

Art. 5. Les biens, droits et obligations de la Région flamande ayant trait aux tâches et missions en matière de politique de logement exercées par la division de l'Infrastructure subventionnée, y compris les droits et obligations résultant des procédures juridiques litigieuses et futures, sont, conformément à la répartition repris à l'inventaire, visé à l'article 6, deuxième alinéa :

1° transférés à la VMSW lorsqu'ils ont trait aux tâches et missions confiées à la VMSW en vertu des articles 33 et 34 du Code flamand du Logement;

2° attribués aux entités du ministère lorsqu'ils ont trait aux tâches et missions confiées au ministère en exécution du décret cadre.

Art. 6. Les biens, droits et obligations, mentionnés aux articles 4 et 5, sont transférés à titre gratuit dans l'état dans lequel ils se trouvent et, lorsqu'il s'agit de biens immobiliers, conjointement avec les servitudes actives et passives, les charges particulières liées à leur acquisition ainsi que d'éventuels droits accordés à des tiers.

Un inventaire est établi de ces biens, droits et obligations, y compris de leur répartition, en concertation commune entre les fonctionnaires dirigeants de la VMSW et les entités concernées du ministère. Cet inventaire est repris dans un procès-verbal de transfert signé par les fonctionnaires dirigeants concernés par la répartition.

CHAPITRE IV. — Dispositions finales

Art. 7. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} juillet 2006.

Art. 8. Le Ministre flamand ayant le Logement dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté. Bruxelles, le 7 juillet 2006.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,
Y. LETERME

Le Ministre flamand des Affaires intérieures, de la Politique des Villes, du Logement et de l'Intégration civique,
M. KEULEN

VLAAMSE OVERHEID

N. 2006 — 2851

[C - 2006/36124]

22 JUNI 2006. — Ministerieel besluit houdende wijziging van de enige bijlage bij het ministerieel besluit van 6 januari 2006 houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Gelet op het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, gewijzigd bij de decreten van 22 december 1999, 8 december 2000, 18 mei 2001, 20 december 2002, 30 april 2004, 24 juli 2005, 25 november 2005 en 23 december 2005;

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

Gelet op besluit van de Vlaamse Regering van 28 september 2001 houdende de erkenning, de registratie en de machtiging, en houdende de aansluiting, de aanvraag en de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering, zoals gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 14 december 2001, 25 oktober 2002, 13 december 2002, 9 mei 2003, 14 november 2003, 2 april 2004, 22 oktober 2004, 11 maart 2005, 2 december 2005 en 19 mei 2006;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 27 juli 2004 tot bepaling van de bevoegdheden van de leden van de Vlaamse Regering, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 15 oktober 2004 en 23 december 2005;

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

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 1 juni 2006;

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

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat vanaf 1 mei 2006 de bepalingen inzake de administratieve geldboete in werking treden en vanaf dat ogenblik moet worden vastgesteld aan welke personen een administratieve geldboete dient te worden opgelegd; dat aan de zorgkassen en de rechtsonderhorigen zo snel mogelijk zekerheid moet worden geboden inzake de toepassing van de administratieve geldboete in het kader van de zorgverzekering; dat aan de zorgkassen en de rechtsonderhorigen zo snel mogelijk duidelijkheid moet worden geboden inzake criteria op basis van dewelke de administratieve geldboete zal worden opgelegd,

Besluit :

Artikel 1. In hoofdstuk II van de enige bijlage bij het ministerieel besluit van 6 januari 2006 houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering, wordt punt 11 vervangen door wat volgt :

« 11. De aangeslotene betaalt zijn verschuldigde, jaarlijkse ledenbijdrage in het lopende jaar aan zijn zorgkas. De bijdragen moeten uiterlijk 30 april op de rekening van de zorgkas zelf staan. De zorgkas mag enkel 30 april als einddatum voor het betalen van de bijdrage in de eerste brief tot uitnodiging van betaling van de bijdrage vermelden. »

Art. 2. Aan hoofdstuk II van de enige bijlage bij hetzelfde ministerieel besluit worden de punten 13*bis*, 13*ter*, 13*quater* en 13*quinquies*, toegevoegd, die luiden als volgt :

« 13*bis*. Bij inning van een bijdrage wordt het geïnde bedrag toegekend aan het jongste jaar waarvoor niet of niet volledig werd betaald.

13*ter*. De zorgkas is verplicht jaarlijks de verschuldigde ledenbijdragen voor voorgaande jaren van hun leden op te vragen, behoudens voor de jaren waarvoor een administratieve geldboete werd opgelegd door het Vlaams Zorgfonds.

13^{quater}. De uitnodiging tot betaling van deze bijdragen dient minstens de volgende informatie te bevatten :

* de bedragen die in het kader van de zorgverzekering gevraagd worden en per bedrag de periode waarvoor dit bedrag wordt gevraagd;

* de sancties bij niet, slechts gedeeltelijke of laattijdige betaling van de verplichte bijdragen : administratieve boete vermeerderd met de nog verschuldigde bijdragen voor de periodes in kwestie, de schorsing en de wachttijd;

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

13^{quinquies}. De zorgkas mag geen ledenbijdragen voor volgende jaren opvragen. »

Art. 3. Aan hoofdstuk III van de enige bijlage bij hetzelfde ministerieel besluit worden het derde, vierde en vijfde bolletje van punt 28 vervangen door wat volgt :

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

De eerste en tweede bijdrage kunnen zonder een schorsing op te lopen en zonder dat ze in aanmerking worden genomen voor de berekening van de drie, niet noodzakelijk opeenvolgende keren die aanleiding geven tot het opleggen van een administratieve geldboete, betaald worden bij iedere zorgkas tot 31 december van het jaar na het jaar waarin men 26 jaar is geworden.

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

De eerste en tweede bijdrage kunnen zonder een schorsing op te lopen en zonder dat ze in aanmerking worden genomen voor de berekening van de drie, niet noodzakelijk opeenvolgende keren die aanleiding geven tot het opleggen van een administratieve geldboete, betaald worden bij iedere zorgkas tot 31 december van het jaar na het jaar waarin men in Vlaanderen is komen wonen.

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

De eerste, tweede en derde bijdrage kunnen zonder een schorsing op te lopen en zonder dat ze in aanmerking worden genomen voor de berekening van de drie, niet noodzakelijk opeenvolgende keren die aanleiding geven tot het opleggen van een administratieve geldboete, betaald worden bij iedere zorgkas tot 31 december van het tweede jaar na het jaar waarin men in Vlaanderen is komen wonen.

