

## VLAAMSE OVERHEID

## Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

N. 2010 — 42

[2009/205925]

**2 DECEMBER 2009. — Ministerieel besluit betreffende het verstrekken van de gegevens over de aansluitingen, de aanvragen tot tenlasteneming en de tenlastenemingen in het kader van de zorgverzekering**

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Gelet op het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, artikel 16, tweede lid;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 17 juli 2000 betreffende de organisatie, het beheer, de werking en de erkenning van zorgkassen en betreffende de controle op de zorgkassen, artikel 8;

Gelet op de adviezen van de Inspectie van Financiën, gegeven op 24 april 2009 en 19 november 2009;

Gelet op het advies 46.711/3 van de Raad van State, gegeven op 9 juni 2009, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1<sup>o</sup>, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973,

Besluit :

**Artikel 1.** De zorgkassen verstrekken de gegevens over de aansluitingen, de aanvragen tot tenlasteneming en de tenlastenemingen aan het Vlaams Zorgfonds overeenkomstig de bepalingen in de enige bijlage bij dit besluit.**Art. 2.** In de bijlage van het ministerieel besluit van 6 januari 2006 houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering, het laatst gewijzigd bij het ministerieel besluit van 29 augustus 2008, wordt hoofdstuk XX opgeheven.**Art. 3.** Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2010.

Brussel, 2 december 2009.

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,  
J. VANDEURZEN**Enige bijlage. De bepalingen betreffende de gegevens over de aansluitingen, de aanvragen tot tenlasteneming en de tenlastenemingen aan het Vlaams Zorgfonds als vermeld in artikel 1**HOOFDSTUK I. — *A-bestand - Leden**Afdeling I. — Recordtype A - Leden*

## Onderafdeling I. — Structuur

- 1) header : jaar en maand, zorgkas, type A (YYYYMMXXXA)
- 2) 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;
  - 880 = Zorgkas DKV Belgium.
- 3) velden :
  1. rijksregisternummer (veldlengte 11, numeriek)
  2. voornaam (veldlengte 50, alfanumeriek, aan de rechterkant opvullen met spaties)
  3. naam (veldlengte 50, alfanumeriek, aan de rechterkant opvullen met spaties)
  4. geboortejaar (veldlengte 4, numeriek)
  5. geslacht (veldlengte 1, numeriek) :
    - 1 : man;
    - 2 : vrouw.
  6. NIS - code van gemeente (veldlengte 5, numeriek)
  7. landcode (veldlengte 5, numeriek)
  8. werkplaats (veldlengte 1, numeriek) :
    - 0 : onbepaald;
    - 1 : Vlaams Gewest;
    - 2 : Brussels Hoofdstedelijk Gewest.
  9. code centraal punt van de zorgkas (veldlengte 3, numeriek)
  10. datum aanvang aansluiting YYYYMMDD (veldlengte 8, numeriek)

11. 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 tijdige aansluiting);
  - 50 = vrijwillige aansluiting in Brussel (en laattijdige aansluiting);
  - 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;
    - 78 = Zorgkas DKV Belgium.
  - 80 = ambtshalve aansluiting;
  - 85 = aansluiting van persoon die inkomende grensarbeider is of die vroeger van aansluiting vrijgesteld was;
  - 90 = onbekend.
12. datum beëindiging aansluiting YYYYMMDD (veldlengte 8, numeriek)
13. 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;
    - 1078 = Zorgkas DKV Belgium.
  - 1080 = overige;
  - 1085 = einde aansluiting door beëindiging van statuut van inkomende grensarbeider of door vrijstelling van betrokkene;
  - 1090 = onbekend;
  - 6666 = lid wordt afgestaan aan een andere zorgkas.
14. betaald bedrag tijdens kalenderjaar (veldlengte 5, numeriek)
15. terugbetaalde bijdragen tijdens kalenderjaar (velden m en n om te doen kloppen met boekhouding, veldlengte 5, numeriek)
16. aantal maanden opschorting met verlies van rechten (veldlengte 3, numeriek)
17. aantal maanden resterende opschorting met verlies van rechten (veldlengte 3, numeriek)
18. datum betaling bijdrage YYYY (formaat YYYYMMDD, veldlengte 8, numeriek)
19. bedrag betaald jaar YYYY (veldlengte 5, numeriek)
20. nog verschuldigd bedrag YYYY (veldlengte 5, numeriek)
21. teller administratieve boete YYYY (numeriek 1, is 0 of 1)
22. verhoogde verzekeringstegemoetkoming YYYY (veldlengte 1, numeriek) :
  - 0 = voorlopig onbekend;
  - 1 = persoon geniet geen verhoogde verzekeringstegemoetkoming;
  - 2 = persoon geniet een verhoogde verzekeringstegemoetkoming.
23. datum betaling bijdrage YYYY-1 (formaat YYYYMMDD, veldlengte 8, numeriek)
24. bedrag betaald jaar YYYY-1 (veldlengte 5, numeriek)
25. nog verschuldigd bedrag YYYY-1 (veldlengte 5, numeriek)
26. teller administratieve boete YYYY-1 (numeriek 1, is 0 of 1)
27. verhoogde verzekeringstegemoetkoming YYYY-1 (veldlengte 1, numeriek) :
  - 0 = voorlopig onbekend;
  - 1 = persoon geniet geen verhoogde verzekeringstegemoetkoming;
  - 2 = persoon geniet een verhoogde verzekeringstegemoetkoming.
28. datum betaling bijdrage YYYY-2 (formaat YYYYMMDD, veldlengte 8, numeriek)
29. bedrag betaald jaar YYYY-2 (veldlengte 5, numeriek)
30. nog verschuldigd bedrag YYYY-2 (veldlengte 5, numeriek)

31. teller administratieve boete YYYY-2 (numeriek 1, is 0 of 1)
32. verhoogde verzekeringstegemoetkoming YYYY-2 (veldlengte 1, numeriek) :  
0 = voorlopig onbekend;  
1 = persoon geniet geen verhoogde verzekeringstegemoetkoming;  
2 = persoon geniet een verhoogde verzekeringstegemoetkoming.
33. datum betaling bijdrage YYYY-3 (formaat YYYYMMDD, veldlengte 8, numeriek)
34. bedrag betaald jaar YYYY-3 (veldlengte 5, numeriek)
35. nog verschuldigd bedrag YYYY-3 (veldlengte 5, numeriek)
36. teller administratieve boete YYYY-3 (numeriek 1, is 0 of 1)
37. verhoogde verzekeringstegemoetkoming YYYY-3 (veldlengte 1, numeriek) :  
0 = voorlopig onbekend;  
1 = persoon geniet geen verhoogde verzekeringstegemoetkoming;  
2 = persoon geniet een verhoogde verzekeringstegemoetkoming.
38. datum betaling bijdrage YYYY-4 (formaat YYYYMMDD, veldlengte 8, numeriek)
39. bedrag betaald jaar YYYY-4 (veldlengte 5, numeriek)
40. nog verschuldigd bedrag YYYY-4 (veldlengte 5, numeriek)
41. teller administratieve boete YYYY-4 (numeriek 1, is 0 of 1)
42. verhoogde verzekeringstegemoetkoming YYYY-4 (veldlengte 1, numeriek) :  
0 = voorlopig onbekend;  
1 = persoon geniet geen verhoogde verzekeringstegemoetkoming;  
2 = persoon geniet een verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

#### Onderafdeling II. — Frequentie en volume :

##### 1) Frequentie

De databankgegevens moeten driemaal per jaar opgemaakt worden : een keer volgens de toestand op 30 april YYYY, een keer volgens de toestand op 30 juni YYYY en een keer volgens de toestand op 31 december YYYY. De gegevens worden telkens uiterlijk op de vijftiende dag van de tweede maand na die datums aan het Vlaams Zorgfonds bezorgd. De databankgegevens zijn cumulatief : de gegevens van vorige maanden en jaren worden eveneens toegevoegd.

##### 2) Jaarovergang :

De leden die hun aansluiting beëindigen of beëindigd hebben op 31/12/YYYY-5, mogen niet meer opgenomen worden in het tekstbestand A voor het jaar YYYY.

Afsluitingen op 31/12/YYYY-i met  $i=0,1,2,3,4$  moeten nog steeds opgenomen worden.

Personen die afgesloten worden met een code 1010, hoeven in het bestand van het daaropvolgende jaar niet meer meegedeeld worden.

Als een aansluiting in het bestand YYYY, die vroeger nog niet beëindigd werd, beëindigd moet worden met een datum afsluiting  $< YYYY-4$ , dan gebeurt dat in het A-bestand (en dus niet in het correctiebestand). Na het jaar YYYY wordt de afsluiting in kwestie niet meer meegedeeld. De eventuele terugbetalingen van bijdragen worden dan als volgt verwerkt :

1. referentieperioden die vallen in het interval YYYY-4 tot en met YYYY : in het A-bestand zelf;
2. alle andere referentieperioden : via correctiebestand.

