

GEMEENSCHAPS- EN GEWESTREGERINGEN
GOUVERNEMENTS DE COMMUNAUTE ET DE REGION
GEMEINSCHAFTS- UND REGIONALREGIERUNGEN

VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

N. 2002 — 912

[C — 2002/35267]

28 SEPTEMBER 2001. — Besluit van de Vlaamse regering houdende de regeling van de uitvoering van de tenlastenemingen in het kader van de zorgverzekering

De Vlaamse regering,

Gelet op het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, inzonderheid op artikel 6 § 1, vierde lid, en op artikel 10, § 2, vierde lid, vervangen bij het decreet van 18 mei 2001;

Gelet op het advies van de adviesraad bij het Vlaams Zorgfonds gegeven op 16 mei 2001;

Gelet op de beraadslaging van de Vlaamse regering op 6 juli 2001, betreffende de aanvraag om advies bij de Raad van State binnen een maand;

Gelet op het advies van de Raad van State, gegeven op 6 september 2001, met toepassing van artikel 84, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op voorstel van de Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen;

Na beraadslaging,

Besluit :

HOOFDSTUK I. — *Definities*

Artikel 1. In dit besluit wordt verstaan onder :

1° decreet : het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering;

2° zorgkas : een zorgkas die erkend is krachtens artikel 15, eerste lid, van het decreet;

3° zorgvorm : de niet-medische hulp- en dienstverlening die verstrekt wordt door hetzij een residentiële zorgvoorziening, hetzij een niet-residentiële zorgvoorziening of een professionele zorgverlener, hetzij een mantelzorger;

4° mantelzorg : de zorg, bedoeld in artikel 2, 1° en 6°, van het decreet van 14 juli 1998 houdende de erkenning en de subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg;

5° tenlasteneming : de tenlasteneming van de kosten of prestaties zoals omschreven in artikel 6, § 1, eerste lid, van het decreet;

6° minister : de Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen;

7° Fonds : het Vlaams Zorgfonds, bedoeld in artikel 11 van het decreet;

8° vertegenwoordiger : elke persoon die beschikt over een door de gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger ondertekende schriftelijke volmacht;

9° zorgcheque : het bewijs, uitgereikt door een zorgkas, dat de gebruiker recht heeft op tenlasteneming;

10° besluit tenlastenemingen : het besluit van de Vlaamse regering van (...) houdende de erkenning, de registratie en de machtiging, en houdende de aansluiting, de aanvraag en de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering.

HOOFDSTUK II. — *De uitreiking van de zorgcheque*

Art. 2. Als de zorgkas een positieve beslissing neemt over een aanvraag voor tenlasteneming, reikt ze een zorgcheque uit aan de gebruiker.

De zorgcheque vermeldt minstens de naam en het adres van de gebruiker, de naam en het adres van de zorgkas van de gebruiker, de geldigheidsduur van de zorgcheque en het bedrag per maand en per zorgvorm waarop de gebruiker recht heeft. De zorgkas kan de gebruiker identificeren via het toekennen van een code. De minister kan de vorm van die zorgcheque bepalen.

Art. 3. De zorgkas reikt een nieuwe zorgcheque uit als zij :

1° een aanvraag tot verandering van zorgvorm heeft goedgekeurd;

2° na de herzienings- of controleprocedure, bepaald in de afdelingen VIII en IX van hoofdstuk VI van het besluit tenlastenemingen, heeft beslist tot een wijziging van de tenlasteneming waarbij een bepaalde zorgvorm goedgekeurd wordt;

3° na een uitspraak van het Fonds, een beslissing heeft gewijzigd waarbij de aard of de periode van de tenlasteneming wordt gewijzigd.

Binnen vijf werkdagen na de ontvangst van de in het eerste lid, 3°, bedoelde uitspraak van het Fonds, reikt de zorgkas een nieuwe zorgcheque uit.

Art. 4. Als een gebruiker verandert van zorgkas, dan reikt de zorgkas aan de gebruiker, die recht heeft op een tenlasteneming, een nieuwe zorgcheque uit zodra die gebruiker lid is van de nieuwe zorgkas.

Art. 5. De geldigheidsduur van de zorgcheque stemt overeen met de geldigheidsduur van de beslissing tot tenlasteneming en kan niet langer zijn dan drie jaar.

HOOFDSTUK III. — *De opbouw van een krediet*

Art. 6. § 1. De gebruiker beschikt over een krediet dat maandelijks opgebouwd wordt.

