

VLAAMSE OVERHEID

Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

[C – 2019/14023]

26 MAART 2019. — Ministerieel besluit betreffende de uitvoering van de Vlaamse sociale bescherming, wat de gemeenschappelijke basisbepalingen en de zorgbudgetten betreft

DE VLAAMSE MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN,

Gelet op het decreet van 15 juli 1997 houdende de Vlaamse Wooncode, artikel 93, § 1, tweede lid, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 10 maart 2017 en artikel 99, § 1, vervangen bij het besluit van de Vlaamse Regering van 15 december 2006;

Gelet op het woonzorgdecreet van 13 maart 2009, artikel 48, tweede lid, gewijzigd bij het decreet van 18 november 2011;

Gelet op het decreet van 24 mei 2002 betreffende water bestemd voor menselijke aanwending, artikel 8, gewijzigd bij decreet van 19 juli 2013;

Gelet op het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, artikel 19, eerste lid, 8°, artikel 22, derde lid, artikel 23, § 2, artikel 29, 42, § 4, artikel 45, § 2, artikel 46, § 2, artikel 47, § 2, artikel 60, 74, 76, 78, 80, § 3 en § 4, artikel 82, 87, § 3, en artikel 92, § 1, derde lid, en § 4;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 12 oktober 2007 tot reglementering van het sociale huurstelsel ter uitvoering van titel VII van de Vlaamse Wooncode, artikel 1, eerste lid, 22°, c), vervangen bij het besluit van de Vlaamse Regering van 30 september 2011;

Gelet op bijlage V bij het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, artikel 3, B, 1°;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 8 april 2011 houdende bepalingen van rechten en plichten van de exploitanten van een openbaar waterdistributienetwerk en hun klanten met betrekking tot de levering van water bestemd voor menselijke consumptie, de uitvoering van de saneringsverplichting en het algemeen waterverkoopreglement, artikel 27/3, derde lid, ingevoegd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 6 december 2013;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, artikel 28, eerste en derde lid, artikel 35, 55, 56, § 3, derde lid, artikel 57, § 3, derde lid, artikel 61, tweede en derde lid, artikel 67, 72, 77, tweede lid, artikel 83, 85, tweede lid, artikel 114, 119, § 1, tweede lid, artikel 126, § 1, tweede lid, artikel 130, § 2, tweede lid, artikel 133, § 2, tweede lid, artikel 151, § 3, artikel 159, 160, tweede lid, artikel 162, derde lid, artikel 166, 168, derde lid, artikel 174, 175, vierde lid, artikel 179, 186, 191, 222, 234, § 2, tweede lid, artikel 237, vijfde lid, en artikel 238, tweede lid;

Gelet op het ministerieel besluit van 31 oktober 2003 houdende uitvoering van artikel 33, 1e lid, van het besluit van de Vlaamse regering van 28 september 2001 houdende de erkenning, de registratie en de machtiging en houdende de aansluiting, de aanvraag en de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering;

Gelet op het ministerieel besluit van 6 januari 2006 tot regeling van de vaststelling van de ernst en de duur van het verminderd zelfzorgvermogen aan de hand van de BEL-profielschaal in het kader van de Vlaamse zorgverzekering;

Gelet op het ministerieel besluit van 21 december 2007 houdende uitvoering van een aantal bepalingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 oktober 2007 tot reglementering van het sociale huurstelsel ter uitvoering van titel VII van de Vlaamse Wooncode;

Gelet op het ministerieel besluit van 29 november 2011 houdende de bepaling van resultaatsgerichte indicatoren voor de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen;

Gelet op het ministerieel besluit van 25 maart 2014 houdende nadere regels tot uitvoering van artikel 27/3 van het besluit van de Vlaamse Regering van 8 april 2011 houdende bepalingen van rechten en plichten van de exploitanten van een openbaar waterdistributienetwerk en hun klanten met betrekking tot de levering van water bestemd voor menselijke consumptie, de uitvoering van de saneringsverplichting en het algemeen waterverkoopreglement;

Gelet op het ministerieel besluit van 9 maart 2017 betreffende de uitvoering van de Vlaamse sociale bescherming;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 10 december 2018;

Gelet op het advies van de Gegevensbeschermingsautoriteit, gegeven op 16 januari 2019;

Gelet op advies 65.303/1 van de Raad van State, gegeven op 8 maart 2019, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973,

Besluit :

DEEL 1. — Gemeenschappelijke basisbepalingen**TITEL 1. — Definities**

Artikel 1. In dit besluit wordt verstaan onder:

1° agentschap: het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming, vermeld in artikel 9 van het decreet van 18 mei 2018;

2° besluit van 30 november 2018: het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming;

3° controleorgaan: het orgaan dat verantwoordelijk is voor de controle van de indicatiestelling van de gebruikers, vermeld in artikel 187 van het besluit van 30 november 2018;

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

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

6° mutatieformulier: het mutatieformulier, vermeld in artikel 65 van het besluit van 30 november 2018;

7° oprichtende instantie: een instantie die een zorgkas heeft opgericht als vermeld in artikel 18 van het decreet van 18 mei 2018;

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

TITEL 2. — *Het lidmaatschap van de Vlaamse sociale bescherming*HOOFDSTUK 1. — *Aansluiting*

Afdeling 1. — Referentiedatum om te bepalen waar een persoon woont, werkt of sociaal verzekerd is

Art. 2. De referentiedatum om voor een kalenderjaar te bepalen waar een persoon als vermeld in artikel 56, § 3, artikel 57, § 3 en § 4, en artikel 58, § 1 en § 4, van het besluit van 30 november 2018, werkt of sociaal verzekerd is, zodat hij voldoet aan de voorwaarden voor de aansluiting, is 1 januari van het jaar in kwestie.

De plaats van tewerkstelling van een gepensioneerde als vermeld in artikel 56, § 3, en artikel 57, § 3 en § 4, van het besluit van 30 november 2018, is de plaats waar die persoon op 1 januari van het laatste jaar voor zijn pensionering gewerkt heeft.

De plaats van tewerkstelling van een persoon als vermeld in artikel 56, § 3, en artikel 57, § 3 en § 4, van het besluit van 30 november 2018, die niet gepensionerd en niet beroepsactief is, is de plaats waar hij werkte op 1 januari van het jaar van zijn laatste tewerkstelling.

De referentiedatum om voor een kalenderjaar te bepalen waar een persoon als vermeld in artikel 56, § 3, en artikel 57, § 3, van het besluit van 30 november 2018, woont, is 1 januari van het jaar in kwestie.

In afwijking van het eerste en vierde lid is bij een persoon, vermeld in artikel 56, § 3, en artikel 57, § 3, van het besluit van 30 november 2018, de referentiedatum de eerste dag waarop hij aan de voorwaarden voor aansluiting voldoet, als hij aan de voorwaarden voor een tegemoetkoming voldoet.

Art. 3. Voor een persoon als vermeld in artikel 58, § 1 en § 4, van het besluit van 30 november 2018, is, in afwijking van artikel 2, eerste lid, van dit besluit, de referentiedatum voor het kalenderjaar waarin hij op een plaats is komen wonen, 1 januari van het jaar na het jaar waarin hij op die plaats is komen wonen.

Art. 4. In afwijking van artikel 2, tweede lid, van dit besluit, is de plaats van tewerkstelling van een gepensioneerde persoon die in het Franse of het Duitse taalgebied van België woont, en die gebruikgemaakt heeft van zijn recht op vrij verkeer van werknemers of van de vrijheid van vestiging, zoals gewaarborgd door het Unierecht, en voor wie, wegens tewerkstelling in het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, op grond van de aanwijzingsregels, vermeld in verordening (EG) nr. 883/2004, het socialezekerheidsstelsel van België van toepassing is, in de volgende volgorde:

1° zijn woonplaats als hij er gewerkt heeft;

2° de plaats waar hij op 1 januari van het laatste jaar voor zijn pensionering gewerkt heeft.

Afdeling 2. — Bewijsvoering

Art. 5. Het agentschap ontvangt jaarlijks een bestand van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid met identificatiegegevens van de personen, vermeld in artikel 56, § 3, artikel 57, § 3, van het besluit van 30 november 2018, en in artikel 58, § 1, van het besluit van 30 november 2018, voor de personen voor wie, op grond van de aanwijzingsregels, vermeld in Verordening (EG) nr. 883/2004, het socialezekerheidsstelsel van een andere lidstaat van de Europese Unie, van een andere staat die partij is bij de Europese Economische Ruimte of van Zwitserland van toepassing is, of die enkel een pensioen ontvangen van een of meer andere lidstaten van de Europese Unie dan België, van een andere staat dan België die partij is bij de Europese Economische Ruimte of van Zwitserland.

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

1° voor ieder jaar dat ze beroepsactief zijn;

2° bij aanvang of bij wijziging van hun pensionering.

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

Afdeling 3. — Uitnodiging tot aansluiting

Art. 6. De zorgkassen of hun oprichtende instantie kunnen de leden of verzekerden van hun oprichtende instantie melden dat ze zich bij een zorgkas kunnen aansluiten. De melding bevat de volgende twee aparte rubrieken:

1° de mededeling over de Vlaamse sociale bescherming;

2° de uitnodiging tot betaling van een premie om zich aan te sluiten.

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

Art. 7. De mededeling, vermeld in artikel 6, eerste lid, 1°, bevat minstens de volgende informatie:

1° de premies die in het kader van de Vlaamse sociale bescherming gevraagd worden;

2° de periodes waarvoor de premies gevraagd worden;

3° de toelichting over de plicht of de mogelijkheid om zich bij een van de erkende zorgkassen aan te sluiten;

4° de manier waarop personen zich kunnen aansluiten: met een storting op een rekeningnummer op naam van de zorgkas;

5° de maatregel van de administratieve geldboete;

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 premie te betalen, hij het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn kan vragen of het in zijn plaats de premie aan de zorgkas wil betalen. Het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn is niet verplicht om op dat verzoek in te gaan.

Art. 8. De mededeling en de uitnodiging tot betaling, vermeld in artikel 6, eerste lid, 1° en 2°, bevatten geen aanwijzingen die laten uitschijnen dat aansluiting bij de zorgkas in kwestie verplicht is. Het moet duidelijk zijn dat aansluiting bij een van de erkende zorgkassen verplicht is.

Art. 9. De zorgkassen kunnen 30 april vastleggen als einddatum om de premie te betalen voor personen die 26 jaar worden. Ze vermelden dat als de persoon zich niet aansluit, hij ambtshalve bij de Vlaamse Zorgkas wordt aangesloten.

Art. 10. Een gezinshoofd kan gezinsleden aansluiten bij een zorgkas.

Art. 11. 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 personen in kwestie waaruit blijkt dat ze er vrijwillig voor 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. 12. Met de betaling van de premies bezorgen de derden aan de zorgkas een lijst van de personen voor wie de betaling wordt uitgevoerd. Die lijst bevat per lid de volgende gegevens:

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

Afdeling 4. — Aansluiting van een persoon die een beroep wil doen op een tegemoetkoming

Art. 13. De volgende personen kunnen een persoon aansluiten die een beroep wil doen op een tegemoetkoming:

- 1° de echtgenoot, echtgenote of de wettelijk samenwonende partner van de persoon in kwestie;
- 2° een verwant in de eerste graad van de persoon in kwestie;
- 3° de verantwoordelijke van de zorgvoorziening in kwestie;
- 4° de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen in kwestie.

De personen, vermeld in het eerste lid, 3° en 4°, kunnen een persoon alleen administratief aansluiten.

Art. 14. De aansluiting, vermeld in artikel 13, kan verlopen via een formulier dat het agentschap ter beschikking stelt.

Afdeling 5. — Mutatie van zorgkas

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

1° de persoon heeft niet tijdig, conform artikel 65 van het besluit van 30 november 2018, een getekend mutatieformulier bezorgd aan een niet-mutualistische zorgkas;

2° de persoon is lid van een mutualistische zorgkas.

In de andere gevallen dan het geval, vermeld in het eerste lid, muteert een persoon van zorgkas door uiterlijk op 5 december van het jaar vóór het jaar waarin hij van zorgkas muteert, het getekende mutatieformulier, vermeld in artikel 65 van het besluit van 30 november 2018, aan de nieuwe zorgkas te bezorgen.

Art. 16. De nieuwe zorgkas controleert voor 15 december van het jaar dat voorafgaat aan de mutatie, via het digitale platform of de afstaande zorgkas die in de mutatieprocedure vermeld is, overeenstemt met de zorgkas waarbij de persoon volgens het digitale platform is aangesloten. De nieuwe zorgkas voert dat uit voor alle mutaties die met het mutatieformulier zijn aangevraagd, en voor alle mutaties die de zorgkassen van een ziekenfonds moeten aanvragen op basis van een verandering van ziekenfonds.

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

Art. 17. De nieuwe zorgkas bezorgt uiterlijk op 15 december aan het digitale platform de volgende gegevens:

- 1° het identificatienummer;
- 2° het jaar waarvoor de mutatie wordt aangevraagd;
- 3° het type mutatie;
- 4° de vermelding van de zorgkas die de mutatie meldt;
- 5° de code van de nieuwe zorgkas;
- 6° de code van de afstaande zorgkas;
- 7° de datum van het mutatieformulier, vermeld in artikel 65 van het besluit van 30 november 2018.

De nieuwe zorgkas stuurt uiterlijk op 15 december de originele mutatieformulieren van de personen die van zorgkas muteren, 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 15 december aflevert. De formulieren kunnen tussen de zorgkassen ook elektronisch worden uitgewisseld als de zorgkassen dat onderling overeenkomen.