Vanaf het moment dat de betrokkene een eerste bijdrage betaald heeft, moet hij ten laatste op 31 december van het zelfde jaar de eventuele bijdragen voor voorgaande en lopende kalenderjaren betalen. In het andere geval wordt hij geschorst (met verlies van rechten).

* Personen die door een zorgkas afgesloten worden en die niet van zorgkas veranderen (vb. personen die geen lid van een zorgkas kunnen blijven omdat de zorgkas niet meer over een erkenning beschikt; personen die niet langer lid kunnen blijven van de zorgkas van een ziekenfonds omwille van MOB-wetgeving, enz.) :

De bijdragen voor het eerste en het tweede jaar na afsluiting door de zorgkas kunnen zonder een schorsing op te lopen en zonder dat ze in aanmerking worden genomen voor de berekening van de drie, niet noodzakelijk opeenvolgende keren die aanleiding geven tot het opleggen van een administratieve geldboete, betaald worden bij iedere zorgkas tot 31 december van het tweede jaar na afsluiting door de zorgkas.

Art. 4. In hoofdstuk IV van de enige bijlage bij hetzelfde ministerieel besluit wordt het derde bolletje van punt 39 vervangen door wat volgt :

« Een persoon kan geen aanvraag voor tenlasteneming indienen als hij niet alle ledenbijdragen van voorgaande jaren betaald heeft. Als een aanvraagformulier wordt ingediend en al de ledenbijdragen van voorgaande jaren na het indienen van deze aanvraag alsnog worden betaald, dan geldt de betaaldatum als aanvraagdatum. »

Art. 5. Aan hoofdstuk IV van de enige bijlage bij hetzelfde ministerieel besluit worden de punten 39^{bis}, 39^{ter}, 39^{quater}, 39^{quinquies} en 39^{sexies} toegevoegd, die luiden als volgt :

« 39^{bis}, § 1. Een administratieve geldboete wordt opgelegd aan iedere aangeslotene die drie, niet noodzakelijk opeenvolgende keren, de ledenbijdrage niet, slechts gedeeltelijk of laattijdig heeft betaald.

De geldboete wordt vermeerderd met de nog verschuldigde bijdragen.

§ 2. Het Vlaams Zorgfonds vraagt de administratieve geldboete, vermeerderd met de verschuldigde bijdragen gezamenlijk op.

Een gedeeltelijke betaling daarvan wordt eerst aan het openstaande bedrag van de boete toegekend. Van zodra de boete is betaald, wordt het in mindering gebracht van de verschuldigde bijdragen.

§ 3. Personen worden niet aangeschreven voor een administratieve geldboete als ze bij het Vlaams Zorgfonds gekend zijn als :

- 1) van ambtswege afgevoerd;
- 2) vermist.

§ 4. De administratieve geldboete vervalt als een aangeslotene als vermeld in artikel 19^{quater} 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, met terugwerkende kracht van zijn lidmaatschap schriftelijk afstand doet bij het Vlaams Zorgfonds binnen de maand na de uitnodiging per aangetekende brief tot betaling van de administratieve geldboete en de bijdragen.

De reeds volledig of onvolledig betaalde bijdragen kunnen niet worden teruggevorderd.

§ 5. In de hieronder vermelde situaties wordt de niet-betaling van de bijdrage, de gedeeltelijke betaling van de bijdrage of de laattijdige betaling van de bijdrage niet in aanmerking genomen voor het opleggen van een administratieve geldboete :

1° de aangeslotene verblijft ononderbroken en minstens van 1 maart tot en met 30 april van het jaar waarvoor de bijdrage verschuldigd is en waarvoor de bijdrage niet, gedeeltelijk of laattijdig wordt betaald, in een strafinstelling. Dit wordt bewezen met een attest van de betrokken strafinstelling;

2° de aangeslotene is ononderbroken en minstens van 1 maart tot en met 30 april van het jaar waarvoor de bijdrage verschuldigd is en waarvoor de bijdrage niet, gedeeltelijk of laattijdig wordt betaald, vermist, afwezig verklaard of van ambtswege afgevoerd. Dit wordt bewezen via een afdruk van het elektronisch rijksregisterbestand, met een attest van aangifte (vermist) of een kopie van het vonnis van de rechtbank van eerste aanleg;

3° de aangeslotene is ononderbroken en minstens van 1 maart tot en met 30 april van het jaar waarvoor de bijdrage verschuldigd is en waarvoor de bijdrage niet, gedeeltelijk of laattijdig wordt betaald, het voorwerp van een collectieve schuldenregeling. De aangeslotene bewijst dit met een kopie van het vonnis van de rechtbank of een attest van de schuldbemiddelaar;

4° de aangeslotene is ononderbroken en minstens van 1 maart tot en met 30 april van het jaar waarvoor de bijdrage verschuldigd is en waarvoor de bijdrage niet, gedeeltelijk of laattijdig wordt betaald, het voorwerp van budgetbegeleiding of- beheer door een Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn of door een door de Vlaamse Gemeenschap erkende instelling voor schuldbemiddeling. De aangeslotene bewijst dit met een attest van het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn of van de erkende instelling;

5° het niet, gedeeltelijk of laattijdig betalen van de bijdrage is het gevolg van een fout van het Vlaams Zorgfonds, het rijksregister of de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid;

6° het niet of niet tijdig ontvangen van de uitnodiging tot betaling van de bijdrage is het gevolg van een aantoonbare fout van de zorgkas. Dit wordt bewezen via een attest van de zorgkas;

7° de bijdrage staat uiterlijk 10 mei van het lopende jaar op de rekening van de zorgkas;

8° tijdens het jaar van verandering van zorgkas indien de bijdrage uiterlijk 31 december van dat jaar wordt betaald;

9° bij wijziging van het rijksregisternummer indien de bijdrage uiterlijk 31 december van het jaar in kwestie wordt betaald;

10° als tijdens het jaar waarvoor de bijdrage verschuldigd is, uiterlijk 30 april een aanvraag wordt ingediend voor tenlasteneming en de bijdrage wordt betaald vóór 31 december van dat jaar;

11° een buitenlands sociaal verzekerde of een Belgisch sociaal verzekerde met woonplaats buiten Vlaanderen of Brussel waarvoor een onderzoek loopt over de aansluitingsplicht bij het Vlaams Zorgfonds;

12° bijdragen voor voorgaande en lopende kalenderjaren worden betaald uiterlijk 31 december van het tweede jaar na het jaar waarin men in Vlaanderen is komen wonen bij personen die in de tweede jaarhelft van een kalenderjaar (van 1 juli tot 31 december) in Vlaanderen komen wonen, terwijl ze in het kalenderjaar van komen wonen minstens 26 jaar zijn of worden.