De gebruiker verwerft zijn krediet ten bedrage van het maandelijks bedrag op de eerste dag van de maand.

§ 2. Als de gebruiker zijn krediet niet of niet volledig besteedt, dan wordt dit krediet door de zorgkas overgedragen naar de volgende maand.

§ 3. Het krediet dat de gebruiker op die wijze opbouwt, mag nooit hoger zijn dan twaalfmaal het vastgestelde maandelijks bedrag. Wanneer de gebruiker zijn maximumkrediet heeft bereikt, kan hij geen extra maandelijks bedrag meer ontvangen. De gebruiker verliest zijn recht op een extra maandelijks krediet zolang het maximumkrediet niet is verminderd.

§ 4. Zodra de gebruiker een krediet heeft opgebouwd dat tienmaal het vastgestelde maandelijks bedrag bedraagt, bezorgt de zorgkas binnen de maand een overzicht van de krediettoestand aan de gebruiker en deelt hem tezelfdertijd mee wat de gevolgen zijn van het bereiken van het maximumkrediet.

§ 5. Als de gebruiker van zorgvorm verandert, behoudt hij zijn eventueel resterend krediet. Hij kan dit krediet opnemen ter tenlasteneming van kosten voor de nieuwe zorgvorm. De minister kan daarvoor nadere regels bepalen.

HOOFDSTUK IV. — *De terugbetaling van effectief aan de gebruiker aangerekende kosten of prestaties voor niet-medische hulp- en dienstverlening*

Afdeling I. — Algemene regel : de terugbetaling van de facturen of betalingsbewijzen

Art. 7. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger levert de voorziening of professionele zorgverlener, die in het kader van de zorgverzekering erkend is, het bewijs van de tenlasteneming door de zorgcheque te tonen.

Art. 8. § 1. De voorziening of professionele zorgverlener bezorgt de gebruiker een factuur of betalingsbewijs van de geleverde zorg of product.

§ 2. Als een factuur wordt uitgeschreven door een overeenkomstig artikel 2 van het besluit tenlastenemingen erkende voorziening of professionele zorgverlener, bevat de factuur de volgende vermelding :

« Als u in aanmerking komt voor de zorgverzekering, dan kunt u het bedrag op deze factuur ten bedrage van het beschikbare krediet terugbetaald krijgen door deze factuur aan de zorgkas voor te leggen. »

Art. 9. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger bezorgt de factuur of het betalingsbewijs aan zijn zorgkas. Als de gebruiker of zijn vertegenwoordiger de factuur of het betalingsbewijs niet binnen twaalf maanden na de datum van de factuur of het betalingsbewijs bij de zorgkas inlevert, vervalt het recht van de gebruiker op terugbetaling.

Art. 10. Op basis van de factuur of het betalingsbewijs controleert de zorgkas of de verstrekte hulp in aanmerking komt voor terugbetaling in het kader van de zorgverzekering. De zorgkas controleert of :

1° de gebruiker nog over voldoende krediet beschikt;

2° de factuur of het betalingsbewijs is verstrekt door een voorziening of professionele zorgverlener die erkend is in het kader van de zorgverzekering;

3° de factuur of het betalingsbewijs betrekking heeft op hulp of producten die verstrekt werden tijdens de periode waarbinnen de zorgkas tenlastenemingen aanvaardt;

4° de factuur of het betalingsbewijs betrekking heeft op de zorgvorm waarvoor de zorgkas een tenlasteneming heeft aanvaard.

Art. 11. Als de verstrekte hulp of producten na de controle, bedoeld in artikel 15, geheel of gedeeltelijk in aanmerking komt voor terugbetaling in het kader van de zorgverzekering, betaalt de zorgkas de factuur of het betalingsbewijs of het voor terugbetaling aanvaarde deel van de factuur of het betalingsbewijs, terug, tot maximum het krediet dat verworven is op het ogenblik dat de zorgkas tot uitbetaling overgaat.

Afdeling II. — Derdebetalerssysteem

Art. 12. De zorgkas kan de voorziening of professionele zorgverlener rechtstreeks uitbetalen in de plaats van de gebruiker, als aan de volgende voorwaarden is voldaan :

1° de gebruiker doet in het kader van het derdebetalerssysteem alleen een beroep op een enkele voorziening of professionele zorgverlener die voor terugbetaling in het kader van de zorgverzekering in aanmerking komt;

2° de gebruiker of zijn vertegenwoordiger, de voorziening of professionele zorgverlener en de zorgkas gaan akkoord, op de wijze zoals bepaald in artikel 14, dat de zorgkas de voorziening of professionele zorgverlener rechtstreeks uitbetaalt in de plaats van de gebruiker;

3° de voorziening of professionele zorgverlener vermeldt de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering duidelijk en afzonderlijk op de factuur die aan de gebruiker bezorgd wordt.