Art. 18. De afstaande zorgkas bezorgt uiterlijk op 9 januari een antwoord op de mutatieaanvraag via een gegevensstroom aan het digitaal platform. De gegevensstroom kan de volgende codes en waarden bevatten:

- 1° code 01: mutatie aanvaard - dossier afgesloten;
- 2° code 02: identificatienummer foutief of blanco;
- 3° code 03: laattijdige aanvraag mutatie;
- 4° code 04: MOB-wetgeving geen lid in verplichte ziekteverzekering;
- 5° code 05: mutatieaanvraag op dezelfde datum bij verschillende zorgkassen;
- 6° code 06: geen lid, foutieve zorgkas;
- 7° code 07: ondertussen overleden;

- 8° code 08: ontbrekende handtekening;
- 9° code 09: betwisting van de handtekening;
- 10° code 10: tegentekening door de muterende;
- 11° code 11: mutatieformulier ontbreekt;
- 12° code 12: ambtshalve, nooit betaald bij de Vlaamse Zorgkas;
- 13° code 13: weigering mutatie in verplichte ziekteverzekering;
- 14° code 14: mag niet aansluiten bij Vlaamse sociale bescherming;
- 15° code 15: datum van de aanvraag door lid ontbreekt op mutatieformulier;
- 16° code 16: spontane mutatie is alleen mogelijk tussen mutualistische zorgkassen.

Als een wettelijke vertegenwoordiger van de gebruiker bij de afstaande zorgkas bekend is, worden de volgende gegevens van de wettelijke vertegenwoordiger meegedeeld aan de nieuwe zorgkas:

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

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

Art. 19. § 1. Als de mutatie een persoon betreft met een zorgbudget of een persoon voor wie in het laatste kalenderjaar voor de mutatie een beslissing genomen is, bezorgt de afstaande zorgkas uiterlijk op 9 januari de gegevens over de laatst genomen beslissing per pijler aan de nieuwe zorgkas.

Als de mutatie een persoon betreft met een dossier waarover nog een beslissing moet worden genomen, bezorgt de afstaande zorgkas in voorkomend geval aan de nieuwe zorgkas de volgende gegevens:

- 1° een kopie van de bewijsstukken die de gebruiker aangeleverd heeft;
- 2° een kopie van de vraag naar bewijsstukken, als de gebruiker die nog niet heeft bezorgd;
- 3° het aanvraagformulier, als het gaat om een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden;
- 4° het formulier met administratieve gegevens, als het gaat om een basisondersteuningsbudget.

§ 2. Als de mutatie een persoon betreft met een zorgbudget, bezorgt de afstaande zorgkas aan de nieuwe zorgkas de volgende gegevens van de gebruiker:

- 1° de voornaam;
- 2° de achternaam;
- 3° het identificatienummer;
- 4° de geboortedatum;
- 5° de oude zorgkas;
- 6° de nieuwe zorgkas;
- 7° het bankrekeningnummer.

Als een vertegenwoordiger of een contactpersoon van de gebruiker bij de zorgkas bekend is, worden de volgende gegevens van de vertegenwoordiger of de contactpersoon meegedeeld:

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

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

- a) wettelijk vertegenwoordiger;
- b) echtgenoot of echtgenote;
- c) zus of broer;
- d) ouder;
- e) kind;
- f) grootouder;
- g) kleinkind;

h) persoon met volmacht.

§ 3. Als de persoon een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden heeft, bezorgt de afstaande zorgkas naast de gegevens, vermeld in paragraaf 1 en paragraaf 2, de volgende elementen:

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

2° de ingangsdatum van het persoonlijke-assistentiebudget;

3° de ingangsdatum van het verblijf in een residentiële gehandicaptenvoorziening.

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

1° het identificatienummer van de mantelzorger;

2° de voornaam;

3° de achternaam;

4° de straat van de woonplaats;

5° het huisnummer van de woonplaats;

6° het busnummer van de woonplaats;

7° de postcode van de woonplaats;

8° de gemeente van de woonplaats;

9° het telefoonnummer;

10° de relatie van de mantelzorger met de gebruiker, waarbij de volgende relaties gebruikt kunnen worden:

a) echtgenoot of echtgenote;

b) partner;

c) moeder;

d) vader;

e) zus;

f) broer;

g) dochter;

h) zoon;

i) buur;

j) andere relatie.

§ 4. Als de persoon een basisondersteuningsbudget heeft, bezorgt de afstaande zorgkas naast de gegevens, vermeld in paragraaf 1 en paragraaf 2, de volgende gegevens over het dossier in kwestie:

1° de datum waarop de rechten geopend zijn;

2° de bron van het laatste attest basisondersteuningsbudget;

3° de begindatum van het laatste attest basisondersteuningsbudget;

4° de einddatum van het laatste attest basisondersteuningsbudget;

5° de status van de laatste erkenningsperiode;

6° de begindatum van de laatste erkenningsperiode;

7° de einddatum van de laatste erkenningsperiode;

8° de datum van de beslissing over het basisondersteuningsbudget;

9° de aanwezigheid van de verklaring op erewoord dat de gebruiker vijf jaar sociaal verzekerd is in een EU-lidstaat;

10° de vermelding van het cumulverbod en, in voorkomend geval, het soort cumulverbod;

11° de ingangsdatum van het verblijf in een psychiatrisch verzorgingstehuis;

12° de ingangsdatum van de opname in een gehandicaptenvoorziening;

13° de ingangsdatum van het persoonlijke-assistentiebudget;

14° de ingangsdatum van het verblijf in de strafinstelling.

Art. 20. Een lid verandert na afloop van de mutatieprocedure, vermeld in artikel 15 tot en met 19, 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.

In de gevallen, vermeld in het eerste lid, geldt de volgende procedure:

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

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

3° de Vlaamse Zorgkas brengt de persoon in kwestie op de hoogte van zijn aansluiting bij de Vlaamse Zorgkas en de redenen daarvoor.

HOOFDSTUK 2. — *Premie**Afdeling 1. — Inning van de premie*

Art. 21. De zorgkas of de oprichtende instantie mag de mededeling over de Vlaamse sociale bescherming en de uitnodiging tot betaling van de jaarlijkse premie voor de Vlaamse sociale bescherming samen met de uitnodiging tot betaling voor andere producten van de zorgkas of van zijn oprichtende instanties in één document bezorgen.

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

Art. 22. De mededeling, vermeld in artikel 21, bevat minstens de volgende informatie:

1° de premies die in het kader van de Vlaamse sociale bescherming gevraagd worden;

2° de periodes waarvoor de premies gevraagd worden;

3° de maatregel van de administratieve geldboete;

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 premie te betalen, hij het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn kan vragen of het in zijn plaats de premie aan de zorgkas wil betalen. Het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn is niet verplicht om op dat verzoek in te gaan.

Art. 23. Bestaande domiciliëringsopdrachten kunnen alleen gebruikt worden om de premie door een lid te laten betalen als die persoon of zijn gezinshoofd daarvoor toestemming gegeven heeft.

Art. 24. In de brief met de uitnodiging om de premie te betalen, mag de zorgkas alleen 30 april vermelden als einddatum om de premie te betalen.

Art. 25. Derden kunnen de premies 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 premie 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. 26. De herinneringsbrief, vermeld in artikel 73 van het besluit van 30 november 2018, bevat minstens de informatie, vermeld in artikel 22 van dit besluit.

Afdeling 3. — Aangetekende brief

Art. 27. De aangetekende brief, vermeld in artikel 74 van het besluit van 30 november 2018, bevat minstens de informatie, vermeld in artikel 22 van dit besluit.

De zorgkas vermeldt 5 oktober als einddatum om premies te betalen.

HOOFDSTUK 3. — *Beëindiging van de aansluiting*

Art. 28. De zorgkas brengt het lid met een brief op de hoogte van de ambtshalve beëindiging van het lidmaatschap, vermeld in artikel 77 van het besluit van 30 november 2018.

Art. 29. 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 premie te betalen;

4° de mededeling dat bij stopzetting van het lidmaatschap de termijn van ononderbroken aansluiting, vermeld in artikel 41, § 1, tweede en derde lid, van het decreet van 18 mei 2018, opnieuw van toepassing wordt.

Art. 30. Het lid kan na verzending van de brief, vermeld in artikel 28, verzet aantekenen door alsnog de verschuldigde premie te betalen uiterlijk tot en met 31 december van het jaar waarin de brief is verstuurd.

Art. 31. De zorgkas maakt, na ontvangst van de betaling, vermeld in artikel 30, de ambtshalve beëindiging van het lidmaatschap ongedaan.

HOOFDSTUK 4. — *Betaling bij verschillende zorgkassen*

Art. 32. Als een persoon bij verschillende zorgkassen betaald heeft, wordt hij lid van de zorgkas die als eerste binnen de termijnen die daarvoor bepaald zijn, aan het agentschap meegedeeld heeft dat die persoon betaald heeft.

Als de zorgkassen op hetzelfde ogenblik meedelen dat een persoon betaald heeft, is de persoon aangesloten bij de zorgkas die als eerste de premie 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. — *Sanctiebepalingen: de administratieve geldboete*

Art. 33. Bij het beroepschrift, vermeld in artikel 85 van het besluit van 30 november 2018, wordt een beroepsformulier gevoegd. Het agentschap stelt het model van het beroepsformulier op.

Art. 34. Als het administratief beroep 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 premies moet betalen.

Art. 35. Als het administratief beroep gegrond wordt verklaard:

1° stelt het agentschap vast dat de jaren waarvoor het administratief beroep gegrond verklaard is, niet langer in aanmerking komen voor de administratieve geldboete;

2° int het agentschap de eventueel verschuldigde premies;

3° brengt het agentschap de zorgkas in kwestie daarvan op de hoogte.

TITEL 3. — Tegemoetkomingen**HOOFDSTUK 1. — Vrijstelling van premies**

Art. 36. Bij het beroepschrift, vermeld in artikel 119, § 1, eerste lid, van het besluit van 30 november 2018, wordt een beroepsformulier gevoegd. Het agentschap stelt het model van het beroepsformulier op.

Art. 37. Als het administratief beroep onontvankelijk of ongegrond wordt verklaard, maant de leidend ambtenaar de betrokkene in zijn beslissing om de niet-betaalde premies te betalen.

Art. 38. Als het administratief beroep gegrond wordt verklaard:

1° stelt het agentschap vast dat er geen niet-betaalde premies meer zijn of, in geval van een vermindering van de premies, int het agentschap de nog verschuldigde premies;

2° brengt het agentschap de zorgkas in kwestie daarvan op de hoogte.

HOOFDSTUK 2. — Terugvordering van ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen**Afdeling 1. — Terugvordering van tegemoetkomingen ten onrechte uitbetaald aan de gebruiker**

Art. 39. De beslissing, vermeld in artikel 126, § 1, eerste lid, van het besluit van 30 november 2018, vermeldt naast de gegevens, vermeld in het voormelde artikel 126, minstens de volgende informatie:

1° het totaalbedrag van de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen en de berekeningswijze ervan;

2° de vraag om het bedrag van de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen terug te betalen en de betalingstermijn, als de tegemoetkomingen niet in mindering gebracht worden;

3° de mogelijkheid om een afbetalingsplan voor het bedrag van de terugvordering bij de zorgkas aan te vragen;

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

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

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

7° een beschrijving van de administratieve beroepsprocedure.

Art. 40. Onder uitzonderlijke kosten als vermeld in artikel 130, § 2, tweede lid, van het besluit van 30 november 2018, vallen:

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

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

Afdeling 2. — Terugvordering van tegemoetkomingen ten onrechte uitbetaald aan zorgvoorzieningen of verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen

Art. 41. De beslissing, vermeld in artikel 133, § 2, eerste lid, van het besluit van 30 november 2018, vermeldt minstens de volgende informatie:

1° het totaalbedrag van de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen en de berekeningswijze ervan;

2° de vraag om het bedrag van de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen terug te betalen en de betalingstermijn;

3° de reden van de beslissing om de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen terug te vorderen;

4° de verjaringstermijn die in aanmerking genomen wordt, en, als die geen twee jaar bedraagt, de motivering ervan;

5° de mogelijkheid om een gerechtsdeurwaarder in te schakelen om de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen terug te vorderen, als de zorgvoorziening of de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen niet tijdig reageert.

HOOFDSTUK 3. — Vertegenwoordiging

Art. 42. De volgende personen kunnen zonder volmacht als vertegenwoordiger van een gebruiker optreden:

1° de echtgenoot, echtgenote, de wettelijk samenwonende partner of een verwant in de eerste of tweede graad van de gebruiker, die vermeldt welke relatie hij met de gebruiker heeft;

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

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

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

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

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

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

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

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

4° de directeur van het woonzorgcentrum of het 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 van een tegemoetkoming te ondertekenen;

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

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

Art. 43. Personen die niet behoren tot een van de categorieën, vermeld in artikel 42, kunnen met volmacht als vertegenwoordiger van een gebruiker optreden als ze beschikken over een document waarin staat dat de gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger hen volmacht verleent. De gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger dateert en ondertekent dat document.

DEEL 2. — Zorggebonden financiering: zorgbudget

TITEL 1. — Algemeen

Art. 44. De zorgkas betaalt het zorgbudget uit met een overschrijving op het rekeningnummer van de gebruiker. Dat gebeurt ook als de gebruiker een minderjarige is die contextbegeleiding in het kader van autonoom wonen krijgt als vermeld in artikel 53*bis* en bijlage 9 van het besluit van de Vlaamse Regering van 13 juli 1994 inzake de erkenningsvoorwaarden en de subsidiënormen voor de voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand.

