en charge le recours doit comprendre :
 - le formulaire de demande pour la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins
 - la décision de la caisse d'assurance soins relative à la demande de prise en charge
 - une contestation avec arguments du ou des motif(s) invoqué(s) par la caisse d'assurance soins pourquoi l'utilisateur ne répond pas aux conditions formelles.
- * Pour ce qui concerne la décision concernant la prise en charge
 - le formulaire de demande pour la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins
 - le cas échéant, le formulaire «enquête complémentaire ou contrôle»
 - la décision concernant la prise en charge
 - une contestation avec arguments du ou des motif(s) invoqué(s) par la caisse d'assurance soins pourquoi l'utilisateur n'entre pas en ligne de compte pour la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins
- * Pour ce qui concerne la décision concernant la révision de la prise en charge :
 - le formulaire de demande pour la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins
 - le cas échéant, le formulaire «enquête complémentaire ou contrôle»
 - la décision concernant la prise en charge
 - le cas échéant, l'ajout daté et signé à la demande initiale
 - le formulaire de révision
 - le cas échéant, le formulaire «enquête complémentaire ou contrôle» qui fait rapport sur l'enquête complémentaire concernant la révision
 - la décision concernant la révision de la prise en charge
 - une contestation avec arguments du ou des motif(s) invoqués par la caisse d'assurance soins pourquoi l'utilisateur n'entre plus en ligne de compte au moment de la révision de la décision de prise en charge.
- * Pour ce qui concerne la décision concernant le renouvellement de la prise en charge :
 - le formulaire Constatation de l'autonomie réduite grave, de longue durée' ou l'attestation
 - le cas échéant, le formulaire «enquête complémentaire ou contrôle»
 - la décision concernant le renouvellement de la prise en charge
 - une contestation avec arguments du ou des motif(s) invoqués par la caisse d'assurance soins pourquoi l'utilisateur n'entre plus en ligne de compte au moment de la révision de la décision de prise en charge.
- * Pour ce qui concerne la décision concernant la cessation de la prise en charge :
 - la dernière décision sur la prise en charge avant la décision de cessation
 - le cas échéant, le formulaire constatation de l'autonomie réduite grave, de longue durée' ou l'attestation ayant donné lieu à la décision de cessation
 - le cas échéant, le formulaire «enquête complémentaire ou contrôle» qui a donné lieu à la décision de cessation
 - la décision de cessation de la prise en charge
 - une contestation avec arguments du ou des motif(s) invoqués par la caisse d'assurance soins pourquoi il a été mis fin à la décision

* Pour ce qui concerne la décision suite au contrôle de la prise en charge

- le formulaire de demande pour la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins
- le cas échéant, le formulaire «enquête complémentaire ou contrôle»
- la décision concernant la prise en charge
- la communication écrite qu'un indicateur désigné par la caisse d'assurance soins exécutera une nouvelle indication
- la décision suite au contrôle concernant la prise en charge
- une contestation avec arguments du ou des motif(s) invoqués par la caisse d'assurance soins pourquoi l'utilisateur n'entre plus en ligne de compte après contrôle de la décision de prise en charge

* Pour ce qui concerne la décision de suspension des prises en charge suite à des informations omises délibérément par l'utilisateur ou son représentant ou à des informations délibérément inexacts ou incomplètes

- la décision concernant la prise en charge
- la dernière décision (suite au contrôle ou à la révision)
- le cas échéant, la dernière décision relative au changement de la forme de soins
- la décision de suspension des prises en charge
- une contestation avec arguments du ou des motif(s) invoqués par la caisse d'assurance soins pourquoi l'utilisateur n'entre plus en ligne de compte après contrôle de la décision de prise en charge

175. L'utilisateur ou son représentant est tenu d'envoyer le recours dans les trente jours suivant la réception de la décision de la caisse d'assurance soins par lettre recommandée au Zorgfonds ou de remettre le recours contre récépissé au Zorgfonds dans les trente jours. Si l'intéressé souhaite être entendu, il convient de le préciser dans le recours.

176. A la demande de l'utilisateur ou de son représentant, la caisse d'assurance soins transmet dans les cinq jours suivant la réception de la demande, les pièces nécessaires pour que les intéressés puissent introduire un recours auprès du Zorgfonds. Si la caisse d'assurance soins peut prouver avoir déjà transmis les pièces aux intéressés, elle peut imputer des frais à cette fin.