##### 3) Dummycodes :

Algemene regel : dummycodes worden gebruikt om de jaren die buiten de aansluiting bij de zorgkas in kwestie vallen, op te vullen.

##### Voorbeelden :

1. een 26-jarige die voor het eerst moet betalen in YYYY (en dat ook echt doet) : YYYY-4 tot en met YYYY-1 worden met dummycodes opgevuld;

2. inkomende mutaties : bij een mutatie vult de inkomende zorgkas de jaren vóór de aansluiting bij die inkomende zorgkas op met dummycodes, behalve als er verschuldigde bijdragen die bij die voorgaande jaren behoren, aan de inkomende zorgkas worden betaald.

Uiteraard mogen zowel de vroegere, uitgaande zorgkas als de nieuwe, inkomende zorgkas correcties uitvoeren voor de voorgaande jaren.

##### Welke dummycodes moeten er gebruikt worden ?

Als u voor een bepaalde referentieperiode dummycodes wilt invullen, doet u dat door alle velden die bij dat jaar behoren, op te vullen met spaties. Daarbij moet u uiteraard rekening houden met de specifieke veldlengte van elk veld.

Dummycodes overschrijven nooit eerder doorgegeven gegevens.

#### Onderafdeling III. — Uitleg bij de velden van het A-bestand :

1. rijksregisternummer : rijksregisternummer van het betrokken lid. De inkomende grensarbeiders beschikken over een INSZ-nummer. Dat moet dan gebruikt worden;

2. naam : achternaam van betrokken persoon;

3. voornaam : de andere voornamen worden niet opgevraagd;

4. geboortjaar : geboortjaar van het betrokken lid;

5. geslacht : geslacht van het lid;

6. NIS-code van de gemeente : NIS-code van de fusiegemeente waar de betrokken persoon het laatst in België woonde (toestand laatste dag van de opgevraagde periode). Als de betrokkene een inkomende grensarbeider is (die in het buitenland woont, maar sociaal verzekerd is in België en tewerkgesteld in Vlaanderen of Brussel), wordt hier "00000" ingevuld;

7. landcode : land waar de betrokkene woont. Voor België vult u de code 00150 in;
8. werkplaats : wordt alleen ingevuld voor een inkomende grensarbeider. Daarna pas moet er ingevuld worden of de betrokken persoon in Vlaanderen of Brussel werkt;
9. code decentraal punt van de zorgkas : decentraal punt waar het lidmaatschap in kwestie beheerd wordt;
10. datum aanvang aansluiting : datum van de aansluiting van het betrokken lid bij de zorgkas in kwestie. De aansluitingsdatum heeft altijd de vorm YYYY0101 (met uitzondering voor 01/10/2001). Daarbij is YYYY het eerste jaar dat het betrokken lid aangesloten was bij de zorgkas;
11. code van aansluiting : het type aansluiting :
  - 00 = aansluiting opstart zorgverzekering. Vanaf 2003 wordt die code niet meer gebruikt voor nieuwe aansluitingen;
  - 10 = bereiken leeftijd. Het gaat hier om personen die in het lopende jaar 26 jaar worden en in Vlaanderen of in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest wonen (zie ook code 30 en 40);
  - 20 = personen, jonger dan 26 jaar, die een aanvraag voor tenlasteneming indienen;
  - 21 = personen, jonger dan 26 jaar, die een positieve beslissing tot tenlasteneming hebben;
  - 30 = personen die in het lopende jaar 26 jaar worden of zijn, en in Vlaanderen komen wonen;
  - 40 = personen die in het lopende jaar 26 jaar worden of zijn, en in Brussel komen wonen;
  - 50 = vrijwillige aansluiting in Brussel;
  - 7x = inkomende mutatie van zorgkas x;
  - 80 = ambtshalve aansluiting bij een van de zeven zorgkassen : alle ambtshalve aansluitingen voor de 680; ambtshalven met een eerste bijdrage voor de andere zorgkassen;
  - 85 = personen die als inkomende grensarbeider aangesloten worden voor het jaar YYYY, of die aansluiten voor het jaar YYYY terwijl ze voor het jaar YYYY-1 als vrijgestelde niet mochten aansluiten;
  - 90 = onbekend.
12. datum beëindiging aansluiting : is steeds van de vorm YYYY1231. Als er geen einddatum is, wordt hier de datum 99991231 ingevuld;
13. code van beëindiging aansluiting :
  - 0000 = geen beëindiging aansluiting;
  - 1010 = overlijden;
  - 1020 = einde van de zorgbehoefte (code 21) of geweigerde aanvraag (code 20). U kunt deze code alleen gebruiken als het 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 als inkomende grensarbeider of doordat betrokken persoon vrijgesteld is;
  - 1090 = onbekend;
  - 6666 = lid wordt afgestaan aan een andere zorgkas.
14. betaald bedrag tijdens kalenderjaar : in dit veld wordt het bedrag van de ledenbijdrage voor het kalenderjaar ingevuld. Ledenbijdragen van voorgaande jaren die tijdens het kalenderjaar in kwestie zijn betaald, moet u ook in dit veld noteren;
15. terugbetaalde bijdragen tijdens kalenderjaar : in dit veld worden de ledenbijdragen ingevuld die tijdens het kalenderjaar in kwestie werden teruggestort;
16. aantal maanden opschorting met verlies van rechten : totaal aantal maanden opgelopen opschorting met verlies van rechten door de betrokken persoon. Als iemand bijvoorbeeld 12 maanden opschorting met verlies van rechten heeft, dan staat in dit veld 012. Als de persoon geen opschorting met verlies van rechten heeft, staat hier 000;
17. aantal maanden resterende opschorting met verlies van rechten : aantal maanden opgelopen opschorting met verlies van rechten waarvoor de tenlastenemingen van de betrokken persoon nog niet werden opgeschort. Als iemand bijvoorbeeld 12 maanden opschorting met verlies van rechten heeft en er 8 uitgezeten heeft, dan staat in dit veld 004. In het veld aantal maanden opschorting met verlies van rechten blijft het oorspronkelijke aantal maanden staan : dat wordt dus niet verrekend. Als de persoon geen opschorting met verlies van rechten heeft uitgezeten, staat hier 000;
18. datum betaling bijdrage YYYY-i (met i = 0,1,2,3 of 4) : de datum waarop de bijdrage voor het bijdragejaar in kwestie betaald werd. Die datum kan in het bijdragejaar zelf vallen of later. Als er geen datum van betaling ingevuld hoeft te worden (bij een minderjarige, inkomende mutatie zonder betaling) of als er geen datum van betaling is, dan moet hier de datum 99991231 ingevuld worden (behalve bij dummygegevens : dan moeten er spaties gebruikt worden);
19. bedrag betaald jaar YYYY-i (met i = 0,1,2,3 of 4) : betaald bedrag voor het bijdragejaar in kwestie;
20. nog verschuldigd bedrag YYYY- i (met i = 0,1,2,3 of 4) : bedrag dat de betrokkene nog verschuldigd is voor het jaar in kwestie;
21. teller administratieve boete YYYY- i (met i = 0,1,2,3 of 4) : is 0 of 1;
22. verhoogde verzekeringstegemoetkoming YYYY- i (met i = 0,1,2,3 of 4) : geeft aan of het betrokken lid een VT'er is of niet. Voor YYYY is de toestand op 01/01/YYYY-1 van belang.

*Afdeling II. — Recordtype correctie A -leden*

## Onderafdeling I. — Structuur

- 1) header : jaar en maand, zorgkas, type A (YYYYMMXXXA)
- 2) 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;
  - 880 = Zorgkas DKV Belgium.
- 3) velden :
  1. rijksregisternummer (veldlengte 11, numeriek)
  2. jaar betaling YYYY (veldlengte 4, numeriek)
  3. datum betaling bijdrage YYYY (formaat YYYYMMDD, veldlengte 8, numeriek)
  4. bedrag betaald jaar YYYY (veldlengte 5, numeriek)
  5. nog verschuldigd bedrag YYYY (veldlengte 5, numeriek)
  6. teller administratieve boete YYYY (numeriek 1, is 0 of 1)
  7. verhoogde verzekeringstegemoetkoming (veldlengte 1, numeriek) :
    - 0 = voorlopig onbekend;
    - 1 = persoon geniet geen verhoogde verzekeringstegemoetkoming;
    - 2 = persoon geniet een verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

## Onderafdeling II. — Frequentie en volume :

De databankgegevens moeten driemaal per jaar opgemaakt worden : een keer volgens de toestand op 30 april YYYY, een keer volgens de toestand op 30 juni YYYY en een keer volgens de toestand op 31 december YYYY. De gegevens worden telkens uiterlijk op de vijftiende dag van de tweede maand na die datums aan het Vlaams Zorgfonds bezorgd. De databankgegevens zijn cumulatief : de gegevens van vorige maanden en jaren worden eveneens toegevoegd.