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

TITEL 2. — Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden

HOOFDSTUK 1. — Voorwaarde van verminderde zelfredzaamheid

Afdeling 1. — Attest

Art. 45. Om een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in het kader van mantel- en thuiszorg te verkrijgen, beantwoorden de attesten, vermeld in artikel 151, § 1, van het besluit van 30 november 2018, aan de volgende criteria:

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

2° het attest op basis van de score op de Katz-schaal in een verzorgingsinrichting wordt afgeleverd door de verzekeringsinstelling of is in het bezit van de zorgkas;

3° het attest op basis van de score op de BelRAI-screener of op de BEL-schaal, afgenomen in het kader van de activiteiten persoonsverzorging, huishoudelijke hulp of schoonmaakhulp, verricht door een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg in het kader van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, of de activiteit schoonmaakhulp, verricht door een dienst voor logistieke hulp in het kader van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, wordt afgeleverd door de dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg of door de dienst voor logistieke hulp waarop de gebruiker een beroep doet;

4° het attest op basis van bijkomende kinderbijslag wordt afgeleverd door de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, door de dienst die de kinderbijslag voor de persoon in kwestie uitbetaalt, door Kind en Gezin of door de verzekeringsinstelling;

5° de attesten op basis van de score op de medisch-sociale schaal die wordt gebruikt voor de evaluatie van de graad van zelfredzaamheid met het oog op het onderzoek naar het recht op de integratietegemoetkoming, worden afgeleverd door de verzekeringsinstelling of door de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid of zijn in het bezit van de zorgkas;

6° het kine-E-attest wordt door de verzekeringsinstelling afgeleverd.

Met uitzondering van het kine-E-attest bevatten de attesten, vermeld in het eerste lid, minstens de volgende gegevens:

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

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

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

4° de score of de categorie op die schaal;

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

6° de duur van de geldigheid van de indicatiestelling.

Het kine-E-attest, vermeld in het eerste lid, 6°, bevat minstens de volgende gegevens:

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

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

3° de datum van toekenning van het attest;

4° de duur van de geldigheid van het attest.

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger bezorgt het attest, vermeld in het eerste lid, aan de zorgkas.

Art. 46. Om een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in het kader van residentiële zorg te verkrijgen, vraagt de gebruiker, als de tegemoetkoming niet automatisch wordt toegekend, een verblijfsattest aan als vermeld in artikel 151, § 2, van het besluit van 30 november 2018, bij zijn verzekeringsinstelling of bij de residentiële voorziening waar hij verblijft.

Het verblijfsattest bevat minstens de volgende gegevens:

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

- 2° de naam van de instantie die het attest heeft afgeleverd;
- 3° de naam van de residentiële voorziening waar de gebruiker verblijft;
- 4° de datum van opname in de residentiële voorziening.

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

De zorgkas die een verblijfsattest ontvangt dat verstrekt is door een voorziening of door een professionele zorgverlener die in een andere lidstaat van de Europese Gemeenschap of van de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland gevestigd is, vraagt aan het agentschap of de voorziening voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 149, 4°, van het besluit van 30 november 2018.

Afdeling 2. — Indicatiestelling

Art. 47. De zorgkas die een beschrijvend verslag ontvangt als vermeld in artikel 158 van het besluit van 30 november 2018, vraagt aan het agentschap of de persoon die het verslag heeft ingevuld, een arts is die zijn activiteiten op rechtmatige wijze verricht in het woonland.

HOOFDSTUK 2. — Beslissing over de tegemoetkoming

Art. 48. De mededeling bij een positieve beslissing over het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden bevat minstens de volgende informatie:

- 1° de vermelding dat de gebruiker in aanmerking komt voor het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden;
- 2° de vermelding van de datum waarop de gebruiker zijn recht op het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden kan laten gelden;
- 3° de vermelding van de geldigheidsduur van de beslissing tot toekenning van de tegemoetkoming;
- 4° de vermelding van de zorgvorm en het bedrag waarop de gebruiker een beroep kan doen;
- 5° een motivering van de beslissing;
- 6° de mededeling dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger het recht heeft om op elk moment een herziening van de beslissing over het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden te vragen;
- 7° de melding dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger een verandering van zorgvorm en elke ernstige verandering van de gezondheidstoestand van de gebruiker onmiddellijk moet meedelen aan zijn zorgkas. Daar wordt aan toegevoegd dat als hij de veranderingen niet meedeelt, de ten onrechte verkregen tegemoetkomingen teruggevorderd kunnen worden van de gebruiker;
- 8° de mededeling dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger tegen de beslissing van de zorgkas een beroepschrift bij het agentschap kan indienen, een beschrijving van alle voorwaarden om een beroepschrift in te dienen, en de te volgen procedure.

Art. 49. De mededeling bij een negatieve beslissing over het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden bevat minstens de volgende informatie:

- 1° de melding dat de gebruiker niet in aanmerking komt voor het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden;
- 2° de vermelding van de reden of redenen waarom de gebruiker niet in aanmerking komt voor het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden;
- 3° een kopie van de vaststelling van de langdurig, ernstig verminderde zelfredzaamheid, als een kopie bij de zorgkas beschikbaar is;
- 4° de melding dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger tegen de beslissing van de zorgkas een beroepschrift bij het agentschap kan indienen, een beschrijving van alle voorwaarden om een beroepschrift in te dienen, en de te volgen procedure.

HOOFDSTUK 3. — Herziening, verlening en stopzetting

Afdeling 1. — Herziening

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

Onderafdeling 1. — Verlenging

Art. 51. De mededeling bij een positieve beslissing over de verlenging van het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden bevat minstens de informatie die meegedeeld wordt bij een positieve beslissing over een tegemoetkoming conform hoofdstuk 2.

Onderafdeling 2. — Beslissing tot stopzetting

Art. 52. Bij een stopzetting van een beslissing conform artikel 175 van het besluit van 30 november 2018 bevat de mededeling de volgende informatie:

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

HOOFDSTUK 4. — Verandering van zorgvorm

Art. 53. De mededeling bij een positieve beslissing over de verandering van zorgvorm bevat 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 zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in het kader van de nieuwe zorgvorm;

3° de vermelding van de zorgvorm en het bedrag waarop de gebruiker een beroep kan doen;

4° de vermelding van de geldigheidsduur van de beslissing;

5° de mededeling dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger tegen de beslissing van de zorgkas bij het agentschap een beroepschrift kan indienen, een beschrijving van alle voorwaarden om een beroepschrift in te dienen, en de te volgen procedure.

Art. 54. De mededeling bij een negatieve beslissing over de verandering van zorgvorm bevat 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 beroepschrift bij het agentschap kan indienen, een beschrijving van alle voorwaarden om een beroepschrift in te dienen, en de te volgen procedure.

HOOFDSTUK 5. — *Cumulatie van de tegemoetkoming met andere wettelijke of decretale bepalingen*

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

1° welke leden beschikken over een budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning als vermeld in artikel 4 en 5 van het decreet houdende de persoonsvolgende financiering;

2° welke leden een beroep doen op een persoonlijke-assistentiebudget;

3° welke leden volgens het protocol van verblijf voltijds verblijven in een multifunctioneel centrum voor minderjarige personen met een handicap dat erkend is door het VAPH;

4° welke leden gebruikmaken van een unit voor geïnterneerden als vermeld in artikel 11 van het besluit van de Vlaamse Regering van 24 november 2017 over de erkenning en subsidiëring van voorzieningen die ondersteuning bieden aan personen met een handicap in de gevangenis, en van units voor geïnterneerden;

5° welke leden gebruikmaken van een observatie-, diagnose- en behandelingsunit als vermeld in het besluit van de Vlaamse Regering van 8 december 2017 over de erkenning en subsidiëring van observatie-, diagnose- en behandelingsunits.

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

Art. 56. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger verklaart op het aanvraagformulier, vermeld in artikel 160, eerste lid, van het besluit van 30 november 2018, dat de gebruiker verblijft in een voorziening als vermeld in artikel 182 van het besluit van 30 november 2018, of op de wachtlijst staat voor een dergelijke voorziening. Als de gebruiker pas nadat het voormelde aanvraagformulier is ingediend, in een dergelijke voorziening verblijft, meldt hij of zijn vertegenwoordiger dat aan de zorgkas.

Art. 57. De persoon, vermeld in artikel 182, 4°, van het besluit van 30 november 2018, vraagt bij de voorziening een attest aan dat bewijst dat de persoon in de periode van 1 september van het voorgaande jaar tot en met 31 augustus meer dan dertig dagen uit de voorziening afwezig is geweest. Het attest bevat minstens de volgende gegevens:

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

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

3° de naam en het type van de residentiële voorziening waar de gebruiker verblijft;

4° de melding dat de persoon meer dan dertig dagen of meer dan honderd dagen uit de voorziening afwezig is geweest in de periode van 1 september van het voorgaande jaar tot en met 31 augustus.

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

HOOFDSTUK 6. — *Controle op de indicatiestelling*

Art. 58. Naar aanleiding van een controle op een indicatiestelling neemt de zorgkas een positieve beslissing over het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden als de gebruiker aan een van de criteria voldoet, vermeld in artikel 153, eerste lid, van het besluit van 30 november 2018. Als de gebruiker niet aan een van die criteria voldoet, neemt de zorgkas een negatieve beslissing over het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden, ook als de gebruiker op dat moment nog over een geldig attest in het kader van gezinszorg beschikt. Het voormelde attest mag ook niet meer gebruikt worden om een recht op een tegemoetkoming te openen.

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

Art. 59. De zorgkas beslist binnen veertien dagen na de dag waarop ze het resultaat van het controleorgaan heeft ontvangen.

Art. 60. De mededeling bij een positieve beslissing over het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden naar aanleiding van de controle op de indicatiestelling bevat minstens de informatie die meegedeeld wordt bij een positieve beslissing over een aanvraag van een tegemoetkoming, vermeld in artikel 48.

Art. 61. De mededeling bij een negatieve beslissing over het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden naar aanleiding van de controle op de indicatiestelling bevat minstens de volgende informatie:

1° de melding dat de gebruiker niet meer in aanmerking komt voor het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden;

2° de melding van de datum waarop de gebruiker geen bedragen meer ontvangt;

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

4° de melding dat een indicatiestelling die binnen een jaar na de controle plaatsvindt, uitgevoerd moet worden door de persoon die de controle heeft verricht;

5° een kopie van het formulier van het controleorgaan;

6° de melding dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger tegen de beslissing van de zorgkas een beroepschrift bij het agentschap kan indienen, een beschrijving van alle voorwaarden om een beroepschrift in te dienen, en de te volgen procedure.

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

TITEL 3. — *Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood*

HOOFDSTUK 1. — *De beslissing*

Art. 63. De mededeling bij een positieve beslissing over het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood bevat minstens de volgende informatie:

1° de vermelding dat de gebruiker in aanmerking komt voor het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood;

2° de vermelding van de datum waarop de gebruiker zijn recht op het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood kan laten gelden;

3° de vermelding van de geldigheidsduur van de beslissing;

4° de berekeningswijze van het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood en de vermelding van het bedrag waarop de gebruiker een beroep kan doen;

5° de vermelding van de toepasselijke wetgeving;

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

7° de mogelijkheid om opheldering te verkrijgen over de beslissing bij de zorgkas;

8° de melding dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger tegen de beslissing van de zorgkas een beroep bij de arbeidsrechtbank kan indienen, samen met een korte beschrijving van de beroepsprocedure.

De mededeling bij een negatieve beslissing over het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood bevat minstens de volgende informatie:

1° de melding dat de gebruiker niet in aanmerking komt voor het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood;

2° de vermelding van de reden of redenen waarom de gebruiker niet in aanmerking komt voor het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood, zoals de berekeningswijze, als dat van toepassing is;

3° de melding dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger tegen de beslissing van de zorgkas een beroep bij de arbeidsrechtbank kan indienen, samen met een korte beschrijving van de beroepsprocedure;

4° de vermelding van de toepasselijke wetgeving.

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

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

1° de informatie die meegedeeld wordt bij een positieve beslissing over een tegemoetkoming, vermeld in artikel 63, eerste lid;

2° de reden van de herziening.

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

1° de informatie die meegedeeld wordt bij een negatieve beslissing over een tegemoetkoming, vermeld in artikel 63, tweede lid;

2° de reden van de herziening.

TITEL 4. — *Basisondersteuningsbudget*

HOOFDSTUK 1. — *Beslissing over de tegemoetkoming*

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

1° de vermelding dat de gebruiker in aanmerking komt voor het basisondersteuningsbudget;

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

3° de vermelding van de geldigheidsduur van de beslissing;

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

5° een motivering van de beslissing;

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

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

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

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

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

HOOFDSTUK 2. — *Verlenging*

Art. 66. De mededeling bij een positieve beslissing over de verlenging van de positieve beslissing over het basisondersteuningsbudget bevat minstens de informatie die meegedeeld wordt bij een positieve beslissing over een tegemoetkoming, vermeld in artikel 65, eerste lid.

HOOFDSTUK 3. — *Beslissing tot stopzetting*

Art. 67. Bij een stopzetting van een beslissing conform artikel 237 van het besluit van 30 november 2018 bevat de mededeling de volgende informatie:

- 1° de melding dat de gebruiker niet meer in aanmerking komt voor het basisondersteuningsbudget;
- 2° de datum vanaf wanneer de gebruiker geen tegemoetkomingen meer ontvangt;
- 3° de reden of redenen waarom de gebruiker niet meer in aanmerking komt;
- 4° de melding dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger bij het agentschap een beroepschrift tegen de beslissing van de zorgkas kan indienen, een beschrijving van alle voorwaarden en de te volgen procedure.