177. Le secrétariat de la chambre de la commission de recours auprès du Vlaams Zorgfonds communique dans les quinze jours suivant la réception d'un recours recevable par écrit à la caisse d'assurance soins qu'un recours recevable a été introduit. Cette communication comprend au moins les informations suivantes :

- la décision de la caisse d'assurance soins contre laquelle le recours a été introduit
- la contestation formulée par l'utilisateur, son représentant avec argumentation des motifs de la décision cités par la caisse d'assurance soins
- la mention que la caisse d'assurance soins a le droit d'être entendue

178. Dans les quinze jours suivant la réception d'un recours, le secrétariat de la chambre informera également l'utilisateur ou son représentant du fait que le recours a été déclaré recevable.

Lorsque le recours est recevable, la communication comporte les informations suivantes :

- le fait que le recours est recevable
- la communication que la commission des recours doit émettre un avis motivé sur le recours et que le fonctionnaire dirigeant du Zorgfonds doit prendre une décision motivée

179. Si le recours n'est pas recevable, la communication comprend les informations suivantes :

- la communication que le recours n'est pas recevable
- la communication du (des) motif(s) pour lesquels le recours n'est pas recevable

180. La chambre de la commission des recours examine le recours et prononce un avis motivé dans les trois mois suivant la réception du recours. La chambre entend la caisse d'assurance soins et l'utilisateur ou son représentant, lorsque ceux-ci en ont formulé la demande.

181. Si la chambre ordonne une indication, celle-ci est effectuée par un indicateur autre que celui qui a effectué l'indication sur laquelle se base la décision qui fait l'objet du recours.

182. Le fonctionnaire dirigeant du Zorgfonds prend une décision motivée dans le mois suivant la réception de l'avis de la chambre ou, faute d'avis émis dans le délai, après expiration du délai. Le Zorgfonds transmet la décision du fonctionnaire dirigeant dans les 8 jours à l'utilisateur ou son représentant et à la caisse d'assurance soins concernée.

183. La décision du fonctionnaire dirigeant produit ses effets avec effet rétroactif à partir de la date à laquelle la décision de la caisse d'assurance soins est entrée en vigueur.

CHAPITRE XVIII. — Rectification par les caisses d'assurance soins de décisions erronées

184. Lorsque la caisse d'assurance soins a elle-même pris une décision erronée, elle peut la rectifier en envoyant une nouvelle décision à l'utilisateur ou à son représentant, l'ancienne décision étant déclarée nulle et non avenue avec précision du motif.

185. Lorsque la rectification de la décision erronée intervient dans les soixante jours suivant la demande relative à (la révision de) la prise en charge, il convient de conserver dans le dossier des copies des décisions erronées et des décisions rectifiées.

186. Lorsque la décision erronée est rectifiée plus de soixante jours après la demande relative à (la révision de) la prise en charge, il convient non seulement de conserver des copies dans les dossiers mais aussi de faire parvenir des copies de la décision erronée et de la décision rectifiée au Vlaams Zorgfonds.

CHAPITRE XX. — *Collecte des données**Section 1^{re}.* — Type de record A : affiliés**Structure**

header : année et mois, caisse d'assurance soins, type A (YYYYMMXXXXA)

code caisse d'assurance soins :

180 =	CM-zorgkas
280 =	Neutrale Zorgkas Vlaanderen
380 =	Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten
480 =	Zorgkas van de liberale ziekenfondsen
580 =	Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
680 =	Vlaamse Zorgkas
780 =	Ethias-Zorgkas
880 =	Zorgkas DKV Belgium

Champs :

- a) numéro auprès du registre national (longueur champ 11, numérique)
 b) année de naissance (longueur champ 4, numérique)
 c) code de la commune (code INS de la commune de fusion) (longueur champ 5, numérique)
 d) date début affiliation DDMMYYYY (longueur champ 8, numérique)
 e) date paiement de la dernière cotisation DDMMYYYY (longueur champ 8, numérique)
 f) date de traitement du début de l'affiliation DDMMYYYY (longueur champ 8, numérique)
 g) code d'affiliation (longueur champ 2, numérique)

00 =	affiliation au moment du lancement de l'assurance soins
10 =	âge atteint
20 =	introduction demande prise en charge (moins de 26 ans)
21 =	demande prise en charge approuvée (moins de 26 ans, affilié effectivement à la caisse d'assurance soins)
30 =	venu habiter en Flandre
40 =	venu habiter à Bruxelles (et affiliation dans les 6 mois)
50 =	affiliation volontaire à Bruxelles (après plus de 6 mois)
7X =	mutation d'autres caisses d'assurance soins

