

- 3° un fonctionnaire dirigeant de l'agence autonomisée interne "Prestation de Services maritimes et de la Côte" et de la division "Accès maritime";
- 4° un fonctionnaire dirigeant de l'agence autonomisée externe "Voies navigables et Canal maritime";
- 5° un fonctionnaire dirigeant de l'agence autonomisée externe "Office de la Navigation";
- 6° un fonctionnaire dirigeant de l'agence autonomisée externe "Société Flamande des Transports - De Lijn";
- 7° un fonctionnaire dirigeant du Département de l'Environnement, de la Nature et de l'Energie;
- 8° un fonctionnaire dirigeant du Département de l'Aménagement du Territoire, de la Politique du Logement et du Patrimoine immobilier;
- 9° un fonctionnaire du Département des Finances et du Budget;
- 10° un fonctionnaire dirigeant de l'agence autonomisée interne "Service d'Etude du Gouvernement flamand" des Services pour la Politique générale du Gouvernement;
- 11° deux délégués du Ministre.

Le secrétaire-général du Département de la Mobilité et des Travaux publics est le président ayant droit de vote de la commission de planification régionale.

Un suppléant est désigné pour chaque membre de la commission de planification régionale.

La commission de planification régionale est assistée par l'équipe coordinatrice. Cette équipe, n'ayant pas droit de vote, assure également le secrétariat de la commission de planification régionale.

La commission de planification régionale peut demander des avis à des experts externes.

**Art. 10.** La commission de planification régionale se réunit pour la première fois dans les trente jours suivant la publication du présent arrêté au *Moniteur belge*.

La commission de planification régionale dresse un règlement d'ordre intérieur et l'approuve pendant sa première réunion suivante.

La commission de planification régionale se réunit au moins quatre fois par an.

La commission de planification régionale ne peut statuer valablement que si la majorité des membres est présente.

La commission de planification régionale décide par consensus. Si aucun consensus ne peut être atteint, la commission procédera au vote et statue si deux tiers des membres présents marquent leur accord.

**Art. 11.** La commission de planification régionale :

- 1° établit le questionnaire, visé à l'article 5;
- 2° motive la façon dont il a été tenu compte des résultats de la consultation publique lors de l'établissement du Plan de Mobilité de la Flandre;
- 3° surveille le déroulement du contenu et du processus de planification afin de fixer le projet du Plan de Mobilité de la Flandre;
- 4° rédige une brochure récapitulative sur le projet du Plan de Mobilité de la Flandre;
- 5° transmet, au plus tard avant la fin du délai prévu pour l'enquête publique, les résultats de la consultation publique au MORA (Conseil de Mobilité de la Flandre);
- 6° transmet des rapports sur ses activités au Ministre.

**Art. 12.** Le Ministre flamand ayant les travaux publics dans ses attributions et le Ministre flamand ayant la politique de la mobilité dans ses attributions, sont chargés, chacun en ce qui le ou la concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 10 septembre 2010.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,  
K. PEETERS

La Ministre flamande de la Mobilité et des Travaux publics,  
H. CREVITS

## VLAAMSE OVERHEID

### Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

N. 2010 — 3340

[C — 2010/35698]

#### 2 JULI 2010. — Ministerieel besluit betreffende de uitvoering 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 4, § 4 en § 5, tweede lid, 6, § 2, 7, tweede lid, 8, § 1, tweede lid, 9, eerste en tweede lid, 10, § 4, 16, tweede lid, 17, derde lid en 21bis, § 2, gewijzigd bij de decreten van 18 mei 2001, 20 december 2002, 30 april 2004, 7 mei 2004, 24 juni 2005, 19 december 2008 en 30 april 2009;

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 6, 7, § 2, 8, tweede lid en 12, § 1;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 1 september 2006 houdende de voorwaarden van de vaststelling, de uitbetaling en de terugvordering van de subsidies van de zorgkassen in het kader van de zorgverzekering, artikel 5;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010 houdende de uitvoering van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, artikel 2, § 1, tweede lid, § 3, derde lid, § 4, derde lid, en § 5, derde lid, 3, § 1, tweede lid, § 3, derde lid, § 4, derde lid en § 5, derde lid, 4, § 4, eerste en tweede lid, 6, tweede lid, 8, vierde lid, 13, 20, tweede lid, 27, tweede lid, 32, § 3, 39, 42, tweede lid, 47, 57, 58, vierde lid, 62, 74 en 79;

Gelet op het ministerieel besluit van 6 januari 2006 houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering;

Gelet op het ministerieel besluit van 27 november 2006 houdende de goedkeuring van de handleiding tot uitvoering van de Vlaamse zorgverzekering rekening houdende met de Europese regelgeving en de internationale verdragen;

Gelet op het ministerieel besluit van 29 augustus 2008 tot bepaling van de voorwaarden voor het verbod van cumulatie van de tenlastenemingen in de zorgverzekering met uitkeringen krachtens andere bepalingen, en tot wijziging van de enige bijlage bij het ministerieel besluit van 6 januari 2006 houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 30 maart 2010;

Gelet op advies 48.141/3 van de Raad van State, gegeven op 25 mei 2010, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973,

Besluit :

### TITEL 1. — Definities

**Artikel 1.** In dit besluit wordt verstaan onder :

1° aanvraagformulier : het aanvraagformulier, vermeld in artikel 42, eerste lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010;

2° besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010 : het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010 houdende de uitvoering van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering;

3° controleorgaan : het orgaan dat verantwoordelijk is voor de controle van de indicatiestelling van de gebruikers, vermeld in artikel 75 van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010;

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

5° herziening : de herziening van een beslissing wegens een wijziging van de toestand van de gebruiker, vermeld in artikel 52 van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010;

6° identificatienummer : uniek nummer, toegekend aan personen die ingeschreven zijn in het Rijksregister van de natuurlijke personen, of, bij gebrek aan rijksregisternummer het door de woonstaat toegekende sociaal fiscaal nummer;

7° inschrijving in het bevolkingsregister : elke inschrijving in het bevolkingsregister, ook de inschrijving met een referentieadres;

8° mutatieformulier : het mutatieformulier, vermeld in artikel 8 van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010;

9° oprichtende instanties : de instanties die een zorgkas hebben opgericht als vermeld in artikel 14 van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering;

10° plaats van tewerkstelling : plaats waar de effectieve werkzaamheden worden uitgevoerd;

11° verlenging : de verlenging van een beslissing als vermeld in de artikelen 53 tot en met 57 van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010.

### TITEL 2. — Het lidmaatschap van de Vlaamse zorgverzekering

#### HOOFDSTUK 1. — Aansluiting

*Afdeling 1.* — Aansluitingsplicht of vrijwillige aansluiting voor de personen, vermeld in artikel 2, § 4, of in artikel 3, § 4, van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010

**Art. 2.** Een persoon als vermeld in artikel 2, § 4, of in artikel 3, § 4, van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010, heeft gebruikgemaakt van zijn recht op vrij verkeer van werknemers of van de vrijheid van vestiging als hij aan een van de volgende voorwaarden voldoet :

1° onmiddellijk voor zijn tewerkstelling in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad heeft hij gewerkt in een andere EU-lidstaat, EER-lidstaat of in Zwitserland;

2° onmiddellijk voor zijn tewerkstelling in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad heeft hij gewoond in een andere EU-lidstaat, EER-lidstaat of in Zwitserland;

3° tijdens zijn tewerkstelling in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad is hij verhuisd van een andere EU-lidstaat, EER-lidstaat of van Zwitserland.

#### *Afdeling 2.* — Periode van aansluiting of verbod op aansluiting

**Art. 3.** De referentiedatum om voor een kalenderjaar te bepalen waar een persoon als vermeld in artikel 2, § 3, § 4 of § 5, of in artikel 3, § 3, § 4, § 5 of § 6, of in artikel 4, van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010, woont, tewerkgesteld is of sociaal verzekerd is, zodat hij voldoet aan de voorwaarden voor aansluiting of verbod op aansluiting, is 1 januari van het jaar in kwestie.

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

In afwijking van het eerste lid, is de referentiedatum om voor het jaar van komen wonen te bepalen of een persoon als vermeld in artikel 4 van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010, voldoet aan de criteria voor verbod op aansluiting, vermeld in het eerste lid, 1 januari van het jaar na het jaar van komen wonen.

**Art. 4.** In afwijking van artikel 3, eerste lid is de plaats van tewerkstelling van een gepensioneerde als vermeld in artikel 2, § 3, of in artikel 3, § 3, of § 6, van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010, de plaats waar die persoon op 1 januari van het laatste jaar voor zijn pensionering gewerkt heeft.

**Art. 5.** In afwijking van artikel 3, eerste lid wordt de plaats van tewerkstelling van een persoon als vermeld in artikel 2, § 4, of in artikel 3, § 4, van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010, als volgt bepaald :

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

2° de plaats van tewerkstelling van een persoon die een Belgisch pensioen ontvangt, is in de hierna vermelde volgorde :

a) de woonplaats als hij er gewerkt heeft;

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

#### *Afdeling 3. — Bewijsvoering*

**Art. 6.** Het Vlaams Zorgfonds ontvangt jaarlijks een bestand van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid met identificatiegegevens van personen als vermeld in artikel 2, § 3, § 4 of § 5, of in artikel 3, § 3, § 4, § 5 of § 6, of in artikel 4 van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010.

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

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

Het bewijs, vermeld in het tweede lid, bestaat uit een ingevuld formulier, dat door het Vlaams Zorgfonds ter beschikking wordt gesteld, of uit een attest van de werkgever of van de instantie die de sociale zekerheid van de persoon beheert.

#### *Afdeling 4. — Terugbetaling van bijdragen*

**Art. 7.** Betaalde ledenbijdragen van personen als vermeld in artikel 4 van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010, worden aan de betrokkene terugbetaald. De ledenbijdragen die tot en met 31 december 2004 betaald zijn, worden terugbetaald door het Vlaams Zorgfonds. De ledenbijdragen die vanaf 1 januari 2005 betaald werden, worden terugbetaald door de zorgkas waaraan de betrokkene ze betaald heeft.

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

#### *Afdeling 5. — Uitnodiging tot aansluiting*

**Art. 8.** De zorgkassen kunnen een mailing naar de leden of verzekerden van hun oprichtende instantie sturen met de mededeling dat ze zich bij een zorgkas kunnen aansluiten. Die mailing mag in naam van de oprichtende instantie worden verstuurd. De mailing bevat de volgende twee aparte rubrieken :

- 1° de mededeling over de zorgverzekering;
- 2° de uitnodiging tot de betaling van de ledenbijdrage waarmee een persoon zich aansluit.

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

**Art. 9.** De mededeling, vermeld in artikel 8, 1°, bevat minstens de volgende informatie :

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

**Art. 10.** De zorgkassen respecteren de keuzevrijheid van de gebruiker. De mededeling en de uitnodiging tot betaling, vermeld in artikel 8, bevatten geen aanwijzingen die laten uitschijnen dat aansluiting bij de zorgkas in kwestie verplicht is. Het moet duidelijk zijn dat aansluiting bij een van de erkende zorgkassen verplicht is.