39ter. Het niet meer in aanmerking nemen voor de berekening van de drie, niet noodzakelijk opeenvolgende keren die aanleiding geven tot het opleggen van een administratieve geldboete vermeerderd met de nog verschuldigde bijdragen voor voornoemde periodes, van maximaal twee laattijdige betalingen van de bijdrage, kan slechts worden toegepast nadat de bijdrage minstens vijf jaar ononderbroken tijdig en volledig werd betaald én alle verschuldigde bijdragen werden betaald.

Voorbeelden :

(a) Na twee jaar de bijdrage niet te hebben betaald, wordt de bijdrage gedurende zeven jaar ononderbroken correct betaald. De verschuldigde bijdragen worden pas, samen met de zevende correcte bijdragebetaling, betaald. Pas op het ogenblik van de betaling van de verschuldigde bijdragen zal de boeteteller terug op « 0 » worden gezet daar pas op dat ogenblik aan beide voorwaarden is voldaan.

(b) Na twee jaar de bijdrage niet te hebben betaald, wordt de bijdrage gedurende zeven jaar ononderbroken correct betaald. De bijdrage voor het daaropvolgende jaar wordt, samen met alle verschuldigde bijdragen, niet correct betaald. De boeteteller zal op « 3 » komen te staan.

39quater. Binnen een termijn van een maand na het opleggen van de administratieve geldboete vermeerderd met de nog verschuldigde bijdragen, kan betrokkene, door gebruik te maken van het bezwaarformulier, per brief of fax een bezwaar indienen bij het Vlaams Zorgfonds.

De leidend ambtenaar van het Vlaams Zorgfonds stelt het model van het bezwaarformulier op. Het bezwaarformulier kan worden bekomen bij de zorgkassen en het Vlaams Zorgfonds. Het wordt eveneens ter beschikking gesteld via de website van het Vlaams Zorgfonds.

Het bezwaarschrift is ontvankelijk als :

1° gebruik werd gemaakt van het bezwaarformulier;

2° het tijdig werd verstuurd;

3° het met redenen is omkleed.

Het bezwaar stuit de termijn voor betaling van de administratieve geldboete en de verschuldigde bijdragen. De leidend ambtenaar van het Vlaams Zorgfonds neemt, na advies van zijn administratie, een gemotiveerde beslissing.

Wanneer het bezwaar onontvankelijk of ongegrond wordt verklaard, bevat de beslissing van de leidend ambtenaar een nieuwe termijn van een maand waarbinnen de betrokkene de administratieve geldboete en eventuele verschuldigde bijdragen dient te betalen.

Wanneer het bezwaar gegrond wordt verklaard, zal het Vlaams Zorgfonds :

* de boeteteller aanpassen;

* de eventueel nog verschuldigde bijdragen innen;

* de betrokken zorgkas informeren.

39quinquies. De zorgkassen bezorgen aan het Vlaams Zorgfonds jaarlijks een bestand dat per persoon een overzicht bevat van de al dan niet geïnde bijdragen en dat een teller « 1 » bevat voor de personen die de ledenbijdrage niet, slechts gedeeltelijk of laattijdig betaald hebben.

39sexies. In het kader van de regularisatiemogelijkheid wordt de niet betaling van de bijdragen, de gedeeltelijke betaling van de bijdragen of de laattijdige betaling van de bijdragen in de hieronder vermelde situaties niet in aanmerking genomen voor het opleggen van een administratieve geldboete :

1° de aangeslotene verblijft ononderbroken en minstens van 1 november 2005 tot en met 30 april 2006 in een strafinstelling. Dit wordt bewezen met een attest van de betrokken strafinstelling;

2° de aangeslotene is ononderbroken en minstens van 1 november 2005 tot en met 30 april 2006 vermist, afwezig verklaard of van ambtswege afgevoerd. Dit wordt bewezen via een afdruk van het elektronisch rijksregisterbestand, met een attest van aangifte (vermist) of een kopie van het vonnis van de rechtbank van eerste aanleg;

3° de aangeslotene is ononderbroken en minstens van 1 november 2005 tot en met 30 april 2006 het voorwerp van een collectieve schuldenregeling. De aangeslotene bewijst dit met een kopie van het vonnis van de rechtbank of een attest van de schuldbemiddelaar;

4° de aangeslotene is ononderbroken en minstens van 1 november 2005 tot en met 30 april 2006 het voorwerp van budgetbegeleiding of- beheer door een Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn of door een door de Vlaamse Gemeenschap erkende instelling voor schuldbemiddeling. De aangeslotene bewijst dit met een attest van het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn of van de erkende instelling;

5° de regularisatiebijdragen staan uiterlijk 10 mei 2006 op de rekening van de zorgkas;

6° bij verandering van zorgkas op 1 januari 2006 als de regularisatiebijdragen uiterlijk 31 december 2006 worden betaald;

Art. 6. In punt 50 van de enige bijlage bij hetzelfde ministerieel besluit worden, in onderafdeling II en onderafdeling III, telkens de woorden « de bijdrage voor het lopende jaar voor 1 april of voor het indienen van de aanvraag betaald hebben » geschrapt.

Art. 7. In hoofdstuk IX van de enige bijlage bij hetzelfde ministerieel besluit wordt punt 97 vervangen door wat volgt :

« 97. Indien een zorgkas geen beslissing kan nemen binnen de 60 dagen bij gebrek aan een bewijs van het langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen, dan brengt ze de gebruiker of zijn vertegenwoordiger hiervan schriftelijk op de hoogte. Ze vermeldt dat de zorgkas binnen de 90 dagen na de aanvraag een negatieve beslissing zal nemen als het bewijs niet is geleverd.