## Onderafdeling III. — Uitleg bij de velden van het CA-bestand :

1. rijksregisternummer;
2. jaar betaling YYYY : jaar waarop de doorgestuurde correctiegegevens (velden 3 tot en met 7) betrekking hebben;
3. datum betaling bijdrage YYYY : de datum waarop de bijdrage voor het bijdragejaar in kwestie betaald werd. Die datum kan in het bijdragejaar zelf vallen of later;
4. bedrag betaald jaar YYYY : betaald bedrag voor het bijdragejaar in kwestie;
5. nog verschuldigd bedrag YYYY : bedrag dat de betrokkene nog verschuldigd is voor het jaar YYYY;
6. teller administratieve boete YYYY : teller 0 of 1 voor jaar YYYY;
7. verhoogde verzekeringstegemoetkoming : geeft aan of het betrokken lid een VT'er is of niet. Voor YYYY is de toestand op 01/01/YYYY-1 van belang.

*HOOFDSTUK II. — Recordtype B - tenlastenemingen*

## Onderafdeling I. — Structuur

- 1) header : jaar en maand, zorgkas, type B (YYYYMMXXXB)
- 2) 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;
  - 880 = Zorgkas DKV Belgium.
- 3) velden :
  1. rijksregisternummer (veldlengte 11, numeriek)
  2. geboortjaar (veldlengte 4, numeriek)
  3. NIS-code van fusiegemeente (veldlengte 5, numeriek)
  4. code centraal punt van de zorgkas (veldlengte 3, numeriek)
  5. code aanvraag of controle (veldlengte 1, numeriek) :
    - 0 = aanvraag;
    - 1 = herziening of verlenging;
    - 3 = controle;
    - 4 = verandering van zorgvorm;
    - 5 = automatische opening van rechten.
  6. datum automatische opening van rechten YYYYMMDD (veldlengte 8, numeriek)
  7. datum van de aanvraag YYYYMMDD (veldlengte 8, numeriek)
  8. datum waarop erkenning van het dossier start YYYYMMDD (veldlengte 8, numeriek)

9. code indicatiesteller of attest bij aanvraag, herziening of verlenging, verandering van zorgvorm, controle of automatische opening van rechten (veldlengte 6, numeriek) :
- 207001 = diensten voor gezinszorg;
  - 201001 = OCMW;
  - 213001 = centra voor maatschappelijk welzijn;
  - 207003 = lokale dienstencentra;
  - 233999 = controleorgaan;
  - 900210 = Katz-schaal thuisverpleging;
  - 900220 = Katz-schaal tegemoetkoming in verzorgingsinrichting, bewijs van opname in woon- en zorgcentrum 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;
  - 900290 = aanvullende kinderbijslag uit hoofde van het kind;
  - 900300 = KINE E-attest.
10. GKB-nummer indicatiesteller (veldlengte 8, numeriek)
11. datum indicatiestelling YYYYMMDD (veldlengte 8, numeriek)
12. resultaat van de indicatiestelling bij aanvraag, herziening of verlenging, controle, verandering van zorgvorm (naar mantel-en thuiszorg), automatische opening van rechten (veldlengte 2, numeriek, veld = 99 als het gaat om een attest)
13. code beslissing (veldlengte 1, numeriek) :
- 0 = nog geen beslissing;
  - 1 = goedgekeurd;
  - 2 = goedgekeurd, maar beperkt door cumulatie (o.a. VAPH);
  - 5 = geweigerd.
14. datum van de beslissing YYYYMMDD (veldlengte 8, numeriek)
15. code zorgvorm (veldlengte 1, numeriek) :
- 0 = geen positieve beslissing na aanvraag, herziening of verlenging;
  - 4 = residentiële zorg;
  - 5 = mantel- en thuiszorg.
16. GKB-nummer van de residentiële voorziening (veldlengte 8, numeriek)
17. einddatum voor uitvoering tenlastenemingen YYYYMMDD (veldlengte 8, numeriek)
18. uitbetaald bedrag tijdens het kalenderjaar in kwestie (veldlengte 6, numeriek), (9999,99 : de komma wordt niet toegevoegd in het bestand)
19. bedrag van onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen die tijdens het kalenderjaar in kwestie werden vastgesteld (veldlengte 6, numeriek), (9999,99 : de komma wordt niet toegevoegd in het bestand)
20. parameter 0 (veldlengte 6, numeriek)
21. parameter 1 (veldlengte 8, numeriek)
22. parameter 2 (veldlengte 8, numeriek)
23. parameter 3 (veldlengte 8, numeriek)
24. parameter 4 (veldlengte 8, numeriek)

#### Onderafdeling II. — Frequentie en volume :

##### 1) Frequentie

De zorgkassen bezorgen de databankgegevens driemaandelijks aan het Vlaams Zorgfonds, een keer volgens de toestand op 31 maart YYYY, een keer volgens de toestand op 30 juni YYYY, een keer volgens de toestand op 30 september YYYY en een keer volgens de toestand op 31 december YYYY. De gegevens worden telkens uiterlijk op de vijftiende dag van de tweede maand na die datums aan het Vlaams Zorgfonds bezorgd. De databankgegevens zijn cumulatief : de gegevens van vorige maanden worden eveneens toegevoegd. Behalve waar dat expliciet wordt opgegeven, worden velden die niet ingevuld hoeven te worden, opgevuld met nullen.

##### 2) Nieuw record

Per beslissing wordt een nieuwe lijn aangemaakt in het B-bestand. Bijvoorbeeld een persoon met een lopend dossier met startdatum van 01/05/2010 tot en met 03/04/2012 dient een verandering van zorgvorm in vanaf 01/10/2010 : de eerste tenlasteneming wordt beëindigd op 30/09/2010 (veld *q*), en een nieuwe lijn wordt aangemaakt met datum waarop erkenning dossier start = 01/10/2010 (veld *h*) en code aanvraag = 4 (verandering van zorgvorm).

Bij een negatieve beslissing na herziening, verlenging of verandering van zorgvorm wordt enkel de einddatum van het vorig record aangepast. Het nieuwe record met de weigering wordt dus niet opgenomen.

Bij een controle wordt het nieuwe record met de positieve of negatieve beslissing na controle opgenomen.

##### 3) Jaarovergang :

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

1. de lopende dossiers (goedgekeurde dossiers waarvan de einddatum tenlasteneming valt na 31/12/YYYY-1);
2. de ingediende dossiers waarvoor op 31/12/YYYY nog geen beslissing werd genomen;
3. niet-lopende dossiers waarvoor in YYYY een bedrag uitbetaald werd of een bedrag van onverschuldigd betaalde tenlastenemingen vastgesteld werd.

Al die records blijven minstens tot het einde van het jaar YYYY in het tekstbestand B staan. Als een record eenmaal werd meegegeeld, blijft het immers tot het einde van het jaar in het B-bestand staan.



## Onderafdeling III. — Uitleg bij de velden

1. rijksregisternummer;
2. geboortjaar;
3. NIS-code fusiegemeente : NIS-code van de fusiegemeente waar de betrokken persoon het laatst in België woonde (toestand op de laatste dag van het opgevraagde trimester);
4. code decentraal punt van de zorgkas : de afdeling waar het desbetreffende dossier fysiek geconsulteerd kan worden;
5. code aanvraag, herziening of verlenging, controle, verandering van zorgvorm of automatische opening van rechten : in dit veld wordt aangegeven of het hier een aanvraag, een herziening, een verlenging, een controle, een verandering van zorgvorm of een automatische opening van rechten betreft. Dit veld wordt ingevoerd omdat een herziening, een verlenging, een controle of een verandering van zorgvorm een nieuw record wordt. Voor vroegere records mag de oude code 2 blijven staan;
6. datum automatische opening van rechten;
7. datum van de aanvraag : die datum wordt ook ingevuld bij herziening, verlenging, bij verandering van zorgvorm en bij automatische opening van rechten.

Bij herziening of verlenging wordt de datum alleen ingevuld als er een aanvraagformulier ingediend is;

8. datum waarop erkenning van het dossier start : de datum waarop de erkenning op basis van de herziening of verlenging, automatische opening van rechten, verandering van zorgvorm of controle effectief start. Het is dus steeds een datum van de vorm YYYY/MM/01. Records van vroeger worden aangepast zodat die ook de correcte datum weergeven.

De datum wordt ook ingevuld bij een eerste aanvraag.

Dit is steeds de datum zonder rekening te houden met oplegging van schorsing van betalingen, dus de datum waarop de eerste uitbetaling zou plaatsvinden als er geen opschorting met verlies van rechten is.

Bij een eerste aanvraag of bij de automatische opening van rechten is dat de datum na de carenperiode.

Bij een (positieve) controle is dat de eerste tenlasteneming na de beslissing na controle.