71 =	CM-zorgkas
72 =	Neutrale Zorgkas Vlaanderen
73 =	Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten
74 =	Zorgkas van de liberale ziekenfondsen
75 =	Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
76 =	Vlaamse Zorgkas
77 =	Ethias-Zorgkas
78 =	Zorgkas DKV Belgium

80 =	affiliation d'office
85 =	affiliation d'une personne qui était exonérée dans le cadre des circulaires pour personnes professionnellement actives assurées à l'étranger, personnes retraitées assurées à l'étranger, travailleurs frontaliers entrants et traités et conventions internationales
90 =	inconnu

- h) code régularisation (ressortissant UE) (longueur champ 2, numérique)

00 =	pas de régularisation
10 =	nationalité belge
11 =	autre nationalité

- i) date cessation affiliation DDMMYYYY (longueur champ 8, numérique)
 j) date de traitement de la cessation d'affiliation DDMMYYYY (longueur champ 8, numérique)
 k) code cessation affiliation (longueur champ 4, numérique)

0000 =	pas de cessation affiliation
1010 =	décès
1020 =	fin de la nécessité de soins (moins de 26 ans)
1030 =	quitter la Flandre ou Bruxelles
1050 =	cessation volontaire à Bruxelles
1060 =	suppression de la double affiliation
107X =	mutation vers une autre caisse d'assurance soins
1071 =	CM-zorgkas
1072 =	Neutrale Zorgkas Vlaanderen
1073 =	Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten
1074 =	Zorgkas van de liberale ziekenfondsen
1075 =	Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
1076 =	Vlaamse Zorgkas
1077 =	Ethias-zorgkas
1078 =	Zorgkas DKV Belgium
1080 =	autres
1090 =	inconnu

l) montant payé pendant l'année calendrier (longueur champ 5, numérique) (999,99 virgule ne doit pas être ajoutée). Lorsque l'affilié intéressé n'a pas encore payé durant l'année calendrier en question, ce champ est rempli de zéros.

m) intervention majorée de l'assurance (longueur champ 1, numérique)

0 =	provisoirement inconnu
1 =	intéressé ne bénéficie pas de l'intervention majorée de l'assurance
2 =	intéressé bénéficie de l'intervention majorée de l'assurance

- n) nombre de mois de suspension et/ou de délai d'attente
 o) nombre de mois de suspension et/ou délai d'attente restants

Fréquence et volume :

Les données de la base de données doivent être communiquées sur base trimestrielle. Les données de la base de données sont cumulatives : les données des mois et années antérieurs doivent également être ajoutées.

Transition :

Les affiliés qui mettent ou ont mis fin à leur affiliation le 31/12/JJJJ-1 ne peuvent plus être repris dans le fichier de texte A, pour l'année JJJJ, à l'exception des mutations sortantes de JJJJ-1. Les mutations sortantes sont reprises dans le fichier de texte A durant toute l'année.

Lorsque il n'a pas été mis fin à une affiliation dans l'année JJJJ-1 (ou JJJJ- n, n étant > 1), bien que cela aurait dû se faire, le record en question doit être communiqué dans l'année JJJJ avec date de fin d'affiliation 31/12/JJJJ-1 (ou 31/12/JJJJ-n, n étant > 1).

Explication champs de données :

- a) numéro auprès du registre national :
- b) année de naissance :
- c) code de la commune : code INS – de la commune de fusion où était domicilié l'intéressé la dernière fois en Région flamande ou dans la Région de Bruxelles-Capitale (situation le dernier jour du trimestre demandé).
- d) code du point décentral de la caisse d'assurance-soins : la division où le dossier en question peut être consulté physiquement
- e) code demande, révision ou renouvellement : ce champ indique qu'il s'agit d'une demande, d'une révision ou d'un renouvellement. Ce champ a été instauré parce qu'une révision ou un renouvellement deviennent un nouveau record. Pour les anciens records, le code 2 peut rester
- f) date de la demande, date de départ des prises en charge après révision ou renouvellement : en cas de révision ou de renouvellement (et non de demande), c'est la date à laquelle les prises en charge débutent effectivement sur la base de la révision ou de la procédure de renouvellement. Il s'agit donc toujours d'une date de la forme 01/mm/jjjj. Les anciens records doivent être adaptés.
- g) code indicateur ou attestation pour demande, révision ou renouvellement : le code 233999 est utilisé pour les réindications de l'organe de contrôle lors d'une nouvelle demande
- h) résultat de l'indication en cas de demande, révision ou renouvellement : le score d'une personne nécessitant des soins lors de l'indication. Faute d'indication (attestation), il y a lieu d'indiquer 99 et non 00. Le score peut être indiqué au moment où la caisse d'assurance-soins prend connaissance du résultat de l'indication, donc avant la décision définitive
- i) code examen complémentaire : on indique s'il y a eu ou non un examen complémentaire
- j) date indication en cas d'examen complémentaire : date à laquelle l'examen complémentaire (donc en fait l'indication complémentaire) a eu lieu