**Art. 11.** De zorgkassen kunnen 30 april vastleggen als einddatum om de ledenbijdrage te betalen voor personen die 26 jaar worden. Ze kunnen vermelden dat als de persoon zich niet aansluit, hij vanaf 1 juli ambtshalve bij de Vlaamse Zorgkas aangesloten zal worden.

**Art. 12.** Een gezinshoofd kan gezinsleden aansluiten.

**Art. 13.** Met toestemming van de betrokkenen kunnen derden personen bij een zorgkas aansluiten. De zorgkassen die personen via derden aansluiten, beschikken over een verklaring van de betrokken personen waaruit blijkt dat ze vrijwillig kiezen om zich aan te sluiten bij de zorgkas. Als een derde personen wil aansluiten, bezorgt hij de zorgkas een lijst van de personen die bij de zorgkas aangesloten willen worden. De zorgkas heeft een lijst van leden voor wie in groep betaald wordt.

**Art. 14.** Met de betaling van de ledenbijdragen bezorgen de derden aan de zorgkas een lijst van de personen waarvoor de betaling wordt uitgevoerd. Die lijst bevat per lid de volgende gegevens :

- 1° rijksregisternummer;
- 2° voor- en achternaam;
- 3° adres;
- 4° geboortedatum;
- 5° geslacht;
- 6° nationaliteit;
- 7° bedrag van de ledenbijdrage.

*Afdeling 6. — Mutatie van zorgkas*

**Art. 15.** Een persoon muteert van een mutualistische zorgkas naar een andere mutualistische zorgkas via het mutatieformulier van de ziekteverzekering als aan de volgende voorwaarden is voldaan :

1° de persoon heeft niet tijdig, overeenkomstig artikel 8, eerste lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010, een getekend mutatieformulier bezorgd aan een niet-mutualistische zorgkas;

2° de persoon is geen lid van een niet-mutualistische zorgkas.

In de andere gevallen muteert een persoon van zorgkas door uiterlijk op 5 december van het jaar voor het jaar waarin hij van zorgkas muteert, het getekende mutatieformulier, vermeld in artikel 8, eerste lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010, aan de nieuwe zorgkas te bezorgen.

**Art. 16.** De nieuwe zorgkas bezorgt een eerste keer voor 20 oktober en een tweede keer in de periode van 25 november tot en met 6 december een tekstbestand aan het Vlaams Zorgfonds dat van elk record de volgende velden bevat :

1° rijksregisternummer, veldlengte 11;

2° code van de nieuwe zorgkas, veldlengte 3.

Het bestand, vermeld in het eerste lid, bevat alle mutaties die met het mutatieformulier werden aangevraagd, en alle mutaties die de zorgkassen van een ziekenfonds moeten aanvragen op basis van een verandering van ziekenfonds.

Het Vlaams Zorgfonds bezorgt uiterlijk op 10 december dat tekstbestand terug aan de nieuwe zorgkas, aangevuld met de code van de afstaande zorgkas :

1° rijksregisternummer, veldlengte 11;

2° code van de nieuwe zorgkas, veldlengte 3;

3° code van de afstaande zorgkas volgens het Vlaams Zorgfonds, veldlengte 3.

Het Vlaams Zorgfonds bezorgt uiterlijk op 10 december aan de vijf mutualistische zorgkassen een bestand van de personen die van de mutualistische zorgkas in kwestie naar een niet-mutualistische zorgkas veranderen.

**Art. 17.** De nieuwe zorgkas bezorgt uiterlijk op 15 december aan de hoofdzetel van de afstaande zorgkas een tekstbestand.

Met behoud van de toepassing van het eerste lid kunnen de zorgkassen onderling schriftelijk overeenkomen dat er verschillende bestanden worden doorgestuurd vanuit de regionale kantoren.

Het bestand bevat per record de volgende velden :

1° rijksregisternummer, veldlengte 11;

2° code van de nieuwe zorgkas, veldlengte 3;

3° code van de afstaande zorgkas volgens het Vlaams Zorgfonds, veldlengte 3;

4° afdeling van de nieuwe zorgkas, veldlengte 3;

5° inschrijvingsnummer van de nieuwe zorgkas, veldlengte 15. Dit veld is facultatief;

6° naam, veldlengte 48;

7° voornaam, veldlengte 48.

De nieuwe zorgkas stuurt uiterlijk op 20 december de originele mutatieformulieren van de personen die van zorgkas muteren, als vermeld in artikel 15, tweede lid, aangetekend naar de hoofdzetel van de afstaande zorgkas. Er kunnen verschillende bestanden vanuit de regionale kantoren worden doorgestuurd als de zorgkassen dat onderling schriftelijk overeenkomen. De formulieren kunnen ook door een koerier tegen ontvangstbewijs afgegeven worden, op voorwaarde dat de koerier het pakket uiterlijk op 20 december aflevert.

**Art. 18.** De afstaande zorgkas vult het tekstbestand aan met de noodzakelijke gegevens en stuurt uiterlijk op 15 januari elektronisch het aangevulde bestand en, als daarin aanvullende informatie is opgenomen, het papieren dossier per post naar de hoofdzetel van de nieuwe zorgkas. Er kunnen verschillende bestanden en zendingen vanuit de regionale kantoren worden doorgestuurd als de zorgkassen dat onderling schriftelijk overeenkomen.

Als het gaat om de mutatie van een aangeslotene zonder lopend dossier als vermeld in artikel 1, 8°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 1 september 2006 houdende de voorwaarden van de vaststelling, de uitbetaling, en de terugvordering van de subsidies van de zorgkassen, in het kader van de zorgverzekering, wordt samen met het A-record, vermeld in 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, een tekstbestand met de volgende elementen elektronisch bezorgd :

1° rijksregisternummer, veldlengte 11;

2° code van de nieuwe zorgkas, veldlengte 3;

3° code van de afstaande zorgkas volgens het Vlaams Zorgfonds, veldlengte 3;

4° afdeling van de nieuwe zorgkas, veldlengte 3;

5° inschrijvingsnummer van de nieuwe zorgkas, veldlengte 15. Dit veld is facultatief;

6° achternaam, veldlengte 48;

7° voornaam, veldlengte 48;

8° straat woonplaats, veldlengte 32;

9° nummer woonplaats, veldlengte 9;

10° bus woonplaats, veldlengte 5;

11° NIS-code woonplaats, veldlengte 5;

12° postnummer woonplaats, veldlengte 5;

13° gemeente woonplaats, veldlengte 40;

14° straat verblijfplaats, veldlengte 32;

- 15° nummer verblijfplaats, veldlengte 9;
- 16° bus verblijfplaats, veldlengte 5;
- 17° NIS-code-verblijfplaats, veldlengte 5;
- 18° postnummer-verblijfplaats, veldlengte 5;
- 19° gemeente-verblijfplaats, veldlengte 40;
- 20° geboortedatum, veldlengte 8;
- 21° geslacht, veldlengte 1;
- 22° nationaliteit, veldlengte 3;
- 23° weigering of acceptatie van de mutatie, waarbij de volgende codes ingevuld kunnen worden, veldlengte 2 :
- a) 01 mutatie aanvaard – dossier afgesloten;
- b) 02 rijksregisternummer foutief of blanco;
- c) 03 laattijdige aanvraag mutatie;
- d) 04 MOB-wetgeving geen lid in verplichte ziekteverzekering;
- e) 05 mutatieaanvraag op dezelfde datum bij verschillende zorgkassen;
- f) 06 geen lid, foutieve zorgkas;
- g) 07 ondertussen overleden;
- h) 08 ontbreken handtekening;
- i) 09 betwisting handtekening;
- j) 10 tegentekening door muterende;
- k) 11 mutatieformulier ontbreekt;
- l) 12 ambtshalve, nooit betaald bij de Vlaamse Zorgkas;
- m) 13 weigering mutatie in verplichte ziekteverzekering;
- n) 14 mag niet aansluiten bij zorgverzekering;
- o) 15 datum aanvraag door lid ontbreekt op mutatieformulier;
- 24° code van de afstaande zorgkas, veldlengte 3;
- 25° afdeling van de afstaande zorgkas, veldlengte 3;
- 26° inschrijvingsnummer van de afstaande zorgkas, veldlengte 15;
- 27° opgelegde opschorting met verlies van rechten, veldlengte 3;
- 28° resterende opschorting met verlies van rechten, veldlengte 3;
- 29° datum van de start van de aansluiting in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, veldlengte 8;
- 30° aantal jaren termijn van ononderbroken aansluiting voor een aanvraag ingediend kan worden in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, veldlengte 2;
- 31° dossier zorgbehoevendheid, veldlengte 1;
- 32° totaal nog verschuldigde ledenbijdragen, veldlengte 5.
- Voor elk jaar dat niet of niet volledig betaald werd, wordt de volgende informatie meegedeeld :
- 1° referentiejaar, veldlengte 4;
- 2° openstaand bedrag, veldlengte 4;
- 3° code opvrager, waarbij volgende codes worden ingevuld, veldlengte 1 :
- a) code 1 : dit bedrag moet door de zorgkas opgevraagd worden;
- b) code 2 : dit bedrag moet door het Vlaams Zorgfonds opgevraagd worden.
- De gegevens over de verblijfplaats, vermeld in het tweede lid, 14° tot en met 19°, worden blanco gelaten als ze identiek zijn aan de gegevens over de woonplaats.
- Bij weigering van een mutatie door de afstaande zorgkas worden van het tweede lid alleen de velden, vermeld in het punt 1° tot en met 25°, ingevuld.

**Art. 19.** Als de mutatie een persoon betreft met een lopend dossier of een persoon voor wie in het laatste kalenderjaar voor de mutatie een beslissing genomen is, is het voldoende dat de afstaande zorgkas de gegevens over de laatst genomen beslissing aan de nieuwe zorgkas bezorgt. Naast de elementen die in het bestand van de tenlastenemingen, vermeld in hoofdstuk II van de bijlage bij het ministerieel besluit van 2 december 2009 betreffende het verstrekken van de gegevens over de aansluitingen, de aanvragen tot tenlasteneming en de tenlastenemingen in het kader van de zorgverzekering, aan het Vlaams Zorgfonds gerapporteerd worden, moeten de volgende elementen uit het dossier gehaald kunnen worden :

- 1° ingangsdatum van het persoonlijk assistentiebudget;
- 2° ingangsdatum van verblijf in een residentiële gehandicaptenvoorziening.

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

- 1° achternaam;
- 2° voornaam;
- 3° straat woonplaats;
- 4° nummer woonplaats;
- 5° bus woonplaats;

- 6° postnummer woonplaats;
- 7° gemeente woonplaats;
- 8° telefoonnummer;
- 9° statuut van de vertegenwoordiger, waarbij de volgende categorieën gebruikt kunnen worden :
  - a) wettelijke vertegenwoordiger;
  - b) echtgenoot of echtgenote;
  - c) zus of broer;
  - d) ouder;
  - e) kind;
  - f) grootouder;
  - g) kleinkind;
  - h) persoon met volmacht.