Bij een verandering van zorgvorm is het de eerste maand tenlasteneming in de nieuwe zorgvorm;

9. code indicatiesteller of attest bij aanvraag, herziening of verlenging, verandering van zorgvorm, controle of automatische opening van rechten :

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

10. GKB-nummer indicatiesteller;

11. datum indicatiestelling : datum waarop de indicatiestelling uitgevoerd wordt;

12. resultaat van de indicatiestelling bij aanvraag, herziening, verlenging, controle, verandering van zorgvorm naar mantel- en thuiszorg, automatische opening van rechten : hier wordt de score ingevuld van de zorgbehoevende bij de indicatiestelling. Als 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. opvullenen gebruikt. De score mag ingevuld worden op het ogenblik dat de zorgkas kennis neemt van het resultaat van de indicatiestelling, dus voor de eigenlijke beslissing genomen werd;

13. code beslissing : er hoeft geen onderscheid meer gemaakt te worden tussen een dossier dat geweigerd is om formele redenen (vroegere code 4) en dossiers die om een andere reden geweigerd zijn. Aan de zorgkassen wordt gevraagd om code 5 te gebruiken. Vroegere beslissingen hoeven niet aangepast te worden;

14. datum van de beslissing : datum waarop de beslissing over de aanvraag, herziening of verlenging, controle of verandering van zorgvorm genomen wordt;

15. code zorgvorm : in dit veld wordt de laatst geldige zorgvorm geplaatst. Pas op het ogenblik dat de aanvraag goedgekeurd wordt, moet dit veld ingevuld worden;

16. GKB-nummer van de residentiële voorziening;

17. einddatum voor uitvoering van tenlastenemingen : de laatst geldige einddatum;

18. uitbetaald bedrag tijdens het kalenderjaar in kwestie : alle uitbetalingen voor tenlastenemingen die de zorgkas van 01/01/YYYY tot en met 31/01/YYYY+1 heeft uitbetaald met betrekking tot het jaar YYYY (en eventueel rechtzettingen van voorgaande jaren. Let wel, het is niet de bedoeling om bijvoorbeeld uitvoeringen van tenlastenemingen voor residentiële zorg voor december YYYY-1 die uitbetaald worden tussen 01/01/YYYY en 31/01/YYYY op te nemen in dit veld. Deze bedragen moeten reeds opgenomen zijn in het bestand YYYY-1);

19. bedrag van onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen die tijdens betrokken kalenderjaar werden vastgesteld : de onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen (van het jaar YYYY of van voorgaande jaren) die vastgesteld zijn tussen 15/01/YYYY en 15/01/YYYY +1.

Onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen die vastgesteld zijn, worden onmiddellijk opgenomen. Dat betekent concreet dat er bijvoorbeeld niet gewacht mag worden op de effectieve inning van terugvorderingen of op de compensatie via de werkingskosten om tot verwerking ervan in de bestanden met tenlastenemingen over te gaan.

Om de continuïteit in de verwerking van de trimesteriële gegevens te garanderen wordt gevraagd dat de zorgkassen alle uitbetalingen en vaststellingen van onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen tot 15 dagen na het einde van het kwartaal (dus tot 15 april, 15 juli, 15 oktober en 15 januari) zouden opnemen, voor zover de uitbetalingen en vaststellingen van onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen betrekking hebben op het afgesloten kwartaal of op daaraan voorafgaande kwartalen;

20. velden t, u, v, w, x.

HOOFDSTUK III. — *Recordtype D - indicatiestellers en resultaten*

## Onderafdeling I. — Structuur

- 1) header : jaar en maand, zorgkas, type D (YYYYMMXXD)
- 2) 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;
  - 880 = Zorgkas DKV Belgium.
- 3) velden :
  1. rijksregisternummer (veldlengte 11, numeriek)
  2. geboortjaar (veldlengte 4, numeriek)
  3. NIS-code van fusiegemeente (veldlengte 5, numeriek)
  4. code decentraal punt van de zorgkas (veldlengte 3, numeriek)
  5. GKB-nummer indicatiesteller (veldlengte 8, numeriek)
  6. code indicatiesteller (veldlengte 6, numeriek) :
    - 207001 = diensten voor gezinszorg;
    - 201001 = ocmw's;
    - 213001 = centra voor maatschappelijk welzijn;
    - 207003 = lokale dienstencentra.
  7. datum van de aanvraag, datum waarop tenlastenemingen na herziening of verlenging effectief starten DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
  8. datum van de indicatiestelling DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
  9. resultaat van de indicatiestelling (veldlengte 2, numeriek)
  10. datum van de uitbetaling van de indicatiesteller DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
  11. datum van de terugvordering van de indicatiesteller DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

## Onderafdeling II. — Frequentie en volume

## 1) Frequentie

De zorgkassen bezorgen de databankgegevens driemaandelijks aan het Vlaams Zorgfonds, een keer volgens de toestand op 31 maart YYYY, een keer volgens de toestand op 30 juni YYYY, een keer volgens de toestand op 30 september YYYY en een keer volgens de toestand op 31 december YYYY. De gegevens worden telkens uiterlijk op de vijftiende dag van de tweede maand na die datums aan het Vlaams Zorgfonds bezorgd. De databankgegevens zijn cumulatief : de gegevens van vorige maanden worden eveneens toegevoegd.

## 2) Jaarovergang

Naast de indicatiestellingen, uitgevoerd in het jaar YYYY, bevat dit bestand alle indicatiestellingen, uitgevoerd in het jaar YYYY-1.

## Onderafdeling III. — Uitleg bij de velden :

1. rijksregisternummer;
2. geboortjaar;
3. NIS-code fusiegemeente : NIS-code van de fusiegemeente waar de betrokken persoon het laatst in het Vlaamse Gewest of het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest woonde (toestand op de laatste dag van het opgevraagde trimester);
4. code decentraal punt van de zorgkas : afdeling waar het desbetreffende dossier fysiek geconsulteerd kan worden;
5. GKB-nummer indicatiesteller;
6. code indicatiesteller of attest;
7. datum van de aanvraag, datum waarop tenlastenemingen na herziening of verlenging effectief starten : zie uitleg bestand B. Als er nog geen aanvraag, herziening of verlenging werd ingediend, mag in dit veld "00000000" worden ingevuld;
8. datum van de indicatiestelling : datum waarop de indicatiestelling uitgevoerd wordt;
9. resultaat van de indicatiestelling : score van de zorgbehoevende bij de indicatiestelling;
10. datum van de uitbetaling van de indicatiesteller : datum waarop het bedrag uitbetaald wordt. Als het om een indicatiestelling gaat die nog niet uitbetaald is of die niet uitbetaald hoeft te worden, mag in dit veld "00000000" blijven staan;
11. datum van de terugvordering van de indicatiesteller : datum waarop de terugvordering geïnd wordt. Als er geen terugvordering plaatsvindt, dan wordt dit veld "00000000".



## HOOFDSTUK IV. Recordtype M - Mantelzorgers

## Onderafdeling I. Structuur

- 1) header : jaar en maand, zorgkas, type M (YYYYMMXXM)
- 2) 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;
  - 880 = Zorgkas DKV Belgium.
- 3) velden :
  1. rijksregisternummer van de zorgbehoevende (veldlengte 11, numeriek);
  2. rijksregisternummer van de mantelzorger (veldlengte 11, numeriek);
  3. relatie zorgbehoevende-mantelzorger (veldlengte 2, numeriek) :
    - 00 : onbekend;
    - 01 : echtgenoot of echtgenote;
    - 02 : partner;
    - 03 : (schoon)moeder;
    - 04 : (schoon)vader;
    - 05 : (schoon)zus;
    - 06 : (schoon)broer;
    - 07 : (schoon)dochter;
    - 08 : (schoon)zoon;
    - 09 : buur;
    - 10 : andere.

## Onderafdeling II. — Frequentie en volume :

De databankgegevens worden voor 15 februari van het jaar YYYY+1 aan het Vlaams Zorgfonds bezorgd. Het gaat hier steeds om de toestand op 31/12/YYYY.

Als er verschillende mantelzorgers voor één zorgbehoevende zijn, dan moet er per mantelzorger één record aangemaakt worden. Een persoon kan ook mantelzorger zijn van verschillende zorgbehoevenden. Per relatie zorgbehoevende-mantelzorger moet er een record aangemaakt worden.

## Onderafdeling III. — Uitleg bij de velden :

1. rijksregisternummer van de zorgbehoevende : het gaat hier om een persoon die een lopend dossier heeft op 31/12/YYYY voor mantel- en thuiszorg en waarvoor een mantelzorger werd geregistreerd;
2. rijksregisternummer van de mantelzorger : persoon die als mantelzorger werd geregistreerd voor de betrokken zorgbehoevende;
3. relatie zorgbehoevende-mantelzorger : als de relatie onbekend is, moet code "00" ingevuld worden. Code "10" mag alleen gebruikt worden voor een bekende relatie die niet onder de categorieën "01" tot en met "09" valt.

Gezien om gevoegd te worden bij het ministerieel besluit van 2 december 2009 betreffende het verstrekken van de gegevens over de aansluitingen, de aanvragen tot tenlasteneming en de tenlastenemingen in het kader van de zorgverzekering.

