# Arrêté du Gouvernement flamand portant exécution du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins

* Datum : 05-02-2010
* Taal : Frans
* Sectie : Wetgeving
* Bron : Numac 2010035246
* Auteur : AUTORITE FLAMANDE

Le Gouvernement flamand,

Vu l'article 20 de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles;

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, 7 mai 2004, 24 juin 2005, 25 novembre 2005, 23 décembre 2005, 19 décembre 2008 et 30 avril 2009;

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;

Vu l'accord du Ministre flamand chargé du budget, donné le 11 décembre 2009;

Vu l'avis n° 47.667/3 du Conseil d'Etat, donné le 12 janvier 2010, en application de l'article 84, § 1
er, alinéa 1
er, 1°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Après délibération,

Arrête :

TITRE 1
er. - Définitions

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

1° échelle BEL : échelle d'évaluation à l'aide de laquelle sont mesurées la durée et la gravité de l'autonomie réduite, telles que visées à la réglementation sur l'aide aux familles et telles que visées à l'article 9 du décret du 30 mars 1999;

2° cotisation des membres payée : cotisation des membres dont le montant est sur le compte de la caisse d'assurance soins ou du « Vlaams Zorgfonds » (Fonds flamand d'Assurance Soins);

3° décret du 30 mars 1999 : le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins;

4° règlement CE : jusqu'au 30 avril 2010 : Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté; à partir du 1
er mai 2010 : Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale;

5° indicateur mandaté : une organisation, une structure ou un prestataire de soins professionnel autorisé à déterminer la gravité et la durée de l'autonomie réduite d'une personne, visée à l'article 9 du décret du 30 mars 1999;

6° indication : la détermination de la gravité et de la durée de l'autonomie réduite, visée à l'article 2, 2°, du décret du 30 mars 1999;

7° échelle de Katz dans les soins à domicile : échelle d'évaluation pour mesurer l'autonomie réduite, utilisée pour calculer les interventions dans les prestations, visées à l'article 34, 1°, b, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

8° échelle de Katz dans un établissement de soins : échelle d'évaluation pour mesurer l'autonomie réduite, utilisée pour calculer les interventions dans les prestations, visées à l'article 34, 11° et 12°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

9° cotisation des membres : la cotisation, visée à l'article 9 de 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;

10° fonctionnaire dirigeant : le fonctionnaire dirigeant du « Vlaams Zorgfonds »;

11° soins de proximité et soins à domicile : forme de soins où l'aide et les services non médicaux sont fournis par une structure de soins non résidentielle, un prestataire de soins professionnel ou un intervenant de proximité;

12° Ministre : le Ministre flamand chargé de l'assistance aux personnes;

13° soins résidentiels : forme de soins où l'aide et les services non médicaux sont fournis par une structure agréée en tant que centre de services de soins et de logement, maison de repos et de soins ou maison de soins psychiatrique ou par une structure y assimilée;

14° prise en charge : la prise en charge des frais, visés à l'article 6, § 1
er, du décret du 30 mars 1999;

15° « Vlaamse Zorgkas » : la caisse d'assurance soins, créée par le « Vlaams Zorgfonds » en vertu de l'article 14, alinéa trois, du décret du 30 mars 1999;

16° caisse d'assurance soins : une caisse d'assurance soins agréée en vertu de l'article 15 du décret du 30 mars 1999 ou la « Vlaamse Zorgkas »;

17° forme de soins : l'aide et les services non médicaux fournis par, soit une structure de soins résidentielle, soit une structure de soins non résidentielle, un prestataire de soins professionnel ou un intervenant de proximité.

TITRE 2. - L'affiliation à l'assurance soins flamande

CHAPITRE 1
er. - Affiliation

Section 1
re. - Affiliation obligatoire

Art. 2. § 1
er. Toute personne, visée à l'article 4, § 1
er, alinéa premier, du décret du 30 mars 1999, doit s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix à partir de l'année dans laquelle elle atteint l'âge de 26 ans. Lorsque cette personne ne s'affilie pas avant le 1
er juillet de l'année dans laquelle elle atteint l'âge de 26 ans, elle est affiliée d'office à la « Vlaamse Zorgkas » à partir du 1
er janvier de l'année dans laquelle elle aurait dû s'affilier.

Les première et deuxième cotisations des membres peuvent être payées jusqu'au 31 décembre de l'année suivant l'année dans laquelle la personne a atteint l'âge de 26 ans, sans que la personne n'encoure une suspension avec perte de droits, telle que visée à l'article 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 21bis du décret du 30 mars 1999. Le Ministre peut fixer les modalités relatives au paiement des première et deuxième cotisations des membres.

§ 2. Toute personne venant habiter en région linguistique néerlandaise et ayant atteint au moins l'âge de 26 ans, doit s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix. L'affiliation est obligatoire à partir du 1
er janvier de l'année dans laquelle cette personne vient habiter en région linguistique néerlandaise. Lorsque cette personne ne s'affilie pas à une caisse d'assurance soins de son choix dans les six mois après qu'elle est venue habiter en région linguistique néerlandaise, elle est affiliée d'office à la « Vlaamse Zorgkas » à partir du 1
er janvier de l'année dans laquelle elle aurait dû s'affilier.

Les personnes venant habiter en région linguistique néerlandaise pendant la première moitié d'une année calendaire, peuvent payer les première et deuxième cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de l'année suivant celle dans laquelle elles sont venues y habiter, sans que ces personnes n'encourent une suspension avec perte de droits, telle que visée à l'article 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 21bis du décret du 30 mars 1999. Le ministre peut fixer les modalités relatives au paiement des première et deuxième cotisations des membres.

Les personnes venant habiter en région linguistique néerlandaise pendant la deuxième moitié d'une année calendaire, peuvent payer les première, deuxième et troisième cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de la deuxième année suivant celle dans laquelle elles sont venues y habiter, sans que ces personnes n'encourent une suspension avec perte de droits, telle que visée à l'article 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 21bis du décret du 30 mars 1999. Le ministre peut fixer les modalités relatives au paiement des première, deuxième et troisième cotisations des membres.

§ 3. Toute personne, visée à l'article 4, § 2, alinéa premier, du décret du 30 mars 1999, étant assuré social belge de son propre droit en raison de son emploi actuel ou antérieur en région linguistique néerlandaise, et ayant atteint au moins l'âge de 26 ans, doit s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix.

Les personnes, visées à l'alinéa premier, peuvent payer les cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de la deuxième année suivant la date où le « Vlaams Zorgfonds » a reçu le fichier de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, où ces personnes sont reprises pour la première fois, sans que ces personnes n'encourent une suspension avec perte de droits, telle que visée à l'article 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 21bis du décret du 30 mars 1999.

Le Ministre fixe les modalités relatives à l'affiliation et la preuve relative à la qualité d'assuré social belge.

§ 4. Toute personne, visée à l'article 4, § 2, alinéa deux, du décret du 30 mars 1999, ayant atteint au moins l'âge de 26 ans, doit s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix.

Les personnes, visées à l'alinéa premier, peuvent payer les cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de la deuxième année suivant la date où le « Vlaams Zorgfonds » a reçu le fichier de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, où ces personnes sont reprises pour la première fois, sans que ces personnes n'encourent une suspension avec perte de droits, telle que visée à l'article 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 21bis du décret du 30 mars 1999.

Le Ministre fixe les modalités relatives au délai d'affiliation, la notion d'emploi, la preuve relative à la qualité d'assuré social belge, et la qualité de la personne habitant en région française ou germanophone de la Belgique, et qui a fait appel à son droit de libre circulation de travailleurs ou à la liberté d'établissement, et la preuve y afférente.

§ 5. Toute personne, visée à l'article 4, § 2, alinéa sept, du décret du 30 mars 1999, ayant atteint au moins l'âge de 26 ans, doit s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix.

Les délais d'affiliation, visés au paragraphe 3 ou 4, s'appliquent.

Le Ministre fixe les modalités relatives à l'affiliation des personnes à charge.

Section 2. - Affiliation volontaire

Art. 3. § 1
er. Toute personne, visée à l'article 4, § 1
er, alinéa deux, du décret du 30 mars 1999, peut s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix à partir du 1
er janvier de l'année dans laquelle elle atteint l'âge de 26 ans.