Als de gebruiker een aanvraag voor tenlasteneming indient en aantoonde dat hij een aanvraag voor het bekomen van een attest op basis van bijkomende kinderbijslag heeft ingediend, dan is de zorgkas niet verplicht een beslissing te nemen zolang het attest niet bij de zorgkas ingediend is. Het aantonen gebeurt via een kopie van de aanvraag voor bijkomende kinderbijslag. »

Art. 8. In hoofdstuk X van de enige bijlage bij hetzelfde ministerieel besluit worden de punten 101 en 102 vervangen door wat volgt :

« 101. De geldigheidsduur van een positieve beslissing voor mantel- en thuiszorg bedraagt maximaal drie jaar. Hierop zijn de volgende uitzonderingen :

1° de geldigheidsduur via een attest op basis van minstens een B-score in de thuisverpleging bij gebruikers die op het moment van het ingaan van de beslissing jonger dan 75 jaar zijn, loopt maximaal tot het einde van de maand waarin het attest vervalst, met een minimum van zes maanden en een maximum van een jaar;

2° de geldigheidsduur via een attest op basis van de medisch-sociale schaal die wordt gebruikt voor de graad van zelfredzaamheid met het oog op het onderzoek naar het recht op de integratietegemoetkoming, hulp aan bejaarden en hulp van derden, loopt tot het einde van de maand waarin het attest vervalst. Als het attest van onbepaalde duur is, geldt ook de positieve beslissing voor onbepaalde duur;

3° de geldigheidsduur via een attest op basis van bijkomende kinderbijslag loopt tot het einde van de maand waarin het attest vervalst en maximaal tot het einde van de maand waarin de gebruiker de leeftijd van 21 jaar bereikt. De tenlastenemingen worden ook verder uitgevoerd na het einde van de maand waarin de gebruiker de leeftijd van 21 jaar bereikt heeft, als aangetoond wordt dat voor de gebruiker een aanvraag voor integratietegemoetkoming ingediend is. Dit wordt aangetoond via een kopie van de aanvraag voor integratietegemoetkoming. Als de aanvraag tot integratietegemoetkoming niet leidt tot een attest dat de ernst en de duur van het verminderd zelfzorgvermogen bewijst met het oog op een tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg, dan vordert de zorgkas de onterecht uitbetaalde tenlastenemingen terug, die uitgevoerd zijn na het einde van de maand waarin de gebruiker de leeftijd van 21 jaar bereikt heeft. »

Art. 9. In hoofdstuk XII van de enige bijlage bij hetzelfde ministerieel besluit wordt punt 116 vervangen door wat volgt :

« 116. De zorgkas deelt aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger schriftelijk haar beslissing over de herziening van de tenlasteneming mee binnen de 60 dagen nadat de aanvraag werd ingediend. Indien een zorgkas geen beslissing kan nemen binnen de 60 dagen bij gebrek aan een bewijs van het langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen, dan brengt ze de gebruiker of zijn vertegenwoordiger hiervan schriftelijk op de hoogte. Ze vermeldt dat de zorgkas binnen de 90 dagen na de aanvraag een negatieve beslissing zal nemen als het bewijs niet is geleverd.

Deze mededeling bevat bij een positieve beslissing minstens de informatie die meegedeeld wordt bij een positieve beslissing over een aanvraag voor tenlasteneming. De positieve beslissing over de herziening van de tenlasteneming heeft uitwerking met ingang van de eerste dag van de maand die volgt op de datum waarop de herziening gevraagd werd door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger. »

Art. 10. In hoofdstuk XII van de enige bijlage bij hetzelfde ministerieel besluit wordt punt 119 vervangen door wat volgt :

« 119. Als de gebruiker of zijn vertegenwoordiger met het oog op de verlenging een aanvraagformulier bij de zorgkas indient, dan deelt de zorgkas schriftelijk haar beslissing over de verlenging mee binnen de 60 dagen. Zolang er geen beslissing is, kunnen er geen tenlastenemingen uitgevoerd worden. Indien een zorgkas geen beslissing kan nemen binnen de 60 dagen bij gebrek aan een bewijs van het langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen, dan brengt ze de gebruiker of zijn vertegenwoordiger hiervan schriftelijk op de hoogte. Ze vermeldt dat de zorgkas binnen de 90 dagen na de aanvraag een negatieve beslissing zal nemen als het bewijs niet is geleverd. »

Art. 11. In hetzelfde hoofdstuk worden de punten 122bis, 122ter, 122quater en 122quinquies ingevoegd, die luiden als volgt :

« 122bis. Onverminderd de bepalingen in hoofdstuk VII kan de gebruiker ook op basis van een Kine E-attest als lijdend aan een ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen worden beschouwd, als hij op het moment van de verlenging ononderbroken gedurende minstens drie jaar over een positieve beslissing voor mantel- en thuiszorg op basis van een indicatiestelling met de BEL-schaal, zoals bedoeld in punt 73, heeft beschikt.

122ter. Het Kine E-attest dient minstens de volgende gegevens te bevatten :

- * naam, adres, geboortedatum en rijksregisternummer van de gebruiker aan wie het attest toegekend wordt;
- * naam van de instantie die het attest heeft afgeleverd;
- * de datum van toekenning van het attest;
- * de duur van de geldigheid van het attest.

122quater. De gebruiker vraagt het Kine E-attest aan bij zijn verzekeringsinstelling.

122quinquies. De punten 71 en 72 zijn eveneens van toepassing op het Kine E-attest. »

Art. 12. In hoofdstuk XV van de enige bijlage bij hetzelfde ministerieel besluit wordt punt 156 vervangen door wat volgt :

« 156. De verjaringstermijn voor het compenseren of terugvorderen van onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen bedraagt 30 jaar. »

Art. 13. In hoofdstuk XVI van de enige bijlage bij hetzelfde ministerieel besluit worden in punt 171. de woorden « en rijksregisternummer » door « of rijksregisternummer » vervangen.

Art. 14. In de enige bijlage bij hetzelfde ministerieel besluit wordt een hoofdstuk XIXbis, bestaande uit de punten 191bis tot 191quinquies, ingevoegd, dat luidt als volgt :

« Hoofdstuk XIXbis. Regularisatie

191bis. Als een persoon gebruik maakt van de regularisatiemogelijkheid, vermeld in artikel 23quater van het decreet, wordt het bedrag aan gedeerde tenlastenemingen, ingevolge de schorsing, de wachttijd of de termijn van ononderbroken aansluiting alvorens een aanvraag in te kunnen dienen, die tot en met 30 april 2006 aan die persoon zijn opgelegd naar aanleiding van een aanvraag tot tenlasteneming, uitbetaald. Dit kan pas vanaf 1 mei 2006.