Brussel, 2 december 2009.

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

## TRADUCTION

## AUTORITE FLAMANDE

## Aide sociale, Santé publique et Famille

F. 2010 — 42

[2009/205925]

**2 DECEMBRE 2009. — Arrêté ministériel relatif à la fourniture de données sur les affiliations, les demandes de prise en charge et les prises en charge dans le cadre de l'assurance soins**

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

Vu le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, l'article 16, alinéa deux;

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, l'article 8;

Vu les avis de l'Inspection des Finances, donnés le 24 avril 2009 et le 19 novembre 2009;

Vu l'avis 46.711/3 du Conseil d'Etat, donné le 9 juin 2009, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, premier alinéa, 1<sup>o</sup>, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** Les caisses d'assurance soins fournissent les données relatives aux affiliations, demandes de prise en charge et prises en charge au « Vlaams Zorgfonds » (Fonds flamands des soins) conformément aux dispositions définies dans l'annexe unique au présent arrêté.

**Art. 2.** Dans l'annexe à l'arrêté ministériel du 6 janvier 2006 portant approbation du manuel de l'assurance soins, modifié la dernière fois par l'arrêté ministériel du 29 août 2008, le chapitre XX est abrogé.

**Art. 3.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Bruxelles, le 2 décembre 2009.

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

**Annexe unique. Les dispositions relatives aux données concernant les affiliations, les demandes de prise en charge et les prises en charge, à fournir au Vlaams Zorgfonds, telles que visées à l'article 1<sup>er</sup>**

CHAPITRE I<sup>er</sup>. — *Fichier A - Affiliés*

Section I<sup>re</sup>. — Type d'article A - Affiliés

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

- 1) header : année et mois, caisse d'assurance soins, type A (YYYYMMXXXA)
- 2) 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;
  - 880 = Zorgkas DKV Belgium.
- 3) champs :
  1. numéro au registre national (longueur de champ 11, numérique)
  2. prénom (longueur de champ 50, alphanumérique, compléter à droite par des espaces)
  3. nom (longueur de champ 50, alphanumérique, compléter à droite par des espaces)
  4. année de naissance (longueur de champ 4, numérique)
  5. sexe (longueur de champ 1, numérique) :
    - 1 : homme;
    - 2 : femme.
  6. Code INS de la commune (longueur de champ 5, numérique)
  7. code pays (longueur de champ 5, numérique)
  8. lieu de travail (longueur de champ 1, numérique) :
    - 0 : non déterminé;
    - 1 : Région flamande;
    - 2 : Région de Bruxelles-Capitale.
  9. code point décentralisé de la caisse d'assurance soins (longueur de champ 3, numérique)
  10. date début affiliation YYYYMMDD (longueur de champ 8, numérique)
  11. code d'affiliation (longueur de champ 2, numérique) :
    - 00 = affiliation lancement 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, membre effectif de la caisse d'assurance soins);
    - 30 = venu habiter en Flandre;
    - 40 = venu habiter à Bruxelles (et affiliation à temps);
    - 50 = affiliation volontaire à Bruxelles (et affiliation tardive);
    - 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;
      - 78 = Zorgkas DKV Belgium.
    - 80 = affiliation d'office;
    - 85 = affiliation d'une personne qui est travailleur frontalier entrant ou qui était auparavant exemptée d'affiliation;
    - 90 = inconnu.

12. date fin affiliation YYYYMMDD (longueur de champ 8, numérique)
13. code cessation affiliation (longueur de champ 4, numérique) :
  - 0000 = pas de cessation affiliation;
  - 1010 = décès;
  - 1020 = fin dépendance (moins de 26 ans);
  - 1030 = quitter la Flandre ou Bruxelles;
  - 1050 = cessation volontaire à Bruxelles;
  - 1060 = suppression double affiliation;
  - 107X = mutation vers 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;
    - 1078 = Zorgkas DKV Belgium.
  - 1080 = autres;
  - 1085 = fin affiliation suite à cessation statut de travailleur frontalier entrant ou exemption de l'intéressé;
  - 1090 = inconnu;
  - 6666 = affilié cédé à une autre caisse d'assurance soins.
14. montant payé pendant l'année civile (longueur de champ 5, numérique)
15. montants remboursés pendant l'année civile (champs m et n pour faire correspondre avec la comptabilité, longueur de champ 5, numérique)
16. nombre de mois de suspension avec perte de droits (longueur de champ 3, numérique)
17. nombre de mois suspension restante avec perte de droits (longueur de champ 3, numérique)
18. date paiement cotisation YYYY (format YYYYMMDD, longueur de champ 8, numérique)
19. montant année payée YYYY (longueur de champ 5, numérique)
20. montant restant dû YYYY (longueur de champ 5, numérique)
21. compteur amende administrative YYYY (numérique 1, est 0 ou 1)
22. intervention d'assurance majorée YYYY (longueur de champ 1, numérique) :
  - 0 = provisoirement inconnu;
  - 1 = personne ne bénéficie pas d'une intervention d'assurance majorée;
  - 2 = personne bénéficie d'une intervention d'assurance majorée.
23. date paiement cotisation YYYY-1 (format YYYYMMDD, longueur de champ 8, numérique)
24. montant année payée YYYY-1 (longueur de champ 5, numérique)
25. montant restant dû YYYY-1 (longueur de champ 5, numérique)
26. compteur amende administrative YYYY-1 (numérique 1, est 0 ou 1)
27. intervention d'assurance majorée YYYY-1 (longueur de champ 1, numérique) :
  - 0 = provisoirement inconnu;
  - 1 = personne ne bénéficie pas d'une intervention d'assurance majorée;
  - 2 = personne bénéficie d'une intervention d'assurance majorée.
28. date paiement cotisation YYYY-2 (format YYYYMMDD, longueur de champ 8, numérique)
29. montant année payée YYYY-2 (longueur de champ 5, numérique)
30. montant restant dû YYYY-2 (longueur de champ 5, numérique)
31. compteur amende administrative YYYY-2 (numérique 1, est 0 ou 1)
32. intervention d'assurance majorée YYYY-2 (longueur de champ 1, numérique) :
  - 0 = provisoirement inconnu;
  - 1 = personne ne bénéficie pas d'une intervention d'assurance majorée;
  - 2 = personne bénéficie d'une intervention d'assurance majorée.
33. date paiement cotisation YYYY-3 (format YYYYMMDD, longueur de champ 8, numérique)
34. montant année payée YYYY-3 (longueur de champ 5, numérique)
35. montant restant dû YYYY-3 (longueur de champ 5, numérique)
36. compteur amende administrative YYYY-3 (numérique 1, est 0 ou 1)
37. intervention d'assurance majorée YYYY-3 (longueur de champ 1, numérique) :
  - 0 = provisoirement inconnu;
  - 1 = personne ne bénéficie pas d'une intervention d'assurance majorée;
  - 2 = personne bénéficie d'une intervention d'assurance majorée.
38. date paiement cotisation YYYY-4 (format YYYYMMDD, longueur de champ 8, numérique)
39. montant année payée YYYY-4 (longueur de champ 5, numérique)
40. montant restant dû YYYY-4 (longueur de champ 5, numérique)
41. compteur amende administrative YYYY-4 (numérique 1, est 0 ou 1)
42. intervention d'assurance majorée YYYY-4 (longueur de champ 1, numérique) :
  - 0 = provisoirement inconnu;
  - 1 = personne ne bénéficie pas d'une intervention d'assurance majorée;
  - 2 = personne bénéficie d'une intervention d'assurance majorée.

## Sous-section II. — Fréquence et volume :

## 1) Fréquence

Les données de la base de données doivent être établies trois fois par an : une fois selon la situation au 30 avril YYYY, une fois selon la situation au 30 juin YYYY et une fois selon la situation au 31 décembre YYYY. Les données sont transmises au Vlaams Zorgfonds au plus tard le quinzième jour du deuxième mois suivant ces dates respectives. Les données de la base de données sont cumulatives : les données des mois et années précédents sont également ajoutées.

## 2) Transition d'année :

Les affiliés qui mettent fin ou ont mis fin à leur affiliation le 31/12/YYYY-5, ne peuvent plus être repris dans le fichier de texte A pour l'année YYYY.

Les clôtures du 31/12/YYYY-i où i = 0,1,2,3,4 doivent toujours être reprises.

Les personnes qui sont clôturées avec un code 1010, ne doivent plus être communiquées dans le fichier de l'année suivante.

Lorsqu'il faut mettre fin à une affiliation dans le fichier YYYY, qui n'avait pas encore été clôturé avant, avec une date de clôture < YYYY-4, cela se fait dans le fichier A (et donc pas dans le fichier de correction). Après l'année YYYY, la clôture en question n'est plus communiquée. Dans ce cas, les remboursements éventuels de cotisations sont traités comme suit :

1. les périodes de référence qui tombent dans l'intervalle YYYY-4 jusqu'à YYYY inclus : dans le fichier A même;
2. toutes les autres périodes de référence : par le biais du fichier de correction.