k) résultat indication en cas d'examen complémentaire : le score de l'indication en cas d'examen complémentaire. Le score peut être indiqué au moment où la caisse d'assurance-soins prend connaissance du résultat de l'indication. S'il n'y a pas eu d'examen complémentaire ou si le résultat n'est pas encore connu, le champ est rempli en indiquant « 99 ».

l) code décision : il ne faut plus faire la distinction entre un dossier refusé pour des raisons formelles (ancien code 4), et des dossiers refusés pour d'autres raisons. Les caisses d'assurance-soins sont priées d'utiliser le code 5. Toutefois, les décisions antérieures ne doivent pas être adaptées.

m) date décision : date à laquelle la décision sur la demande, la révision ou le renouvellement a été prise

n) date dernière modification forme de soins : date à laquelle la dernière modification de la forme de soins prend cours. S'il y a plusieurs modifications, la dernière date est retenue. Il s'agit de la date où le montant du paiement change effectivement, donc toujours de la forme 01/mm/jjjj.

o) code forme de soins : la dernière forme de soins valable. Ce champ ne doit être rempli que si la demande est approuvée. En cas de changement de forme de soins, ce champ est adapté et le champ n « date dernière modification forme de soins » est rempli.

p) code décision après contrôle

q) résultat d'indication lors du contrôle : s'il n'y a pas eu de contrôle ou si le résultat du contrôle n'est pas encore connu, il y a lieu d'indiquer 99 et non 00.

r) date décision après contrôle : date à laquelle a été prise la décision après contrôle

s) date finale d'exécution des prises en charge : la dernière date finale valable

t) code solde positif ou solde négatif : indique si le champ u « solde des montants payés ou récupérés au cours de l'année calendrier en question » est positif ou négatif.

u) solde des montants payés ou récupérés au cours de l'année calendrier en question

Ce champ contient, par dossier de prises en charge, le solde :

— d'une part, de tous les paiements pour prises en charge effectués par la caisse d'assurance soins du 01/01/JJJJ au 15/01/JJJJ + 1 inclus pour l'année JJJJ (et les éventuelles rectifications des années précédentes. Il s'agit de montants déjà repris dans le fichier JJJJ - 1)

— et d'autre part, les récupérations à effectuer par la caisse d'assurance soins (de l'année JJJJ ou des années précédentes) et constatées entre le 01/01/JJJJ et le 15/01/JJJJ + 1.

Les recouvrements constatés doivent être repris immédiatement. Cela signifie concrètement qu'on ne peut pas attendre la récupération effective pour les reprendre dans les fichiers des prises en charge.

Afin de garantir la continuité du traitement des données trimestrielles, on demande que les caisses d'assurance-soins reprennent tous les paiements et recouvrements jusqu'à 15 jours après la fin du trimestre (donc paiements et recouvrements jusqu'aux 15 avril, 15 juillet, 15 octobre et 15 janvier), dans la mesure où ces paiements et recouvrements se rapportent au trimestre ou aux trimestres précédents.

v) paramètre 0 : ce champ peut être rempli de 0. Ce champ était antérieurement le champ 'crédit', mais comme les crédits ne doivent plus être communiqués, c'est devenu le champ "paramètre 0".

champs w, x, y, z : champs à définir éventuellement pour la responsabilité financière des caisses assurance soins.

Section III. — Type de record D : indicateurs et résultats

Structure

header : année et mois, caisse d'assurance soins, type D (YYYYMMXXXD)

code caisse d'assurance soins :

180 =	CM-zorgkas
280 =	Neutrale Zorgkas Vlaanderen
380 =	Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten
480 =	Zorgkas van de liberale ziekenfondsen
580 =	Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
680 =	Vlaamse Zorgkas
780 =	Ethias-zorgkas
880 =	Zorgkas DKV Belgium

Champs :

a) Numéro auprès du registre national (longueur champ 11, numérique)

b) Année de naissance (longueur champ 4, numérique)

c) Code INS de la commune de fusion (longueur champ 5, numérique)

d) Code point décentralisé de la caisse d'assurance soins (longueur champ 3, numérique)

e) numéro GKB indicateur (longueur champ 8, numérique)

f) code indicateur (longueur champ 6, numérique)