191ter. De uitbetaling van de gedeerde tenlastenemingen wordt uitgevoerd door de zorgkas waarbij de persoon lid is op 1 januari 2006. Als de persoon voor 1 januari 2006 overleden is, wordt de uitbetaling uitgevoerd door de zorgkas waar de persoon lid was op het ogenblik van overlijden. In beide gevallen betaalt de zorgkas uit zonder dat een aanvraag tot regularisatie van de gedeerde tenlasteneming ingediend moet worden.

191quater. Wanneer de gebruiker overleden is en de zorgkas is niet in staat de uitbetaling van de gedeerde tenlastenemingen uit te voeren, kunnen de erfgenamen van de overledene ten laatste tot en met 31 december 2007 een aanvraag indienen met het oog op het alsnog uitbetalen van de gedeerde tenlastenemingen.

191quinquies. Voor inwoners van Brussel met een tenlasteneming moet de regularisatie van de gedeerde tenlastenemingen aangevraagd worden via het aanvraagformulier voor tenlasteneming. Deze aanvraag en de facturen die als bewijs gelden voor het bieden van de zorgverlening tijdens de maanden waarop de gedeerde tenlastenemingen betrekking hebben, worden ten laatste tot en met 31 december 2007 bij de zorgkas ingediend. »

Art. 15. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 mei 2006, met uitzondering van de artikelen 2, 6, 7, 9, 10 en 13 die uitwerking hebben met ingang van 1 januari 2006.

Brussel, 22 juni 2006.

I. VERVOTTE

TRADUCTION

AUTORITE FLAMANDE

F. 2006 — 2851

[C - 2006/36124]

22 JUIN 2006. — Arrêté ministériel modifiant l'annexe unique de l'arrêté ministériel du 6 janvier 2006 portant approbation du manuel de l'assurance soins

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

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

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

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 septembre 2001 concernant l'agrément, l'enregistrement, le mandat, l'affiliation, la demande et la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins, tel que modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 14 décembre 2001, 25 octobre 2002, 13 décembre 2002, 9 mai 2003, 14 novembre 2003, 2 avril 2004, 22 octobre 2004, 11 mars 2005, 2 décembre 2005 et 19 mai 2006;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 27 juillet 2004 fixant les attributions des membres du Gouvernement flamand, modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 15 octobre 2004 et 23 décembre 2005;

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

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 1 juin 2006;

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

Vu l'urgence;

Considérant que les dispositions relatives à l'amende administrative entrent en vigueur à partir du 1^{er} mai 2006, et qu'il y a lieu à ce moment de déterminer à quelles personnes une amende administrative doit être imposée, qu'il y a lieu d'assurer dans les plus brefs délais aux caisses d'assurance soins et aux justiciables la clarté quant à l'application de l'amende administrative dans le cadre de l'assurance soins; qu'il y a lieu d'assurer dans les plus brefs délais aux caisses d'assurance soins et aux justiciables la clarté quant aux critères d'application de l'amende administrative,

Arrête :

Article 1^{er}. Dans le chapitre II de l'annexe unique de l'arrêté ministériel du 6 janvier 2006 portant approbation du manuel de l'assurance soins, le point 11 est remplacé par ce qui suit :

« 11. L'affilié paie sa cotisation annuelle due dans l'année en cours à sa caisse d'assurance soins. Les cotisations doivent être sur le compte de la caisse d'assurance soins au plus tard le 30 avril. La caisse assurance soins peut mentionner seulement le 30 avril comme date limite de paiement de la cotisation dans la lettre d'invitation à payer la cotisation. »

Art. 2. Il est ajouté au chapitre II de l'annexe unique du même arrêté ministériel les points 13bis, 13ter, 13quater et 13quinquies, rédigés comme suit :

« 13bis. Lors de la perception d'une cotisation, le montant perçu est attribué à la dernière année pour laquelle aucun montant ou un montant non intégral a été payé.

13ter. La caisse d'assurance soins est obligée de réclamer annuellement les cotisations dues pour les années précédentes, sauf pour les années pour lesquelles le Vlaams Zorgfonds a infligé une amende administrative.

15quater. L'invitation à payer ces cotisations doit comporter au moins les informations suivantes :

* les montants demandés dans le cadre de l'assurance soins et, par montant, la période pour laquelle ce montant est demandé;

* les sanctions en cas de non-paiement, de paiement partiel ou tardif des cotisations obligatoires : une amende administrative, majorée des cotisations dues pour les périodes en question, la suspension et la période d'attente;

* si un affilié se considère incapable de payer la cotisation, il peut demander au C.P.A.S. de payer à sa place la cotisation à la caisse d'assurance soins. Toutefois, le C.P.A.S. n'est pas obligé de faire suite à la demande dudit affilié.

13quinquies. La caisse d'assurance soins ne peut pas demander des cotisations pour les années suivantes. »

Art. 3. Au chapitre III de l'annexe unique au même arrêté ministériel, les troisième, quatrième et cinquième ronds du point 28 sont remplacés par ce qui suit :

* « Personnes habitant en Flandre, qui auront 26 ans dans une année calendaire :

La première et la deuxième cotisation peuvent être payées à toute caisse d'assurance soins jusqu'au 31 décembre de l'année suivant celle où on a atteint l'âge de 26 ans, sans suspension et sans qu'elles soient prises en compte pour le calcul des trois reprises, non nécessairement consécutives, qui donnent lieu à l'imposition d'une amende administrative.

* Les personnes qui viennent habiter en Flandre au cours du premier semestre d'une année calendaire (du 1^{er} janvier au 30 juin) et qui ont atteint ou atteindront l'âge d'au moins 26 ans pendant cette année calendaire :

La première et la deuxième cotisation peuvent être payées à toute caisse d'assurance soins jusqu'au 31 décembre de l'année suivant celle où on est venu habiter en Flandre, sans suspension et sans qu'elles soient prises en compte pour le calcul des trois reprises, non nécessairement consécutives, qui donnent lieu à l'imposition d'une amende administrative.

* Les personnes qui viennent habiter en Flandre au cours du second semestre d'une année calendaire (du 1^{er} juillet au 31 décembre) et qui ont atteint ou atteindront l'âge d'au moins 26 ans pendant cette année calendaire :

Les première, deuxième et troisième cotisations peuvent être payées à toute caisse d'assurance soins jusqu'au 31 décembre de la deuxième année suivant celle où on est venu habiter en Flandre, sans suspension et sans qu'elles soient prises en compte pour le calcul des trois reprises, non nécessairement consécutives, qui donnent lieu à l'imposition d'une amende administrative.