## 3) Dummycodes :

Règle générale : des dummycodes sont utilisés pour combler les années qui tombent en dehors de l'affiliation à la caisse d'assurance soins en question.

## Exemples :

1. une personne de 26 ans qui doit payer pour la première fois en YYYY (et qui le fait effectivement) : YYYY-4 jusqu'à YYYY-1 inclus sont remplis à l'aide de dummycodes;

2. mutations entrantes : lors d'une mutation, la caisse d'assurance soins entrante remplit les années avant l'affiliation auprès de cette caisse d'assurance soins entrante à l'aide de dummycodes, à moins que des cotisations dues se référant aux années précédentes, ne soient payées à la caisse d'assurance soins entrante.

Il va de soi que tant l'ancienne caisse d'assurance soins sortante que la nouvelle caisse d'assurance soins entrante effectuent des corrections pour les années antérieures.

## Quels dummycodes doivent être utilisés?

Si vous voulez remplir des dummycodes pour une certaine période de référence, vous le faites en remplissant avec des espaces, tous les champs qui réfèrent à l'année en question. Pour ce faire, vous devez évidemment tenir compte de la longueur spécifique de chaque champ.

Les dummycodes ne se substituent jamais à des données transmises antérieurement.

## Sous-section III. — Commentaire des champs du fichier A :

1. numéro au registre national : le numéro au registre national de l'affilié concerné. Les travailleurs frontaliers entrants disposent d'un numéro INSS qu'il convient d'utiliser dans ce cas;

2. nom : nom de famille de l'intéressé;

3. prénom : les autres prénoms ne sont pas demandés;

4. année de naissance : année de naissance de l'affilié concerné;

5. sexe : le sexe de l'affilié;

6. code INS de la commune : le code INS de la commune de fusion où l'intéressé a dernièrement habité en Belgique (situation dernier jour de la période demandée). Lorsque l'intéressé est un travailleur frontalier entrant (qui habite à l'étranger mais qui a une assurance sociale en Belgique et est employé en Flandre ou à Bruxelles), il convient de mettre "00000";

7. code pays : pays où habite l'intéressé. Pour la Belgique, vous mettez le code 00150;

8. lieu de travail : est uniquement rempli pour un travailleur frontalier entrant. Ce n'est qu'après qu'il faut indiquer si l'intéressé travaille en Flandre ou à Bruxelles;

9. code point décentralisé de la caisse d'assurance soins : Point décentralisé où l'affiliation en question est gérée;

10. date début affiliation : date de l'affiliation de l'affilié concerné auprès de la caisse d'assurance soins en question. La date d'affiliation prend toujours la forme YYYY0101 (à l'exception du 01/10/2001). YYYY désigne la première année de l'affiliation de l'intéressé auprès de la caisse d'assurance soins;

11. code d'affiliation : le type d'affiliation :

00 = affiliation démarrage assurance soins. A partir de 2003, ce code n'est plus utilisé pour de nouvelles affiliations;

10 = âge atteint. Il s'agit de personnes qui atteignent l'âge de 26 ans durant l'année en cours et qui habitent en Flandre ou dans la Région de Bruxelles-Capitale (voir aussi code 30 et 40);

20 = des personnes de moins de 26 ans qui introduisent une demande de prise en charge;

21 = des personnes de moins de 26 ans qui bénéficient d'une décision positive de prise en charge;

30 = des personnes qui atteignent ou ont atteint l'âge de 26 ans durant l'année en cours et qui viennent habiter en Flandre;

40 = des personnes qui atteignent ou ont atteint l'âge de 26 ans durant l'année en cours et qui viennent habiter à Bruxelles;

50 = affiliation volontaire à Bruxelles;

- 7x = mutation entrante de la caisse d'assurance soins x;
- 80 = affiliation d'office auprès de l'une des sept caisses d'assurance soins : toutes les affiliations d'office pour le 680; affiliations d'office avec une première cotisation pour les autres caisses d'assurance soins;
- 85 = des personnes qui sont affiliées comme travailleur frontalier entrant avant l'année YYYY, ou s'affilient pour l'année YYYY alors qu'elles ne pouvaient pas s'affilier comme exemptées pour l'année YYYY-1;
- 90 = inconnu.
12. date cessation affiliation : prend toujours la forme YYYY1231. S'il n'y a pas de date finale, la date 99991231 sera remplie ici;
13. code cessation affiliation :
- 0000 = pas de cessation affiliation;
- 1010 = décès;
- 1020 = fin de la dépendance de soins (code 21) ou demande refusée (code 20). Vous ne pouvez utiliser ce code que si l'affilié en question n'a pas encore atteint l'âge de 26 ans;
- 1030 = quitter la Flandre ou Bruxelles;
- 1050 = cessation volontaire à Bruxelles;
- 1060 = suppression d'une double affiliation;
- 107X = mutation vers une autre caisse d'assurance soins;
- 1080 = autres;
- 1085 = cessation de l'affiliation comme travailleur frontalier entrant ou parce que l'intéressé est exempté;
- 1090 = inconnu;
- 6666 = affilié cédé à une autre caisse d'assurance soins.
14. montant payé pendant l'année civile : le montant de la cotisation d'affiliation pour l'année civile sera indiqué dans ce champ. Les cotisations des années antérieures qui ont été payées pendant l'année civile en question, doivent également être mentionnées ici;
15. cotisations remboursées pendant l'année civile : on indique ici les cotisations qui ont été remboursées durant l'année civile en question;
16. nombre de mois de suspension avec perte de droits : nombre total de mois de suspension encourue avec perte de droits par la personne concernée. Lorsque l'intéressé subit par exemple 12 mois de suspension avec perte de droits, ce champ indiquera 012. Lorsque l'intéressé n'a pas subi de suspension avec perte de droits, il sera mis 000;
17. nombre de mois de suspension restante avec perte de droits : nombre de mois de suspension encourue avec perte de droits pour lesquels les prises en charge de l'intéressé n'ont pas encore été suspendues. Lorsqu'une personne a par exemple 12 mois de suspension avec perte de droits et en a fait 8, ce champ indiquera 004. Dans le champ nombre de mois de suspension avec perte de droits, le nombre de mois initial sera maintenu : cela n'est donc pas pris en compte. Lorsque l'intéressé n'a pas subi de suspension avec perte de droits, il sera marqué 000;
18. date paiement cotisation YYYY-i (où i = 0,1,2,3 ou 4) : la date à laquelle la cotisation a été payée pour l'année de cotisation en question. Cette date peut tomber dans l'année civile même ou après. S'il ne faut pas remplir de date de paiement (pour un mineur d'âge, mutation entrante sans paiement) ou lorsqu'il n'y a pas de date de paiement, il faut remplir ici la date 99991231 (sauf pour des données dummy : dans ce cas, il faut utiliser des espaces);
19. montant année payée YYYY-i (où i = 0,1,2,3 ou 4) : montant payé pour l'année de cotisation en question;
20. montant restant dû YYYY- i (où i = 0,1,2,3 ou 4) : montant dont l'intéressé est encore redevable pour l'année en question;
21. compteur amende administrative YYYY- i (où i = 0,1,2,3 ou 4) : est 0 ou 1;
22. intervention d'assurance majorée YYYY- i (où i = 0,1,2,3 ou 4) : indique si l'affilié concerné est VT ou pas. Pour YYYY, la situation au 01/01/YYYY-1 est importante.

## Section II. — Type d'article correction A - affiliés

### Sous-section I<sup>re</sup>. — Structure

- 1) header : année et mois, caisse d'assurance soins, type A (YYYYMMXXA)
- 2) code caisse d'assurance soins :
  - 880 = Caisse d'assurance soins DKV Belgium
  - 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;
  - 880 = Zorgkas DKV Belgium.

## 3) champs :

1. numéro au registre national (longueur de champ 11, numérique)
2. année de paiement YYYY (longueur de champ 4, numérique)
3. date paiement cotisation YYYY (format YYYYMMDD, longueur de champ 8, numérique)
4. montant année payée YYYY (longueur de champ 5, numérique)
5. montant restant dû YYYY (longueur de champ 5, numérique)
6. compteur amende administrative YYYY (numérique 1, est 0 ou 1)
7. intervention d'assurance majorée (longueur de champ 1, numérique) :
  - 0 = provisoirement inconnu;
  - 1 = personne ne bénéficie pas d'une intervention d'assurance majorée;
  - 2 = personne bénéficie d'une intervention d'assurance majorée.

## Sous-section II. Fréquence et volume :

Les données de la base de données doivent être établies trois fois par an : une fois selon la situation au 30 avril YYYY, une fois selon la situation au 30 juin YYYY et une fois selon la situation au 31 décembre YYYY. Les données sont transmises au Vlaams Zorgfonds au plus tard le quinzième jour du deuxième mois suivant ces dates respectives. Les données de la base de données sont cumulatives : les données des mois et années précédents sont également ajoutées.