Les première et deuxième cotisations des membres peuvent être payées jusqu'au 31 décembre de l'année suivant l'année dans laquelle la personne a atteint l'âge de 26 ans, sans que cette personne n'encoure une suspension avec perte de droits, telle que visée à l'article 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 21bis du décret du 30 mars 1999. Le Ministre peut fixer les modalités relatives au paiement des première et deuxième cotisations des membres.

§ 2. Toute personne venant habiter dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale et ayant atteint au moins l'âge de 26 ans, peut s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix. L'affiliation est possible à partir du 1
er janvier de l'année dans laquelle cette personne vient habiter dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Les personnes venant habiter dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale au cours de la première moitié d'une année calendaire, peuvent payer les première et deuxième cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de l'année suivant l'année dans laquelle elles sont venues y habiter, sans que ces personnes n'encourent une suspension avec perte de droits, telle que visée à l'article 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 21bis du décret du 30 mars 1999. Le ministre peut fixer les modalités relatives au paiement des première et deuxième cotisations des membres.

Les personnes venant habiter dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale au cours de la deuxième moitié d'une année calendaire, peuvent payer les première, deuxième et troisième cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de la deuxième année suivant l'année dans laquelle elles sont venues y habiter, sans que ces personnes n'encourent une suspension avec perte de droits, telle que visée à l'article 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 21bis du décret du 30 mars 1999. Le Ministre peut fixer les modalités relatives au paiement des première, deuxième et troisième cotisations des membres.

§ 3. Toute personne, visée à l'article 4, § 2, alinéa quatre, du décret du 30 mars 1999, étant assuré social belge de son propre droit en raison de son emploi actuel ou antérieur dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, et ayant atteint au moins l'âge de 26 ans, peut s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix.

Les personnes, visées à l'alinéa premier, peuvent payer les cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de la deuxième année suivant la date où le « Vlaams Zorgfonds » a reçu le fichier de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, où ces personnes sont reprises pour la première fois, sans que ces personnes n'encourent une suspension avec perte de droits, telle que visée à l'article 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 21bis du décret du 30 mars 1999.

Le Ministre fixe les modalités relatives à l'affiliation et la preuve relative à la qualité d'assuré social belge.

§ 4. Toute personne, visée à l'article 4, § 2, alinéa cinq, du décret du 30 mars 1999, ayant atteint au moins l'âge de 26 ans, peut s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix.

Les personnes, visées à l'alinéa premier, peuvent payer les cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de la deuxième année suivant la date où le « Vlaams Zorgfonds » a reçu le fichier de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, où ces personnes sont reprises pour la première fois, sans que ces personnes n'encourent une suspension avec perte de droits, telle que visée à l'article 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 21bis du décret du 30 mars 1999.

Le Ministre fixe les modalités relatives à l'affiliation, la notion d'emploi, la qualité d'assuré social belge et la preuve y afférente, et la qualité de la personne habitant en région française ou germanophone de la Belgique, et qui a fait appel à son droit de libre circulation ou à la liberté d'établissement, et la preuve y afférente.

§ 5. Toute personne, visée à l'article 4, § 2, alinéa sept, du décret du 30 mars 1999, ayant atteint au moins l'âge de 26 ans, peut s'affilier à une caisse d'assurance soins.

Les délais d'affiliation, visés aux paragraphes 3 et 4, s'appliquent.

Le Ministre fixe les modalités relatives à l'affiliation des personnes à charge.

§ 6. La disposition de l'article 3, § 3, s'applique aux militaires belges, ou aux militaires belges retraités résidant dans un autre Etat membre de l'UE ou de lEEE, ou en Suisse en raison d'une mission à l'étranger.

Dans le présent paragraphe, on entend par militaire belge : militaire rémunéré par le Ministère belge de la Défense.

§ 7. Toute personne, visée aux paragraphes 1
er à 6 inclus, s'affiliant en dehors des périodes, visées aux paragraphes 1
er à 6 inclus, est affiliée tardivement. L'affiliation tardive prend cours à partir du 1
er janvier de l'année dans laquelle la première cotisation des membres est payée. Dans ce cas, le délai d'affiliation ininterrompue, visée à l'article 5, 6°, du décret du 30 mars 1999, s'applique. La suspension avec perte de droits, visée à l'article 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, est également imposée en cas d'affiliation tardive pour les années pour lesquelles la personne aurait pu s'affilier et ne l'a pas fait.

Section 3. - Interdiction d'affiliation

Art. 4. § 1
er. Toute personne, visée à l'article 4, § 1
er, alinéa trois, du décret du 30 mars 1999, ne peut s'affilier à l'assurance soins flamande.

La disposition à l'alinéa premier s'applique également aux étudiants provenant d'un Etat membre de l'UE ou de l'EEE autre que la Belgique, ou de la Suisse.

§ 2. Toute personne, visée à l'article 4, § 1
er, alinéas premier et deux, du décret du 30 mars 1999, pouvant, de son propre droit ou en raison de sa qualité de personne à charge, invoquer une convention internationale ou un protocole l'exemptant de charges sociales dans les états contractants, ne peut s'affilier à l'assurance soins flamande.

§ 3. Les personnes, visées à l'article 4, § 3, du décret du 30 mars 1999, ne peuvent pas non plus s'affilier à une caisse d'assurance soins.

§ 4. Le Ministre fixe les modalités relatives à la présente interdiction d'affiliation et le remboursement des cotisations des membres.

Le Ministre fixe également comment la preuve peut être fournie qu'une personne a la qualité d'assuré social dans un autre Etat membre.

Art. 5. Toute personne, visée à l'article 4, acquérant la qualité d'une personne visée à l'article 2 ou 3, peut payer les première et deuxième cotisations des membres jusqu'au 31 décembre inclus de l'année après la date du changement de sa qualité, sans que cette personne n'encourt une suspension avec perte de droits, telle que visée à l'article 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, et sans que les années entrent en ligne de compte pour l'amende administrative, visée à l'article 21bis du décret du 30 mars 1999, et sans que le délai d'affiliation ininterrompue, visée à l'article 5, 6°, du décret du 30 mars 1999, s'applique.

Section 4. - Première affiliation

Art. 6. Une personne s'affilie à une caisse d'assurance soins en payant la cotisation des membres à la caisse d'assurance soins de son choix. Une personne est membre d'une caisse d'assurance soins à partir du moment que la première cotisation des membres est payée.

Le Ministre peut fixer les modalités relatives à l'affiliation.

Art. 7. Toute personne ne s'affiliant pas à la caisse d'assurance soins de son choix, est affiliée d'office, conformément à l'article 2. La « Vlaamse Zorgkas » informe la personne concernée du fait qu'elle a été affiliée d'office, et de la date à laquelle l'affiliation prend cours. Elle y joint une invitation à payer la cotisation des membres.

Tant que la personne concernée n'a pas payée la cotisation des membres à la « Vlaamse Zorgkas », elle peut s'affilier à une caisse d'assurance soins de son choix. A partir du moment qu'elle a payé une cotisation des membres à la « Vlaamse Zorgkas », elle peut uniquement changer de caisse d'assurance soins au moyen de la procédure, visée à la section 5.

Le Ministre fixe les modalités relatives à l'affiliation d'office.

Section 5. - Mutation de caisse d'assurance soins

Art. 8. Un membre peut muter de caisse d'assurance soins à partir du 1
er janvier de l'année suivant l'année dans laquelle il a communiqué l'intention de mutation. A cet effet, il remplit le formulaire de mutation prévu par le « Vlaams Zorgfonds » et il le transmet à l'autre caisse d'assurance soins au plus tard le cinq décembre de l'année en cours.

La mutation est annulée lorsque la personne révoque sa décision avant le 15 janvier de l'année suivant l'année dans laquelle elle a communiqué son intention de mutation de caisse d'assurance soins.

Une personne affiliée à une caisse d'assurance soins, établie par une mutualité, une Union nationale ou une société d'assistance mutuelle, telle que visée à l'article 14, alinéa premier, 1°, du décret du 30 mars 1999, et en même temps membre d'une mutualité n'appartenant pas à l'Union nationale ou à la société d'assistance mutuelle précitée, peut encore muter de caisse d'assurance soins, en dérogation à l'application des alinéas premier et deux.