HOOFDSTUK 4. — *Cumulatie van de tegemoetkoming met andere wettelijke of decretale bepalingen*

Art. 68. Het agentschap deelt de volgende gegevens mee aan de zorgkassen:

- 1° welke leden beschikken over een budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning als vermeld in artikel 4 en 5 van het decreet houdende de persoonsvolgende financiering;
- 2° welke leden een beroep doen op een persoonlijke-assistentiebudget;
- 3° welke leden volgens het protocol van verblijf verblijven in een multifunctioneel centrum voor minderjarige personen met een handicap dat erkend is door het VAPH;
- 4° welke leden gebruikmaken van niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp en verblijven in een organisatie voor bijzondere jeugdzorg;
- 5° welke leden in een gemeenschapsinstelling verblijven;
- 6° welke leden gebruikmaken van persoonsvolgende middelen voor minderjarige personen met een handicap met dringende noden als vermeld in artikel 2 van het besluit van de Vlaamse Regering van 10 maart 2017 over persoonsvolgende middelen voor minderjarige personen met een handicap met dringende noden;
- 7° welke leden gebruikmaken van een unit voor geïnterneerden als vermeld in artikel 11 van het besluit van de Vlaamse Regering van 24 november 2017 over de erkenning en subsidiëring van voorzieningen die ondersteuning bieden aan personen met een handicap in de gevangenis, en van units voor geïnterneerden;
- 8° welke leden gebruikmaken van een observatie-, diagnose- en behandelingsunit als vermeld in het besluit van de Vlaamse Regering van 8 december 2017 over de erkenning en subsidiëring van observatie-, diagnose- en behandelingsunits.

DEEL 3. — *Archivering*

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

BEL-foto's of BelRAI-screeners van gefactureerde indicatiestellingen blijven beschikbaar tot de eerste dag van de maand na de steekproefsgewijze controle ter plaatse en maximaal gedurende drie jaar. Die termijn van drie jaar begint te lopen op 1 januari van het jaar nadat de indicatiestelling is uitgevoerd. Nadien mogen de BEL-foto's of BelRAI-screeners vernietigd worden. Als het om een zorgkas met een gedecentraliseerde werking gaat, mogen alleen de BEL-foto's of BelRAI-screeners van de zorgkasafdeling vernietigd worden.

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

Art. 70. De papieren aanvraagdossiers voor het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden blijven onmiddellijk consulteerbaar tot een jaar nadat ze uit het B-bestand verwijderd zijn.

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

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

Art. 71. De papieren aanvraagdossiers voor het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden mogen drie jaar nadat de record uit het B-bestand verwijderd is, worden vernietigd.

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

Art. 72. De dossiers over het basisondersteuningsbudget, het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood en het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden worden met behoud van de toepassing van artikel 69 tot en met 71 bewaard tot vijf jaar na het einde van respectievelijk het basisondersteuningsbudget, het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood of het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden.

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

DEEL 4. — *Wijzigingsbepalingen*

TITEL 1. — *Wijzigingen van het ministerieel besluit van 6 januari 2006 tot regeling van de vaststelling van de ernst en de duur van het verminderd zelfzorgvermogen aan de hand van de BEL-profielschaal in het kader van de Vlaamse zorgverzekering*

Art. 74. In het opschrift van het ministerieel besluit van 6 januari 2006 tot regeling van de vaststelling van de ernst en de duur van het verminderd zelfzorgvermogen aan de hand van de BEL-profielschaal in het kader van de Vlaamse zorgverzekering wordt het woord "zorgverzekering" vervangen door de woorden "sociale bescherming".

Art. 75. In artikel 1 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in punt 1° wordt de zinsnede “bedoeld in artikel 13 van het besluit van de Vlaamse Regering van 28 september 2001 houdende de erkenning, de registratie en de machtiging, en houdende de aansluiting, de aanvraag en de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering” vervangen door de zinsnede “vermeld in artikel 154 van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming”;

2° in punt 2° wordt de zinsnede “bedoeld in de artikelen 36 en 37 van het besluit van de Vlaamse Regering van 28 september 2001 houdende de erkenning, de registratie en de machtiging, en houdende de aansluiting, de aanvraag en de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 2 april 2004” vervangen door de zinsnede “vermeld in artikel 187 van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming”.

Art. 76. In het opschrift van bijlage 2 bij hetzelfde besluit wordt het woord “zorgverzekering” vervangen door de woorden “sociale bescherming”.

Art. 77. In bijlage 2 bij hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in punt 1 worden de woorden “aanvraag tot een tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering” vervangen door de woorden “zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden”;

2° punt 7 wordt vervangen door wat volgt:

“7. De Vlaamse regering machtigt van rechtswege indicatiestellers om de ernst en de duur van de verminderde zelfredzaamheid vast te stellen. De volgende voorzieningen die door de Vlaamse Gemeenschap erkend zijn, zijn van rechtswege gemachtigd:

Vlaanderen:

- diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen;
- diensten voor gezinszorg;
- welzijnsverenigingen, vermeld in artikel 475 van het decreet van 22 december 2017 over het lokaal bestuur, en openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

Brussel :

- diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen;
- diensten voor gezinszorg.”;

3° in punt 8 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

a) de woorden “de zorgverzekering” worden vervangen door de woorden “het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden”;

b) de woorden “Vlaams Zorgfonds” worden vervangen door de woorden “Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming”;

4° in punt 42 worden de woorden “de Vlaamse zorgverzekering” vervangen door de woorden “het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden”;

5° in punt 44 worden de woorden “de zorgverzekering” vervangen door de woorden “het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden”.

TITEL 2. — Wijziging van het ministerieel besluit van 21 december 2007 houdende uitvoering van een aantal bepalingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 oktober 2007 tot reglementering van het sociale huurstelsel ter uitvoering van titel VII van de Vlaamse Wooncode

Art. 78. In artikel 2, derde lid, 2°, van het ministerieel besluit van 21 december 2007 houdende uitvoering van een aantal bepalingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 oktober 2007 tot reglementering van het sociale huurstelsel ter uitvoering van titel VII van de Vlaamse Wooncode worden tussen de woorden “een integratietegemoetkoming of” en de woorden “een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden” de woorden “een zorgbudget voor ouderen met een zorgnood of” ingevoegd.

TITEL 3. — Wijziging van het ministerieel besluit van 29 november 2011 houdende de bepaling van resultaatsgerichte indicatoren voor de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen

Art. 79. In artikel 1, 6°, f), van het ministerieel besluit van 29 november 2011 houdende de bepaling van resultaatsgerichte indicatoren voor de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen worden de woorden “tegemeetkomingen van de zorgverzekering” vervangen door de woorden “een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden”.

TITEL 4. — Wijziging van het ministerieel besluit van 25 maart 2014 houdende nadere regels tot uitvoering van artikel 27/3 van het besluit van de Vlaamse Regering van 8 april 2011 houdende bepalingen van rechten en plichten van de exploitanten van een openbaar waterdistributienetwerk en hun klanten met betrekking tot de levering van water bestemd voor menselijke consumptie, de uitvoering van de saneringsverplichting en het algemeen waterverkoopreglement

Art. 80. Artikel 2, § 2, 8°, van het ministerieel besluit van 25 maart 2014 houdende nadere regels tot uitvoering van artikel 27/3 van het besluit van de Vlaamse Regering van 8 april 2011 houdende bepalingen van rechten en plichten van de exploitanten van een openbaar waterdistributienetwerk en hun klanten met betrekking tot de levering van water bestemd voor menselijke consumptie, de uitvoering van de saneringsverplichting en het algemeen waterverkoopreglement wordt vervangen door wat volgt:

“8° een attest, uitgereikt door het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming, waaruit blijkt dat de beschermde klant het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood genoten heeft;”.

DEEL 5. — Slotbepalingen

TITEL 1. — Opheffingsbepalingen

Art. 81. Het ministerieel besluit van 31 oktober 2003 houdende uitvoering van artikel 33, 1e lid, van het besluit van de Vlaamse regering van 28 september 2001 houdende de erkenning, de registratie en de machtiging en houdende de aansluiting, de aanvraag en de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering wordt opgeheven.

Art. 82. Het ministerieel besluit van 9 maart 2017 betreffende de uitvoering van de Vlaamse sociale bescherming wordt opgeheven.

TITEL 2. — *Overgangsbepaling*

Art. 83. De betaalde bijdragen van personen, vermeld in artikel 43 van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 oktober 2016 houdende de uitvoering van het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, zoals van toepassing op 31 december 2018, worden aan de betrokkene terugbetaald.

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

Art. 84. In afwijking van artikel 72 kunnen de dossiers over zorgbudgetten voor zwaar zorgbehoevenden die beëindigd zijn voor 1 januari 2016, bewaard worden tot en met 31 december 2020.

TITEL 3. — *Inwerkingtredingsbepaling*

Art. 85. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2019.

Brussel, 26 maart 2019.

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

TRADUCTION

AUTORITE FLAMANDE

Bien-Etre, Santé publique et Famille

[C – 2019/14023]

26 MARS 2019. — Arrêté ministériel portant exécution de la protection sociale flamande en ce qui concerne les dispositions de base communes et les budgets de soins

LE MINISTRE FLAMAND DU BIEN-ÊTRE, DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA FAMILLE,

Vu le décret du 15 juillet 1997 contenant le Code flamand du Logement, article 93, § 1^{er}, alinéa 2, modifié en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 10 mars 2017, et article 99, § 1^{er}, remplacé par l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 décembre 2006 ;

Vu le décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement, article 48, alinéa 2, modifié par le décret du 18 novembre 2011 ;

Vu le décret du 24 mai 2002 relatif aux eaux destinées à l'utilisation humaine, article 8, modifié par le décret du 19 juillet 2013 ;

Vu le décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, article 19, alinéa 1^{er}, 8°, article 22, alinéa 3, article 23, § 2, article 29, article 42, § 4, article 45, § 2, article 46, § 2, alinéa 3, article 47, § 2, articles 60, 74, 76, 78, article 80, §§ 3 et 4, article 82, article 87, § 3, et article 92, § 1^{er}, alinéa 3, et § 4 ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 12 octobre 2007 réglementant le régime de location sociale et portant exécution du titre VII du Code flamand du Logement, article 1^{er}, alinéa 2, 2^o, c), remplacé par l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 septembre 2011 ;

Vu l'annexe V de l'arrêté du Gouvernement flamand du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'intervenants de proximité, article 3, B, 1° ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 avril 2011 portant définition des droits et obligations des exploitants des réseaux publics de distribution d'eau et de leurs clients relatifs à la fourniture d'eau destinée à la consommation humaine, la mise en œuvre de l'obligation d'assainissement et au règlement général de la vente d'eau, article 27/3, alinéa 3, inséré par l'arrêté du Gouvernement flamand du 6 décembre 2013 ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, article 28, alinéas 1^{er} et 3, article 35, article 55, article 56, § 3, alinéa 3, article 57, § 3, alinéa 3, article 61, alinéas 2 et 3, article 67, article 72, article 77, alinéa 2, article 83, article 85, alinéa 2, article 114, article 119, § 1^{er}, alinéa 2, article 126, § 1^{er}, alinéa 2, article 130, § 2, alinéa 2, article 133, § 2, alinéa 2, article 151, § 3, article 159, article 160, alinéa 2, article 162, alinéa 3, article 166, article 168, alinéa 3, article 174, article 175, alinéa 4, article 179, article 186, article 191, article 222, article 234, § 2, alinéa 2, article 237, alinéa 5, et article 238, alinéa 2 ;

Vu l'arrêté ministériel du 31 octobre 2003 portant exécution de l'article 33, alinéa 1^{er}, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 septembre 2001 concernant l'agrément, l'enregistrement, le mandat, l'affiliation, la demande et la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins ;

Vu l'arrêté ministériel du 6 janvier 2006 relatif à la fixation de la gravité et de la durée de l'autonomie réduite à l'aide de l'échelle de profil BEL dans le cadre de l'assurance soins flamande ;

Vu l'arrêté ministériel du 21 décembre 2007 portant exécution d'un nombre de dispositions de l'arrêté du Gouvernement flamand du 12 octobre 2007 réglementant le régime de location sociale et portant exécution du titre VII du Code flamand du Logement ;

Vu l'arrêté ministériel du 29 novembre 2011 relatif à la détermination d'indicateurs axés sur les résultats pour les services sociaux des mutualités ;

Vu l'arrêté ministériel du 25 mars 2014 relatif aux modalités d'exécution de l'article 27/3 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 avril 2011 portant définition des droits et obligations des exploitants des réseaux publics de distribution d'eau et de leurs clients relatifs à la fourniture d'eau destinée à la consommation humaine, la mise en œuvre de l'obligation d'assainissement et au règlement général de la vente d'eau ;

Vu l'arrêté ministériel du 9 mars 2017 portant exécution de la Protection sociale flamande ;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 10 décembre 2018 ;

Vu l'avis de l'Autorité de protection des données du 16 janvier 2019 ;

Vu l'avis 65.303/1 du Conseil d'État, donné le 8 mars 2019, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973,

Arrête :

PARTIE 1. — Dispositions de base communes

TITRE 1^{er}. — Définitions

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

1^o agence : l'Agence pour la protection sociale flamande (Agentschap voor Sociale Bescherming), visée à l'article 9 du décret du 18 mai 2018 ;

2^o arrêté du 30 novembre 2018 : l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ;

3^o organe de contrôle : l'organe responsable du contrôle de l'indication des usagers, visé à l'article 187 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 ;

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

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

6^o formulaire de mutation : le formulaire de mutation visé à l'article 65 de l'arrêté du 30 novembre 2018 ;

7^o instance d'établissement : une instance ayant établi une caisse d'assurance soins telle que visée à l'article 18 du décret du 18 mai 2018 ;

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

TITRE 2. — Affiliation à la protection sociale flamande

CHAPITRE 1^{er}. — Affiliation

Section 1^{re}. — Date de référence pour déterminer l'endroit où une personne réside, travaille ou est couverte par le régime de sécurité sociale

Art. 2. La date de référence pour déterminer, pour une année calendrier, l'endroit où une personne, telle que visée à l'article 56, § 3, à l'article 57, §§ 3 et 4, et à l'article 58, §§ 1^{er} et 4, de l'arrêté du 30 novembre 2018, travaille ou est couverte par le régime de sécurité sociale, de sorte qu'elle remplit les conditions d'affiliation, est le 1^{er} janvier de l'année en question.