## Sous-section III. — Commentaire des champs du fichier CA :

1. numéro au registre national;
2. année de paiement YYYY : année à laquelle se rapportent les données de correction transmises (champs 3 jusqu'à 7 inclus);
3. date paiement cotisation YYYY : la date à laquelle a été payée la cotisation pour l'année de cotisation en question. Cette date peut tomber dans l'année de cotisation même ou y être postérieure;
4. montant année payée YYYY : montant payé pour l'année de cotisation en question;
5. montant restant dû YYYY : montant dont l'intéressé est encore redevable pour l'année YYYY;
6. compteur amende administrative YYYY : compteur 0 ou 1 pour l'année YYYY;
7. intervention d'assurance majorée : indique si l'affilié concerné est un VT ou pas. Pour YYYY, la situation au 01/01/YYYY-1 est importante.

## CHAPITRE II. — Type d'article B - prise en charges

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

- 1) header : année et mois, caisse d'assurance soins, type B (YYYYMMXXB)
- 2) 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;
  - 880 = Zorgkas DKV Belgium.
- 3) champs :
  1. numéro au registre national (longueur de champ 11, numérique)
  2. année de naissance (longueur de champ 4, numérique)
  3. code INS de la commune de fusion (longueur de champ 5, numérique)
  4. code point décentralisé de la caisse d'assurance soins (longueur de champ 3, numérique)
  5. code demande ou contrôle (longueur de champ 1, numérique) :
    - 0 = demande;
    - 1 = révision ou prolongation;
    - 3 = contrôle;
    - 4 = changement de la forme de soins;
    - 5 = ouverture automatique de droits.
  6. Date ouverture automatique de droits YYYYMMDD (longueur de champ 8, numérique)
  7. Date de la demande YYYYMMDD (longueur de champ 8, numérique)
  8. Date à laquelle débute l'agrément du dossier YYYYMMDD (longueur de champ 8, numérique)



9. code indication ou attestation en cas de demande, de révision ou de prolongation, changement de la forme de soins, contrôle ou ouverture automatique de droits (longueur de champ 6, numérique) :
- 207001 = services d'aide aux familles;
  - 201001 = CPAS;
  - 213001 = centres d'aide sociale;
  - 207003 = centres de services locaux;
  - 233999 = organe de contrôle;
  - 900210 = échelle Katz soins à domicile;
  - 900220 = échelle Katz intervention dans établissement de soins, preuve d'admission dans un centre d'habitat et de soins ou une MSR;
  - 900230 = preuve d'admission dans un établissement de soins psychiatriques;
  - 900240 = échelle de profils BEL dans l'aide aux familles;
  - 900280 = échelle médico-sociale pour l'intervention d'intégration, intervention aide aux personnes âgées;
  - 900290 = allocations familiales complémentaires dans le chef de l'enfant;
  - 900300 = attestation E KINE.
10. Numéro GKB indicateur (longueur de champ 8, numérique) XXX
11. Date indication YYYYMMDD (longueur de champ 8, numérique)
12. Résultat de l'indication en cas de demande, révision ou prolongation, contrôle, changement de la forme de soins (vers soins de proximité et soins à domicile), ouverture automatique de droits (longueur de champ 2, numérique, champ = 99 s'il s'agit d'une attestation)
13. code décision (longueur de champ 1, numérique) :
- 0 = pas encore de décision;
  - 1 = approuvé;
  - 2 = approuvé, mais limité en raison de cumul (e.a. VAPH);
  - 5 = refusé.
14. Date de la décision YYYYMMDD (longueur de champ 8, numérique)
15. code forme de soins (longueur de champ 1, numérique) :
- 0 = pas de décision positive après demande, révision ou prolongation;
  - 4 = soins résidentiels;
  - 5 = soins de proximité et soins à domicile.
16. Numéro GKB de la structure résidentielle (longueur de champ 8, numérique)
17. Date finale pour l'exécution des prises en charge YYYYMMDD (longueur de champ 8, numérique)
18. Montant payé pendant l'année civile en question (longueur de champ 6, numérique), (9999,99 : la virgule n'est pas ajoutée dans le fichier)
19. Montant de prises en charge exécutées et non dues qui ont été constatées pendant l'année civile en question (longueur de champ 6, numérique), (9999,99 : la virgule n'est pas ajoutée dans le fichier)
20. paramètre 0 (longueur de champ 6, numérique)
21. paramètre 1 (longueur de champ 8, numérique)
22. paramètre 2 (longueur de champ 8, numérique)
23. paramètre 3 (longueur de champ 8, numérique)
24. paramètre 4 (longueur de champ 8, numérique)

#### Sous-section II. — Fréquence et volume :

##### 1) Fréquence

Les caisses d'assurances soins font parvenir les données de la base de données tous les trois mois au Vlaams Zorgfonds : une fois selon la situation au 31 mars YYYY, une fois selon la situation au 30 juin YYYY, une fois selon la situation au 30 septembre et une fois selon la situation au 31 décembre YYYY. Les données sont transmises au Vlaams Zorgfonds au plus tard le quinzième jour du deuxième mois suivant ces dates respectives. Les données de la base de données sont cumulatives : les données des mois précédents sont également ajoutées. Sauf là où c'est explicitement indiqué, les champs qui ne doivent pas être remplis sont remplis de zéros.

##### 2) Nouvel article

Pour chaque décision, une nouvelle ligne est créée dans le fichier B. Par exemple, une personne avec un dossier en cours avec comme date de début du 01/05/2010 jusqu'au 03/04/2012 inclus, introduit un changement de forme de soins à partir du 01/10/2010 : la première prise en charge est terminée le 30/09/2010 (champ *q*), et une nouvelle ligne est créée avec la date à laquelle débute l'agrément du dossier = 01/10/2010 (champ *h*) et code demande = 4 (changement de forme de soins).

En cas de décision négative après une révision, prolongation ou modification de la forme de soins, seule la date finale de l'article précédent est adaptée. Le nouvel article avec le refus n'est donc pas repris.

Lors d'un contrôle, le nouvel article avec la décision positive ou négative après contrôle sera repris.

##### 3) Transition d'année :

Le fichier prises en charge de l'année YYYY reprend les articles suivants du fichier de YYYY-1 :

1. les dossiers en cours (dossiers approuvés dont la date finale de prise en charge intervient après le 31/12/YYYY-1);
2. les dossiers introduits pour lesquels aucune décision n'a été prise le 31/12/YYYY;
3. les dossiers non en cours pour lesquels en YYYY, un montant a été payé ou un montant de prise en charge payée et non due a été constaté.

Tous ces articles resteront dans le fichier de texte B au moins jusqu'à la fin de l'année YYYY. Dès qu'un article a été communiqué une fois, il restera dans le fichier B au moins jusqu'à la fin de l'année.