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

- 1° rijksregisternummer van de zorgbehoevende;
- 2° achternaam;
- 3° voornaam;
- 4° straat woonplaats;
- 5° nummer woonplaats;
- 6° bus woonplaats;
- 7° postnummer woonplaats;
- 8° gemeente woonplaats;
- 9° telefoonnummer;
- 10° relatie van de mantelzorgverzorger met de zorgbehoevende :
  - a) echtgenoot of echtgenote;
  - b) partner;
  - c) moeder;
  - d) vader;
  - e) zus;
  - f) broer;
  - g) dochter;
  - h) zoon;
  - i) buur;
  - j) andere.

**Art. 20.** In de periode van 15 december tot en met 15 januari krijgen de personen die van zorgkas muteren, als vermeld in artikel 15, tweede lid, de mogelijkheid om hun beslissing tot mutatie te herroepen om te garanderen dat ze zich bij de nieuwe zorgkas willen aansluiten. De aansluiting bij de nieuwe zorgkas gaat niet door als :

1° de persoon het door het Vlaams Zorgfonds ter beschikking gestelde herroepingsformulier ondertekent, waarin hij verklaart dat hij bij de afstaande zorgkas wil blijven;

2° de afstaande zorgkas dat formulier aangetekend en uiterlijk op 15 januari aan de hoofdzetel van de nieuwe zorgkas bezorgt.

**Art. 21.** Als een zorgkas twee of meer mutatieformulieren ontvangt voor dezelfde persoon, wordt de volgende werkwijze gehanteerd :

1° als de betrokkene eenmaal tegentekent, zijn beide mutatieformulieren nietig, tenzij dat betekent dat de betrokkene lid wordt van een zorgkas waarvan hij geen lid kan zijn;

2° als de betrokkene niet tegentekent, is het eerst ingediende mutatieformulier bepalend, tenzij dat betekent dat de betrokkene lid wordt van een zorgkas waarvan hij geen lid kan zijn.

**Art. 22.** De afstaande zorgkas zal in dat geval alle gegevens bezorgen aan de zorgkas waarbij de betrokkene het eerst een mutatieformulier heeft ingediend. De mutatie naar de zorgkassen waarbij de betrokkene het laatst zijn mutatieformulier heeft ingediend, zal worden geweigerd.

**Art. 23.** Een lid verandert na afloop van de mutatieprocedure, vermeld in artikel 15 tot en met 22, naar de Vlaamse Zorgkas als het lid op 1 januari van een kalenderjaar niet langer lid kan blijven van een zorgkas van een ziekenfonds omdat het lidmaatschap van die persoon bij het ziekenfonds afgesloten is.

Daarbij geldt de volgende procedure :

1° de afstaande zorgkas bezorgt voor 30 juni alle opgelegde gegevens in het kader van de gewone mutaties aan de Vlaamse Zorgkas;

2° de Vlaamse Zorgkas schrijft de betrokken persoon in als inkomende mutatie met terugwerkende kracht op 1 januari van het jaar;

3° de Vlaamse Zorgkas brengt de betrokken persoon op de hoogte van zijn aansluiting bij de Vlaamse Zorgkas en de redenen daarvan.

HOOFDSTUK 2. — *Ledenbijdrage**Afdeling 1. — Inning van de ledenbijdrage*

**Art. 24.** De zorgkas of de oprichtende instantie mag de mededeling over de zorgverzekering en de uitnodiging tot betaling van de jaarlijkse ledenbijdrage voor de zorgverzekering samen met de uitnodiging tot betaling voor andere producten van de zorgkas of van zijn oprichtende instanties in één document bezorgen.

De mededeling over de zorgverzekering wordt in een aparte rubriek vermeld.

**Art. 25.** De mededeling, vermeld in artikel 24, bevat minstens de volgende informatie :

1° de ledenbijdragen die in het kader van de zorgverzekering gevraagd worden;

2° de periodes waarvoor de ledenbijdragen gevraagd worden;

3° de maatregel van de administratieve geldboete en de opschorting met verlies van rechten;

4° voor personen die in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wonen de toelichting dat, als het lid zich niet in staat acht om de jaarlijkse ledenbijdrage te betalen, hij het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn kan vragen of het in zijn plaats de ledenbijdrage aan de zorgkas wil betalen. Het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn is niet verplicht om dat verzoek in te willigen.

**Art. 26.** Bestaande domiciliëringsopdrachten kunnen alleen gebruikt worden om de ledenbijdrage door een lid te laten betalen als die persoon of zijn gezinshoofd de toestemming gegeven heeft.

**Art. 27.** In de brief met de uitnodiging om de ledenbijdrage te betalen, mag de zorgkas alleen 30 april vermelden als einddatum om de ledenbijdrage te betalen.

**Art. 28.** Derden kunnen de ledenbijdragen betalen van personen die bij een zorgkas aangesloten zijn. De zorgkas is in het bezit van een lijst van personen voor wie een derde de ledenbijdrage betaalt. De lijst die de derde aan de zorgkas bezorgt, bevat voor elk lid de gegevens die in het register bijgehouden moeten worden.

*Afdeling 2. — Herinneringsbrief*

**Art. 29.** De herinneringsbrief, vermeld in artikel 14 van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010, bevat minstens de informatie, vermeld in artikel 25.

*Afdeling 3. — Aangetekende brief*

**Art. 30.** De aangetekende brief, vermeld in artikel 15 van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010, bevat minstens de informatie, vermeld in artikel 25.

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

HOOFDSTUK 3. — *Beëindiging van de aansluiting*

**Art. 31.** De zorgkas brengt het lid met een brief op de hoogte van de ambtshalve beëindiging van het lidmaatschap, vermeld in artikel 20 van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010.

**Art. 32.** De mededeling van de ambtshalve beëindiging van het lidmaatschap bevat minstens de volgende informatie :

1° de vermelding dat het lidmaatschap ambtshalve wordt beëindigd;

2° de datum waarop het lidmaatschap met terugwerkende kracht wordt beëindigd;

3° de mededeling dat het lid de ambtshalve beëindiging van het lidmaatschap ongedaan kan maken door uiterlijk op 31 december de ledenbijdragen te betalen;

4° de mededeling dat bij stopzetting van het lidmaatschap de termijn van ononderbroken aansluiting, vermeld in artikel 5, 6°, van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, opnieuw van toepassing wordt.

**Art. 33.** Het lid kan na verzending van de brief, vermeld in artikel 31, verzet aantekenen door alsnog de verschuldigde ledenbijdrage te betalen uiterlijk tot 31 december van het jaar waarin de brief werd verstuurd.

**Art. 34.** De zorgkas maakt, na ontvangst van de betaling, vermeld in artikel 33, de ambtshalve beëindiging van het lidmaatschap ongedaan.

HOOFDSTUK 4. — *Betaling bij verschillende zorgkassen*

**Art. 35.** Als een persoon bij verschillende zorgkassen betaald heeft, wordt hij lid van de zorgkas, die als eerste binnen de daartoe bepaalde termijnen aan het Vlaams Zorgfonds meegedeeld heeft dat die persoon bij haar betaald heeft.

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

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

HOOFDSTUK 5. — *Administratieve geldboete*

**Art. 36.** Bij het bezwaarschrift, vermeld in artikel 27 van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010, wordt een bezwaarformulier gevoegd. Het Vlaams Zorgfonds stelt het model van het bezwaarformulier op.

**Art. 37.** Als het bezwaar onontvankelijk of ongegrond wordt verklaard, bevat de beslissing van de leidend ambtenaar een nieuwe termijn van twee maanden waarin de betrokkene de administratieve geldboete en eventuele verschuldigde ledenbijdragen moet betalen.

**Art. 38.** Als het bezwaar gegrond wordt verklaard, zal het Vlaams Zorgfonds :

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

### TITEL 3. — Tenlastenemingen

#### HOOFDSTUK 1. — Voorwaarde van ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen

##### Afdeling 1. — Attest

##### Onderafdeling 1. — Residentiële zorg

**Art. 39.** Om een tenlasteneming voor residentiële zorg te verkrijgen vraagt de gebruiker een verblijfsattest als vermeld in artikel 32, § 2, van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010, aan bij zijn verzekeringsinstelling of bij de residentiële voorziening waar hij verblijft.

Het verblijfsattest bevat minstens de volgende gegevens :

- 1° voor- en achternaam, adres, geboortedatum en rijksregisternummer van de gebruiker;
- 2° naam van de instantie die het attest heeft afgeleverd;
- 3° naam van de residentiële voorziening waar de gebruiker verblijft;
- 4° datum van opname in de residentiële voorziening.

**Art. 40.** Attesten op basis van de score op de Katz-schaal in een verzorgingsinrichting gelden ook als verblijfsattest.

**Art. 41.** De zorgkas die een verblijfsattest ontvangt, verstrekt door een voorziening of professionele zorgverlener die in een andere lidstaat van de Europese Gemeenschap of van de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland gevestigd is, vraagt aan het Vlaams Zorgfonds of de voorziening voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 30, 5°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010.

##### Onderafdeling 2. — Mantel- en thuiszorg

**Art. 42.** Om een tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg te verkrijgen, beantwoorden de attesten, vermeld in artikel 32, § 1, van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010, aan de volgende criteria :

- 1° het attest op basis van de score op de Katz-schaal in de thuisverpleging of op basis van de score op de Katz-schaal in een verzorgingsinrichting wordt afgeleverd door de verzekeringsinstelling;
- 2° het attest op basis van de score op de BEL-schaal, afgenomen in het kader van gezinszorg, wordt afgeleverd door de dienst voor gezinszorg waarop de gebruiker een beroep doet;
- 3° het attest op basis van bijkomende kinderbijslag wordt afgeleverd door de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, de dienst die de kinderbijslag voor de betrokken persoon uitbetaalt, of door de verzekeringsinstelling;
- 4° de attesten op basis van de score op de medisch-sociale schaal die wordt gebruikt voor de evaluatie van de graad van zelfredzaamheid met het oog op het onderzoek naar het recht op de integratietegemoetkoming en de tegemoetkoming hulp aan bejaarden, worden afgeleverd door de verzekeringsinstelling of door de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid;
- 5° het Kine E-attest wordt door de verzekeringsinstelling afgeleverd.

**Art. 43.** Met uitzondering van het Kine E-attest bevatten de attesten minstens de volgende gegevens :

- 1° voor- en achternaam, adres, geboortedatum en rijksregisternummer van de gebruiker bij wie de indicatiestelling afgenomen is;
- 2° naam van de instantie die het attest heeft afgeleverd;
- 3° naam van de schaal waarop het attest is gebaseerd;
- 4° score of categorie op die schaal;
- 5° datum van afname van die schaal of datum van de start van de erkenning in het oorspronkelijke stelsel;
- 6° duur van de geldigheid van de indicatiestelling.