Art. 13. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger brengt de voorziening of de professionele zorgverlener, die in het kader van de zorgverzekering erkend is, op de hoogte dat hij recht heeft op tenlasteneming voor de zorgvorm waarop hij een beroep doet of wil doen. De gebruiker levert het bewijs van de tenlasteneming door de zorgcheque te tonen.

Art. 14. § 1. Het derdebetalerssysteem treedt in werking vanaf de eerste dag van de maand nadat er een akkoord is bereikt tussen de gebruiker of zijn vertegenwoordiger, de voorziening of de professionele zorgverlener, en de zorgkas.

§ 2. Tussen de zorgkas en de voorzieningen of professionele zorgverleners die erkend zijn in het kader van de zorgverzekering, wordt een akkoord gesloten voor alle leden van de zorgkas of voor elk lid van de zorgkas afzonderlijk.

§ 3. Tussen de gebruiker of zijn vertegenwoordiger en de zorgkas komt dat akkoord tot stand door de ondertekening van een schriftelijke verklaring. De minister kan een modelformulier vastleggen.

Art. 15. § 1. Vanaf het ogenblik dat het derdebetalerssysteem in werking treedt, bezorgt de voorziening of de professionele zorgverlener maandelijks of driemaandelijks de nodige gegevens aan de zorgkas. De minister kan nadere regels bepalen inzake die gegevens.

§ 2. Op basis van die gegevens controleert de zorgkas of de verstrekte hulp in aanmerking komt voor terugbetaling in het kader van de zorgverzekering.

De zorgkas controleert of :

1° de gebruiker nog over voldoende krediet beschikt;

2° de factuur werd uitgeschreven door een voorziening of professionele zorgverlener die erkend is in het kader van de zorgverzekering;

3° de factuur betrekking heeft op hulp die werd verstrekt tijdens de periode waarbinnen de zorgkas tenlastenemingen aanvaardt;

4° de factuur betrekking heeft op hulp die werd verstrekt vanaf de eerste dag van de maand die volgt op het bereiken van het akkoord, bedoeld in artikel 14;

5° de factuur betrekking heeft op de zorgvorm waarvoor de zorgkas een tenlasteneming heeft aanvaard.

Art. 16. Als de verstrekte hulp na de controle zoals bedoeld in artikel 15 geheel of gedeeltelijk in aanmerking komt voor terugbetaling in het kader van de zorgverzekering, betaalt de zorgkas de factuur of het voor terugbetaling aanvaarde deel van de factuur, aan de voorziening of professionele zorgverlener ten belope van de in artikel 17 vermelde tenlasteneming.

Art. 17. De voorziening of professionele zorgverlener bezorgt de gebruiker maandelijks een factuur van de geleverde hulp en vermeldt de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering duidelijk en afzonderlijk op die factuur.

HOOFDSTUK V. — *De tenlasteneming van prestaties, geleverd door de mantelzorger*

Art. 18. De zorgkas betaalt de tenlasteneming voor de mantelzorg in contanten aan de gebruiker of via overschrijving op het rekeningnummer van de gebruiker. Voor een gebruiker die in het Nederlandse taalgebied woont gebeurt de betaling maandelijks. Voor gebruikers die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wonen gebeurt de betaling tezelfdertijd als de uitbetaling van de tenlasteneming voor andere niet-medische hulp- en dienstverlening, overeenkomstig en binnen de grenzen van het besluit tenlastenemingen.

HOOFDSTUK VII. — *Slotbepalingen*

Art. 19. Dit besluit treedt in werking op 1 oktober 2001.

Art. 20. De Vlaamse minister, bevoegd voor de Bijstand aan personen, is belast met de uitvoering van dit besluit.

Brussel, 28 september 2001.