Le lieu d'emploi d'un retraité tel que visé à l'article 56, § 3, et à l'article 57, §§ 3 et 4, de l'arrêté du 30 novembre 2018, est l'endroit où cette personne a travaillé le 1^{er} janvier de la dernière année avant sa mise à la retraite.

Le lieu d'emploi d'une personne telle que visée à l'article 56, § 3, et à l'article 57, §§ 3 et 4, de l'arrêté du 30 novembre 2018, qui n'est pas mise à la retraite et qui n'exerce pas d'activité professionnelle est le lieu où cette personne travaillait le 1^{er} janvier de l'année de son dernier emploi.

La date de référence pour déterminer, pour une année calendrier, l'endroit où une personne, telle que visée à l'article 56, § 3, et à l'article 57, § 3, de l'arrêté du 30 novembre 2018, réside est le 1^{er} janvier de l'année en question.

Par dérogation aux alinéas 1^{er} et 4, la date de référence pour une personne, telle que visée à l'article 56, § 3, et à l'article 57, § 3, de l'arrêté du 30 novembre 2018, est le premier jour auquel elle remplit les conditions d'affiliation si elle satisfait aux conditions pour une intervention.

Art. 3. Pour une personne, telle que visée à l'article 58, §§ 1^{er} et 4, de l'arrêté du 30 novembre 2018, la date de référence pour l'année calendrier au cours de laquelle elle est venue habiter en un lieu est, par dérogation à l'article 2, alinéa 1^{er}, du présent arrêté, le 1^{er} janvier de l'année suivant celle où elle est venue y habiter.

Art. 4. Par dérogation à l'article 2, alinéa 2, du présent arrêté, le lieu d'emploi d'une personne retraitée qui habite dans la région de langue française ou allemande de Belgique et qui a exercé son droit à la libre circulation des travailleurs ou à la liberté d'établissement, tel qu'il est garanti par le droit de l'Union, et à laquelle s'applique, en raison d'un emploi en région de langue néerlandaise ou en région bilingue de Bruxelles-Capitale, le régime de sécurité sociale belge, sur la base des règles d'assignation visées dans le règlement (CE) n° 883/04, est, dans l'ordre suivant :

1^o son domicile, si elle y a travaillé ;

2^o l'endroit où elle a travaillé le 1^{er} janvier de la dernière année avant sa mise à la retraite.

Section 2. — Administration de la preuve

Art. 5. L'agence reçoit chaque année un fichier de la Banque-Carrefour de la Sécurité sociale reprenant les données d'identification des personnes visées à l'article 56, § 3, à l'article 57, § 3, de l'arrêté du 30 novembre 2018, et à l'article 58, § 1^{er}, de l'arrêté du 30 novembre 2018, pour les personnes auxquelles s'applique, sur la base des règles d'assignation visées dans le règlement (CE) n° 883/04, le régime de sécurité sociale d'un autre État membre de l'Union européenne, d'un autre État qui fait partie de l'Espace économique européen ou de la Suisse, ou qui reçoivent uniquement une pension d'un ou de plusieurs autres États membres de l'Union européenne, d'un autre État qui fait partie de l'Espace économique européen ou de la Suisse.

Les personnes qui remplissent les critères d'affiliation, mais dont l'agence n'a pas reçu les données d'identification de la manière visée à l'alinéa 1^{er} transmettent elles-mêmes la preuve qu'elles remplissent les critères d'affiliation :

1^o pour chaque année où elles exercent une activité professionnelle ;

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

La preuve, visée à l'alinéa 2, consiste en une attestation de l'employeur ou de l'instance qui gère la sécurité sociale de la personne.

Section 3. — Invitation à s'affilier

Art. 6. Les caisses d'assurance soins ou leur instance d'établissement peuvent notifier aux membres ou aux assurés de leur instance d'établissement qu'ils peuvent s'affilier à une caisse d'assurance soins. La notification comporte les deux rubriques distinctes suivantes :

- 1° la communication au sujet de la protection sociale flamande ;
- 2° L'invitation à payer une prime pour s'affilier.

La notification peut être envoyée conjointement avec la promotion d'autres produits.

Art. 7. La communication, visée à l'article 6, alinéa 1^{er}, contient au moins les informations suivantes :

- 1° les primes demandées dans le cadre de la protection sociale flamande ;
- 2° les périodes pour lesquelles les primes sont demandées ;
- 3° l'explication au sujet du devoir ou la possibilité de s'affilier à l'une des caisses d'assurance soins agréées ;
- 4° la façon dont des personnes peuvent s'affilier : par versement sur un numéro de compte au nom de la caisse d'assurance soins ;
- 5° la mesure de l'amende administrative ;

6° pour les personnes qui résident dans la région de langue néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, l'explication que, si un membre estime n'être pas en mesure de payer la prime annuelle, il peut demander au centre public d'action sociale s'il est disposé à la payer à sa place à la caisse d'assurance soins. Le centre public d'action sociale n'est pas obligé d'accéder à cette demande.

Art. 8. La communication et l'invitation à payer, visées à l'article 6, alinéa 1^{er}, 1° et 2°, ne contiennent pas d'indications laissant entendre l'affiliation à la caisse d'assurance soins en question est obligatoire. Il doit être clair que l'affiliation à l'une des caisses d'assurance soins agréées est obligatoire.

Art. 9. Les caisses d'assurance soins peuvent fixer la date du 30 avril comme échéance du paiement de la prime pour les personnes qui auront 26 ans. Elles précisent que la personne ne s'affilie pas, elle sera affiliée d'office à la Caisse flamande d'Assurance Soins.

Art. 10. Un chef de ménage peut affilier des membres de sa famille à une caisse d'assurance soins.

Art. 11. Des tiers peuvent affilier des personnes à une caisse d'assurance soins avec l'accord des intéressés. Les caisses d'assurance soins qui affilient des personnes par le biais de tiers disposent d'une déclaration des personnes concernées dont il ressort qu'elles choisissent volontairement de s'affilier à la caisse d'assurance soins. Si un tiers souhaite affilier des personnes, il transmet à la caisse d'assurance soins une liste des personnes qui souhaitent s'affilier à la caisse d'assurance soins. La caisse d'assurance soins dispose d'une liste de membres pour lesquels un paiement groupé est effectué.

Art. 12. Les tiers transmettent à la caisse d'assurance soins, conjointement avec le paiement des primes, une liste des personnes pour lesquelles le paiement est effectué. Cette liste contient, par membre, les données suivantes :

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

Section 4. — Affiliation d'une personne désireuse de faire appel à une intervention

Art. 13. Les personnes suivantes peuvent affilier une personne désireuse de faire appel à une intervention :

- 1° l'époux, l'épouse ou le partenaire cohabitant légal de la personne en question ;
- 2° un parent au premier degré de la personne en question ;
- 3° le responsable de la structure de soins en question ;
- 4° le fournisseur d'aides à la mobilité en question.

Les personnes visées à l'alinéa 1^{er}, 3° et 4°, ne peuvent affilier une personne qu'administrativement.

Art. 14. L'affiliation visée à l'article 13 peut se dérouler par le biais d'un formulaire mis à disposition par l'agence.

Section 5. — Changement de caisse d'assurance soins

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

- 1° la personne n'a pas fait parvenir à temps, conformément à l'article 659 de l'arrêté du 30 novembre 2018, un formulaire de mutation signé à une caisse d'assurance soins non mutualiste ;
- 2° la personne est affiliée à une caisse d'assurance soins mutualiste.

Dans les autres cas que celui visé à l'alinéa 1^{er}, 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 65 de l'arrêté du 30 novembre 2018, 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 vérifie avant le 15 décembre de l'année précédant la mutation au moyen de la plate-forme numérique si l'ancienne caisse d'assurance soins, visée dans la procédure de mutation, correspond à la caisse d'assurance soins à laquelle la personne est affiliée selon la plate-forme numérique. La nouvelle caisse d'assurance soins procède ainsi pour toutes les mutations demandées par le biais du formulaire de mutation et pour toutes les mutations à demander par les caisses d'assurance soins mutualistes sur la base d'un changement de mutualité.

En vue de la mutation de caisse d'assurance soins, la plate-forme numérique communique à la nouvelle caisse d'assurances soins la caisse d'assurance soins à laquelle la personne est affiliée selon la plate-forme numérique.

Art. 17. Pour le 15 décembre au plus tard, la nouvelle caisse d'assurance soins transmet à la plate-forme numérique les données suivantes :

- 1° le numéro d'identification ;
- 2° l'année pour laquelle la mutation est demandée ;
- 3° le type de mutation ;
- 4° la mention de la caisse d'assurance soins qui notifie la mutation ;
- 5° le code de la nouvelle caisse d'assurance soins ;
- 6° le code de l'ancienne caisse d'assurance soins ;
- 7° la date du formulaire de mutation visé à l'article 65 de l'arrêté du 30 novembre 2018.

Pour le 15 décembre au plus tard, la nouvelle caisse d'assurance soins envoie par recommandé les formulaires de mutation originaux des personnes qui changent de caisse d'assurance soins, tels que visés à l'article 15, alinéa 2, au siège principal de l'ancienne caisse d'assurance soins. Différents fichiers peuvent être transférés par les bureaux régionaux si les caisses d'assurance soins en conviennent entre elles par écrit. Les formulaires peuvent également être remis contre récépissé par un courrier, à condition que le courrier livre le colis au plus tard le 15 décembre. Les caisses d'assurance soins peuvent également s'échanger les formulaires par voie électronique si elles en conviennent entre elles.

Art. 18. Pour le 9 janvier au plus tard, l'ancienne caisse d'assurance soins transmet une réponse à la demande de mutation à la plate-forme numérique au moyen d'un flux de données. Le flux de données peut contenir les codes et valeurs suivants :

- 1° code 01 : mutation acceptée – dossier clôturé ;
- 2° code 02 : numéro d'identification fautif ou manquant ;
- 3° code 03 : demande tardive de mutation ;
- 4° code 04 : législation sur les sociétés mutualistes pas affilié dans l'assurance maladie obligatoire ;
- 5° code 05 : demande de mutation auprès de plusieurs caisses d'assurance soins à la même date ;
- 6° code 06 : pas de membre, caisse d'assurance soins erronée ;
- 7° code 07 : décédé(e) entre-temps ;
- 8° code 08 : signature manquante ;
- 9° code 09 : contestation de la signature ;
- 10° code 10 : contresignature de la personne qui mute ;
- 11° code 11 : formulaire de mutation manquant ;
- 12° code 12 : d'office, jamais cotisé auprès de la Caisse flamande d'Assurance Soins ;
- 13° code 13 : refus de mutation dans l'assurance maladie obligatoire ;
- 14° code 14 : ne peut pas s'affilier à la protection sociale flamande ;
- 15° code 15 : la date de demande par le membre manque sur le formulaire de mutation ;
- 16° code 16 : une mutation spontanée n'est possible qu'entre des caisses d'assurance soins mutualistes.

Si un représentant légal de l'utilisateur est connu de l'ancienne caisse d'assurance soins, les données suivantes du représentant légal sont communiquées à la nouvelle caisse d'assurance soins :

- 1° le prénom ;
- 2° le nom ;
- 3° la rue du domicile ;
- 4° le numéro de maison du domicile ;
- 5° le numéro de boîte du domicile ;
- 6° le code postal du domicile ;
- 7° la commune du domicile ;
- 8° le numéro de téléphone.

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

Art. 19. § 1^{er}. Si la mutation concerne une personne disposant d'un budget de soins ou une personne pour laquelle une décision a été prise au cours de la dernière année calendrier précédant la mutation, l'ancienne caisse d'assurance soins transmet, au plus tard le 9 janvier, à la nouvelle caisse d'assurance soins, les données relatives à la décision prise en dernier lieu par pilier.

Si la mutation concerne une personne dont le dossier doit encore faire l'objet d'une décision, l'ancienne caisse d'assurance soins transmet, le cas échéant, à la nouvelle caisse d'assurance soins les données suivantes :

- 1° une copie des pièces justificatives remises à l'utilisateur ;
- 2° une copie de la demande des pièces justificatives si l'utilisateur ne les a pas encore transmises ;
- 3° le formulaire de demande s'il s'agit d'un budget de soins pour personnes fortement dépendantes ;
- 4° le formulaire des données administratives s'il s'agit d'un budget d'assistance de base.

§ 2. Si la mutation concerne une personne disposant d'un budget de soins, l'ancienne caisse d'assurance soins transmet à la nouvelle caisse d'assurance soins les données suivantes de l'utilisateur :

- 1° le prénom ;
- 2° le nom ;
- 3° le numéro d'identification ;
- 4° la date de naissance ;
- 5° l'ancienne caisse d'assurance soins ;
- 6° la nouvelle caisse d'assurance soins ;
- 7° le numéro de compte bancaire.

Si un représentant ou une personne de contact de l'utilisateur est connu(e) de la caisse d'assurance soins, les données suivantes du représentant ou de la personne de contact sont communiquées :

- 1° le prénom ;
- 2° le nom ;
- 3° la rue du domicile ;
- 4° le numéro de maison du domicile ;
- 5° le numéro de boîte du domicile ;
- 6° le code postal du domicile ;
- 7° la commune du domicile ;
- 8° le numéro de téléphone ;
- 9° le statut du représentant ou de la personne de contact, les catégories suivantes pouvant 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.