Le Ministre fixe les modalités relatives à la mutation de caisse d'assurance soins.

CHAPITRE 2. - Cotisation des membres

Section 1
re. - Montant et perception de la cotisation des membres

Art. 9. La cotisation annuelle des membres, visée à l'article 4, § 5, du décret du 30 mars 1999, s'élève à 25 euros.

En dérogation à l'alinéa premier, la cotisation annuelle des membres s'élève à 10 euros pour les personnes, visées aux articles 2 et 3, ayant droit, au 1
er janvier de l'année calendaire précédant l'année calendaire à laquelle se rapporte la cotisation des membres, à l'intervention majorée de l'assurance ou au statut OMNIO, visé à l'article 37, § 1
er, alinéas deux et trois, et à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 10. Le membre paie sa cotisation annuelle des membres à sa caisse d'assurance soins au plus tard le 30 avril de l'année en cours.

Art. 11. Outre que la cotisation annuelle des membres, la caisse d'assurance soins réclame de ses membres annuellement les cotisations dues pour les années précédentes, sauf les cotisations des membres étant réclamées ensemble avec l'amende administrative par le « Vlaams Zorgfonds ».

Le délai de prescription pour le paiement de la cotisation des membres s'élève à trente ans.

Art. 12. Le montant perçu de cotisations des membres est attribué à l'année la plus récente pour laquelle la cotisation des membres n'a pas ou n'a pas entièrement été payée, sauf lorsqu'il s'agit de cotisations des membres dues pour des années précédentes réclamées dans le cadre d'une demande de prise en charge.

Art. 13. Le Ministre fixe les modalités relatives à la perception des cotisations des membres.

Section 2. - Rappel

Art. 14. Lorsqu'un membre ne paie pas la cotisation annuelle des membres après la première lettre d'invitation, la caisse d'assurance soins envoie un rappel au plus tard le 30 novembre de la même année calendaire, sauf lorsque la cotisation annuelle des membres avait été réclamée par lettre recommandée.

Section 3. - Lettre recommandée

Art. 15. § 1
er. Des membres n'ayant pas ou n'ayant pas entièrement payé deux cotisations des membres, non nécessairement consécutives, la caisse d'assurance soins réclame les cotisations des membres dues par lettre recommandée au plus tard le 31 mars de l'année dans laquelle la suivante cotisation des membres est due.

§ 2. Des membres, visés au paragraphe 1
er, à qui il était impossible pour la caisse d'assurance soins d'envoyer la lettre recommandée, visée au paragraphe 1
er, au plus tard le 31 mars, la caisse d'assurance soins réclame encore les cotisations des membres dues par lettre recommandée, au plus tard le 31 mars de l'année suivante.

Le Ministre fixe en quelles situations il était impossible pour la caisse d'assurance soins d'envoyer la lettre recommandée.

Art. 16. Une caisse d'assurance soins perçoit une indemnité de 5 euros par membre auquel une lettre recommandée, telle que visée à l'article 15, a été envoyée.

A cet effet, chaque caisse d'assurance soins transmet au « Vlaams Zorgfonds », selon les modalités fixées par le « Vlaams Zorgfonds » même, au plus tard le 15 mai de l'année d'envoi des lettres recommandées, les fichiers des personnes auxquelles une lettre recommandée a été envoyée.

Le « Vlaams Zorgfonds » paie l'indemnité au plus tard le 15 juin de l'année en question.

CHAPITRE 3. - Cessation de l'affiliation

Art. 17. L'affiliation prend fin le 31 décembre de l'année dans laquelle les membres s'étant affiliés obligatoirement ne relèvent plus des dispositions des articles 2 ou 3. La cotisation annuelle des membres reste due pour l'année en cours.

Art. 18. L'affiliation prend fin le 31 décembre de l'année dans laquelle les membres s'étant affiliés volontairement ne relèvent plus des dispositions des articles 2 ou 3 du présent arrêté. La cotisation annuelle des membres reste due pour l'année en cours.

Art. 19. L'affiliation prend fin rétroactivement le 31 décembre de la dernière année pour laquelle la cotisation des membres est entièrement payée lorsque les membres s'étant affiliés volontairement en font la demande.

Art. 20. L'affiliation prend fin rétroactivement et d'office pour les personnes s'étant affiliées volontairement et n'ayant pas payé ou n'ayant payé que partiellement la cotisation annuelle des membres à trois reprises. L'affiliation prend fin rétroactivement le 31 décembre de la dernière année pour laquelle la cotisation des membres est entièrement payée.

Le membre peut former opposition à cette cessation d'office de son affiliation auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle il est affilié. Le Ministre fixe les modalités relatives à la manière dont la cessation d'office ou le fait de former opposition doit se dérouler.

Art. 21. Lorsque la personne, visée à l'article 19 ou 20, s'affilie de nouveau à une caisse d'assurance soins après la cessation rétroactive de son affiliation, les articles 5, 6°, et 10, § 3, du décret du 30 mars 1999, s'appliquent toujours.

Art. 22. Les cotisations des membres d'une personne pouvant s'affilier volontairement à une caisse d'assurance soins, sont uniquement remboursées par la caisse d'assurance soins lorsque les conditions suivantes sont remplies :

1° la personne démontre ne pas être informée au moment du paiement des cotisations des membres du fait que l'affiliation est volontaire;

2° la personne introduit une demande écrite.

CHAPITRE 4. - Amende administrative

Section 1
re. - Cas dans lesquels l'amende administrative est imposée

Art. 23. Une amende administrative est imposée à chaque membre, visé à l'article 2, n'ayant pas payé ou n'ayant payé que partiellement la cotisation des membres à trois reprises, non nécessairement consécutives, conformément à l'article 21bis, § 1
er, alinéa premier, du décret du 30 mars 1999, au plus tard le 30 avril de l'année d'envoi de la lettre recommandée, visée à l'article 15.

Section 2. - Motifs d'exemption de l'amende administrative

Art. 24. Le non-paiement de la cotisation des membres ou le paiement partiel de la cotisation des membres n'est pas pris en compte pour l'imposition d'une amende administrative dans les cas cités ci-après :

1° le membre réside dans un établissement pénitentiaire au moment d'envoi de la lettre recommandée, visée à l'article 15. Une attestation de l'établissement pénitentiaire concerné en constitue la preuve;

2° le membre est déclaré disparu, absent ou exclu d'office au moment d'envoi de la lettre recommandée, visée à l'article 15. Une copie imprimée du fichier électronique du registre national, un titre de déclaration ou une copie du jugement du tribunal de première instance en constitue la preuve;

3° le membre fait l'objet d'accompagnement budgétaire ou de gestion budgétaire par un centre public d'aide sociale ou par une institution de médiation de dettes agréée par la Communauté flamande au moment d'envoi de la lettre recommandée, visée à l'article 15. Une attestation du centre public d'aide sociale ou de l'institution agréée en constitue la preuve;

4° le non-paiement ou le paiement partiel de la cotisation des membres résulte d'une faute du « Vlaams Zorgfonds », du registre national ou de la Banque Carrefour de la sécurité sociale;

5° la non-réception ou la réception tardive de la lettre recommandée, visée à l'article 15, résulte d'une faute démontrable de la caisse d'assurance soins. Une attestation de la caisse d'assurance soins en constitue la preuve;

6° le membre est un assuré social étranger ou un assuré social belge ayant son domicile hors de la région linguistique néerlandaise ou de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, faisant l'objet d'une enquête sur l'affiliation obligatoire au « Vlaams Zorgfonds »;

7° la cotisation des membres est payée sur le compte de la caisse d'assurance soins au plus tard le 10 mai de l'année d'envoi de la lettre recommandée, visée à l'article 15;

8° la caisse d'assurance soins a indûment remboursé une cotisation des membres entièrement payée.

Il n'est pas imposé d'amende administrative aux personnes connues auprès du Vlaams Zorgfonds comme :

1° étant exclues d'office;

2° disparues.