A partir du moment où l'intéressé a payé une première cotisation, il est tenu de payer les éventuelles cotisations pour les années calendaires précédentes et en cours, au plus tard le 31 décembre de la même année. Dans l'autre cas il est suspendu (avec perte des droits).

* Les personnes qui sont exclues par une caisse d'assurance soins et qui ne changent pas de caisse d'assurance soins (par exemple, les personnes qui ne peuvent pas rester affiliées à une caisse d'assurance parce que celle-ci ne dispose plus d'un agrément; les personnes qui ne peuvent pas rester affiliées à une caisse d'assurance soins d'une mutuelle en raison de la législation MOB, etc.) :

Les cotisations pour la première et la deuxième année après l'exclusion par la caisse d'assurance soins peuvent être payées à toute caisse d'assurance soins jusqu'au 31 décembre de la deuxième année suivant l'exclusion par la caisse d'assurance soins, sans suspension et sans qu'elles soient prises en compte pour le calcul des trois reprises, non nécessairement consécutives, qui donnent lieu à l'imposition d'une amende administrative.

Art. 4. Au chapitre IV de l'annexe unique du même arrêté ministériel, le troisième rond du point 39 est remplacé par ce qui suit :

« Une personne ne peut pas introduire une demande de prise en charge si elle n'a pas payé toutes les cotisations des années précédentes. Si un formulaire de demande est introduit et si toutes les cotisations des années précédentes sont payées après cette demande, la date de paiement vaut date de demande. »

Art. 5. Il est ajouté au chapitre IV de l'annexe unique du même arrêté ministériel, les points 39bis, 39ter, 39quater, 39quinquies et 39sexies, rédigés comme suit :

« 39bis, § 1^{er}. Une amende administrative est imposée à tout affilié qui n'a pas payé la cotisation, ou ne l'a payée que partiellement ou tardivement, ce à trois reprises, non nécessairement consécutives.

L'amende est majorée des cotisations dues.

§ 2. Le Vlaams Fonds réclame simultanément l'amende administrative, majorée des cotisations dues.

Un paiement partiel de celles-ci est attribué en premier lieu au montant dû de l'amende. Dès que l'amende a été payée, elle est déduite des cotisations dues.

§ 3. Il n'est pas imposé d'amende administrative à des personnes connues auprès du Zorgfonds comme :

- 1) étant exclues d'office;
- 2) disparues.

§ 4. L'amende administrative échoit lorsqu'un affilié tel que visé à l'article 19quater 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, renonce à son affiliation auprès du Vlaams Zorgfonds avec force rétroactive dans le mois de l'invitation, par lettre recommandée, à payer l'amende administrative et les cotisations.

Les cotisations déjà payées en tout ou en partie ne peuvent pas être recouvrées.

§ 5. Dans les situations mentionnées ci-dessous, le non-paiement ou le paiement partiel ou tardif de la cotisation n'est pas pris en compte pour l'imposition d'une amende administrative :

1° l'affilié est détenu dans un établissement pénitentiaire, sans interruption et au moins du 1^{er} mars au 30 avril inclus de l'année pour laquelle la cotisation est due et n'est pas payée ou payée partiellement ou tardivement, ce qui est prouvé par une attestation de l'établissement pénitentiaire;

2° l'affilié est déclaré disparu, absent ou exclu d'office, sans interruption et au moins du 1^{er} mars au 30 avril inclus de l'année pour laquelle la cotisation est due et n'est pas payée ou payée partiellement ou tardivement, ce qui est prouvé à l'aide d'une impression du fichier électronique du registre national, d'un titre de déclaration (disparu) ou une copie du jugement du tribunal de première instance;

3° l'affilié fait l'objet d'un règlement collectif des dettes, sans interruption et au moins du 1^{er} mars au 30 avril inclus de l'année pour laquelle la cotisation est due et n'est pas payée ou payée partiellement ou tardivement. L'affilié le prouve à l'aide d'une copie du jugement du tribunal ou d'une attestation du médiateur de dettes;

4° l'affilié fait l'objet de gestion budgétaire par un Centre public d'aide sociale ou par une institution de médiation de dettes, sans interruption et au moins du 1^{er} mars au 30 avril inclus de l'année pour laquelle la cotisation est due et n'est pas payée ou payée partiellement ou tardivement. L'affilié le prouve à l'aide d'une attestation du Centre public d'aide sociale ou de l'institution agréée;

5° le non-paiement, le paiement partiel ou le paiement tardif de la cotisation résultent d'une faute de la part du Vlaams Zorgfonds, du registre national ou de la Banque Carrefour de la Sécurité sociale;

6° la non-réception ou la réception tardive de l'invitation à payer la cotisation résulte d'une faute démontrable de la caisse d'assurance soins, ce qui est prouvé par une attestation de la caisse d'assurance soins;

7° la cotisation est sur le compte de l'assurance soins au plus tard le 10 mai de l'année en cours;

8° au cours de l'année de changement de caisse d'assurance soins, si la cotisation est payée au plus tard le 31 décembre de cette année;

9° en cas de modification du numéro du registre national, si la cotisation est payée au plus tard le 31 décembre de l'année en question;

10° si, au cours de l'année pour laquelle la cotisation est due, une demande de prise en charge est introduite au plus tard le 30 avril, et la cotisation est payée avant le 31 décembre de cette année;

11° un assuré social étranger ou un assuré social belge ayant son domicile hors de la Flandre ou de Bruxelles, faisant l'objet d'une enquête sur l'affiliation obligatoire au Vlaams Zorgfonds;

12° les cotisations pour les années calendaires précédentes et en cours sont payées au plus tard le 31 décembre de la seconde année suivant l'année de la domiciliation en Flandre pour les personnes qui sont venues habiter en Flandre pendant le second semestre d'une année calendaire (du 1^{er} juillet au 31 décembre), et ayant atteint au moins l'âge de 26 ans au cours de cette année calendaire.

39ter. La non prise en compte d'au maximum deux paiements tardifs de la cotisation, pour le calcul des trois fois, non nécessairement consécutives, donnant lieu à l'application d'une amende administrative, majorée des cotisations dues pour les périodes susvisées, ne peut être appliquée après le paiement à temps et intégral de la cotisation pendant au moins cinq ans sans interruption et si toutes les cotisations dues ont été payées.