Het Kine E-attest bevat minstens de volgende gegevens :

- 1° voor- en achternaam, adres, geboortedatum en rijksregisternummer van de gebruiker aan wie het attest toegekend wordt;
- 2° naam van de instantie die het attest heeft afgeleverd;
- 3° datum van toekenning van het attest;
- 4° duur van de geldigheid van het attest.

**Art. 44.** Een kopie van de beslissing tot integratietegemoetkoming of tot tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden als vermeld in artikel 32, § 1, 3° van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010, geldt ook als attest.

**Art. 45.** De gebruiker of zijn vertegenwoordiger bezorgt het attest aan de zorgkas.

##### Afdeling 2. — Indicatiestelling

**Art. 46.** De zorgkas die een beschrijvend verslag ontvangt als vermeld in artikel 38, tweede lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010, vraagt aan het Vlaams Zorgfonds of de persoon die het verslag heeft ingevuld, een arts is die zijn activiteiten op rechtmatige wijze verricht in het woonland.



HOOFDSTUK 2. — *Schuldvergelijking van ledenbijdragen op tenlastenemingen*

**Art. 47.** Schuldvergelijking, als vermeld in artikel 1289 van het Burgerlijk Wetboek, tussen de ledenbijdrage en de tenlasteneming van het lopende jaar, kan door de zorgkas worden toegepast.

HOOFDSTUK 3. — *Vertegenwoordiger*

**Art. 48.** De vertegenwoordiger van de gebruiker is een natuurlijke persoon die in de plaats van de gebruiker optreedt bij alle handelingen die de gebruiker moet stellen om dekking van kosten voor niet-medische zorg in het kader van de zorgverzekering te verkrijgen.

**Art. 49.** De volgende personen kunnen zonder volmacht als vertegenwoordiger van een gebruiker optreden :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Art. 50.** Personen die niet behoren tot één van de categorieën, vermeld in artikel 49, kunnen met volmacht als vertegenwoordiger van een gebruiker optreden als zij beschikken over een document waarin staat dat de gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger hen volmacht verleent. De gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger dateert en ondertekent dat document.

HOOFDSTUK 4. — *Beslissing over de tenlasteneming*

**Art. 51.** De mededeling bevat bij een positieve beslissing minstens de volgende informatie :

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

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

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

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

5° een motivering van de beslissing;

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

7° de melding dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger een verandering van zorgvorm en elke ernstige verandering van de gezondheidstoestand van de gebruiker onmiddellijk moet meedelen aan zijn zorgkas. Daar wordt aan toegevoegd dat als hij de veranderingen niet meedeelt, de ten onrechte verkregen tenlastenemingen teruggevorderd kunnen worden van een gebruiker;

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

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

**Art. 52.** De mededeling bevat bij een negatieve beslissing minstens de volgende informatie :

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

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

3° een kopie van de vaststelling van het langdurig, ernstig verminderd zelfzorgvermogen;

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

HOOFDSTUK 5. — *Herziening, verlenging en stopzetting**Afdeling 1. — Herziening*

**Art. 53.** Een verhuizing van een erkende of met een erkenning gelijkgestelde residentiële voorziening naar een andere residentiële voorziening wordt via een aanvraag tot herziening of via de aflevering van een verblijfsattest behandeld.

*Afdeling 2. — Verlenging*

**Art. 54.** De mededeling bij een positieve beslissing over de verlenging bevat minstens de informatie die meegedeeld wordt bij een positieve beslissing over een aanvraag voor een tenlasteneming.

*Afdeling 3. — Beslissing tot stopzetting*

**Art. 55.** Bij een stopzetting van een beslissing bevat de mededeling de volgende informatie :

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

HOOFDSTUK 6. — *Verandering van zorgvorm*

**Art. 56.** De mededeling bevat bij een positieve beslissing over de verandering van zorgvorm minstens de volgende informatie :

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

**Art. 57.** De mededeling bevat bij een negatieve beslissing over de verandering van zorgvorm minstens de volgende informatie :

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

HOOFDSTUK 7. — *Uitvoering van de tenlastenemingen*

**Art. 58.** De zorgkas betaalt de tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg uit met een overschrijving op het rekeningnummer van de gebruiker of met een circulaire cheque aan de gebruiker.

**Art. 59.** De zorgkas betaalt de tenlasteneming voor residentiële zorg uit met een overschrijving op het rekeningnummer van de gebruiker. Als de gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger daar zelf om verzoekt, betaalt de zorgkas de tenlasteneming voor residentiële zorg met een circulaire cheque uit.

HOOFDSTUK 8. — *Vrijstelling van terugvordering van onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen*

**Art. 60.** Het Vlaams Zorgfonds stelt de zorgkassen uitzonderlijk vrij van de terugvordering van de onrechtmatig uitgevoerde en niet-terugvorderbare tenlastenemingen voor de eerste maand na het overlijden van een zorgbehoevende met een tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg.

Die niet-terugvorderbare tenlastenemingen, vermeld in het eerste lid, worden niet in mindering gebracht van de subsidie voor tenlastenemingen, vermeld in artikel 4, § 3, 1°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 1 september 2006 houdende de voorwaarden van de vaststelling, de uitbetaling en de terugvordering van de subsidies van de zorgkassen in het kader van de zorgverzekering, als naast de voorwaarden, vermeld in artikel 5 van dat besluit, aan de volgende voorwaarden is voldaan :

- 1° de zorgkas verstuurt een brief naar de zorgbehoevende of, in voorkomend geval, zijn vertegenwoordiger of zijn erfgenamen met het verzoek om het onrechtmatig ontvangen bedrag aan tenlastenemingen terug te betalen;
- 2° in minstens negentig procent van de overlijdens bij dossiers mantel- en thuiszorg heeft de zorgkas de tenlasteneming tijdig en correct stopgezet of het onrechtmatig uitbetaalde bedrag aan tenlastenemingen na terugvordering alsnog kunnen innen.

**Art. 61.** De zorgkas vraagt de vrijstelling eenmaal per jaar aan bij het Vlaams Zorgfonds, namelijk uiterlijk op 15 mei van het volgende jaar. De zorgkas geeft daarbij de volgende informatie :

- 1° het aantal overlijdens bij dossiers mantel- en thuiszorg in het jaar in kwestie;
- 2° het aantal overlijdens waarbij de tenlastenemingen tijdig en correct stopgezet zijn of waarbij de tenlastenemingen voor de eerste maand na het overlijden alsnog na terugvordering geïnd konden worden;
- 3° het aantal overlijdens waarbij de tenlastenemingen voor de eerste maand na het overlijden na terugvordering niet geïnd konden worden.

**Art. 62.** Het Vlaams Zorgfonds verleent op basis van die gegevens vrijstelling van de terugvordering en stort het bedrag uiterlijk op 15 juli van het volgende jaar aan de zorgkassen.

Het Vlaams Zorgfonds kan nadere regels bepalen voor vrijstelling van de terugvordering.

**HOOFDSTUK 9. — Cumulatie van de tenlastenemingen met aanspraak op dekking van dezelfde kosten van niet-medische hulp- en dienstverlening krachtens andere wettelijke of decretale bepalingen**

**Art. 63.** De uitvoering van de tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg wordt opgeschort vanaf de eerste dag van de maand na de start van het persoonlijke-assistentiebudget tot het einde van de maand waarin het persoonlijke-assistentiebudget beëindigd wordt. De beslissing kan echter niet worden geweigerd of stopgezet op basis van het feit dat iemand een beroep doet op het persoonlijke-assistentiebudget.

Het Vlaams Zorgfonds deelt aan de zorgkassen mee welke aangeslotenen op een persoonlijke assistentiebudget recht hebben.

**Art. 64.** De uitvoering van de tenlastenemingen voor mantel- en thuiszorg worden opgeschort vanaf de eerste dag van de maand na de start van het verblijf, vermeld in artikel 72 van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010, tot het einde van de maand waarin het verblijf beëindigd wordt.

Het Vlaams Zorgfonds deelt aan de zorgkassen mee welke leden geen recht hebben op een tenlasteneming, overeenkomstig het eerste lid.

Het Vlaams Zorgfonds deelt aan de zorgkassen ook mee welke gebruikers in de periode van 1 september van het voorgaande jaar tot en met 31 augustus meer dan dertig dagen of meer dan honderd dagen uit die voorziening afwezig zijn geweest.

**Art. 65.** De gebruiker of zijn vertegenwoordiger verklaart op het aanvraagformulier dat de gebruiker verblijft in een voorziening als vermeld in artikel 72 van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010, of op de wachtlijst staat voor een dergelijke voorziening. Als de gebruiker pas nadat zijn aanvraagformulier is ingediend, in een dergelijke voorziening verblijft, meldt hij of zijn vertegenwoordiger dat aan de zorgkas.

**Art. 66.** De persoon, vermeld in artikel 72, tweede lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010, vraagt bij de voorziening een attest aan dat bewijst dat de persoon in de periode van 1 september van het voorgaande jaar tot en met 31 augustus meer dan dertig dagen uit de voorziening afwezig is geweest. Dat attest moet minstens de volgende gegevens bevatten :

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

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

**HOOFDSTUK 10. — Controle op de indicatiestelling**

**Art. 67.** Naar aanleiding van een controle op een indicatiestelling neemt de zorgkas een positieve beslissing bij een BEL-score van 35 of meer punten. Ze neemt een negatieve beslissing bij een BEL-score van minder dan 35 punten, ook als de zorgbehoevende op dat moment nog over een geldig attest op basis van een BEL-schaal, afgenomen in het kader van gezinszorg, beschikt. Dat attest mag ook niet meer gebruikt worden om een recht op een tenlasteneming te openen.

Een attest op basis van een BEL-schaal die in het kader van gezinszorg binnen de zes maanden na een controle op een indicatiestelling afgenomen wordt, mag niet gebruikt worden om een recht op een tenlasteneming te openen.

**Art. 68.** De zorgkas beslist binnen veertien dagen na de ontvangst van het resultaat van het controleorgaan.

**Art. 69.** De mededeling bevat bij een positieve beslissing over de controle minstens de informatie die meegedeeld wordt bij een positieve beslissing over een aanvraag voor de tenlasteneming.

**Art. 70.** De mededeling bevat bij een negatieve beslissing over de controle minstens de volgende informatie :

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

**Art. 71.** Voor personen die niet in het Nederlandse taalgebied en niet in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wonen, kan het controleorgaan de controle telefonisch uitvoeren.

**TITEL 4. — Archivering**

**Art. 72.** Mutatieformulieren, inclusief mutatieformulieren van personen die aangesloten waren bij een zorgkas die zijn activiteiten heeft stopgezet, blijven beschikbaar tot de dag dat de rijksregisternummers van die personen niet of niet meer voorkomen in de foutenbestanden over de verandering van zorgkas die het Vlaams Zorgfonds aan de zorgkassen bezorgt. Nadien mogen de mutatieformulieren vernietigd worden.