§ 3. Si la personne dispose d'un budget de soins pour personnes fortement dépendantes, l'ancienne caisse d'assurance soins transmet, outre les données visées aux paragraphes 1^{er} et 2, les éléments suivants :

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

- 2° la date de début du budget d'assistance personnelle ;
- 3° la date de début du séjour dans une structure résidentielle pour personnes handicapées.

Si un intervenant de proximité de l'utilisateur est connu de la caisse d'assurance soins, les données suivantes de l'intervenant de proximité sont communiquées :

- 1° le numéro d'identification de l'intervenant de proximité ;
- 2° le prénom ;
- 3° le nom ;
- 4° la rue du domicile ;
- 5° le numéro de maison du domicile ;
- 6° le numéro de boîte du domicile ;
- 7° le code postal du domicile ;
- 8° la commune du domicile ;
- 9° le numéro de téléphone ;
- 10° la relation de l'intervenant de proximité avec l'utilisateur, les relations suivantes pouvant être utilisées :
 - a) époux ou épouse ;
 - b) partenaire ;
 - c) mère ;
 - d) père ;
 - e) sœur ;
 - f) frère ;
 - g) fille ;
 - h) fils ;
 - i) voisin ;
 - j) autre relation.

§ 4. Si la personne dispose d'un budget d'assistance de base, l'ancienne caisse d'assurance soins transmet, outre les données visées aux paragraphes 1^{er} et 2, les données suivantes au sujet du dossier en question :

- 1° la date d'ouverture des droits ;

- 2° la source de la dernière attestation du budget d'assistance de base ;
- 3° la date de début de la dernière attestation du budget d'assistance de base ;
- 4° la date de fin de la dernière attestation du budget d'assistance de base ;
- 5° le statut de la dernière période de reconnaissance ;
- 6° la date de début de la dernière période de reconnaissance ;
- 7° la date de fin de la dernière période de reconnaissance ;
- 8° la date de la décision au sujet du budget d'assistance de base ;
- 9° la présence de la déclaration sur l'honneur selon laquelle l'utilisateur a la qualité d'assuré social depuis cinq ans dans un État membre de l'UE ;
- 10° la mention de l'interdiction de cumul et, le cas échéant, le type d'interdiction de cumul ;
- 11° la date de début du séjour dans une maison de soins psychiatriques ;
- 12° la date de début de l'admission dans une structure pour personnes handicapées ;
- 13° la date de début du budget d'assistance personnelle ;
- 14° la date de début du séjour dans un établissement pénitentiaire.

Art. 20. Un membre passe à la Caisse flamande d'Assurance Soins à l'issue de la procédure de mutation visée aux articles 14 à 19, si, le 1^{er} janvier d'une année calendrier, il ne peut plus rester membre d'une caisse d'assurance soins d'une mutualité parce que son affiliation à la mutualité a été clôturée.

Dans les cas visés à l'alinéa 1^{er}, 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 Caisse flamande d'Assurance Soins ;

2° la Caisse flamande d'Assurance Soins inscrit la personne en question comme mutation entrante avec effet rétroactif au 1^{er} janvier de l'année ;

3° la Caisse flamande d'Assurance Soins informe la personne en question de son affiliation à la Caisse flamande d'Assurance Soins et des motifs de cette affiliation.

CHAPITRE 2. — Prime

Section 1^{re}. — Perception de la prime

Art. 21. La caisse d'assurance soins ou l'instance d'établissement peut transmettre la communication relative à la protection sociale flamande et l'invitation à payer la prime annuelle pour la protection sociale flamande conjointement 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 la protection sociale flamande est mentionnée dans une rubrique distincte.

Art. 22. La communication visée à l'article 21 contient au moins les informations suivantes :

1° les primes demandées dans le cadre de la protection sociale flamande ;

2° les périodes pour lesquelles les primes sont demandées ;

3° la mesure de l'amende administrative ;

4° pour les personnes qui résident dans la région de langue néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, l'explication que, si le membre estime n'être pas en mesure de payer la prime annuelle, il peut demander au centre public d'action sociale s'il est disposé à la payer à sa place à la caisse d'assurance soins. Le centre public d'action sociale n'est pas obligé d'accéder à cette demande.

Art. 23. Les ordres de domiciliation existants ne peuvent être utilisés que pour faire payer la prime par un membre lorsque cette personne ou son chef de ménage y a donné son accord.

Art. 24. Dans la lettre contenant l'invitation à payer la prime, la caisse d'assurance soins peut uniquement mentionner le 30 avril comme date limite de paiement de la prime.

Art. 25. Des tiers peuvent payer les primes de personnes affiliées à une caisse d'assurance soins. La caisse d'assurance soins dispose d'une liste de personnes dont la prime est payée par un tiers. La liste que le tiers transmet à la caisse d'assurance soins comporte, pour chaque membre, les données qui doivent être tenues dans le registre.

Section 2. — Lettre de rappel

Art. 26. La lettre de rappel visée à l'article 73 de l'arrêté du 30 novembre 2018 comporte au moins les informations visées à l'article 22 du présent arrêté.

Section 3. — Lettre recommandée

Art. 27. La lettre recommandée visée à l'article 74 de l'arrêté du 30 novembre 2018 comporte au moins les informations visées à l'article 22 du présent arrêté.

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

CHAPITRE 3. — Cessation de l'affiliation

Art. 28. La caisse d'assurance soins informe le membre par lettre de la cessation d'office de l'affiliation visée à l'article 77 de l'arrêté du 30 novembre 2018.

Art. 29. La communication de la cessation d'office de l'affiliation comporte au moins les informations suivantes :

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

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

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

4° la communication qu'en cas de cessation de l'affiliation, la durée d'affiliation ininterrompue, visée à l'article 41, § 1^{er}, alinéas 2 et 3, du décret du 18 mai 2018, s'applique à nouveau.

Art. 30. Après l'envoi de la lettre visée à l'article 28, le membre peut former opposition en payant encore la prime due au plus tard le 31 décembre de l'année de l'envoi de la lettre.

Art. 31. Après réception du paiement visé à l'article 30, la caisse d'assurance soins annule la cessation d'office de l'affiliation.

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

Art. 32. Lorsqu'une personne a payé des primes à plusieurs caisses d'assurance soins, elle devient membre de la caisse d'assurance soins qui est la première à avoir communiqué à l'agence, dans les délais fixés à cet effet, que cette personne a effectué le paiement.

Si les caisses d'assurance soins communiquent au même moment qu'une personne a payé, la personne est affiliée à la caisse d'assurance soins qui est la première à avoir reçu la prime 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.

Après concertation, une caisse d'assurance soins peut renoncer à l'affiliation d'une personne en faveur d'une autre caisse d'assurance soins, si cette personne a payé à deux caisses d'assurance soins.

CHAPITRE 5. — Dispositions de sanction : l'amende administrative

Art. 33. Un formulaire de recours est joint au recours visé à l'article 85 de l'arrêté du 30 novembre 2018. L'agence établit le modèle du formulaire de recours.

Art. 34. Si le recours administratif est déclaré irrecevable ou non fondé, la décision du fonctionnaire dirigeant comprend un nouveau délai de deux mois durant lequel l'intéressé doit payer l'amende administrative et les éventuelles primes dues.

Art. 35. Si le recours administratif est déclaré fondé, l'agence :

1° constate que les années pour lesquelles le recours administratif a été déclaré fondé n'entrent pas en considération pour l'amende administrative ;

2° perçoit les primes éventuellement dues ;

3° en informe la caisse d'assurance soins.

TITRE 3. — Interventions

CHAPITRE 1^{er}. — Dispense de primes

Art. 36. Un formulaire de recours est joint au recours visé à l'article 119, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de l'arrêté du 30 novembre 2018. L'agence établit le modèle du formulaire de recours.

Art. 37. Si le recours administratif est déclaré irrecevable ou non fondé, le fonctionnaire dirigeant somme l'intéressé dans sa décision de payer les primes impayées.

Art. 38. Si le recours administratif est déclaré fondé, l'agence :

1° constate qu'il n'y a plus de primes impayées ou, dans le cas d'une diminution des primes, encaisse les primes encore dues ;

2° en informe la caisse d'assurance soins.

CHAPITRE 2. — Récupération d'interventions payées indûment

Section 1^{re}. — Récupération d'interventions payées indûment à l'utilisateur

Art. 39. La décision visée à l'article 126, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de l'arrêté du 30 novembre 2018 mentionne, outre les données visées à l'article 126 précité, au moins les informations suivantes :

1° le montant total des interventions payées indûment et leur mode de calcul ;

2° la demande de remboursement du montant des interventions payées indûment et le délai de remboursement, si les interventions ne sont pas déduites ;

3° la faculté de solliciter un plan d'apurement du montant de la récupération auprès de la caisse d'assurance soins ;

4° le motif de la décision de récupérer ou de déduire les interventions payées indûment ;

5° le délai de prescription pris en considération et, s'il est inférieur à deux ans, sa motivation ;

6° la possibilité de faire appel à un huissier de justice pour récupérer les interventions payées indûment si l'utilisateur ne réagit pas dans les délais ;

7° une description de la procédure de recours administratif.

Art. 40. Relèvent des frais exceptionnels, tels que visés à l'article 130, § 2, alinéa 2, de l'arrêté du 30 novembre 2018 :

1° les frais consécutifs à la maladie ou à la réduction de l'autonomie de l'utilisateur ;

2° les frais consécutifs au séjour dans une structure de soins résidentiels.

Section 2. — Récupération d'interventions payées indûment à des structures de soins ou à des fournisseurs d'aides à la mobilité

Art. 41. La décision visée à l'article 133, § 2, alinéa 1^{er}, de l'arrêté du 30 novembre 2018 mentionne au moins les informations suivantes :

1° le montant total des interventions payées indûment et leur mode de calcul ;

2° la demande de remboursement du montant des interventions payées indûment et le délai de remboursement ;

3° le motif de la décision de récupérer les interventions payées indûment ;

4° le délai de prescription pris en considération et, s'il est inférieur à deux ans, sa motivation ;

5° la possibilité de faire appel à un huissier de justice pour récupérer les interventions payées indûment si la structure de soins ou le fournisseur d'aides à la mobilité ne réagit pas dans les délais.

CHAPITRE 3. — Représentation

Art. 42. Les personnes suivantes peuvent agir en qualité de représentant d'un usager sans procuration :

1° l'époux, l'épouse, le partenaire cohabitant légal ou un parent au premier ou au deuxième degré de l'usager, qui précise la relation qu'il a avec l'usager ;

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

3° le représentant légal de l'usager. Il s'agit de 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 en ce qui concerne sa personne et ses biens à un mineur de moins de quinze ans ;

b) le tuteur. Il s'agit de l'époux ou de l'épouse pour un interdit ;

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

d) un administrateur provisoire dont le juge de paix a pourvu le majeur qui, en raison de son état de santé, n'est pas capable de gérer ses biens en tout ou en partie, temporairement ou définitivement. Sauf si le contraire découle de la décision judiciaire désignant l'administrateur provisoire, il représente la personne protégée dans tous les 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 désigné pour exercer les droits et remplir les obligations correspondantes dont les parents ou l'un d'entre eux ont été déchus ;

4° le directeur du centre de soins résidentiels ou de la maison de soins psychiatriques où réside l'usager 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 d'intervention ;

b) une déclaration du directeur du centre de soins résidentiels ou de la maison de soins psychiatriques selon laquelle il n'y a, pour l'usager en question, pas d'autres personnes connues susceptibles d'agir comme représentant sans procuration conformément aux catégories visées aux points 1° à 3° ;

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

Art. 43. Les personnes qui n'appartiennent pas à l'une des catégories visées à l'article 42 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.

PARTIE 2. — Financement lié aux soins : budget de soins

TITRE 1^{er}. — Généralités

Art. 44. La caisse d'assurances soins paie le budget de soins par virement sur le numéro de compte de l'usager. C'est également le cas lorsque l'usager est un mineur bénéficiant d'un accompagnement contextuel dans le cadre de l'habitation autonome, tel que visé à l'article 53bis et à l'annexe 9 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 13 juillet 1994 relatif aux conditions à l'agrément et à l'octroi de subventions aux institutions de l'assistance spéciale à la jeunesse.

Si l'usager est un enfant qui est accueilli dans le cadre du placement familial offrant une perspective, visé à l'article 2, 6°, du décret du 29 juin 2012 portant organisation du placement familial, la caisse d'assurance soins paie à l'accueillant.

TITRE 2. — Budget de soins pour personnes fortement dépendantes

CHAPITRE 1^{er}. — Condition de l'autonomie réduite

Section 1^{re}. — Attestation

Art. 45. Afin d'obtenir un budget de soins pour personnes fortement dépendantes dans le cadre des soins de proximité et à domicile, les attestations visées à l'article 151, § 1^{er}, de l'arrêté du 30 novembre 2018 répondent aux critères suivants :

1° l'attestation basée sur le score sur l'échelle de Katz dans les soins infirmiers à domicile est délivrée par l'organisme assureur ;

2° l'attestation basée sur le score sur l'échelle de Katz dans un établissement de soins est délivrée par l'organisme assureur ou est en possession de la caisse d'assurance soins ;

3° l'attestation basée sur le score sur le BelRAI screener ou sur l'échelle BEL, constaté dans le cadre des activités soins personnels, aide-ménagère ou aide sanitaire, effectuées par un service d'aide aux familles et d'aide complémentaire à domicile dans le cadre du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement, ou de l'activité aide sanitaire, effectuée par un service d'aide logistique dans le cadre du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement est délivrée par le service d'aide aux familles et d'aide complémentaire à domicile ou par le service d'aide logistique auquel l'usager fait appel ;

4° l'attestation basée sur le supplément d'allocations familiales est délivrée par le Service public fédéral Sécurité sociale, par le service qui paie les allocations familiales pour la personne en question concernée ou par l'organisme assureur ;

5° les attestations basées sur le score sur l'échelle médico-sociale utilisée pour évaluer le degré d'autonomie en vue d'examiner le droit aux allocations d'intégration sont délivrées par l'organisme assureur ou par le Service public fédéral Sécurité sociale ou sont en possession de la caisse d'assurance soins ;

6° l'attestation Kiné E est délivrée par l'organisme assureur.