Exemples :

(a) Après non-paiement de la cotisation pendant deux ans, la cotisation est payée correctement de façon ininterrompue pendant sept ans. Les cotisations dues ne sont payées qu'au moment du paiement correct de la septième cotisation. Ce n'est qu'au moment du paiement des cotisations dues que le compteur de l'amende sera remis à "0", car les deux conditions ne seront remplies qu'à ce moment.

(b) Après non paiement de la cotisation pendant deux années, la cotisation est payée correctement pendant sept années ininterrompues. La cotisation pour l'année suivante, ainsi que toutes les cotisations dues, ne sont pas payées correctement. Le compteur de l'amende sera alors mis à « 3 ».

39quater. Dans le délai d'un mois de l'application de l'amende administrative, majorée des cotisations dues, l'intéressé peut déposer un recours auprès du Vlaams Zorgfonds au moyen du formulaire de recours, par lettre ou par fax.

Le fonctionnaire dirigeant du Vlaams Zorgfonds établit le modèle de formulaire de recours. Le formulaire de recours est disponible auprès des caisses d'assurance soins du Vlaams Zorgfonds. Il est disponible aussi sur le site web du Vlaams Zorgfonds.

Le recours est recevable :

- 1° s'il est fait usage du formulaire de recours;
- 2° si celui-ci est envoyé à temps;
- 3° si celui-ci est motivé.

Le recours interrompt le délai de paiement de l'amende administrative et des cotisations dues. Le fonctionnaire dirigeant du Vlaams Zorgfonds, sur avis de son administration, prend une décision motivée.

Si le recours est déclaré irrecevable ou non fondé, la décision du fonctionnaire dirigeant comprend un nouveau délai d'un mois pour le paiement de l'amende administrative et des éventuelles cotisations dues.

Si le recours est déclaré recevable, le Zorgfonds :

- * ajustera le compteur de l'amende;
- * percevra les cotisations dues;
- * informera la caisse d'assurance soins concernée.

39quinquies. Les caisses d'assurance soins remettent annuellement au Vlaams Zorgfonds un fichier contenant, par personne, un aperçu des cotisations perçues ou non perçues, et un compteur « 1 » pour les personnes qui n'ont pas payé, ou payé partiellement ou tardivement leur cotisation.

39sexies. Dans le cadre de la possibilité de régularisation, le non-paiement ou le paiement partiel ou tardif des cotisations n'est pas pris en compte pour l'imposition d'une amende administrative dans les situations suivantes :

1° l'affilié est détenu dans un établissement pénitentiaire, sans interruption et au moins du 1^{er} mars au 30 avril inclus, ce qui est prouvé par une attestation de l'établissement pénitentiaire;

2° l'affilié est déclaré disparu, absent ou exclu d'office, sans interruption et au moins du 1^{er} novembre 2005 au 30 avril 2006 inclus, ou exclu d'office, ce qui est prouvé à l'aide d'une impression du fichier électronique du registre national, d'un titre de déclaration (disparu) ou une copie du jugement du tribunal de première instance;

3° l'affilié fait l'objet d'un règlement collectif des dettes, sans interruption et au moins du 1^{er} novembre 2005 au 30 avril 2006 inclus. L'affilié le prouve à l'aide d'une copie du jugement du tribunal ou d'une attestation du médiateur de dettes;

4° l'affilié fait l'objet d'un encadrement budgétaire ou d'une gestion budgétaire par un Centre public d'Aide sociale ou par une institution de médiation de dettes agréée par la Communauté flamande. L'affilié le prouve à l'aide d'une attestation du Centre public d'aide sociale ou de l'institution agréée;

5° les cotisations de régularisation sont au compte de la caisse d'assurance soins au plus tard le 10 mai 2006.

6° en cas de changement de caisse d'assurance soins au 1^{er} janvier 2006, si les cotisations de régularisation sont payées au plus tard le 31 décembre 2006;

Art. 6. Au point 50 de l'annexe unique du même arrêté ministériel, dans les sous-sections II et III, les mots « ont payé la cotisation pour l'année en cours avant le 1^{er} avril ou avant l'introduction de la demande » sont supprimés.

Art. 7. Au chapitre IX de l'annexe unique du même arrêté ministériel, le point 97 est remplacé par ce qui suit :

« 97. Si la caisse d'assurance soins ne peut pas prendre une décision dans les 60 jours, manque de preuve de la capacité d'autonomie gravement réduite de longue durée, elle en informe par écrit l'utilisateur ou son mandataire. Elle annonce que la caisse d'assurance soins prendra une décision négative dans les 90 jours de la demande, si la preuve n'est pas produite.

Si l'utilisateur introduit une demande de prise en charge, démontrant qu'il a introduit une demande d'obtention d'une attestation sur la base d'allocations familiales supplémentaires, la caisse d'assurance soins n'est pas tenue de prendre une décision tant que l'attestation ne lui a pas été remise. La preuve est produite par une copie de la demande d'allocations familiales supplémentaires. »

Art. 8. Au chapitre X de l'annexe unique du même arrêté ministériel, les points 101 et 102 sont remplacés par ce qui suit :

« 101. La durée de validité maximum d'une décision positive relative aux soins de proximité et à l'aide à domicile est de trois ans, aux exceptions suivantes :

1° la durée de validité d'une attestation basée sur au moins un score B dans les soins à domicile pour les usagers n'ayant pas atteint l'âge de 75 ans au moment de la date où la décision prend effet, court au maximum jusqu'à la fin du mois de l'échéance de l'attestation, le minimum étant de six mois et le maximum de un an;

2° la durée de validité d'une attestation sur la base de l'échelle médico-sociale utilisée pour le degré d'autonomie en vue du droit à l'intervention d'intégration, à l'aide aux personnes âgées et à l'aide de tiers, court jusqu'à la fin du mois de l'échéance de l'attestation. Si l'attestation est de durée indéterminée, la décision positive est également valable pour une durée indéterminée;