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

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

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

**Art. 73.** De papieren aanvraagdossiers blijven onmiddellijk consulteerbaar tot een jaar na de verwijdering uit het B-bestand.

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

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

**Art. 74.** De papieren aanvraagdossiers mogen drie jaar na de verwijdering van het record uit het B-bestand worden vernietigd.

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

#### TITEL 5. — Slotbepalingen

**Art. 75.** De volgende regelingen worden opgeheven :

1° het ministerieel besluit van 6 januari 2006 houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering, het laatst gewijzigd bij het ministerieel besluit van 2 december 2009;

2° het ministerieel besluit van 27 november 2006 houdende de goedkeuring van de handleiding tot uitvoering van de Vlaamse zorgverzekering rekening houdende met de Europese regelgeving en de internationale verdragen, gewijzigd bij het ministerieel besluit van 1 februari 2008;

3° het ministerieel besluit van 29 augustus 2008 tot bepaling van de voorwaarden voor het verbod van cumulatie van de tenlastenemingen in de zorgverzekering met uitkeringen krachtens andere bepalingen, en tot wijziging van de enige bijlage bij het ministerieel besluit van 6 januari 2006 houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering.

**Art. 76.** Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2010.

Brussel, 2 juli 2010.

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

#### TRADUCTION

#### AUTORITE FLAMANDE

#### Bien-Etre, Santé publique et Famille

F. 2010 — 3340

[C — 2010/35698]

#### 2 JUILLET 2010. — Arrêté ministériel relatif à l'exécution de l'assurance soins

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

Vu le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, notamment l'article 4, § 4 et § 5, alinéa deux, 6, § 2, 7, alinéa deux, 8, § 1<sup>er</sup>, alinéa deux, 9, alinéas premier et deux, 10, § 4, 16, alinéa deux, 17, alinéa trois, et 21bis, § 2, modifiés par les décrets des 18 mai 2001, 20 décembre 2002, 30 avril 2004, 7 mai 2004, 24 juin 2005, 19 décembre 2008 et 30 avril 2009;

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, notamment l'article 6, 7, § 2, 8, alinéa deux, et 12, § 1<sup>er</sup>;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 1<sup>er</sup> septembre 2006 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;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 portant exécution du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, notamment l'article 2, § 1<sup>er</sup>, alinéa deux, § 3, alinéa trois, § 4, alinéa trois, et § 5, alinéa trois, 3, § 1<sup>er</sup>, alinéa deux, § 3, alinéa trois, § 4, alinéa trois et § 5, alinéa trois, 4, § 4, alinéas premier et deux, 6, alinéa deux, 8, alinéa quatre, 13, 20, alinéa deux, 27, alinéa deux, 32, § 3, 39, 42, alinéa deux, 47, 57, 58, alinéa quatre, 62, 74 et 79;

Vu l'arrêté ministériel du 6 janvier 2006 portant approbation du manuel de l'assurance soins;

Vu l'arrêté ministériel du 27 novembre 2006 portant approbation du manuel d'exécution de l'assurance soins flamande en conformité avec la législation européenne et les traités internationaux;

Vu l'arrêté ministériel du 29 août 2008 relatif aux conditions pour l'interdiction de cumulatio des prestations des prises en charge de l'assurance soins en vertu d'autres dispositions et modifiant l'annexe unique de l'arrêté ministériel du 6 janvier 2006 portant approbation du manuel de l'assurance soins;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, rendu le 30 mars 2010;

Vu l'avis 48.141/3 du Conseil d'Etat, rendu le 25 mai 2010, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973,

Arrête :

#### TITRE 1<sup>er</sup>. — Définitions

**Article 1<sup>er</sup>.** Dans le présent arrêté, on entend par :

1° formulaire de demande : le formulaire de demande, visé à l'article 42, alinéa premier, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010;

2° arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 : l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 portant exécution du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins;

3° organisme de contrôle : l'organisme qui est responsable du contrôle de l'indication des usagers, visé à l'article 75 du Gouvernement flamand du 5 février 2010;

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

5° révision : la révision d'une décision en raison d'une modification de la situation de l'utilisateur, visée à l'article 52 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010;

6° numéro d'identification : numéro unique, attribué à des personnes inscrites au Registre national des personnes physiques ou, à défaut de numéro du registre national, le numéro fiscal social attribué par l'état de résidence;

7° inscription au registre de la population : toute inscription au registre de la population, y compris l'inscription avec une adresse de référence;

8° formulaire de mutation : le formulaire de mutation, visé à l'article 8 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010;

9° instances d'établissement : les instances ayant établi une caisse d'assurance soins telle que visée à l'article 14 du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins;

10° lieu de travail : l'endroit où les travaux effectifs sont effectués;

11° prolongation : la prolongation d'une décision telle que visée aux articles 53 à 57 inclus de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010.

## TITRE 2. — L'affiliation à l'assurance soins flamande

### CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — Affiliation

#### *Section 1<sup>re</sup> — Affiliation obligatoire ou affiliation volontaire des personnes, visées à l'article 2, § 4, ou à l'article 3, § 4, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010*

**Art. 2.** Une personne telle que visée à l'article 2, § 4, ou à l'article 3, § 4, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010, a exercé son droit à la libre circulation des travailleurs ou à la liberté d'établissement si elle remplit une des conditions suivantes :

1° immédiatement avant son emploi en région de langue néerlandaise ou en région bilingue de Bruxelles-Capitale, elle a travaillé dans un autre Etat membre de l'UE, de l'EEE ou en Suisse;

2° immédiatement avant son emploi en région de langue néerlandaise ou en région bilingue de Bruxelles-Capitale, elle a habité dans un autre Etat membre de l'UE, de l'EEE ou en Suisse;

3° pendant son emploi en région de langue néerlandaise ou en région bilingue de Bruxelles-Capitale, elle a déménagé d'un autre Etat membre de l'UE, de l'EEE ou de la Suisse;

#### *Section 2. — Période d'affiliation ou interdiction d'affiliation*

**Art. 3.** La date de référence pour déterminer, pour une année calendaire, l'endroit où une personne telle que visée à l'article 2, § 3, § 4 ou § 5, ou à l'article 3, § 3, § 4, § 5 ou § 6, ou à l'article 4 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 habite, est employée ou est affiliée à une assurance sociale, de sorte qu'elle remplit les conditions d'affiliation ou d'interdiction d'affiliation, est le 1<sup>er</sup> janvier de l'année en question.

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

Par dérogation à l'alinéa premier, la date de référence pour déterminer, pour l'année où elle vient y habiter, si une personne telle que visée à l'article 4 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 remplit les critères de l'interdiction d'affiliation, visés à l'alinéa premier, est le 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivant l'année où elle est venue y habiter.

**Art. 4.** Par dérogation à l'article 3, alinéa premier, le lieu de travail d'un retraité tel que visé à l'article 2, § 3, ou à l'article 3, § 3 ou § 6, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010, est le lieu où cette personne a travaillé le 1<sup>er</sup> janvier de l'année dernière précédant sa mise à la retraite.

**Art. 5.** Par dérogation à l'article 3, alinéa premier, le lieu de travail d'une personne telle que visée à l'article 2, § 4, ou à l'article 3, § 4, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 est déterminé comme suit :

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

2° le lieu de travail d'une personne bénéficiant d'une pension de retraite belge, est le suivant, dans l'ordre mentionné ci-après :

a) le domicile, si elle y a travaillé;

b) l'endroit où cette personne a travaillé le 1<sup>er</sup> janvier de la dernière année avant sa mise à la retraite.

#### *Section 3. — Preuves*

**Art. 6.** Le Vlaams Zorgfonds reçoit annuellement de la Banque Carrefour de la Sécurité sociale un fichier contenant des données d'identification de personnes telles que visées à l'article 2, § 3, § 4 ou § 5, ou à l'article 3, § 3, § 4, § 5 ou § 6, ou à l'article 4 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010.

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

1° pour chaque année qu'elles exercent une activité professionnelle;

2° au début ou en cas de modification de leur mise à la retraite.

La preuve visée à l'alinéa deux, se compose d'un formulaire, mis à disposition par le Vlaams Zorgfonds, ou d'une attestation de l'employeur ou de l'instance gérant la sécurité sociale de la personne.

#### *Section 4. — Remboursement de cotisations*

**Art. 7.** Des cotisations payées des personnes visées à l'article 4 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010, sont remboursées à l'intéressé. Les cotisations payées jusqu'au 31 décembre 2004 inclus, sont remboursées par le Vlaams Zorgfonds. Les cotisations payées à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2005, sont remboursées par la caisse d'assurance soins à laquelle l'intéressé les a payées.

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

*Section 5. — Invitation d'affiliation*

**Art. 8.** Les caisses d'assurance soins peuvent envoyer un mailing aux membres ou aux assurés de leur instance d'établissement, contenant la communication qu'ils peuvent s'affilier à une caisse d'assurance soins. Ce mailing peut être envoyé au nom de l'instance d'établissement. Il comprend les deux rubriques distinctes suivantes :

- 1° la communication relative à l'assurance soins;
- 2° l'invitation à payer la cotisation par laquelle une personne s'affilie.

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

**Art. 9.** La communication, visée à l'article 8, 1° contient au moins les informations suivantes :

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

**Art. 10.** Les caisses d'assurance soins respectent la liberté de choix de l'utilisateur. La communication et l'invitation de paiement, visées à l'article 8, ne contiennent pas d'indications qui laissent entendre que l'affiliation à la caisse d'assurance soins en question est obligatoire. Il doit être clair que l'affiliation à une des caisses d'assurance soins agréées est obligatoire.

**Art. 11.** Les caisses d'assurance soins peuvent fixer le 30 avril comme date limite pour payer la cotisation pour les personnes qui auront 26 ans. Elles peuvent mentionner le fait que, si la personne ne s'affilie pas, elle sera affiliée d'office à la Vlaamse Zorgkas à partir du 1<sup>er</sup> juillet.

**Art. 12.** Un chef de ménage peut affilier des membres de famille.

**Art. 13.** Avec l'autorisation des intéressés, des tiers peuvent affilier des personnes à une caisse d'assurance soins. Les caisses d'assurance soins affiliant des personnes par le biais de tiers, disposent d'une déclaration des personnes concernées démontrant qu'elles choisissent volontairement de s'affilier à la caisse d'assurance soins. Si un tiers souhaite affilier des personnes, il transmet à la caisse d'assurance soins une liste des personnes qui souhaitent s'affilier à la caisse d'assurance soins. La caisse d'assurance soins dispose d'une liste des membres pour lesquels un paiement groupé est effectué.

**Art. 14.** Ensemble avec le paiement des cotisations, les tiers transmettent à la caisse d'assurance soins une liste des personnes pour lesquelles le paiement est effectué. Cette liste comprend, par membre, les données suivantes :

- 1° numéro du Registre national;
- 2° prénom et nom;
- 3° adresse;
- 4° date de naissance;
- 5° sexe;
- 6° nationalité;
- 7° montant de la cotisation.