À l'exception de l'attestation Kiné E, les attestations visées à l'alinéa 1^{er} contiennent au moins les données suivantes :

- 1° les nom et prénom, l'adresse, la date de naissance et le numéro d'identification de l'utilisateur faisant l'objet de l'indication ;
- 2° le nom de l'instance qui a délivré l'attestation ;
- 3° le nom de l'échelle sur laquelle l'attestation est basée ;
- 4° le score ou la catégorie sur cette échelle ;
- 5° la date de l'évaluation du score sur cette échelle ou la date de début de la reconnaissance dans le régime initial ;
- 6° la durée de la validité de l'indication.

L'attestation Kiné E, visée à l'alinéa 1^{er}, 6°, contient au moins les données suivantes :

- 1° les nom et prénom, l'adresse, la date de naissance et le numéro d'identification de l'utilisateur auquel l'attestation est octroyée ;
- 2° le nom de l'instance qui a délivré l'attestation ;
- 3° la date d'octroi de l'attestation ;
- 4° la durée de la validité de l'attestation.

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

Art. 46. Afin d'obtenir un budget de soins pour personnes fortement dépendantes dans le cadre de soins résidentiels, l'utilisateur demande, si l'intervention n'est pas octroyée automatiquement, une attestation de résidence telle que visée à l'article 151, § 2, de l'arrêté du 30 novembre 2018, auprès de son organisme assureur ou de la structure résidentielle où il réside.

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

- 1° les nom et prénom, l'adresse, la date de naissance et le numéro d'identification de l'utilisateur ;
- 2° le nom de l'instance qui a délivré l'attestation ;
- 3° le nom de la structure résidentielle où l'utilisateur réside ;
- 4° la date de l'admission dans la structure résidentielle.

Les attestations basées sur le score sur l'échelle de Katz dans un établissement de soins tiennent également lieu d'attestation de résidence.

La caisse d'assurance soins qui reçoit une attestation de résidence, délivrée par une structure ou par un prestataire de soins professionnel établi(e) dans un autre État membre de la Communauté européenne ou de l'Espace économique européen ou en Suisse, demande à l'agence si la structure remplit les conditions visées à l'article 149, 4°, de l'arrêté du 30 novembre 2018.

Section 2. — Indication

Art. 47. La caisse d'assurance soins qui reçoit un rapport descriptif, tel que visé à l'article 158 de l'arrêté du 30 novembre 2018, demande à l'agence si la personne qui a rempli le rapport est un médecin qui exerce ses activités de manière légitime dans le pays de résidence.

CHAPITRE 2. — Décision quant à l'intervention

Art. 48. Dans le cas d'une décision positive quant au budget de soins pour personnes fortement dépendantes, la communication contient au moins les informations suivantes :

- 1° la mention que l'utilisateur est admissible au budget de soins pour personnes fortement dépendantes ;
- 2° la mention de la date à laquelle l'utilisateur peut faire valoir son droit au budget de soins pour personnes fortement dépendantes ;
- 3° la mention de la durée de validité de la décision d'octroi de l'intervention ;
- 4° la mention de la forme de soins et du montant auxquels l'utilisateur peut faire appel ;
- 5° une motivation de la décision ;
- 6° la communication que l'utilisateur ou son représentant a le droit de demander à tout moment une révision de la décision quant au budget de soins pour personnes fortement dépendantes ;
- 7° la mention que l'utilisateur ou son représentant doit communiquer immédiatement à sa caisse d'assurance soins toute modification de la forme de soins et tout changement important de l'état de santé de l'utilisateur. Il y est ajouté que s'il ne communique pas ces modifications, les interventions indûment perçues peuvent être récupérées auprès de l'utilisateur ;
- 8° la communication que l'utilisateur ou son représentant peut introduire auprès de l'agence un recours contre la décision de la caisse d'assurance soins, une description de toutes les conditions pour introduire un recours ainsi que la procédure à suivre.

Art. 49. Dans le cas d'une décision négative quant au budget de soins pour personnes fortement dépendantes, la communication contient au moins les informations suivantes :

- 1° la mention que l'utilisateur n'est pas admissible au budget de soins pour personnes fortement dépendantes ;
- 2° la mention de la raison ou des raisons pour lesquelles l'utilisateur n'est pas admissible au budget de soins pour personnes fortement dépendantes ;
- 3° une copie de la constatation de la réduction de l'autonomie grave et de longue durée, si une copie est disponible auprès de la caisse d'assurance soins ;
- 4° la mention que l'utilisateur ou son représentant peut introduire auprès de l'agence un recours contre la décision de la caisse d'assurance soins, une description de toutes les conditions pour introduire un recours ainsi que la procédure à suivre.

CHAPITRE 3. — Révision, prolongation et cessation

Section 1^{re}. — Révision

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

Sous-section 1^{re}. — Prolongation

Art. 51. Dans le cas d'une décision positive quant à la prolongation du budget de soins pour personnes fortement dépendantes, la communication contient au moins les informations communiquées dans le cas d'une décision positive au sujet d'une intervention conformément au chapitre 2.

Sous-section 2. — Décision de cessation

Art. 52. En cas de cessation d'une décision conformément à l'article 175 de l'arrêté du 30 novembre 2018, la communication contient les informations suivantes :

- 1° la mention que l'utilisateur n'est plus admissible au budget de soins pour personnes fortement dépendantes ;
- 2° la mention de la date à partir de laquelle l'utilisateur ne percevra plus d'interventions ;
- 3° la mention de la raison ou des raisons pour lesquelles l'utilisateur n'est plus admissible ;
- 4° le cas échéant, une copie de la constatation de la réduction de l'autonomie, si une copie est disponible auprès de la caisse d'assurance soins ;
- 5° la mention que l'utilisateur ou son représentant peut introduire auprès de l'agence un recours contre la décision de la caisse d'assurance soins, une description de toutes les conditions pour introduire un recours ainsi que la procédure à suivre.

CHAPITRE 4. — Changement de forme des soins

Art. 53. Dans le cas d'une décision positive quant au changement de forme des soins, la communication contient au moins les informations suivantes :

- 1° la mention que l'utilisateur est admissible au changement de forme des soins ;
- 2° la mention de la date à laquelle l'utilisateur a droit à un budget de soins pour personnes fortement dépendantes dans le cadre de la nouvelle forme de soins ;
- 3° la mention de la forme de soins et du montant auxquels l'utilisateur peut faire appel ;
- 4° la mention de la durée de validité de la décision ;
- 5° la communication que l'utilisateur ou son représentant peut introduire auprès de l'agence un recours contre la décision de la caisse d'assurance soins, une description de toutes les conditions pour introduire un recours ainsi que la procédure à suivre.

Art. 54. Dans le cas d'une décision négative quant au changement de forme des soins, la communication contient au moins les informations suivantes :

- 1° la mention que l'utilisateur n'est pas admissible au changement de forme des soins ;
- 2° la mention de la raison ou des raisons pour lesquelles l'utilisateur n'est pas admissible au changement de forme des soins ;
- 3° la communication que l'utilisateur ou son représentant peut introduire auprès de l'agence un recours contre la décision de la caisse d'assurance soins, une description de toutes les conditions pour introduire un recours ainsi que la procédure à suivre.

CHAPITRE 5. — Cumul de l'intervention avec d'autres dispositions légales ou décrétales

Art. 55. L'agence communique aux caisses d'assurance soins :

- 1° les membres qui disposent d'un budget de soins et de soutien non directement accessibles, tel que visé aux articles 4 et 5 du décret portant le financement qui suit la personne ;
- 2° les membres qui font appel à un budget d'assistance personnelle ;
- 3° les membres qui séjournent à temps plein, conformément à un protocole de résidence, dans un centre multifonctionnel pour personnes handicapées, agréé par la VAPH ;
- 4° les membres qui recourent à une unité pour internés telle que visée à l'article 11 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 24 novembre 2017 relatif à l'agrément et au subventionnement de structures offrant du soutien aux personnes handicapées en prison, et d'unités pour internés ;
- 5° les membres qui recourent à une unité d'observation, de diagnostic et de traitement telle que visée à l'article 2 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 décembre 2017 relatif à l'agrément et au subventionnement d'unités d'observation, de diagnostic et de traitement.

L'agence communique aux caisses d'assurance soins les usagers qui ont été absents de la structure visée à l'alinéa 1^{er}, 3^o, pendant plus de trente jours ou plus de cent jours au cours de la période du 1^{er} septembre de l'année précédente jusqu'au 31 août.

Art. 56. L'utilisateur ou son représentant déclare sur le formulaire de demande visé à l'article 160, alinéa 1^{er}, de l'arrêté du 30 novembre 2018 que l'utilisateur réside dans une structure telle que visée à l'article 182 de l'arrêté du 30 novembre 2018, ou est inscrit sur la liste d'attente pour une pareille structure. Si l'utilisateur ne réside dans une telle structure qu'après avoir introduit le formulaire de demande précité, l'utilisateur ou son représentant en informe la caisse d'assurance soins.

Art. 57. La personne visée à l'article 182, 4^o, de l'arrêté du 30 novembre 2018, demande à la structure une attestation démontrant que la personne a été absente de la structure pendant plus de trente jours au cours de la période du 1^{er} septembre de l'année précédente jusqu'au 31 août. L'attestation contient au moins les données suivantes :

- 1° les nom et prénom, l'adresse, la date de naissance ou le numéro d'identification de l'utilisateur ;
- 2° le nom de l'instance qui a délivré l'attestation ;
- 3° le nom et le type de la structure résidentielle où l'utilisateur réside ;

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

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

CHAPITRE 6. — *Contrôle de l'indication*

Art. 58. À la suite d'un contrôle d'une indication, la caisse d'assurance soins prend une décision positive quant au budget de soins pour personnes fortement dépendantes si l'utilisateur satisfait à l'un des critères visés à l'article 153, alinéa 1^{er}, de l'arrêté du 30 novembre 2018. Si l'utilisateur ne satisfait pas à l'un de ces critères, la caisse d'assurance soins prend une décision négative quant au budget de soins pour personnes fortement dépendantes, même si l'utilisateur dispose encore à ce moment d'une attestation valide dans le cadre de l'aide aux familles. L'attestation précitée ne peut pas non plus être utilisée pour ouvrir un droit à une intervention.

Une attestation basée sur le score sur une échelle BEL ou le BelRAI screener, constaté dans le cadre de l'aide aux familles dans l'année suivant un contrôle d'une indication, ne peut pas être utilisée pour ouvrir un droit à une intervention.

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

Art. 60. Dans le cas d'une décision positive quant au budget de soins pour personnes fortement dépendantes à la suite du contrôle de l'indication, la communication contient au moins les informations communiquées dans le cas d'une décision positive au sujet d'une demande d'intervention visées à l'article 48.

Art. 61. Dans le cas d'une décision négative quant au budget de soins pour personnes fortement dépendantes à la suite du contrôle de l'indication, la communication contient au moins les informations suivantes :

- 1° la mention que l'utilisateur n'est plus admissible au budget de soins pour personnes fortement dépendantes ;
- 2° la mention de la date à laquelle l'utilisateur ne recevra plus de montants ;
- 3° la mention de la raison ou des raisons pour lesquelles l'utilisateur n'est plus admissible ;
- 4° la mention qu'une indication qui a lieu dans l'année suivant le contrôle doit être effectuée par la personne qui a effectué le contrôle ;
- 5° une copie du formulaire de l'organe de contrôle ;
- 6° la mention que l'utilisateur ou son représentant peut introduire auprès de l'agence un recours contre la décision de la caisse d'assurance soins, une description de toutes les conditions pour introduire un recours ainsi que la procédure à suivre.

Art. 62. Pour les personnes qui ne résident pas dans la région de langue néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, l'organe de contrôle peut effectuer le contrôle par téléphone.

TITRE 3. — *Budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins*

CHAPITRE 1^{er}. — *La décision*

Art. 63. Dans le cas d'une décision positive quant au budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins, la communication contient au moins les informations suivantes :

- 1° la mention que l'utilisateur est admissible au budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins ;
- 2° la mention de la date à laquelle l'utilisateur peut faire valoir son droit au budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins ;
- 3° la mention de la durée de validité de la décision ;
- 4° le mode de calcul du budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins et le montant auquel l'utilisateur peut faire appel ;
- 5° la mention de la législation applicable ;
- 6° la communication que l'utilisateur doit informer la caisse d'assurance soins immédiatement de toute modification des revenus, de la situation ou des soins ;
- 7° la possibilité d'obtenir des éclaircissements concernant la décision auprès de la caisse d'assurance soins ;
- 8° la mention que l'utilisateur ou son représentant peut introduire auprès du tribunal du travail un recours contre la décision de la caisse d'assurance soins, assortie d'une description succincte de la procédure de recours.

Dans le cas d'une décision négative quant au budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins, la communication contient au moins les informations suivantes :

- 1° la mention que l'utilisateur n'est pas admissible au budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins ;
- 2° la mention de la raison ou des raisons pour lesquelles l'utilisateur n'est pas admissible au budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins, comme le mode de calcul, le cas échéant ;
- 3° la mention que l'utilisateur ou son représentant peut introduire auprès du tribunal du travail un recours contre la décision de la caisse d'assurance soins, assortie d'une description succincte de la procédure de recours ;
- 4° la mention de la législation applicable.