Section 3. - Procédure

Art. 25. Les caisses d'assurance soins communiquent au « Vlaams Zorgfonds » les données des personnes prises en considération pour une amende administrative. Le Ministre fixe les modalités relatives à ce sujet.

Art. 26. Le fonctionnaire, visé à l'article 2, § 1
er, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 9 juin 2006 réglant la gestion et le fonctionnement du « Vlaams Zorgfonds », impose l'amende administrative.

La personne concernée est invitée par lettre recommandée de payer l'amende administrative, le cas échéant majorée des cotisations des membres dues, dans un délai de deux mois après l'envoi de la lettre recommandée.

Un paiement partiel dans le cadre de l'amende administrative est en premier lieu attribué au montant dû de l'amende administrative. Dès que l'amende administrative est payée, les paiements supplémentaires sont déduits des cotisations des membres dues.

Section 4. - Réclamation

Art. 27. Les personnes auxquelles une amende administrative est imposée, peuvent introduire une réclamation auprès du « Vlaams Zorgfonds » dans un délai de deux mois après l'envoi de la lettre recommandée par le « Vlaams Zorgfonds », visée à l'article 26. La réclamation est uniquement recevable lorsqu'elle est motivée et lorsque toutes les pièces pertinentes y sont jointes. La réclamation est suspensive.

Le fonctionnaire dirigeant prend une décision après l'avis du « Vlaams Zorgfonds ». Le Ministre fixe les modalités relatives à la procédure de réclamation.

Section 5. - Recouvrement

Art. 28. Lorsqu'une personne ne paie pas dans le délai, visé à l'article 26, alinéa deux, l'amende administrative, le cas échéant majorée des cotisations des membres dues, dans le cadre de l'amende administrative, sera recouvrée sous contrainte.

Les données des personnes chez qui l'amende administrative, le cas échéant majorée des cotisations des membres dues, doit être recouvrée sous contrainte, sont transmises au fonctionnaire, visé à l'article 21bis, § 3 du décret du 30 mars 1999. Le Ministre fixe les modalités à ce sujet.

TITRE 3. - Prises en charge

CHAPITRE 1
er. - Conditions

Section 1
re. - Conditions de résidence

Sous-section 1
re. - Soins résidentiels

Art. 29. Afin de pouvoir prétendre à une prise en charge pour les soins résidentiels, visés à l'article 30, l'usager doit :

1° résider dans une structure résidentielle agréée par le Gouvernement flamand ou y assimilée, conformément à l'article 6, § 1
er, alinéa deux, 3°, du décret du 30 mars 1999;

2° résider dans une structure ayant introduit une demande d'agrément en tant que structure résidentielle auprès de la Communauté flamande. La caisse d'assurance soins effectue les prises en charges pour les personnes résidant dans une telle structure rétroactivement, à partir du moment que la structure est une structure résidentielle agréée.

Afin de pouvoir continuer à prétendre à une prise en charge pour les soins résidentiels, une personne doit remplir les conditions suivantes :

1° elle a une convention de résidence avec la structure lorsqu'elle réside dans un centre de services de soins et de logement ou dans une maison de repos et de soins;

2° elle est admise à une maison de soins psychiatriques et n'est pas absente pendant plus d'un mois calendaire complet.

Lorsque l'usager ne remplit plus les conditions, visées à l'alinéa deux, une demande est introduite de remplacer la forme des soins par les soins de proximité et les soins à domicile. Lorsque l'usager n'introduit pas de demande de changement de forme des soins, la caisse d'assurance soins met fin à la décision à partir du premier jour du premier mois calendaire complet de son absence.

Le Ministre fixe les modalités relatives aux conditions de prise en charge pour les soins résidentiels, visés aux alinéas premier à trois.

Art. 30. Les institutions suivantes sont considérées comme des structures résidentielles agréées ou y assimilées.

1° les centres de soins résidentiels, visés à l'article 37 du décret relatif aux services de soins et de logement du 13 mars 2009;

2° les maisons de repos et de soins agréées en vertu de l'article 5 de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de soins et de l'arrêté du Gouvernement flamand du 18 février 1997 fixant la procédure d'agrément et de fermeture des maisons de repos et de soins, des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitations protégées et des associations d'institutions et de services psychiatriques;

3° les maisons de soins psychiatriques agréées en vertu de l'article 5 de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de soins et de l'arrêté du Gouvernement flamand du 18 février 1997 fixant la procédure d'agrément et de fermeture des maisons de repos et de soins, des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitations protégées et des associations d'institutions et de services psychiatriques;

4° les structures établies en Belgique, mais non pas en région linguistique néerlandaise, offrant une aide et des prestations de services similaires aux structures, visées aux points 1°, 2° et 3°, et exerçant leurs activités de manière légitime;

5° les structures et les prestataires de soins professionnels non établis en Belgique, mais dans un Etat membre de la Communauté européenne ou de l'Espace économique européen autre que la Belgique ou en Suisse, offrant une aide et des prestations de services similaires aux structures, visées aux points 1°, 2° et 3°, et exerçant leurs activités de manière légitime au sein de l'Etat membre d'établissement.

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

Art. 31. Afin de pouvoir prétendre et de pouvoir continuer à prétendre à une prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile, l'usager ne peut résider à la date de la demande :

1° dans un établissement pénitentiaire;

2° à l'hôpital, à moins que l'indication ait lieu à un moment où l'usager réside dans son environnement familial.

Lorsque l'usager réside à l'hôpital au moment de l'indication, il peut tout de même prétendre à une prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile lorsqu'il réside dans son environnement familial à la date de la demande.

Section 2. - Condition d'autonomie gravement réduite de longue durée

Sous-section 1
re. Attestation

Art. 32. § 1
er. Au moyen d'une attestation, l'usager peut être pris en compte pour une prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile lorsqu'une des conditions suivantes est remplie :

1° au moins un score de 35 sur l'échelle BEL, constaté par les services d'aide aux familles;

2° au moins un score B sur l'échelle de Katz dans les soins à domicile;

3° au moins un score de 15 sur l'échelle médico-sociale utilisée pour évaluer le degré d'autonomie en vue d'examiner le droit aux allocations d'intégration et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées;

4° des allocations familiales supplémentaires résultant du fait d'être handicapé à plus de 66 % ainsi qu'au moins 7 points pour le degré d'autonomie dans le chef de l'enfant;

5° des allocations familiales supplémentaires résultant d'au moins 18 points sur l'échelle médico-sociale, composée des piliers P1, P2 et P3;

6° au moins un score C sur l'échelle de Katz dans un établissement de soins;

7° une attestation « Kiné E » lors d'une prolongation au moment que l'usager dispose au moins de manière ininterrompue et depuis trois ans d'une décision positive pour les soins de proximité et les soins à domicile sur la base d'une indication à l'aide de l'échelle BEL. Une telle décision positive de prolongation peut également être prolongée au moyen d'une attestation « Kiné E ».

Dans le présent paragraphe, on entend par attestation « Kiné E » : attestation dans le cadre de l'assurance maladie et invalidité obligatoire, visée à l'arrêté royal du 2 juin 1998 portant exécution de l'article 37, § 16bis, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 2. Afin d'obtenir une prise en charge pour les soins résidentiels, une attestation de résidence démontre que l'usager est atteint d'une capacité d'autonomie gravement réduite de longue durée.

L'attestation de résidence prouve la résidence dans une structure résidentielle agréée ou y assimilée. Il s'agit d'une des attestations suivantes :

a) une attestation de la structure sur lequel au moins la date d'admission est mentionnée;

b) une attestation sur la base du score sur l'échelle de Katz dans un établissement de soins;

§ 3. Le Ministre fixe les modalités relatives à l'attestation, visée aux paragraphes 1 et 2.

Sous-section 2. - Indication

Art. 33. A défaut de l'attestation, visée à la sous-section Ire, une indication indique le degré d'autonomie réduite afin d'obtenir une prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile, pour les usagers qui ont plus de cinq ans.

Art. 34. Lors de l'indication, l'usager peut être pris en compte pour une prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile lorsqu'un des critères suivants est rempli :

1° au moins 35 points sur l'échelle BEL, lorsque l'usager a dix-huit ans ou plus;

2° au moins 10 points sur le bloc ADL physique de l'échelle BEL lorsque l'usager a entre cinq et dix-huit ans.