De minister-president van de Vlaamse regering,
P. DEWAELE

De Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen,
M. VOGELS

TRADUCTION

MINISTÈRE DE LA COMMUNAUTE FLAMANDE

F. 2002 — 912

[C — 2002/35267]

**28 SEPTEMBRE 2001. — Arrêté du Gouvernement flamand
régulant l'exécution des prises en charge dans le cadre de l'assurance soins**

Le Gouvernement flamand,

Vu le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, notamment l'article 6, § 1^{er}, quatrième alinéa et l'article 10, § 2, quatrième alinéa, remplacés par le décret du 18 mai 2001;

Vu l'avis du conseil consultatif près du Fonds flamand d'assurance soins, donné le 16 mai 2001;

Vu la délibération du Gouvernement flamand du 6 juillet 2001 sur la demande d'avis à donner par le Conseil d'Etat dans un délai ne dépassant pas un mois;

Vu l'avis du Conseil d'Etat, donné le 6 septembre 2001, en application de l'article 84, premier alinéa, 1^o des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de la Ministre flamande de l'Aide sociale, de la Santé et de l'Egalité des Chances;

Après en avoir délibéré,

Arrête :

CHAPITRE I^{er}. — Définitions

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

1^o décret : le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins;

2^o caisse d'assurance soins : une caisse agréée en vertu de l'article 15, premier alinéa, du décret;

3^o forme de soins : l'aide et les services non médicaux qui sont fournis par, soit une structure de soins résidentielle, soit une structure de soins non résidentielle ou un prestataire de soins professionnel, soit un intervenant de proximité;

4^o soins de proximité : les soins visés à l'article 2, 1^o et 6^o du décret du 14 juillet 1998 portant agrément et subventionnement des associations et des structures d'aide sociale dans le cadre des soins à domicile;

5^o prise en charge : la prise en charge des frais ou prestations, tels que définis à l'article 6, § 1^{er}, premier alinéa du décret;

6^o Ministre : le Ministre flamand chargé de l'assistance aux personnes;

7^o Fonds : le Fonds flamand d'assurance soins, visé à l'article 11 du décret;

8^o représentant : toute personne qui dispose d'une procuration écrite signée par l'utilisateur ou son représentant légal;

9^o chèque-soins : l'attestation délivrée par une caisse d'assurance soins certifiant que l'utilisateur a droit à une prise en charge;

10^o arrêté relatif aux prises en charge : l'arrêté du Gouvernement flamand du (...) concernant l'agrément, l'enregistrement, le mandat, l'affiliation, la demande et la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins.

CHAPITRE II. — L'attribution du chèque-soins

Art. 2. Si la caisse d'assurance soins prend une décision favorable sur une demande de prise en charge, elle attribue un chèque-soins à l'utilisateur.

Le chèque-soins mentionne au moins le nom et l'adresse de l'utilisateur, le nom et l'adresse de la caisse d'assurance soins de l'utilisateur, la durée de validité du chèque-soins et le montant par mois et par forme de soins à laquelle l'utilisateur a droit. La caisse peut identifier l'utilisateur par l'attribution d'un code. Le Ministre peut déterminer la forme du chèque-soins.

Art. 3. La caisse d'assurance soins attribue un nouveau chèque-soins si elle :

1^o a approuvé une demande de changement de forme de soins;

2^o a décidé, suite à la procédure de révision ou de contrôle, prévue par les sections VIII et IX du chapitre VI de l'arrêté relatif aux prises en charge, de modifier la prise en charge, une forme de soins déterminée étant approuvée;

3^o après une décision du Fonds, a modifié une décision affectant la nature ou la période de prise en charge.

Dans les cinq jours ouvrables après la réception de la décision du Fonds, visée au premier alinéa, 3^o, la caisse d'assurance soins attribue un nouveau chèque-soins.

Art. 4. Si un usager change de caisse d'assurance soins, la caisse de l'usager qui a droit à une prise en charge, attribue un nouveau chèque-soins dès que l'usager est membre de la nouvelle caisse d'assurance soins.

Art. 5. La durée de validité du chèque-soins correspond à la durée de validité de la décision de prise en charge et ne peut excéder trois ans.

CHAPITRE III. — *La constitution d'un crédit*

Art. 6. § 1^{er}. L'usager dispose d'un crédit qui se constitue mensuellement.

L'usager acquiert son crédit à concurrence du montant mensuel le premier jour du mois.

§ 2. Si l'usager ne dépense pas ou qu'en partie son crédit, ce dernier est reporté au mois suivant par la caisse d'assurance soins.

§ 3. Le crédit ainsi constitué par l'usager, ne peut excéder douze fois le montant mensuel fixé. Lorsque l'usager a atteint son crédit maximum, il ne peut plus bénéficier d'un montant mensuel supplémentaire. L'usager perd son droit à un crédit mensuel supplémentaire tant que le crédit maximum n'est pas réduit.