3° la durée de validité basée sur une attestation d'allocations familiales supplémentaires court jusqu'à la fin du mois de l'échéance de l'attestation et au maximum jusqu'à la fin du mois où l'utilisateur atteint l'âge de 21 ans. Les prises en charge continuent après la fin du mois où l'utilisateur atteint l'âge de 21 ans, s'il est démontré qu'une demande d'intervention d'intégration a été introduite pour l'utilisateur, ce par une copie de la demande d'intervention d'intégration. Si la demande d'intervention d'intégration ne donne pas lieu à une attestation démontrant la gravité et la durée de l'autonomie réduite en vue d'une prise en charge pour des soins de proximité ou une aide à domicile, la caisse d'assurance soins recouvre les prises en charge payées à tort, effectuées après la fin du mois où l'utilisateur a atteint l'âge de 21 ans. »

Art. 9. Au chapitre XII de l'annexe unique du même arrêté ministériel, le point 116 est remplacé par ce qui suit :

« 116. La caisse d'assurance soins informe par écrit l'utilisateur ou son représentant de sa décision de révision de la prise en charge dans les 60 jours de l'introduction de la demande. Si la caisse d'assurance soins ne peut pas prendre une décision dans les 60 jours, manque de preuve de la capacité d'autonomie gravement réduite de longue durée, elle en informe par écrit l'utilisateur ou son mandataire. Elle annonce que la caisse d'assurance soins prendra une décision négative dans les 90 jours de la demande, si la preuve n'est pas produite.

Cette communication comprend, en cas de décision positive, au moins l'information communiquée lors d'une décision positive sur une demande de prise en charge. La décision positive sur la révision de la prise en charge prend effet à partir du premier jour du mois suivant la date à laquelle la révision a été demandée par l'utilisateur ou son représentant. »

Art. 10. Au chapitre XII de l'annexe unique du même arrêté ministériel, le point 119 est remplacé par ce qui suit :

« 119. Si l'utilisateur ou son représentant transmet auprès de la caisse d'assurance soins un formulaire de demande en vue de la prolongation, la caisse d'assurance soins communique sa décision relative à la prolongation dans les 60 jours. Tant qu'il n'y a pas de décision, aucune prise en charge ne peut être effectuée. Si la caisse d'assurance soins ne peut pas prendre une décision dans les 60 jours, manque de preuve de la capacité d'autonomie gravement réduite de longue durée, elle en informe par écrit l'utilisateur ou son mandataire. Elle annonce que la caisse d'assurance soins prendra une décision négative dans les 90 jours de la demande, si la preuve n'est pas produite. »

Art. 11. Dans le même chapitre, il est inséré les points 122bis, 122ter, 122quater en 122quinquies, rédigés comme suit :

« 122bis. Sans préjudice des dispositions du chapitre VII, l'utilisateur peut être considéré comme ayant une capacité d'autonomie gravement réduite de longue durée, ce sur la base d'une attestation « Kiné E », s'il a disposé, au moment de la prolongation, pendant au moins trois ans de manière ininterrompue, d'une décision positive sur les soins de proximité ou à domicile sur la base d'une indication à l'aide de l'échelle BEL telle que visée au point 73.

122ter. L'attestation « Kiné E » doit au moins contenir les données suivantes :

- * nom, adresse, date de naissance et numéro du registre national de l'utilisateur auquel l'attestation est accordée;
- * nom de l'instance qui a délivré l'attestation;
- * la date de délivrance de l'attestation;
- * la durée de validité de l'attestation.

122quater. L'utilisateur demande l'attestation « Kiné E » à sa société d'assurance.

122quinquies. Les points 71 et 72 sont également applicables à l'attestation « Kiné E ».

Art. 12. Au chapitre XV de l'annexe unique du même arrêté ministériel, le point 156 est remplacé par ce qui suit :

« 156. Le délai de prescription pour la compensation ou le recouvrement de prises en charge effectuées à tort est de 30 ans. »

Art. 13. Au chapitre XVI, point 171 de l'annexe unique du même arrêté ministériel, les mots « et le numéro du registre national » sont remplacés par les mots « ou le numéro du registre national ».

Art. 14. Il est ajouté à l'annexe unique du même arrêté ministériel un chapitre XIXbis, comprenant les points 191bis à 191quinquies, rédigés comme suit :

« Chapitre XIXbis. Régularisation

191bis. Si une personne utilise la possibilité de régularisation visée à l'article 23quater du décret, le montant des prises en charge non payées à la suite de la suspension, de la période d'attente ou du délai d'affiliation ininterrompue avant de pouvoir introduire une demande, imposés à cette personne jusqu'au 30 avril 2006 inclus, est versé. Cela n'est possible qu'à partir du 1^{er} mai 2006.

191ter. Le paiement des prises en charge non payées est effectué par la caisse d'assurance soins à laquelle la personne est affiliée au 1^{er} janvier 2006. Si la personne est décédée avant le 1^{er} janvier 2006, le paiement est effectué par la caisse d'assurance soins à laquelle la personne était affiliée au moment de son décès. Dans les deux cas, la caisse d'assurance soins paie sans qu'une demande de régularisation de la prise en charge non payée doive être introduite.

191quater. Lorsque l'usager est décédé et que la caisse assurance soins n'est pas à même d'effectuer le paiement des prises en charge non payées, les héritiers du défunt peuvent introduire une demande de paiement des prises en charge non payées jusqu'au 31 décembre 2007 au plus tard.

191quinquies. En ce qui concerne les habitants de Bruxelles bénéficiant d'une prise en charge, la régularisation des prises en charge non payées doit être demandée à l'aide du formulaire de demande de prise en charge. Ladite demande et les factures faisant preuve des soins pendant les mois auxquels se rapportent les prises en charge non payées, seront transmises auprès de la caisse d'assurance soins jusqu'au 31 décembre 2007 au plus tard.

Art. 15. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} mai 2006, à l'exception des articles 2, 6, 7, 9, 10 et 13, qui produisent leurs effets le 1^{er} janvier 2006.

Bruxelles, le 22 juin 2006.

I. VERVOTTE

ANDERE BESLUITEN — AUTRES ARRETES

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

VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE

VLAAMSE OVERHEID

Cultuur, Jeugd, Sport en Media

[C – 2006/36119]

Erkenning van een arts als controlearts inzake medisch verantwoorde sportbeoefening

Bij besluit van de secretaris-generaal van het departement van het Vlaams ministerie van Cultuur, Jeugd, Sport en Media van 10 juli 2006 wordt het volgende bepaald :

Artikel 1. Volgende controlearts wordt opnieuw erkend, voor een periode van drie jaar, als controlearts inzake medisch verantwoorde sportbeoefening :

Van Raemdonck, Steven, Brugge.

Art. 2. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 15 april 2006.