Art. 35. Les structures suivantes sont autorisées de droit à durée indéterminée en tant qu'indicateur mandaté :

a) les centres publics d'aide sociale;

b) les services d'aide familiale et de soins à domicile complémentaires, visés à l'article 5 du décret relatif aux services de soins et de logement du 13 mars 2009;

c) les services d'assistance sociale de la mutualité, visés à l'article 14 du décret relatif aux services de soins et de logement du 13 mars 2009;

d) les centres de services locaux, visés à l'article 16 du décret relatif aux services de soins et de logement du 13 mars 2009, effectuant leurs activités principalement dans la zone bilingue de Bruxelles-Capitale;

Art. 36. Une indication effectuée dans les six mois après une indication antérieure ne remplissant pas les critères, visés à l'article 34, 1° et 2°, ne tient pas lieu de preuve démontrant la capacité d'autonomie gravement réduite de longue durée.

En dérogation à l'alinéa premier, l'indication peut tout de même tenir lieu de preuve lorsque la réindication est effectuée par la même personne qui celle ayant effectué l'indication précédente. Lorsque cette personne est dans l'incapacité d'effectuer l'indication de nouveau, l'indication doit être effectuée par un autre membre du personnel de l'indicateur mandaté concerné ou de l'organisme de contrôle. Lorsque l'indicateur mandaté concerné est dans l'incapacité d'effectuer l'indication de nouveau, suite au déménagement de la personne nécessitant des soins, l'indication peut être effectuée par un autre indicateur mandaté.

Le Ministre peut fixer les modalités relatives aux conditions auxquelles doit répondre l'indication exécutée dans les six mois, conformément à l'alinéa deux.

Art. 37. Un usager ou son représentant choisit un indicateur mandaté. Les indications sont effectuées à l'aide de l'échelle BEL par les personnes travaillant dans les structures, agissant en tant qu'indicateurs mandatés. La personne effectuant l'indication, est titulaire d'un des diplômes suivants :

1° bachelor dans la discipline des soins de santé;

2° bachelor dans la discipline du travail socio-éducatif;

3° bachelor en sciences familiales;

4° un diplôme équivalent pour le contenu et pour le niveau, assimilé par le Ministère flamand de l'Enseignement et de la Formation à un diplôme, tel que visé aux points 1°, 2° ou 3°.

L'indication est signée par la personne ayant effectuée l'indication.

Art. 38. Pour un usager n'habitant pas en région linguistique néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale et ne disposant pas d'une attestation, l'indication est effectuée conformément à l'article 37.

Le « Vlaams Zorgfonds » met le formulaire « beschrijvend verslag » (rapport descriptif) à disposition. Ce rapport descriptif est rempli par un médecin agréé au pays de résidence. L'indication a lieu sur la base du rapport descriptif rempli.

Art. 39. Le Ministre fixe les modalités relatives à l'exécution de l'indication.

Section 3. - Conditions de nature administrative

Art. 40. § 1
er. Afin de pouvoir prétendre à une prise en charge, l'usager doit :

1° avoir payé au moins une cotisation des membres due à d'une caisse d'assurance soins à la date, visée à l'article 10, § 1
er, du décret du 30 mars 1999;

2° avoir payé les cotisations des membres dues des années précédentes à la date de la demande. Lorsque tel n'est pas le cas, la caisse d'assurance soins réclame les cotisations des membres dues pour les années précédentes et attribue ces cotisations des membres, après paiement, à ces années. Le cas échéant, la caisse d'assurance soins peut percevoir les cotisations des membres dans le cadre de l'amende administrative. Lorsqu'un formulaire de demande est introduit et toutes les cotisations des membres des années précédentes sont encore payées après l'introduction de cette demande, la date de paiement vaut date de demande.

§ 2. Afin de pouvoir continuer à prétendre à une prise en charge, l'usager doit :

1° avoir payé la cotisation des membres due pour l'année en cours au plus tard le 31 décembre;

2° immédiatement faire part à la caisse d'assurance soins de toute modification de la situation ou des soins.

Le Ministre peut fixer les modalités relatives à la communication de données à la caisse d'assurance soins.

Art. 41. En dérogation à l'article 40, § 1
er, l'usager ne pouvant pas payer de cotisation des membres uniquement en raison de la condition d'âge, peut prétendre à une prise en charge lorsqu'il remplit les conditions, visées à l'article 5, points 1°, 3°, 4° et 5°, du décret du 30 mars 1999.

Pour la durée de la décision de prise en charge, l'usager, visé à l'alinéa premier, est censé être affilié à une caisse d'assurance soins de son choix, telle que visée à l'article 5, 2°, du décret du 30 mars 1999. Tant qu'il ne remplit pas la condition d'âge pour payer une cotisation des membres, il ne doit pas la payer.

La condition, visée à l'article 5, 6°, du décret du 30 mars 1999 ne s'applique pas à l'usager, tel que visé à l'alinéa premier.

CHAPITRE 2. - Demande

Art. 42. L'usager introduit une demande de prise en charge auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle il est affilié. A cet effet, il remplit le formulaire de demande mis à disposition par le « Vlaams Zorgfonds ». L'usager signe le formulaire et la caisse d'assurance soins date le formulaire de demande.

Un représentant peut agir au nom et pour le compte de l'usager. Le Ministre fixe les modalités relatives à l'intervention d'un représentant.

Une mutualité ou les structures ou les prestataires de soins professionnels agréés ou mandatés par le présent arrêté peuvent introduire une demande pour l'usager lorsqu'ils disposent de l'autorisation de l'usager ou de son représentant pour introduire la demande.

Art. 43. Les personnes, visées aux articles 2, § 4 à § 5 inclus, et 3, § 4 à § 5 inclus, peuvent introduire une demande de prise en charge à effet rétroactif au plus tôt jusqu'au jour où elles auraient dû ou pu s'affilier. La condition à ce sujet est qu'un usager ou son représentant introduise la demande auprès de la caisse d'assurance soins au plus tard le 31 décembre de la deuxième année suivant la date où le « Vlaams Zorgfonds » a reçu le fichier de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, où la personne est reprise pour la première fois.

Le Ministre peut fixer les modalités relatives au mode d'introduction de la demande.

CHAPITRE 3. - Décision sur la prise en charge

Section 1
er. - Prise de la décision

Art. 44. § 1re. Dans les soixante jours, la caisse d'assurance soins prend une décision sur la prise en charge sur la base du formulaire de demande, auquel a été joint une indication ou une attestation.

§ 2. La caisse d'assurance soins communique sa décision par écrit à l'usager ou à son représentant.

L'usager ou son représentant peut introduire une réclamation auprès du « Vlaams Zorgfonds », conformément aux dispositions du Chapitre 10.

Art. 45. Lorsque la caisse d'assurance soins ne peut prendre de décision dans les 60 jours, faute de preuve de la capacité d'autonomie gravement réduite de longue durée, elle en informe l'usager ou son représentant par écrit.

Dans ce cas, le délai de soixante jours est prorogé de trente jours.

Lorsque l'usager introduit une demande de prise en charge et démontre d'avoir 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. L'usager démontre avoir introduit la demande en présentant une copie de la demande d'allocations familiales supplémentaires.

Art. 46. Les délais dans lesquels une caisse d'assurance soins doit prendre une décision, visée aux articles 44 et 45, ne s'appliquent pas aux usagers ne résidant pas en zone linguistique néerlandaise ou dans la zone bilingue de Bruxelles-Capitale.

Art. 47. Le Ministre fixe les modalités relatives à la décision sur la prise en charge, visée aux articles 44 et 45.

Section 2. - Suspension avec perte de droits

Art. 48. Sans préjudice de l'application des articles 2 et 3, la caisse d'assurance soins suspend l'exécution des prises en charge avec perte de droits pour quatre mois, conformément à l'article 10, § 3, alinéa premier du décret du 30 mars 1999, pour chaque année que la cotisation des membres n'est pas ou n'est pas entièrement payée au plus tard le 31 décembre de cette année-là.