§ 4. Dès que l'usager a constitué un crédit qui s'élève à dix fois le montant mensuel fixé, la caisse d'assurance soins transmet à l'usager un relevé de son crédit et lui fait part en même temps des conséquences attachées au crédit maximum atteint.

§ 5. Si l'usager change de forme de soins, il conserve son crédit restant éventuel. Il peut prélever ce crédit pour la prise en charge des frais liés à la nouvelle forme de soins. Le Ministre peut arrêter les modalités en la matière.

CHAPITRE IV. — *Le remboursement des frais ou prestations d'aide et de services non médicaux effectivement portés en compte à l'usager*

Section 1^{re}. — Règle générale : le remboursement des factures ou acquits de paiement

Art. 7. L'usager ou son représentant fournit à la structure ou au prestataire de soins professionnel, qui est agréé dans le cadre de l'assurance soins, la preuve de la prise en charge par la production du chèque-soins.

Art. 8. § 1^{er}. La structure ou le prestataire de soins professionnel transmet à l'usager une facture ou l'acquit de paiement des soins ou du produit fournis.

§ 2. Si une facture est établie par une structure ou un prestataire de soins professionnel, agréés conformément à l'article 2 de l'arrêté relatif aux prises en charge, la facture contient la mention suivante :

« Si vous pouviez bénéficier de l'assurance soins, le montant de cette facture à concurrence du crédit disponible vous sera remboursé moyennant la production de la facture à la caisse d'assurance soins. »

Art. 9. L'usager ou son représentant transmet la facture ou l'acquit de paiement à la caisse d'assurance soins. Si l'usager ou son représentant ne présente pas la facture ou l'acquit de paiement à la caisse d'assurance soins dans les douze mois après la date de la facture ou de l'acquit de paiement, le droit de l'usager au remboursement cesse d'avoir effet.

Art. 10. Au vu de la facture ou de l'acquit de paiement, la caisse d'assurance soins vérifie si l'aide fournie est remboursable dans le cadre de l'assurance soins. La caisse vérifie si :

1° le crédit de l'usager est suffisant;

2° la facture ou l'acquit de paiement est établi par une structure ou un prestataire de soins professionnel qui est agréé dans le cadre de l'assurance soins;

3° la facture ou l'acquit de paiement concerne l'aide ou des produits fournis au cours de la période dans laquelle la caisse d'assurance soins accepte les prises en charge;

4° la facture ou l'acquit de paiement concerne la forme de soins pour laquelle la caisse d'assurance soins a approuvé une prise en charge.

Art. 11. Si, après le contrôle visé à l'article 15, l'aide ou les produits fournis sont remboursables, en tout ou en partie, dans le cadre de l'assurance soins, la caisse d'assurance soins rembourse la facture ou l'acquit de paiement ou la partie de la facture ou de l'acquit de paiement remboursable, à concurrence du crédit maximum acquis au moment où la caisse d'assurance soins procède au paiement.

Section II. — Régime du tiers payant

Art. 12. La caisse d'assurance soins peut régler les paiements directement à la structure ou au prestataire de soins professionnel, si les conditions suivantes sont remplies :

1° l'usager n'a recours dans le cadre du régime du tiers payant qu'à une structure ou prestataire de soins professionnel qui peut bénéficier du remboursement dans le cadre de l'assurance soins;

2° l'usager ou son représentant, la structure ou le prestataire de soins professionnel et la caisse d'assurance soins approuvent, suivant les modalités prévues à l'article 14, que la caisse d'assurance soins règle les paiements directement à la structure ou au prestataire de soins professionnel au lieu qu'à l'usager;

3° la structure ou le prestataire de soins professionnel mentionne sur la facture destinée à l'usager, de manière claire et distincte, la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins.

Art. 13. L'usager ou son représentant fait part à la structure ou au prestataire de soins professionnel, agréés dans le cadre de l'assurance soins, qu'il a droit à une prise en charge pour la forme de soins à laquelle il a recours ou il souhaite avoir recours. L'usager fournit la preuve de la prise en charge moyennant la production du chèque-soins.

Art. 14. § 1^{er}. Le régime du tiers payant prend effet le premier jour du mois après qu'un accord est intervenu entre l'usager ou son représentant, la structure ou le prestataire de soins professionnel et la caisse d'assurance soins.