207001 = services de soins de famille

201001 = cpas

213001 = centres d'aide sociale

207003 = centres locaux de services

g) date de la demande, révision ou renouvellement DDMMYYYY (longueur champ 8, numérique)

h) date de l'indication DDMMYYYY (longueur champ 8, numérique)

i) résultat de l'indication (longueur champ 2, numérique)

j) date du paiement de l'indicateur DDMMYYYY (longueur champ 8, numérique)

k) date du recouvrement de l'indicateur DDMMYYYY (longueur champ 8, numérique)

Fréquence et volume :

Les données de la base de données doivent être communiquées sur base trimestrielle. Les données de la base de données sont cumulatives : les données des mois antérieurs doivent également être ajoutées.

Transition :

Outre les indications effectuées dans l'année JJJJ, ce fichier contient toutes les indications effectuées dans l'année JJJJ-1.

Explication champs :

- a) numéro auprès du registre national :
- b) année de naissance
- c) code INS commune de fusion : code INS de la commune de fusion où l'intéressé était domicilié la dernière fois en Région flamande ou dans la Région de Bruxelles-Capitale (situation le dernier jour du trimestre sollicité).
- d) Code point décentralisé de la caisse d'assurance soins : section où le dossier en question peut être physiquement consulté.
- e) numéro GKB indicateur :
- f) code indicateur ou attestation
- g) date de la demande, révision ou renouvellement : date de la demande, révision ou renouvellement (voir explications fichier B). Si aucune demande ou révision n'a été introduite, ce champ peut être "00000000".
- h) date de l'indication : date à laquelle l'indication est exécutée
- i) résultat de l'indication : score de la personne nécessitant des soins au moment de l'indication.
- j) date du paiement de l'indicateur : date à laquelle le montant est payé. Lorsqu'il s'agit d'une indication qui n'est pas encore payée ou qui ne doit pas être payée, ce champ peut rester "00000000".
- k) date du recouvrement de l'indicateur : date à laquelle le recouvrement est perçu. S'il n'y a pas de recouvrement, ce champ devient "00000000".

Section IV. — Type de record M : Intervenants de proximité

Structure

header : année et mois, caisse d'assurance soins, type D (YYYYMMXXXM)

code caisse d'assurance soins :

180 =	CM-zorgkas
280 =	Neutrale Zorgkas Vlaanderen
380 =	Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten
480 =	Zorgkas van de liberale ziekenfondsen
580 =	Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
680 =	Vlaamse Zorgkas
780 =	Ethias-zorgkas
880 =	Zorgkas DKV Belgium

Champs :

- a) Numéro auprès du registre national de la personne nécessitant des soins (longueur champ 11, numérique)
- b) Numéro auprès du registre national de l'intervenant de proximité (longueur champ 11, numérique)
- c) Relation personne nécessitant des soins - intervenant de proximité (longueur champ 2, numérique)

00 :	inconnue
01 :	époux (se)
02 :	partenaire
03 :	(belle-)mère
04 :	(beau-)père
05 :	(belle-)sœur
06 :	(beau-)frère
07 :	(belle-)fille
08 :	(beau-)fils
09 :	voisin
10 :	autres

Fréquence et volume :

Les données pour la banque de données doivent être transmises à la caisse d'assurance soins au plus tard le 15/2 de l'année JJJJ+1. Il s'agit toujours de la situation au 31/12/JJJJ.

S'il y a plusieurs intervenants de proximité pour 1 personne nécessitant des soins, un record doit être réalisé par intervenant de proximité. Une personne peut être intervenant de proximité de plusieurs personnes nécessitant des soins. Un record doit être réalisé par relation personne nécessitant des soins - intervenant de proximité.

Explication champs :

- a) numéro auprès du registre national de la personne nécessitant des soins : il s'agit d'une personne qui a un dossier en cours au 31/12/JJJJ pour soins de proximité et à domicile, et pour laquelle un intervenant de proximité a été enregistré.
- b) numéro auprès du registre national de l'intervenant de proximité : personne enregistrée comme intervenant de proximité pour la personne nécessitant des soins en question
- c) relation personne nécessitant des soins - intervenant de proximité : si la relation est inconnue, il faut remplir le code "00". Le code 10 ne peut être utilisé que pour une relation connue qui ne rentre pas dans les catégories "01" à "09" inclus.

CHAPITRE XXI. — Dispositions finales

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 6 janvier 2006 portant approbation du manuel assurance soins. Bruxelles, le 6 janvier 2006.

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