*Section 6. — Mutation de caisse d'assurance soins*

**Art. 15.** Une personne peut muter d'une caisse d'assurance soins mutualiste à une autre caisse d'assurance soins mutualiste au moyen du formulaire de mutation de l'assurance maladie si les conditions suivantes sont remplies :

- 1° la personne n'a pas fait parvenir à temps, conformément à l'article 8, alinéa premier, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010, à une caisse d'assurance soins non mutualiste un formulaire de mutation signé;
- 2° 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, visé à l'article 8, alinéa premier, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010, au plus tard le 5 décembre de l'année précédant celle où elle change de caisse d'assurance soins.

**Art. 16.** La nouvelle caisse d'assurance soins transmet, pour la première fois avant le 20 octobre et une deuxième fois dans la période du 25 novembre au 6 décembre inclus, un fichier texte au Vlaams Zorgfonds qui comporte par record les champs de données suivants :

- 1° numéro du Registre national, longueur champ 11;
- 2° code de la nouvelle caisse d'assurance soins, longueur champ 3.

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

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 :

- 1° numéro du Registre national, longueur champ 11;
- 2° code de la nouvelle caisse d'assurance soins, longueur champ 3;
- 3° code de l'ancienne caisse d'assurance soins selon le Vlaams Zorgfonds, longueur champ 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.

**Art. 17.** La nouvelle caisse d'assurance soins transmettra au plus tard le 15 décembre au siège principal de l'ancienne caisse d'assurance soins un fichier texte.

Sous réserve de l'application de l'alinéa premier, les caisses d'assurance soins peuvent convenir mutuellement par écrit que plusieurs fichiers peuvent être envoyés par les bureaux régionaux.

Le fichier contient par record les champs suivants :

- 1° numéro du Registre national, longueur champ 11;
- 2° code de la nouvelle caisse d'assurance soins, longueur champ 3;
- 3° code de l'ancienne caisse d'assurance soins selon le Vlaams Zorgfonds, longueur champ 3;
- 4° section de la nouvelle caisse d'assurance soins, longueur champ 3;
- 5° numéro d'inscription de la nouvelle caisse d'assurance soins, longueur champ 15. Ce champ est facultatif;
- 6° nom, longueur champ 48;
- 7° prénom, longueur champ 48.

La nouvelle caisse d'assurance soins envoie au plus tard le 20 décembre les formulaires de mutation originaux des personnes qui changent de caisse d'assurance soins, tels que visés à l'article 15, alinéa deux, au siège principal de l'ancienne caisse d'assurance soins. Différents fichiers peuvent être envoyés par les bureaux régionaux si les caisses d'assurance soins le conviennent mutuellement par écrit. Les formulaires peuvent également être transmis par un courrier contre récépissé, à condition que le courrier livre le paquet au plus tard le 20 décembre.

**Art. 18.** L'ancienne caisse d'assurance soins complète le fichier texte avec les données nécessaires et envoie au plus tard le 15 janvier par voie électronique le fichier ainsi complété et, si de informations complémentaires y sont reprises, le dossier sur support papier par la poste au siège principal de la nouvelle caisse d'assurance soins. Différents fichiers et envois peuvent être transmis par les bureaux régionaux si les caisses d'assurance soins le conviennent mutuellement par écrit.

Lorsqu'il s'agit de la mutation d'un affilié sans dossier en cours tel que visé à l'article 1<sup>er</sup>, 8°, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 1<sup>er</sup> septembre 2006 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, le courriel comprendra, outre le record A, visé 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, un fichier texte contenant les éléments suivants :

- 1° numéro du Registre national, longueur champ 11;
- 2° code de la nouvelle caisse d'assurance soins, longueur champ 3;
- 3° code de l'ancienne caisse d'assurance soins selon le Vlaams Zorgfonds, longueur champ 3;
- 4° section de la nouvelle caisse d'assurance soins, longueur champ 3;
- 5° numéro d'inscription de la nouvelle caisse d'assurance soins, longueur champ 15. Ce champ est facultatif;
- 6° nom, longueur champ 48;
- 7° prénom, longueur champ 48;
- 8° rue domicile, longueur champ 32;
- 9° numéro domicile, longueur champ 9;
- 10° boîte domicile, longueur champ 5;
- 11° code INS domicile, longueur champ 5;
- 12° code postal domicile, longueur champ 5;
- 13° commune domicile, longueur champ 40;
- 14° rue résidence, longueur champ 32;
- 15° numéro résidence, longueur champ 9;
- 16° boîte résidence, longueur champ 5;
- 17° code INS-résidence, longueur champ 5;
- 18° code postal-résidence, longueur champ 5;
- 19° commune-résidence, longueur champ 40;
- 20° date de naissance, longueur champ 8;
- 21° sexe, longueur champ 1;
- 22° nationalité, longueur champ 3;
- 23° refus ou acceptation de la mutation, les codes suivants pouvant être remplis, longueur champ 2 :
  - a) 01 mutation acceptée – dossier clôturé;
  - b) 02 numéro du Registre national erroné ou blanc;
  - c) 03 demande tardive de mutation;
  - d) 04 législation MOB pas affilié auprès de l'assurance maladie obligatoire;
  - e) 05 demande de mutation à la même date auprès de plusieurs caisses d'assurance soins;
  - f) 06 pas de membre, caisse d'assurance soins erronée;
  - g) 07 décédé entre-temps;
  - h) 08 absence signature;
  - i) 09 contestation signature;

- j) 10 contre-signature par mutant;
  - k) 11 formulaire de mutation absent;
  - l) 12 d'office, jamais payé à la Vlaamse Zorgkas;
  - m) 13 refus mutation auprès de l'assurance maladie obligatoire;
  - n) 14 ne peut pas s'affilier à l'assurance soins;
  - o) 15 date demande par le membre manque sur le formulaire de mutation;
  - 24° code de l'ancienne caisse d'assurance soins, longueur champ 3;
  - 25° section de l'ancienne caisse d'assurance soins, longueur champ 3;
  - 26° numéro d'inscription de l'ancienne caisse d'assurance soins, longueur champ 15;
  - 27° suspension imposée avec perte de droits, longueur champ 3;
  - 28° suspension restante avec perte de droits, longueur champ 3;
  - 29° date de début de l'affiliation en région bilingue de Bruxelles-Capitale, longueur champ 8;
  - 30° nombre d'années délai d'affiliation ininterrompue avant de pouvoir introduire une demande en région bilingue de Bruxelles-Capitale, longueur champ 2;
  - 31° dossier nécessité de soins, longueur champ 1;
  - 32° total des cotisations encore dues, longueur champ 5.
- Pour chaque année de non-paiement ou de paiement incomplet, les informations suivantes sont communiquées :
- 1° année de référence, longueur champ 4;
  - 2° montant dû, longueur champ 4;
  - 3° code demandeur, en remplissant les codes suivants, longueur champ 1 :
    - a) code 1 : ce montant doit être demandé par la caisse d'assurance soins;
    - b) code 2 : ce montant doit être demandé par le Vlaams Zorgfonds.

Les données relatives à la résidence, visées à l'alinéa deux, 14° à 19° inclus, ne sont pas remplies si elles sont identiques à celles relatives au domicile.

En cas de refus d'une mutation par l'ancienne caisse d'assurance soins, seuls les champs visés aux points 1° à 25° inclus, de l'alinéa deux sont remplis.

**Art. 19.** Lorsque la mutation concerne une personne avec un dossier en cours ou une personne pour laquelle une décision a été prise durant la dernière année calendaire précédant la mutation, 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. Outre les éléments dans le fichier des prises en charge, visées au chapitre II de l'annexe à l'arrêté ministériel du 2 décembre 2009 relatif à la fourniture de données sur les affiliations, les demandes de prise en charge et les prises en charge dans le cadre de l'assurance soins, qui sont rapportés au Vlaams Zorgfonds, les éléments suivants doivent pouvoir être déduits du dossier :

- 1° date de début du budget d'assistance personnelle;
- 2° date de début de la résidence dans une structure résidentielle pour personnes handicapées.

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

- 1° nom;
- 2° prénom;
- 3° rue domicile;
- 4° numéro domicile;
- 5° boîte domicile;
- 6° code postal domicile;
- 7° commune domicile;
- 8° numéro de téléphone;
- 9° statut du représentant, pour lequel les catégories suivantes peuvent être utilisées :
  - a) représentant légal;
  - b) époux ou épouse;
  - c) sœur ou frère;
  - d) parent;
  - e) enfant;
  - f) grand-parent;
  - g) petit-enfant;
  - h) personne disposant d'une procuration.

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

- 1° numéro du Registre national de la personne nécessitant des soins;
- 2° nom;
- 3° prénom;
- 4° rue domicile;
- 5° numéro domicile;



- 6° boîte domicile;
- 7° code postal domicile;
- 8° commune domicile;
- 9° numéro de téléphone;
- 10° relation de l'intervenant de proximité et la personne nécessitant des soins :
  - a) époux ou épouse;
  - b) partenaire;
  - c) mère;
  - d) père;
  - e) sœur;
  - f) frère;
  - g) fille;
  - h) fils;
  - i) voisin;
  - j) autre.

**Art. 20.** Dans la période du 15 décembre au 15 janvier inclus, les personnes qui changent de caisse d'assurance soins, telles que visées à l'article 15, alinéa deux, ont la possibilité de révoquer leur décision de mutation afin de garantir qu'elles veulent s'affilier à la nouvelle caisse d'assurance soins. L'affiliation à la nouvelle caisse d'assurance soins n'aura pas lieu si :

- 1° la personne signe le formulaire de révocation mis à disposition par le Vlaams Zorgfonds, attestant qu'elle souhaite rester auprès de l'ancienne caisse d'assurance soins;
- 2° l'ancienne caisse d'assurance soins fait parvenir ce formulaire sous pli recommandé et au plus tard le 15 janvier au siège principal de la nouvelle caisse d'assurance soins.

**Art. 21.** Lorsqu'une caisse d'assurance soins reçoit deux ou plusieurs formulaires de mutation pour la même personne, la méthode suivante sera utilisée :

- 1° lorsque la personne concernée contresigne une fois, les deux formulaires de mutation sont nuls, sauf si cela implique que la personne concernée devient membre d'une caisse d'assurance soins dont elle ne peut pas être membre;
- 2° lorsque la personne concernée ne contresigne pas, le premier formulaire de mutation introduit est déterminant, sauf si cela implique que la personne concernée devient membre d'une caisse d'assurance soins dont elle ne peut pas être membre.

**Art. 22.** L'ancienne caisse d'assurance soins transmettra dans ce cas toutes les données à la caisse d'assurance soins auprès de laquelle la personne concernée a d'abord introduit un formulaire de mutation. La mutation aux caisses d'assurance soins auprès desquelles la personne concernée a introduit son formulaire de mutation en dernier lieu, sera refusée.