§ 2. Entre la caisse d'assurance soins et les structures ou prestataires de soins professionnels qui sont agréés dans le cadre de l'assurance soins, il est conclu un accord pour tous les membres de la caisse ou pour chaque membre de la caisse à part.

§ 3. Entre l'usager ou son représentant et la caisse d'assurance soins, cet accord intervient par la signature d'une déclaration écrite. Le Ministre peut arrêter un formulaire modèle.

Art. 15. § 1^{er}. A partir de la date d'effet du régime du tiers payant, la structure ou le prestataire de soins professionnel transmet chaque mois ou chaque trimestre, les renseignements nécessaires à la caisse d'assurance soins. Le Ministre peut arrêter les modalités concernant ces renseignements.

§ 2. A la lumière de ces renseignements, la caisse d'assurance soins vérifie si l'aide fournie est remboursable dans le cadre de l'assurance soins.

La caisse d'assurance soins vérifie si :

1° le crédit de l'usager est suffisant;

2° la facture est établie par une structure ou un prestataire de soins professionnel qui est agréé dans le cadre de l'assurance soins;

3° la facture concerne l'aide fournie au cours de la période dans laquelle la caisse d'assurance soins accepte les prises en charge;

4° la facture concerne l'aide fournie à compter du premier jour du mois qui suit la conclusion de l'accord, visé à l'article 14;

5° la facture concerne la forme de soins pour laquelle la caisse d'assurance soins a approuvé une prise en charge.

Art. 16. Si, après le contrôle visé à l'article 15, l'aide fournie est remboursable, en tout ou en partie, dans le cadre de l'assurance soins, la caisse d'assurance soins rembourse la facture ou la partie de la facture remboursable, à la structure ou au prestataire de soins professionnel, à concurrence de la prise en charge mentionnée à l'article 17.

Art. 17. La structure ou le prestataire de soins professionnel transmet chaque mois à l'usager une facture de l'aide fournie et mentionne sur cette facture, de manière claire et distincte, la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins.

CHAPITRE V. — *La prise en charge des prestations fournies par l'intervenant de proximité*

Art. 18. La caisse d'assurance soins paie à l'utilisateur la prise en charge pour les soins de proximité, en espèces ou par virement sur le numéro de compte de l'utilisateur. Les paiements à l'utilisateur habitant la région de langue néerlandaise se font mensuellement. Les paiements aux utilisateurs habitant la région bilingue de Bruxelles-Capitale se font en même temps que le règlement de la prise en charge d'autres prestations d'aide et de services non médicaux, conformément à et dans les limites de l'arrêté relatif aux prises en charge.

CHAPITRE VII. — *Dispositions finales*

Art. 19. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} octobre 2001.

Art. 20. Le Ministre flamand qui a l'Assistance aux personnes dans ses attributions, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 28 septembre 2001.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,
P. DEWAELE

Le Ministre flamand de l'Aide sociale, de la Santé et de l'Égalité des Chances,
M. VOGELS



N. 2002 — 913

[C — 2002/35207]

**6 FEBRUARI 2002. — Besluit van de administrateur-generaal
tot vaststelling van het model van meldingsformulier voor overdracht**

De administrateur-generaal van de Openbare Afvalstoffenmaatschappij,

Gelet op het decreet van 22 februari 1995 betreffende de bodemsanering, gewijzigd bij het decreet van 22 december 1995, bij het besluit van de Vlaamse regering van 22 oktober 1996, bekrachtigd bij het decreet van 4 maart 1997, en bij de decreten van 20 december 1996, 26 mei 1998 en 18 mei 2001, inzonderheid artikel 37, § 3;

Gelet op het besluit van de Vlaamse regering van 5 maart 1996 houdende vaststelling van het Vlaams reglement betreffende de bodemsanering, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse regering van 19 december 1998, 9 februari 1999, 12 oktober 2001 en 7 december 2001, inzonderheid artikel 46, § 1,

Besluit :

Artikel 1. De melding van overdracht, bedoeld in artikel 46, § 1, van het besluit van de Vlaamse regering van 5 maart 1996 houdende vaststelling van het Vlaams reglement betreffende de bodemsanering, gebeurt aan de hand van het model opgenomen als bijlage.

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op 1 april 2002.

Mechelen, 6 februari 2002.

De administrateur-generaal van de Openbare Afvalstoffenmaatschappij voor het Vlaamse Gewest,

Ir. Fr. PARENT