Art. 49. Le non-paiement, le paiement partiel ou le paiement tardif de la cotisation des membres n'est pas pris en compte pour la suspension avec perte de droits dans les situations suivantes :

1° le membre 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 pour laquelle la cotisation des membres n'est pas payée ou est payée partiellement ou tardivement. Une copie imprimée du fichier électronique du registre national, un titre de déclaration ou une copie du jugement du tribunal de première instance en constitue la preuve;

2° le non-paiement, le paiement partiel ou tardif de la cotisation des membres résulte d'une faute du « Vlaams Zorgfonds », du registre national ou de la Banque Carrefour de la sécurité sociale;

3° la non-réception ou la réception tardive de l'invitation à payer la cotisation des membres résulte d'une faute démontrable de la caisse d'assurance soins;

4° le membre est un assuré social étranger ou un assuré social belge ayant son domicile hors de la région linguistique néerlandaise ou de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, faisant l'objet d'une enquête sur l'affiliation obligatoire au « Vlaams Zorgfonds »;

5° la caisse d'assurance soins a indûment remboursé une cotisation des membres entièrement payée.

Dans le cadre de la possibilité de régularisation, visée à l'article 23quater du décret du 30 mars 1999, le non-paiement, le paiement partiel ou le paiement tardif des cotisations des membres n'est pas pris en compte pour la suspension avec perte de droits dans les cas suivants :

1° le membre est déclaré disparu, absent ou exclu d'office, sans interruption et au moins du 1
er novembre 2005 au 30 avril 2006 inclus. Une copie imprimée du fichier électronique du registre national, un titre de déclaration ou une copie du jugement du tribunal de première instance en constitue la preuve;

2° les cotisations de régularisation sont sur le compte de la caisse d'assurance soins au plus tard le 10 mai 2006;

3° en cas de changement de caisse d'assurance soins le 1
er janvier 2006, les cotisations de régularisation sont sur le compte de la caisse d'assurance soins au plus tard le 31 décembre 2006.

La suspension avec perte de droits ne vaut pas pour les années pour lesquelles la cotisation des membres n'était pas due, en application de l'article 4, § 6, du décret du 30 mars 1999.

Art. 50. La suspension avec perte de droits échoit lorsque l'usager se trouve dans une situation à considérer. Le « Vlaams Zorgfonds » en décide après l'avis de la commission de réclamation, visée à l'article 80. L'usager introduit une réclamation à cet effet. Le « Vlaams Zorgfonds » offre la possibilité d'encore payer les cotisations des membres non payées ou d'exempter l'usager entièrement ou partiellement du paiement.

Le Ministre fixe les modalités relatives à l'échéance de la suspension avec perte de droits, visée à l'alinéa premier.

Section 3. - Durée de validité

Art. 51. § 1
er. La caisse d'assurance soins décide de la durée de validité d'une décision positive.

§ 2. Pour les soins de proximité et les soins à domicile, la durée d'une décision positive est au moins de six mois et de trois ans au maximum.

En dérogation à l'alinéa premier, la durée de validité d'une décision positive pour les soins de proximité et les soins à domicile est calculée comme suit :

1° dans le cas d'au moins un score B sur l'échelle de Katz dans les soins à domicile, la durée de validité de la décision pour un usager, ayant moins de 75 ans au moment que la décision prend cours, court jusqu'à la fin du mois de l'échéance de l'attestation. La durée de validité est au moins de six mois et d'un an au maximum;

2° dans le cas d'une attestation sur la base de l'échelle médico-sociale utilisée pour le degré d'autonomie en vue d'examiner le droit à l'allocation d'intégration et l'aide aux personnes âgées, la décision court jusqu'à la fin du mois de l'échéance de l'attestation. La durée de validité est au moins de six mois. Lorsque l'attestation est de durée indéterminée, la décision positive est également valable pour une durée indéterminée;

3° dans le cas d'une attestation sur la base d'allocations familiales supplémentaires, la durée de validité de la décision court jusqu'à la fin du mois de l'échéance de l'attestation. La durée de validité est au moins de six mois et court jusqu'à la fin du mois où l'usager atteint l'âge de 21 ans au maximum. Les prises en charge continuent à être effectuées après la fin du mois où l'usager a atteint l'âge de 21 ans, lorsqu'il est démontré qu'une demande d'allocation d'intégration a été introduite pour l'usager. Une copie de la demande d'allocation d'intégration en constitue la preuve. Lorsque la demande d'allocation 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 les soins de proximité et les soins à domicile, la caisse d'assurance soins recouvre les prises en charge payées indûment, lorsqu'elles ont été effectuées après la fin du mois où l'usager a atteint l'âge de 21 ans.

§ 3. Une décision positive pour les soins résidentiels est valable à durée indéterminée.

CHAPITRE 4. - Révision, prolongation et cessation

Section 1re. Révision

Art. 52. A tout moment, l'usager ou son représentant a le droit de demander à la caisse d'assurance soins une révision de la décision positive relative à la prise en charge. La procédure pour la demande d'une prise en charge s'applique par analogie.

Lorsque la révision donne lieu à une décision positive relative à la prise en charge, cette décision prend effet à partir du premier jour du mois suivant la date à laquelle la révision a été demandée par l'usager ou par son représentant.

Le Ministre fixe les modalités relatives à la révision.

Section 2. - Prolongation

Art. 53. Avant la fin de la durée de validité de la décision de prise en charge, visée à l'article 51, § 2, la caisse d'assurance soins avertit l'usager ou son représentant du fait que l'usager doit demander la prolongation de la décision ou la caisse d'assurance soins fait part à l'usager de la décision de prolongation avant la fin de la durée de validité de la décision.

Art. 54. § 1
er. La demande de prolongation d'une décision prise antérieurement sur la base d'une indication est introduite auprès de la caisse d'assurance soins accompagné d'une attestation, d'une indication ou d'un formulaire de demande.

§ 2. Lorsque la demande de prolongation, visée au paragraphe 1
er, est introduite après l'échéance de la durée de validité de la décision précédente, la décision ne peut être prolongée.

§ 3. Lorsque l'usager ou son représentant introduit un formulaire de demande auprès de la caisse d'assurance soins en vue de la prolongation, la caisse d'assurance soins communique sa décision relative à la prolongation dans les 60 jours.

Lorsque la caisse d'assurance soins ne peut prendre de décision dans les soixante jours, faute de preuve de la capacité d'autonomie gravement réduite de longue durée, elle en informe l'usager ou son représentant par écrit. Dans ce cas, le délai de soixante jours est prorogé de 30 jours.

Tant qu'il n'y a pas de décision, aucune prise en charge ne peut être effectuée.

§ 4. La décision positive de prolongation prend effet le premier jour du mois suivant le mois dans lequel la durée de validité de la décision précédente est échue.

La procédure pour la demande d'une prise en charge s'applique par analogie à la prolongation d'une décision prise antérieurement sur la base d'une indication.

Art. 55. § 1
er. La demande de prolongation d'une décision prise antérieurement sur la base d'une attestation, est introduite auprès de la caisse d'assurance soins accompagné d'une attestation ou d'une indication.

§ 2. La décision, prise antérieurement sur la base d'une attestation, est prolongée lorsque l'attestation ou l'indication a été remise à la caisse d'assurance soins au plus tard quatre-vingt-dix jours après l'échéance de la durée de validité.

Lorsque la caisse d'assurance soins n'a pas reçu d'attestation ou d'indication dans les soixante jours après l'échéance de la durée de validité de la décision précédente, elle en fait part à l'usager ou à son représentant par écrit.

§ 3. La décision positive de prolongation prend effet le premier jour du mois suivant le mois dans lequel la durée de validité de la décision précédente est échue.

Aucune prise en charge ne peut être payée tant que la caisse d'assurance soins n'a pas pris de décision positive de prolongation.

La procédure pour la demande d'une prise en charge s'applique par analogie à la prolongation d'une décision prise antérieurement sur la base d'une attestation.

Art. 56. Les délais dans lesquels une caisse d'assurance soins doit prendre une décision sur la prolongation, visée aux articles 54 et 55, ne s'appliquent pas aux usagers ne résidant pas en zone linguistique néerlandaise ou dans la zone bilingue de Bruxelles-Capitale.