**Art. 23.** A l'expiration de la procédure de mutation, visée aux articles 15 à 22 inclus, un membre change vers la Vlaamse Zorgkas si, le 1<sup>er</sup> janvier d'une année calendaire, le membre ne peut plus rester membre d'une caisse d'assurance soins d'une mutuelle parce que l'affiliation de cette personne à la mutuelle est clôturée.

La procédure suivante s'applique :

- 1° l'ancienne caisse d'assurance soins transmet, avant le 30 juin, toutes les données imposées dans le cadre des mutations ordinaires à la Vlaamse Zorgkas;
- 2° la Vlaamse Zorgkas inscrit la personne concernée comme mutation entrante avec effet rétroactif le 1<sup>er</sup> janvier de l'année;
- 3° la Vlaamse Zorgkas informe la personne concernée de son affiliation à la Vlaamse Zorgkas et des motifs.

## CHAPITRE 2. — Cotisation

### Section 1<sup>re</sup>. — Perception de la cotisation

**Art. 24.** La caisse d'assurance soins ou l'instance d'établissement peut transmettre la communication relative à l'assurance soins et l'invitation à payer la cotisation annuelle pour l'assurance soins ensemble avec l'invitation à payer pour d'autres produits de la caisse d'assurance soins ou de ses instances d'établissement dans un seul document.

La communication relative à l'assurance soins est mentionnée dans une rubrique distincte.

**Art. 25.** La communication visée à l'article 24 comporte au moins les informations suivantes :

- 1° les cotisations demandées dans le cadre de l'assurance soins;
- 2° les périodes pour lesquelles les cotisations sont demandées;
- 3° la mesure de l'amende administrative et la suspension avec perte de droits;
- 4° pour les personnes habitant en région de langue néerlandaise ou en région bilingue de Bruxelles-Capitale, l'explication que, si le membre se considère incapable de payer la cotisation annuelle, il peut demander au centre public d'aide sociale s'il veut payer à sa place la cotisation à la caisse d'assurance soins. Le centre public d'aide sociale n'est pas obligé de donner suite à cette demande.

**Art. 26.** Les ordres de domiciliation existants ne peuvent être utilisés que pour faire payer la cotisation par un membre lorsque cette personne ou son chef de ménage a marqué son accord préalable.

**Art. 27.** Dans la lettre d'invitation à payer la cotisation, la caisse d'assurance soins peut uniquement mentionner le 30 avril comme date limite de paiement de la cotisation.

**Art. 28.** Des tiers peuvent payer les cotisations de personnes affiliées à une caisse d'assurance soins. La caisse d'assurance soins dispose d'une liste de personnes pour lesquelles un tiers paie la cotisation. La liste que le tiers transmet à la caisse d'assurance soins, comporte pour chaque membre les données qui doivent être tenues dans le registre.

*Section 2. — Rappel*

**Art. 29.** Le rappel, visé à l'article 14 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010, comporte au moins les informations visées à l'article 25.

*Section 3. — Lettre recommandée*

**Art. 30.** La lettre recommandée, visée à l'article 15 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010, comporte au moins les informations visées à l'article 25.

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

*CHAPITRE 3. — Cessation de l'affiliation*

**Art. 31.** La caisse d'assurance soins informe le membre par lettre de la cessation d'office de l'affiliation, visée à l'article 20 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010.

**Art. 32.** La communication de la cessation d'office de l'affiliation comporte au moins les informations suivantes :

- 1° la mention de la cessation d'office de l'affiliation;
- 2° la date à laquelle l'affiliation prend fin avec effet rétroactif;
- 3° la communication que le membre peut annuler la cessation d'office de l'affiliation en payant les cotisations au plus tard le 31 décembre;
- 4° la communication que, en cas de cessation de l'affiliation, le délai d'affiliation ininterrompue, visé à l'article 5, 6°, du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, s'appliquera à nouveau.

**Art. 33.** Après l'envoi de la lettre, visée à l'article 31, peut former opposition en payant encore la cotisation due au plus tard le 31 décembre de l'année de l'envoi de la lettre.

**Art. 34.** Après la réception du paiement visé à l'article 33, la caisse d'assurance soins annule la cessation d'office de l'affiliation.

*CHAPITRE 4. — Paiement à différentes caisses d'assurance soins*

**Art. 35.** Lorsqu'une personne a payé à plusieurs caisses d'assurance soins, elle devient membre de la caisse d'assurance soins qui était la première à communiquer au Vlaamse Zorgfonds, dans les délais fixés à cet effet, que cette personne a effectué le paiement.

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

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

*CHAPITRE 5. — Amende administrative*

**Art. 36.** Un formulaire de réclamation est joint à la réclamation visée à l'article 27 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010. Le Vlaams Zorgfonds établit le modèle du formulaire de réclamation.

**Art. 37.** Si la réclamation est déclarée irrecevable ou non fondée, la décision du fonctionnaire dirigeant comprend un nouveau délai de deux mois pour le paiement de l'amende administrative et des éventuelles cotisations dues.

**Art. 38.** Si la réclamation est déclarée recevable, le Vlaams Zorgfonds :

- 1° constatera que les années pour lesquelles la réclamation a été déclarée recevable, ne sont plus éligibles à l'amende administrative;
- 2° percevra les cotisations éventuellement dues;
- 3° en informera la caisse d'assurance soins.

**TITRE 3. — Prises en charge**

*CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — Condition d'une capacité d'autonomie gravement réduite de longue durée*

*Section 1<sup>re</sup>. — Attestation*

*Sous-section 1<sup>re</sup>. — Soins résidentiels*

**Art. 39.** Pour obtenir une prise en charge pour soins résidentiels, l'usager demande une attestation de résidence, telle que visée à l'article 32, § 2, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010, à son organisme d'assurance ou à la structure résidentielle où il réside.

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

- 1° prénom et nom, adresse, date de naissance et numéro du registre national de l'usager;
- 2° nom de l'instance qui a délivré l'attestation;
- 3° nom de la structure résidentielle où l'usager réside;
- 4° date d'admission à la structure résidentielle.

**Art. 40.** Les attestations sur la base du score sur l'échelle de Katz dans un établissement de soins sont également valables comme attestation de résidence.

**Art. 41.** La caisse d'assurance soins qui reçoit une attestation de résidence, délivrée par une structure ou un prestataire de soins professionnel établi(e) dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou de l'Espace économique européen ou en Suisse, demande au Vlaams Zorgfonds si la structure remplit les conditions visées à l'article 30, 5°, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010.

## Sous-section 2. — Soins de proximité et soins à domicile

**Art. 42.** Pour obtenir une prise en charge pour soins de proximité et soins à domicile, les attestations visées à l'article 32, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 remplissent les critères suivants :

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

2° l'attestation sur la base du score sur l'échelle BEL, constaté par les services d'aide aux familles, est délivrée par le service d'aide aux familles auquel l'utilisateur fait appel;

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

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

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

**Art. 43.** A l'exception de l'attestation Kine-E, les attestations comprennent au moins les données suivantes :

1° prénom et nom, adresse, date de naissance et numéro du registre national de l'usage faisant l'objet de l'indication;

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

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

4° score ou catégorie sur cette échelle;

5° date de constatation de cette échelle ou date de début de l'agrément au régime initial;

6° durée de la validité de l'indication.

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

1° prénom et nom, adresse, date de naissance et numéro du registre national de l'usage auquel l'attestation est accordée;

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

3° date de délivrance de l'attestation;

4° durée de validité de l'attestation.

**Art. 44.** Une copie de la décision d'allocation d'intégration ou d'aide aux personnes âgées, telles que visées à l'article 32, § 1<sup>er</sup>, 3°, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010, vaut également comme attestation.

**Art. 45.** L'utilisateur ou son représentant transmet l'attestation à la caisse d'assurance soins.

## Section 2. — Indication

**Art. 46.** La caisse d'assurance soins qui reçoit un rapport descriptif tel que visé à l'article 38, alinéa deux, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010, demande au Vlaams Zorgfonds si la personne qui a rempli le rapport, est un médecin qui exerce ses activités de manière légitime au pays de résidence.

## CHAPITRE 2. — Compensation de cotisations sur prises en charge

**Art. 47.** La compensation, telle que visée à l'article 1289 du Code civil, entre la cotisation et la prise en charge de l'année en cours, peut être appliquée par la caisse d'assurance soins.

## CHAPITRE 3. — Représentant

**Art. 48.** Le représentant de l'utilisateur est une personne physique qui agit en lieu et place de l'utilisateur pour toutes les démarches que l'utilisateur est censé faire afin de pouvoir obtenir la couverture des frais pour soins non médicaux dans le cadre de l'assurance soins.

**Art. 49.** Les personnes suivantes peuvent agir sans procuration comme représentant d'un utilisateur :

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

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

3° le représentant légal de l'utilisateur, à savoir l'une des personnes ci-dessous :

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

b) le tuteur, à savoir l'époux ou l'épouse pour une personne déclarée inapte;

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

d) 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 relatives à ses biens;

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

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

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

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

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

**Art. 50.** Les personnes qui n'appartiennent pas à l'une des catégories, visées à l'article 49, peuvent agir comme représentant d'un usager avec procuration si elles disposent d'un document stipulant que l'usager ou son représentant légal leur donne procuration. L'usager ou son représentant légal date et signe ce document.

#### CHAPITRE 4. — *Décision sur la prise en charge*

**Art. 51.** En cas de décision positive, cette communication comporte au moins les informations suivantes :

- 1° la mention que l'usager peut bénéficier de l'assurance soins;
- 2° la mention de la date à laquelle l'usager peut faire valoir son droit à la prise en charge;
- 3° la mention de la durée de validité de la décision de prise en charge;
- 4° la mention de la forme de soins et du montant auxquels l'usager peut faire appel;
- 5° une motivation de la décision;
- 6° la communication que l'usager ou son représentant a le droit de demander à tout moment une révision de la décision de prise en charge;
- 7° la mention que l'usager 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'usager. Il est précisé que la non-communication de ces modifications peut entraîner le recouvrement auprès de l'usager de prises en charge indûment accordées;
- 8° le cas échéant, la période de suspension avec perte de droits de la prise en charge;
- 9° la mention que l'usager ou son représentant peut introduire un recours contre la décision de la caisse d'assurance soins auprès du Vlaams Zorgfonds et une description de toutes les modalités relatives à l'introduction d'un recours et de la procédure à suivre.

**Art. 52.** En cas de décision négative, cette communication comporte au moins les informations suivantes :

- 1° la mention que l'usager ne peut pas bénéficier de l'assurance soins;
- 2° la mention de la raison ou des raisons pour lesquelles l'usager ne peut pas bénéficier de l'assurance soins;
- 3° une copie de l'établissement de la capacité d'autonomie gravement réduite prolongée;
- 4° la mention que l'usager ou son représentant peut introduire un recours contre la décision de la caisse d'assurance soins auprès du Vlaams Zorgfonds et une description de toutes les modalités relatives à l'introduction d'un recours et de la procédure à suivre.