## Sous-section III. — Commentaire des champs

1. numéro au registre national;
2. année de naissance;
3. code INS commune de fusion : le code INS de la commune de fusion où l'intéressé habitait dernièrement en Belgique (situation le dernier jour du trimestre demandé);
4. code point décentralisé de la caisse d'assurance soins : la division où le dossier concerné peut être physiquement consulté;
5. code demande, révision ou prolongation, contrôle, changement de forme de soins ou ouverture automatique de droits : dans ce champ, on indique s'il s'agit d'une demande, une révision, une prolongation, un contrôle, un changement de la forme de soins ou une ouverture automatique de droits. Ce champ est rempli parce qu'une révision, une prolongation, un contrôle ou un changement de forme de soins devient un nouvel article. Pour les anciens articles, le code 2 peut être maintenu;
6. date ouverture automatique de droits;
7. date de la demande : cette date est aussi remplie en cas de révision, prolongation, en cas de changement de la forme de soins et en cas d'ouverture automatique de droits.  
En cas de révision ou de prolongation, la date n'est remplie que lorsqu'un formulaire de demande a été introduit;
8. date à laquelle débute l'agrément du dossier : la date à laquelle débute effectivement l'agrément sur la base de la révision ou la prolongation, l'ouverture automatique de droits, le changement de forme de soins ou le contrôle. Il s'agit donc toujours d'une date sous la forme YYYY/MM/01. Les articles précédents sont également adaptés afin qu'ils reflètent aussi la date correcte.  
La date est également remplie lors d'une première demande.  
Il s'agit toujours de la date sans tenir compte de la suspension imposée de paiements, donc la date à laquelle aurait lieu le premier paiement faute de suspension avec perte de droits.  
Lors d'une première demande ou lors de l'ouverture automatique de droits, il s'agit de la date après la période de carence.  
Lors d'un contrôle (positif), il s'agit de la première prise en charge après la décision suivant le contrôle.  
En cas de changement de la forme de soins, il s'agit du premier mois de prise en charge dans la nouvelle forme de soins;
9. code indicateur ou attestation en cas de demande, révision ou prolongation, changement de forme de soins, contrôle ou ouverture automatique de droits :  
le code 233999 sert pour les nouvelles indications de l'organe de contrôle lors d'une nouvelle demande d'un utilisateur qui a fait l'objet d'un scoring par l'organe de contrôle;
10. numéro GKB indicateur;
11. date indication : date à laquelle l'indication est réalisée;
12. résultat de l'indication lors d'une demande, révision, prolongation, contrôle, changement de forme de soins vers des soins de proximité et soins à domicile, ouverture automatique de droits : on marque ici le score de la personne nécessitant des soins lors de l'indication. Faute d'indication (on travaille avec une attestation), ce champ doit être rempli en mettant "99", et non "00". On utilise donc des "chiffres neuf pour remplir" au lieu des zéros. Le score peut être rempli au moment où la caisse d'assurance soins prend connaissance du résultat de l'indication, donc avant la décision proprement dite;
13. code décision : il ne faut plus faire de distinction entre un dossier qui est refusé pour des raisons formelles (ancien code 4) et les dossiers refusés pour un autre motif. Les caisses d'assurance soins sont invitées à utiliser un code 5. Les décisions antérieures ne doivent pas être adaptées;
14. date de la décision : date à laquelle la décision relative à une demande, révision, ou prolongation ou changement de la forme de soins est prise;
15. code forme de soins : dans ce champ, on indique la dernière forme de soins valable. Ce champ ne doit être rempli qu'au moment où la demande est approuvée;
16. numéro GKB de la structure résidentielle;
17. date finale pour l'exécution des prises en charge : la dernière date finale valable;
18. montant payé pendant l'année civile en question : tous les paiements pour des prises en charge que la caisse d'assurance soins a payées du 01/01/YYYY jusqu'au 31/01/YYYY+1 inclus, par rapport à l'année YYYY (et le cas échéant, des rectifications des années antérieures). Attention, le but n'est par exemple pas d'intégrer dans ce champ des exécutions de prises en charge pour des soins résidentiels avant décembre YYYY-1 qui sont payées entre le 01/01/YYYY et le 31/01/YYYY. Ces montants doivent déjà avoir été repris dans le fichier YYYY-1);
19. montant de prises en charge exécutées et non dues constatées durant l'année civile en question : les prises en charge exécutées et non dues (de l'année YYYY ou des années précédentes) constatées entre le 15/01/YYYY et le 15/01/YYYY +1.  
Des prises en charge exécutées non dues qui ont été constatées sont immédiatement reprises. Cela signifie concrètement qu'on ne peut par exemple pas attendre le recouvrement effectif des montants réclamés ni la compensation par le biais des frais de fonctionnement pour procéder au traitement dans les fichiers avec les prises en charge.  
Afin de garantir la continuité dans le traitement des données trimestrielles, les caisses d'assurance soins sont invitées à reprendre tous les paiements et constatations de prises en charge exécutées et non dues jusqu'à 15 jours avant la fin du trimestre (donc jusqu'au 15 avril, 15 juillet, 15 octobre et 15 janvier), pour autant que les paiements et constatations de prises en charge exécutées et non dues se rapportent au trimestre clôturé ou aux trimestres précédant ce dernier;
20. champs t, u, v, w, x.

CHAPITRE III. — *Type d'article D - Indications et résultats*Sous-section I<sup>re</sup>. — Structure

- 1) header : année et mois, caisse d'assurance soins, type D (YYYYMMXXD)
- 2) 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;
  - 880 = Zorgkas DKV Belgium.
- 3) champs :
  1. numéro au registre national (longueur de champ 11, numérique)
  2. année de naissance (longueur de champ 4, numérique)
  3. code INS de la commune de fusion (longueur de champ 5, numérique)
  4. code point décentralisé de la caisse d'assurance soins (longueur de champ 3, numérique)
  5. numéro GKB indicateur (longueur de champ 8, numérique)
  6. code indication (longueur de champ 6, numérique) :
    - 207001 = services d'aide aux familles;
    - 201001 = cpas;
    - 213001 = centres d'aide sociale;
    - 207003 = centres de services locaux.
  7. Date de la demande, date à laquelle les prises en charge débutent effectivement après révision ou prolongation DDMMYYYY (longueur de champ 8, numérique)
  8. date de l'indication DDMMYYYY (longueur de champ 8, numérique)
  9. résultat de l'indication (longueur de champ 2, numérique)
  10. date de paiement de l'indication DDMMYYYY (longueur de champ 8, numérique)
  11. date de récupération de l'indication DDMMYYYY (longueur de champ 8, numérique)
  12. 180 = CM-zorgkas;
  13. 280 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen;
  14. 380 = Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten;
  15. 480 = Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen;
  16. 580 = Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen;
  17. 680 = Vlaamse Zorgkas;
  18. 880 = Zorgkas DKV Belgium.

## Sous-section II. — Fréquence et volume

## 1) Fréquence

Les caisses d'assurances soins font parvenir les données de la base de données tous les trois mois au Vlaams Zorgfonds : une fois selon la situation au 31 mars YYYY, une fois selon la situation au 30 juin YYYY, une fois selon la situation au 30 septembre et une fois selon la situation au 31 décembre YYYY. Les données sont transmises au Vlaams Zorgfonds au plus tard le quinzième jour du deuxième mois suivant ces dates respectives. Les données de la base de données sont cumulatives : les données des mois précédents sont également ajoutées.

## 2) Transition de l'année

Outre les indications, réalisées durant l'année YYYY, ce fichier contient toutes les indications, réalisées durant l'année YYYY-1.

## Sous-section III. — Commentaire des champs :

1. numéro au registre national;
2. année de naissance;
3. code INS commune de fusion : le code INS de la commune de fusion où l'intéressé habitait dernièrement en Région flamande ou dans la Région de Bruxelles-Capitale (situation le dernier jour du trimestre demandé);
4. code point décentralisé de la caisse d'assurance soins : section où le dossier en question peut être physiquement consulté;
5. numéro GKB indicateur;
6. code indication ou attestation;
7. date de la demande, date à laquelle les prises en charge débutent effectivement après une révision ou prolongation : voir explications fichier B. Si aucune demande, révision ou prolongation n'a été introduite, on peut mettre "00000000" dans ce champ;
8. date de l'indication : date à laquelle l'indication est exécutée;
9. résultat de l'indication : score de la personne nécessitant des soins lors de l'indication;
10. date de paiement de l'indication : date à laquelle le montant est payé. Lorsqu'il s'agit d'une indication qui n'a pas encore été payée ou qui ne doit pas être payée, on peut garder "00000000" dans ce champ;
11. date de récupération de l'indication : date à laquelle la récupération est perçue. Faute de recouvrement, ce champ deviendra "00000000".

CHAPITRE IV. — *Type d'article M - Intervenant de proximité*Sous-section I<sup>re</sup>. — Structure

- 1) header : année et mois, caisse d'assurance soins, type M (YYYYMMXXM)
- 2) code caisse d'assurance soins :
  - 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;
  - 880 = Zorgkas DKV Belgium.
- 3) champs :
  1. numéro au registre national de la personne nécessitant des soins (longueur de champ 11, numérique);
  2. numéro au registre national de l'intervenant de proximité (longueur de champ 11, numérique);
  3. relation tributaire de soins-intervenant de proximité (longueur de champ 2, numérique) :
    - 00 : inconnu;
    - 01 : conjoint;
    - 02 : partenaire;
    - 03 : (belle-)mère;
    - 04 : (beau-)père;
    - 05 : (belle-)sœur;
    - 06 : (beau-)fils;
    - 07 : (belle-)fille;
    - 08 : (beau-)frère;
    - 09 : voisin;
    - 10 : autres.

## Sous-section II. — Fréquence et volume :

Les données de la base de données sont communiquées au Vlaams Zorgfonds avant le 15 février de l'année YYYY+1. Il s'agit toujours de la situation au 31/12/YYYY.

Lorsqu'il y a plusieurs intervenants de proximité pour une seule personne nécessitant des soins; il convient de créer un article par intervenant de proximité. Une personne peut aussi être intervenant de proximité de plusieurs personnes nécessitant des soins. Il convient de créer un article par relation tributaire de soins-intervenant de proximité.

## Sous-section III. — Commentaire des champs :

1. numéro au registre national de la personne nécessitant des soins : il s'agit ici d'une personne ayant un dossier en cours le 31/12/YYYY pour des soins de proximité et soins à domicile et pour laquelle un intervenant de proximité a été enregistré;
2. numéro au registre national de l'intervenant de proximité : personne qui a été enregistrée comme intervenant de proximité pour le tributaire de soins en question;
3. relation tributaire de soins-intervenant de proximité : lorsque la relation est inconnue, il faut mettre le code "00". Le code "10" ne peut être utilisé que pour une relation connue qui ne relève pas des catégories "01" à "09".

Vu pour être joint à l'arrêté ministériel du 2 décembre 2009 relatif à la fourniture de données sur les affiliations, les demandes de prise en charge et les prises en charge dans le cadre de l'assurance soins.

Bruxelles, le 2 décembre 2009.