Les délais, visés aux articles 54 et 55, ne s'appliquent pas à la prolongation de la décision sur la base d'une attestation sur la base d'allocations familiales supplémentaires.

Art. 57. Le Ministre fixe les modalités relatives à la prolongation.

Section 3. - Cessation

Art. 58. La caisse d'assurance soins met fin à une décision lorsque l'usager ne remplit plus les conditions.

La décision de cessation prend effet le premier jour du mois suivant le jour où :

1° l'usager bénéficiant d'une prise en charge pour soins résidentiels ne remplit plus les conditions de résidence;

2° l'usager ne remplit plus les conditions de nature administrative;

3° la caisse d'assurance soins prend la décision de cessation, lorsqu'un usager ayant une décision positive relative aux soins de proximité et aux soins à domicile ne remplit plus la condition de capacité d'autonomie gravement réduite de longue durée.

La caisse d'assurance soins fait part de sa décision à l'usager ou à son représentant par écrit. L'usager ou son représentant peut introduire une réclamation auprès du « Vlaams Zorgfonds » contre la décision, conformément aux dispositions du Chapitre 10.

Le Ministre fixe les modalités relatives à la cessation d'une décision.

CHAPITRE 5. - Changement de forme des soins

Art. 59. L'usager, bénéficiant d'une prise en charge et souhaitant changer de forme de soins, en fait part par écrit à la caisse d'assurance soins lui-même ou via son représentant. La caisse d'assurance soins communique sa décision par écrit à l'usager ou à son représentant. La caisse d'assurance soins décide de la durée et de la validité de la décision, conformément à l'article 51.

Lorsque les soins de proximité et les soins à domicile sont remplacés par les soins résidentiels, la prise en charge pour la nouvelle forme de soins prend effet, le cas échéant à effet rétroactif, à partir du premier jour du premier mois complet que l'usager réside dans une structure résidentielle agréée ou y assimilée.

Lorsque les soins résidentiels sont remplacés par les soins de proximité et les soins à domicile, la prise en charge pour la nouvelle forme de soins prend effet, le cas échéant à effet rétroactif, à partir du premier jour du mois suivant le mois dans lequel l'usager a quitté une structure résidentielle agréée ou y assimilée.

Art. 60. Lorsqu'une demande de remplacer la forme des soins par les soins résidentiels est introduite avant qu'une décision soit prise relative à une demande antérieure pour les soins de proximité et les soins à domicile, les deux demandes peuvent être acceptées. La condition à cet effet est que la personne concernée soit admise à une structure résidentielle ayant au moins un forfait B sur l'échelle de Katz dans un établissement de soins avant le premier jour du quatrième mois après la demande pour les soins de proximité et les soins à domicile.

Art. 61. Lorsqu'un usager, lorsque les soins à domicile sont remplacés par les soins résidentiels, décède au cours du premier mois complet de résidence dans la structure résidentielle, la prise en charge pour les soins résidentiels pour le mois du décès est encore payée.

Lorsqu'un usager, lorsque les soins de proximité et les soins à domicile sont remplacés par les soins résidentiels, réside dans une structure non agréée en tant que structure résidentielle ou n'y est pas assimilée, le changement de forme de soins est refusé. Dans ce cas, la prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile court jusqu'au premier mois complet de résidence dans la structure résidentielle.

Art. 62. Le Ministre fixe les modalités relatives au changement de forme de soins.

CHAPITRE 6. - Exécution des prises en charge

Section 1re. Montant

Art. 63. La prise en charge s'élève à 130 euros par mois.

Les prises en charge pour les soins de proximité, les soins à domicile et les soins résidentiels ne sont pas cumulables.

Pour l'usager qui décède au cours d'un certain mois, la prise en charge pour le mois en question est encore exécutée.

Section 2. - Prises en charges rétroactives

Art. 64. Les prises en charge rétroactives, telles que visées à l'article 10, § 4, du décret du 30 mars 1999, sont exécutées sous les conditions suivantes :

1° les prises en charges rétroactives sont limitées à 6 mois au maximum;

2° le premier mois de la prise en charge rétroactive n'est pas exécuté. Ce délai du premier mois est compris dans la suspension avec perte de droits;

3° les prises en charge rétroactives ne sont pas exécutées sur la base d'attestations ou d'indications, qui, jointes à une demande datant d'avant le 1
er janvier 2009, ont conduit à une décision positive.

Une prise en charge est considérée comme rétroactive lorsque la date de la demande tombe dans un mois suivant la date du droit de l'ouverture d'une prise en charge, visée à l'article 10, § 1
er, 1° et 2° du décret du 30 mars 1999.

Le Ministre fixe les formalités administratives qui doivent être remplies pour effectuer le droit de prise en charge rétroactivement.

CHAPITRE 7. - Prises en charge effectuées indûment

Section 1
re.- Recouvrement

Art. 65. Une caisse d'assurance soins recouvre les prises en charges effectuées indûment de l'usager concerné. Le cas échéant, elles sont déduites de prises en charges futures qui doivent être payées à l'usager concerné.

Art. 66. La caisse d'assurance soins communique sa décision de recouvrer ou de déduire les prises en charges effectuées indûment à l'usager par écrit, avec mention de la raison de la décision. L'usager ou son représentant peut demander d'être entendu.

Art. 67. Lorsque l'usager était membre de différentes caisses d'assurance soins, la caisse d'assurance soins de laquelle l'usager était membre au moment qu'une prise en charge était effectuée indûment recouvre la prise en charge.

Lorsque l'usager a obtenu de différentes prises en charge auprès de différentes caisse d'assurance soins pendant la même période, les caisses d'assurance soins desquelles la personne concernée n'est pas membre recouvrent les montants.

Art. 68. Lorsqu'une prise en charge effectuée indûment résulte de ne pas avoir communiqué des informations délibérément ou de communications délibérément fausses par l'usager ou par son représentant, la caisse d'assurance soins peut suspendre l'exécution de la prise en charge pour six mois au maximum.

L'usager ou son représentant peut introduire une réclamation auprès du « Vlaams Zorgfonds », conformément aux dispositions du Chapitre 10.

Le Ministre fixe les modalités relatives à la présente suspension des prises en charge, visée à l'alinéa premier.

Section 2. - Limitation de recouvrement

Art. 69. Le recouvrement des prises en charges exécutées indûment est limité pour l'usager à six mois de prises en charges. La caisse d'assurance soins compense de ses propres moyens les prises en charges exécutées indûment qu'elle ne peut plus recouvrer.

Art. 70. Le recouvrement des prises en charge exécutées indûment est limité à un mois de prises en charge lorsque l'usager répond à toutes les conditions suivantes :

1° l'usager n'a pas droit aux soins de proximité ou aux soins à domicile parce que, selon le protocole de résidence, il réside à temps plein dans une structure résidentielle agréée par la « Vlaams Agentschap voor personen met een Handicap » (l'Agence flamande pour les Personnes handicapées);

2° l'usager a introduit la demande de prise en charge avant le 1
er octobre 2007 auprès de la caisse d'assurance soins.

CHAPITRE 8. - Cumul des prises en charge en ayant droit à la couverture des mêmes frais pour l'aide et les services non médicaux en vertu d'autres dispositions légales ou décrétales

Art. 71. Les personnes faisant appel au budget d'assistance personnelle n'ont pas droit à l'exécution d'une prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile.

Art. 72. Les personnes n'ont pas droit à une prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile lorsqu'elles résident, selon le protocole de résidence, à temps plein dans une des structures résidentielles suivantes, agréées par la « Vlaams Agentschap voor personen met een Handicap » :

1° les foyers pour non-travailleurs;

2° les internats;

3° les foyers pour travailleurs;

4° les centres d'observation, d'orientation et de traitement médico-psycho-pédagogiques.

Les personnes n'ont pas droit à une prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile lorsqu'elles introduisent une première demande de prise en charge ou une demande de prolongation après le 31 août 2008 et lorsqu'elles répondent à une des conditions suivantes :

1° elles sont inscrites dans un internat ou dans un centre d'accueil d'un institut médico-pédagogique de l'enseignement communautaire;

2° elles résident à temps plein dans une structure résidentielle pour personnes handicapées comparable à une des structures visées à l'alinéa premier, agréée en Belgique par une autorité autre que les autorités flamandes.