#### CHAPITRE 5. — *Révision, prolongation et cessation*

##### *Section 1<sup>re</sup>. — Révision*

**Art. 53.** Le déménagement d'une structure résidentielle agréée ou assimilée à un agrément vers une autre structure résidentielle est traité par le biais d'une demande de révision ou par la délivrance d'une attestation de résidence.

##### *Section 2. — Prolongation*

**Art. 54.** Cette communication comprend, en cas de décision positive sur la prolongation, au moins l'information communiquée lors d'une décision positive sur une demande de prise en charge.

##### *Section 3. — Décision de cessation*

**Art. 55.** En cas de cessation d'une décision, la communication comporte les informations suivantes :

- 1° la mention que l'usager ne peut plus bénéficier de l'assurance soins;
- 2° la mention de la date à partir de laquelle l'usager ne recevra plus de prises en charge;
- 3° la mention de la raison ou des raisons pour lesquelles l'usager ne peut plus bénéficier de l'assurance soins;
- 4° le cas échéant, une copie de l'établissement de la capacité d'autonomie gravement réduite prolongée;
- 5° la mention que l'usager ou son représentant peut introduire un recours contre la décision de la caisse d'assurance soins auprès du Vlaams Zorgfonds et une description de toutes les modalités relatives à l'introduction d'un recours et de la procédure à suivre.

#### CHAPITRE 6. — *Changement de forme de soins*

**Art. 56.** En cas d'une décision positive sur le changement de forme de soins, la communication comporte au moins les informations suivantes :

- 1° la mention que l'usager peut bénéficier du changement de forme de soins;
- 2° la mention de la date à laquelle l'usager a droit à une prise en charge pour la nouvelle forme de soins;
- 3° la mention de la forme de soins et du montant auxquels l'usager peut faire appel;
- 4° la mention de la durée de validité de la décision;
- 5° la mention que l'usager ou son représentant peut introduire un recours contre la décision de la caisse d'assurance soins auprès du Vlaams Zorgfonds et une description de toutes les modalités relatives à l'introduction d'un recours et de la procédure à suivre.

**Art. 57.** En cas d'une décision négative sur le changement de forme de soins, la communication comporte au moins les informations suivantes :

- 1° la mention que l'usager ne peut pas bénéficier du changement de forme de soins;

2° la mention de la raison ou des raisons pour lesquelles l'utilisateur ne peut pas bénéficier du changement de forme de soins;

3° 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 7. — Exécution des prises en charge

**Art. 58.** La caisse d'assurance soins paie la prise en charge pour soins de proximité et soins à domicile par virement sur le numéro de compte de l'utilisateur ou par chèque circulaire à l'utilisateur.

**Art. 59.** La caisse d'assurance soins paie la prise en charge pour soins résidentiels par virement sur le numéro de compte de l'utilisateur. Si l'utilisateur ou son représentant légal en fait la demande, la caisse d'assurance soins paie la prise en charge pour soins résidentiels par chèque circulaire.

#### CHAPITRE 8. — Dispense de recouvrement de prises en charge indûment accordées

**Art. 60.** Le Vlaams Zorgfonds dispense les caisses d'assurance soins exceptionnellement du recouvrement des prises en charges indûment accordées et non récupérables pour le premier mois suivant le décès d'une personne nécessitant des soins avec une prise en charge pour soins de proximité et soins à domicile.

Les prises en charge non récupérables, visées à l'alinéa premier, ne sont pas déduites de la subvention pour prises en charge, visée à l'article 4, § 3, 1°, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 1<sup>er</sup> septembre 2006 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, si, outre les conditions visées à l'article 5 de l'arrêté précité, les conditions suivantes sont remplies :

1° la caisse d'assurance soins envoie une lettre à la personne nécessitant des soins ou, le cas échéant, à son représentant ou ses héritiers, avec la demande de rembourser le montant indûment reçu de prises en charge;

2° dans au moins nonante pour cent des décès dans les dossiers de soins de proximité et soins à domicile, la caisse d'assurance soins a arrêté la prise en charge à temps et correctement, et a tout de même pu percevoir le montant indûment payé de prises en charge après recouvrement.

**Art. 61.** La caisse d'assurance soins demande la dispense une fois par an auprès du Vlaams Zorgfonds, à savoir au plus tard le 15 mai de l'année suivante. La caisse d'assurance communique dans ce cas les informations suivantes :

1° le nombre de décès dans les dossiers de soins de proximité et soins à domicile au cours de l'année en question;

2° le nombre de décès pour lesquels les prises en charge ont été arrêtées à temps et correctement ou pour lesquels les prises en charge pour le premier mois suivant le décès ont tout de même pu être perçues après recouvrement;

3° le nombre de décès pour lesquels les prises en charge pour le premier mois suivant le décès n'ont pas pu être perçues après recouvrement.

**Art. 62.** Sur la base de ces données, le Vlaams Zorgfonds accorde une dispense du recouvrement, et verse le montant aux caisses d'assurance soins au plus tard le 15 juillet de l'année suivante.

Le Vlaams Zorgfonds peut arrêter des modalités relatives à la dispense du recouvrement.

#### CHAPITRE 9. — Cumul des prises en charge en ayant droit à la couverture des mêmes frais pour l'aide et les services non médicaux en vertu d'autres dispositions légales ou décrétales

**Art. 63.** L'exécution de la prise en charge pour soins de proximité et soins à domicile est suspendue à partir du premier jour du mois suivant le début du budget d'assistance personnelle jusqu'à la fin du mois auquel le budget d'assistance personnelle prend fin. La décision ne peut toutefois être refusée ou cessée sur la base du fait qu'une personne fait appel au budget d'assistance personnelle.

Le Vlaams Zorgfonds communique aux caisses d'assurance soins les affiliés qui ont droit à un budget d'assistance personnelle.

**Art. 64.** L'exécution des prises en charge pour soins de proximité et soins à domicile est suspendue à partir du premier jour du mois suivant le début de la résidence, visée à l'article 72 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010, jusqu'à la fin du mois auquel la résidence prend fin.

Le Vlaams Zorgfonds communique aux caisses d'assurance soins les membres qui n'ont pas droit à une prise en charge, conformément à l'alinéa premier.

Le Vlaams Zorgfonds communique également aux caisses d'assurance soins les usagers qui ont été absents pendant plus de trente jours ou plus de cent jours de cette structure au cours de la période du 1<sup>er</sup> septembre de l'année précédente jusqu'au 31 août.

**Art. 65.** L'utilisateur ou son représentant déclare sur le formulaire de demande que l'utilisateur réside dans une structure telle que visée à l'article 72 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010, ou est inscrite sur la liste d'attente pour une pareille structure. Si l'utilisateur ne réside dans une pareille structure qu'après avoir introduit son formulaire de demande, l'utilisateur ou son représentant en informe la caisse d'assurance soins.

**Art. 66.** La personne visée à l'article 72, alinéa deux, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010, demande à la structure une attestation démontrant que la personne a été absente de la structure pendant plus de trente jours au cours de la période du 1<sup>er</sup> septembre de l'année précédente jusqu'au 31 août. Cette attestation doit au moins comporter les données suivantes :

1° prénom et nom, adresse, date de naissance ou numéro du registre national de l'utilisateur;

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

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

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

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

CHAPITRE 10. — *Contrôle de l'indication*

**Art. 67.** A l'occasion d'un contrôle d'une indication, la caisse d'assurance soins prend une décision positive en cas d'un score BEL de 35 points ou plus. Elle prend une décision négative en cas d'un score BEL de moins de 35 points, même si la personne nécessitant des soins dispose encore d'une attestation valable sur la base d'une échelle BEL, constatée par les services d'aide aux familles. Cette attestation ne peut pas non plus être utilisée afin d'ouvrir un droit à une prise en charge.

Une attestation sur la base d'une échelle BEL, constatée par les services d'aide aux familles dans les six mois suivant un contrôle d'une indication, ne peut plus être utilisée afin d'ouvrir un droit à une prise en charge.

**Art. 68.** La caisse d'assurance soins décide dans les quatorze jours suivant la réception du résultat de l'organe de contrôle.

**Art. 69.** En cas de décision positive sur le contrôle, la communication comprend au moins l'information communiquée lors d'une décision positive sur une demande de prise en charge.

**Art. 70.** En cas de décision négative sur le contrôle, la communication comprend au moins les informations suivantes :

- 1° la mention que l'utilisateur ne peut plus bénéficier de l'assurance soins;
- 2° la mention de la date à laquelle l'utilisateur ne recevra plus de montants;
- 3° la mention de la raison ou des raisons pour lesquelles l'utilisateur ne bénéficiera plus de l'assurance soins;
- 4° la mention qu'une indication qui a lieu dans les six mois suivant le contrôle, doit être effectuée par la personne ayant effectué le contrôle;
- 5° une copie du formulaire de l'organe de contrôle;
- 6° 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.

**Art. 71.** Pour les personnes qui n'habitent pas en région de langue néerlandaise ou en région bilingue de Bruxelles-Capitale, l'organe de contrôle peut effectuer le contrôle par voie téléphonique.

**TITRE 4. — Archivage**

**Art. 72.** Les formulaires de mutation, y compris les formulaires de mutation de personnes qui étaient affiliées à une caisse d'assurance soins ayant arrêté ses activités, restent disponibles jusqu'au jour auquel les numéros du registre national de ces personnes ne sont pas ou ne sont plus repris dans les fichiers d'erreurs sur le changement de caisse d'assurance soins que le Vlaams Zorgfonds transmet aux caisses d'assurance soins. Après, les formulaires de mutation peuvent être détruits.

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

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

Le délai de conservation des copies de lettres sur le recouvrement de prises en charge de membres s'élève à dix années. Le délai prend cours le 1<sup>er</sup> janvier de l'année au cours de laquelle la lettre a été envoyée.

**Art. 73.** Les dossiers de demande sur papier restent immédiatement consultables jusqu'à un an après l'enlèvement du fichier B.

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

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

**Art. 74.** Les dossiers de demande sur papier peuvent être détruits trois ans après l'enlèvement du record du fichier B.

Si des dossiers sont à nouveau repris dans le fichier B en raison du recouvrement ou du paiement supplémentaire, le délai de trois ans est à nouveau appliqué.

**TITRE 5. — Dispositions finales**

**Art. 75.** Les règlements suivants sont abrogés :

1° l'arrêté ministériel du 6 janvier 2006 portant approbation du manuel de l'assurance soins, modifié en dernier lieu par l'arrêté ministériel du 2 décembre 2009;

2° l'arrêté ministériel du 27 novembre 2006 portant approbation du manuel d'exécution de l'assurance soins flamande en conformité avec la législation européenne et les traités internationaux, modifié par l'arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> février 2008;

3° l'arrêté ministériel du 29 août 2008 relatif aux conditions pour l'interdiction de cumulation des prestations des prises en charge de l'assurance soins en vertu d'autres dispositions et modifiant l'annexe unique de l'arrêté ministériel du 6 janvier 2006 portant approbation du manuel de l'assurance soins.

**Art. 76.** Le présent arrêté produit ses effets le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Bruxelles, le 2 juillet 2010.

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