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

Art. 64. Dans le cas d'une décision positive quant à la demande de révision ou d'une révision d'office, la communication contient :

- 1° les informations communiquées dans le cas d'une décision positive au sujet d'une intervention visées à l'article 63, alinéa 1^{er} ;
- 2° le motif de la révision.

Dans le cas d'une décision négative quant à la demande de révision ou d'une révision d'office, la communication contient :

- 1° les informations communiquées dans le cas d'une décision négative au sujet d'une intervention visées à l'article 63, alinéa 2 ;
- 2° le motif de la révision.

TITRE 4. — Budget d'assistance de base

CHAPITRE 1^{er}. — Décision quant à l'intervention

Art. 65. Dans le cas d'une décision positive quant au budget d'assistance de base, la communication contient au moins les informations suivantes :

- 1° la mention que l'utilisateur est admissible au budget d'assistance de base ;
- 2° la mention de la date à laquelle l'utilisateur peut faire valoir son droit au budget d'assistance de base ;
- 3° la mention de la durée de validité de la décision ;
- 4° la mention du montant auquel l'utilisateur peut faire appel ;
- 5° une motivation de la décision ;
- 6° la communication que l'utilisateur doit informer la caisse d'assurance soins immédiatement de toute modification de la situation ou des soins.

Dans le cas d'une décision négative quant au budget d'assistance de base, la communication contient au moins les informations suivantes :

- 1° la mention que l'utilisateur n'est pas admissible au budget d'assistance de base ;
- 2° la mention de la raison ou des raisons pour lesquelles l'utilisateur n'est pas admissible au budget d'assistance de base ;
- 3° la mention que l'utilisateur ou son représentant peut introduire auprès de l'agence un recours contre la décision de la caisse d'assurance soins, une description de toutes les conditions pour introduire un recours ainsi que la procédure à suivre.

CHAPITRE 2. — Prolongation

Art. 66. Dans le cas d'une décision positive quant à la prolongation du budget d'assistance de base, la communication contient au moins les informations communiquées dans le cas d'une décision positive au sujet d'une intervention visées à l'article 65, alinéa 1^{er}.

CHAPITRE 3. — Décision de cessation

Art. 67. En cas de cessation d'une décision conformément à l'article 237 de l'arrêté du 30 novembre 2018, la communication contient les informations suivantes :

- 1° la mention que l'utilisateur n'est plus admissible au budget d'assistance de base ;
- 2° la date à partir de laquelle l'utilisateur ne percevra plus d'interventions ;
- 3° la raison ou les raisons pour lesquelles l'utilisateur n'est plus admissible ;
- 4° la mention que l'utilisateur ou son représentant peut introduire auprès de l'agence un recours contre la décision de la caisse d'assurance soins, une description de toutes les conditions pour introduire un recours ainsi que la procédure à suivre.

CHAPITRE 4. — Cumul de l'intervention avec d'autres dispositions légales ou décrétales

Art. 68. L'agence communique les données suivantes aux caisses d'assurance soins :

- 1° les membres qui disposent d'un budget de soins et de soutien non directement accessibles, tel que visé aux articles 4 et 5 du décret portant le financement qui suit la personne ;
- 2° les membres qui font appel à un budget d'assistance personnelle ;
- 3° les membres qui séjournent, conformément à un protocole de résidence, dans un centre multifonctionnel pour personnes handicapées, agréé par la VAPH ;
- 4° les membres qui recourent à une aide à la jeunesse non directement accessible et séjournent dans une organisation d'aide spéciale à la jeunesse ;
- 5° les membres qui séjournent dans une institution communautaire ;
- 6° les membres qui recourent à des aides personnalisées aux personnes handicapées mineures ayant des besoins urgents telles que visées à l'article 2 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 10 mars 2017 relatif au versement d'aides personnalisées aux personnes handicapées ayant des besoins urgents ;
- 7° les membres qui recourent à une unité pour internés telle que visée à l'article 11 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 24 novembre 2017 relatif à l'agrément et au subventionnement de structures offrant du soutien aux personnes handicapées en prison, et d'unités pour internés ;
- 8° les membres qui recourent à une unité d'observation, de diagnostic et de traitement telle que visée à l'article 2 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 décembre 2017 relatif à l'agrément et au subventionnement d'unités d'observation, de diagnostic et de traitement.

PARTIE 3. — Archivage

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

Les photos BEL ou BelRAI screeners d'indications facturées restent disponibles jusqu'au premier jour du mois suivant le contrôle par sondage sur place et pendant trois ans maximum. Ce délai de trois ans commence à courir le 1^{er} janvier de l'année qui suit l'exécution de l'indication. Ensuite, les photos BEL ou BelRAI screeners peuvent être détruits. S'il s'agit d'une caisse d'assurance soins dont les activités sont décentralisées, seuls les photos BEL ou BelRAI screeners de la division de la caisse d'assurance soins peuvent être détruits.

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

Art. 70. Les dossiers de demande papier pour le budget de soins pour personnes fortement dépendantes restent consultables immédiatement jusqu'à un an après leur suppression du fichier B.

Si des dossiers supprimés sont à nouveau repris dans le fichier B en raison d'une récupération ou d'un paiement supplémentaire, ces dossiers sont à nouveau disponibles au contrôle dans le délai visé à l'alinéa 1^{er}.

Après l'expiration du délai visé à l'alinéa 1^{er}, les dossiers de demande peuvent être archivés.

Art. 71. Les dossiers de demande papier pour le budget de soins pour personnes fortement dépendantes peuvent être détruits trois ans après la suppression de l'enregistrement du fichier B.

Si des dossiers sont à nouveau repris dans le fichier B en raison d'une récupération ou d'un paiement supplémentaire, le délai de trois ans est à nouveau appliqué.

Art. 72. Sous réserve de l'application des articles 69 à 71, les dossiers relatifs au budget d'assistance de base, au budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins et au budget de soins pour personnes fortement dépendantes sont conservés jusqu'à cinq ans après la fin du budget d'assistance de base, du budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins ou du budget de soins pour personnes fortement dépendantes respectivement.

Art. 73. Le délai de conservation des copies de lettres relatives à la récupération d'interventions s'élève à dix ans. Le délai commence à courir le 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle la lettre a été envoyée.

PARTIE 4. — Dispositions modificatives

TITRE 1^{er}. — Modifications de l'arrêté ministériel du 6 janvier 2006 relatif à la fixation de la gravité et de la durée de l'autonomie réduite à l'aide de l'échelle de profil BEL dans le cadre de l'assurance soins flamande

Art. 74. Dans l'intitulé de l'arrêté ministériel du 6 janvier 2006 relatif à la fixation de la gravité et de la durée de l'autonomie réduite à l'aide de l'échelle de profil BEL dans le cadre de l'assurance soins flamande, les mots « l'assurance soins » sont remplacés par les mots « la protection sociale ».

Art. 75. À l'article 1^{er} du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° au point 1°, le membre de phrase « tel que visé à l'article 13 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 septembre 2001 concernant l'agrément, l'enregistrement, le mandat, l'affiliation, la demande et la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins » est remplacé par le membre de phrase « tel que visé à l'article 154 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande » ;

2° au point 2°, le membre de phrase « tel que visé aux articles 36 et 37 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 septembre 2001 concernant l'agrément, l'enregistrement, le mandat, l'affiliation, la demande et la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins, tel qu'il a été modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 2 avril 2004 » est remplacé par le membre de phrase « tel que visé à l'article 187 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ».

Art. 76. Dans l'intitulé de l'annexe 2 du même arrêté, les mots « l'assurance soins » sont remplacés par les mots « la protection sociale ».

Art. 77. À l'annexe 2 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° au point 1, les mots « une demande de prise en charge dans le cadre de l'assurance soins est introduite » sont remplacés par les mots « un budget de soins pour personnes fortement dépendantes est demandé » ;

2° le point 7 est remplacé par ce qui suit :

« 7. Le Gouvernement flamand habilite de plein droit des indicateurs à déterminer la gravité et la durée de la réduction de l'autonomie. Les structures suivantes, agréées par la Communauté flamande, sont habilitées de plein droit :

Flandre :

- les services sociaux des mutualités ;
- les services d'aide aux familles ;
- les associations d'aide sociale, visées à l'article 475 du décret du 22 décembre 2017 sur l'administration locale, et les centres publics d'action sociale ;

Brussel:

- les services sociaux des mutualités ;
- les services d'aide aux familles. » ;

3° au point 8, les modifications suivantes sont apportées :

a) les mots « de l'assurance soins » sont remplacés par les mots « du budget de soins pour personnes fortement dépendantes » ;

b) les mots « au Vlaams Zorgfonds » sont remplacés par les mots « à l'Agence pour la protection sociale flamande » ;

4° au point 42, les mots « de l'assurance soins flamande » sont remplacés par les mots « du budget de soins pour personnes fortement dépendantes » ;

5° au point 44, les mots « de l'assurance soins » sont remplacés par les mots « du budget de soins pour personnes fortement dépendantes ».

TITRE 2. — Modification de l'arrêté ministériel du 21 décembre 2007 portant exécution d'un nombre de dispositions de l'arrêté du Gouvernement flamand du 12 octobre 2007 réglementant le régime de location sociale et portant exécution du titre VII du Code flamand du Logement

Art. 78. À l'article 2, alinéa 3, 2°, de l'arrêté ministériel du 21 décembre 2007 portant exécution d'un nombre de dispositions de l'arrêté du Gouvernement flamand du 12 octobre 2007 réglementant le régime de location sociale et portant exécution du titre VII du Code flamand du Logement, le membre de phrase « , un budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins » est inséré entre les mots « une allocation d'intégration » et les mots « ou une allocation pour l'aide aux personnes âgées ».

TITRE 3. — Modification de l'arrêté ministériel du 29 novembre 2011 relatif à la détermination d'indicateurs axés sur les résultats pour les services sociaux des mutualités

Art. 79. À l'article 1^{er}, 6°, f), de l'arrêté ministériel du 29 novembre 2011 relatif à la détermination d'indicateurs axés sur les résultats pour les services sociaux des mutualités, les mots « des interventions de l'assurance soins » sont remplacés par les mots « un budget de soins pour personnes fortement dépendantes ».

TITRE 4. — Modification de l'arrêté ministériel du 25 mars 2014 relatif aux modalités d'exécution de l'article 27/3 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 avril 2011 portant définition des droits et obligations des exploitants des réseaux publics de distribution d'eau et de leurs clients relatifs à la fourniture d'eau destinée à la consommation humaine, la mise en œuvre de l'obligation d'assainissement et au règlement général de la vente d'eau

Art. 80. L'article 2, § 2, 8°, de l'arrêté ministériel du 25 mars 2014 relatif aux modalités d'exécution de l'article 27/3 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 8 avril 2011 portant définition des droits et obligations des exploitants des réseaux publics de distribution d'eau et de leurs clients relatifs à la fourniture d'eau destinée à la consommation humaine, la mise en œuvre de l'obligation d'assainissement et au règlement général de la vente d'eau est remplacé par ce qui suit :

« 8° une attestation, délivrée par l'Agence pour la protection sociale flamande, dont il ressort que le client protégé a bénéficié du budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins ; ».

PARTIE 5. — Dispositions finales

TITRE 1^{er}. — Dispositions abrogatoires

Art. 81. L'arrêté ministériel du 31 octobre 2003 portant exécution de l'article 33, alinéa 1^{er}, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 septembre 2001 concernant l'agrément, l'enregistrement, le mandat, l'affiliation, la demande et la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins est abrogé.

Art. 82. L'arrêté ministériel du 9 mars 2017 portant exécution de la Protection sociale flamande est abrogé.

TITRE 2. — Disposition transitoire

Art. 83. Les cotisations payées par les personnes visées à l'article 43 de l'arrêté du Gouvernement flamand portant exécution du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, tel qu'il s'appliquait au 31 décembre 2018, sont remboursées aux intéressées.

Les personnes visées à l'alinéa 1^{er}, qui ont déjà reçu des interventions dans le cadre de l'assurance soins, ne peuvent pas récupérer les cotisations qu'elles ont payées pour les années durant lesquelles elles ont reçu des interventions.

Art. 84. Par dérogation à l'article 72, les dossiers relatifs aux budgets de soins pour personnes fortement dépendantes révolus avant le 1^{er} janvier 2016 sont conservés jusqu'au 31 décembre 2020.

TITRE 3. — Disposition d'entrée en vigueur

Art. 85. Le présent arrêté produit ses effets à compter du 1^{er} janvier 2019.

Bruxelles, le 26 mars 2019.

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

VLAAMSE OVERHEID

Omgeving

[C – 2019/30823]

21 MEI 2019. — Ministerieel besluit houdende wijziging van het ministerieel besluit van 28 december 2018 houdende algemene bepalingen inzake de energieprestatieregelgeving, energieprestatiecertificaten en de certificering van aannemers en installateurs, wat betreft het verlenen van een algemene vrijstelling van de EPB-eisen voor verwarmingsinstallaties bij renovaties waarbij de bestaande ketel behouden blijft

DE VLAAMSE MINISTER VAN BEGROTING, FINANCIËN EN ENERGIE,

Gelet op het Energiedecreet van 8 mei 2009, artikel 11.1.1, § 1 en artikel 11.1.4;

Gelet op het Energiebesluit van 19 november 2010, artikel 9.1.27, § 1 en artikel 9.1.30, § 2 en 3, laatst gewijzigd bij besluit van 5 april 2019;