Art. 73. En dérogation à l'article 72, la prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile peut être effectuée pendant un mois lorsque la personne concernée remplit toutes les conditions suivantes :

1° elle est absente de la structure pendant plus de trente jours au cours de la période du 1
er septembre de l'année précédente au 31 août inclus;

2° elle avait droit à l'intervention pour les soins de proximité et les soins à domicile le 31 août.

En dérogation à l'article 72, la prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile peut être effectuée pendant deux mois lorsque la personne concernée remplit toutes les conditions suivantes :

1° elle est absente de la structure pendant plus de cent jours au cours de la période du 1
er septembre de l'année précédente au 31 août inclus;

2° elle avait droit à l'intervention pour les soins de proximité et les soins à domicile le 31 août.

Art. 74. Le ministre fixe les modalités relatives au cumul des prises en charge en ayant droit à la couverture des mêmes frais en vertu d'autres dispositions.

CHAPITRE 9. - Contrôle de l'indication

Art. 75. Un organisme de contrôle peut contrôler le degré de nécessité de l'usager disposant d'une décision positive pour les soins de proximité et les soins à domicile.

L'organisme de contrôle procède à des contrôles d'initiative et à la demande du « Vlaams Zorgfonds ».

Le Ministre désigne l'organisme de contrôle.

Art. 76. Aux personnes effectuant les contrôles s'appliquent les mêmes exigences de diplôme qu'aux personnes effectuant les indications.

Art. 77. L'organisme de contrôle transmet le résultat de l'indication immédiatement à la caisse d'assurance soins et à l'usager ou à son représentant.

Art. 78. § 1
er. La caisse d'assurance soins prend une décision sur la base de l'indication, visée à l'alinéa 77.

Les dispositions sur la prise d'une décision par la caisse d'assurance soins, visée aux articles 44 et 51, s'appliquent par analogie.

La caisse d'assurance soins communique immédiatement sa décision à l'usager ou à son représentant.

La décision prend effet à partir du premier jour du mois suivant la date de la décision.

L'usager ou son représentant peut introduire une réclamation auprès du « Vlaams Zorgfonds » contre la décision, conformément aux dispositions du Chapitre 10.

§ 2. La décision prend effet à partir du premier jour du mois suivant la date de la décision.

§ 3. Lorsque l'usager n'est pas disponible pour un contrôle à deux reprises sans avertissement préalable ou refuse de collaborer au contrôle à deux reprises, la caisse d'assurance soins met fin à la décision.

En dérogation au paragraphe 1
er, alinéa dernier, la cessation de la décision pour indisponibilité ou refus de collaboration au contrôle prend effet le premier jour du mois suivant la date du premier contrôle.

Art. 79. Le Ministre fixe les modalités relatives à l'exécution du contrôle, visé à l'article 75.

CHAPITRE 10. - Réclamation

Section 1
re. - Commission de réclamation

Art. 80. § 1
er. Les réclamations sont présentées à l'avis d'une commission de réclamation à constituer par le Ministre. Le Ministre peut établir des chambres au sein de la commission de réclamation.

§ 2. La commission de réclamation ou, lorsqu'en application du paragraphe 1
er, alinéa deux, des chambres ont été établies, chaque chambre de la commission de réclamation, se compose d'un président et de quatre membres, et leurs suppléants. Le président et son suppléant doivent disposer d'un diplôme de docteur ou de master en droit. Parmi les autres membres au moins les qualifications suivantes sont requises :

1° docteur en médecine;

2° bachelor en nursing;

3° assistant social.

Le président et les membres de la commission de réclamation sont nommés par le Ministre pour un délai renouvelable de cinq ans.

Le secrétariat d'une chambre de la commission de réclamation est assuré par un membre du personnel du « Vlaams Zorgfonds ». Il ne dispose pas de droit de vote.

Art. 81. Une chambre de la commission de réclamation est autorisée à constater la gravité et la durée de l'autonomie réduite de l'usager.

Art. 82. La commission de réclamation règle son fonctionnement dans un règlement d'ordre intérieur à approuver par le Ministre. Lorsque de différentes chambres ont été établies au sein de la commission de réclamation, le règlement d'ordre intérieur ou sa modification est examiné au sein des chambres réunies.

Art. 83. Une chambre de la commission de réclamation peut uniquement émettre un avis valide lorsqu'au moins deux membres, ou leurs suppléants, sont présents. La commission de réclamation décide à la majorité simple. En cas de partage des voix, la voix du président ou de son suppléant est prépondérante.

Section 2. - Procédure

Art. 84. § 1
er. Un usager ou son représentant peut introduire une réclamation auprès du « Vlaams Zorgfonds » contre toute décision de la caisse d'assurance soins relative à une prise en charge.

§ 2. La réclamation est recevable lorsqu'elle remplit toutes les conditions suivantes :

1° elle est motivée;

2° toutes les pièces pertinentes y sont jointes;

3° la réclamation a été adressée par lettre recommandée au « Vlaams Zorgfonds » dans les deux mois de la réception de la décision de la caisse d'assurance soins ou y a été déposée contre récépissé dans ce délai.

Lorsque l'usager ou son représentant veut être entendu, la demande doit être faite dans la réclamation, sous peine de nullité.

Art. 85. Lorsque la réclamation est recevable, le « Vlaams Zorgfonds » transmet la réclamation à la commission de réclamation dans les quinze jours. Dans le même délai, le « Vlaams Zorgfonds » fait part à la caisse d'assurance soins de l'introduction d'une réclamation recevable. La caisse d'assurance soins peut demander d'être entendue.

Art. 86. Une chambre de la commission de réclamation rend son avis motivé au « Vlaams Zorgfonds » dans les trois mois de la réception de la réclamation.

Le fonctionnaire dirigeant prend une décision dans le délai d'un mois suivant la réception de l'avis.

Dans les huit jours, le « Vlaams Zorgfonds » adresse la décision du fonctionnaire dirigeant par lettre recommandée à l'usager ou à son représentant et à la caisse d'assurance soins en question.

Le Ministre fixe les modalités relatives à l'exécution du traitement de la réclamation.

TITRE 4. - Centres publics d'aide sociale

Art. 87. Les centres publics d'aide sociale exécutent les tâches à déterminer par le Ministre de la « Vlaamse Zorgkas » relatives à l'affiliation et aux demandes de prise en charge aux conditions à fixer par le Ministre.

TITRE 5. - Dispositions modificatives

Art. 88. Le délai d'affiliation ininterrompue, visé à l'article 5, 6°, du décret du 30 mars 1999, est de cinq ans par mesure transitoire lorsque l'usager, visé à l'article 3, s'est affilié à une caisse d'assurance soins au cours de l'année 2005 et lorsque cette affiliation n'a pas eu lieu dans les six mois après qu'il aurait pu s'affilier.

Art. 89. Les personnes, nonobstant qu'elles ne peuvent s'affilier, conformément à l'article 4, § 1
er, s'étant affiliées avant le 17 juin 2005 à une caisse d'assurance soins et bénéficiant de prises en charge en tant que retraité le 17 juin 2005, continueront à bénéficier des prises en charge en cours lorsqu'elles :

1° continuent à payer la cotisation des membres pour toute période de référence dans laquelle des prises en charge sont octroyées, même lorsqu'il ne s'agit pas d'une période de référence entière;

2° restent atteintes d'une capacité d'autonomie gravement réduite de longue durée.

Art. 90. Les personnes, visées à l'article 23quinquies, alinéa premier, du décret du 30 mars 1999, peuvent introduire la demande de prise en charge à effet rétroactif jusqu'au 1
er octobre 2001 au plus tôt.

Art. 91. 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, modifié en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 23 janvier 2009 est abrogé.

Art. 92. Le présent arrêté produit ses effets le 1
er janvier 2010.

Art. 93. Le Ministre flamand ayant l'assistance aux personnes dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 5 février 2010

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,

K. PEETERS

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

J. VANDEURZEN