

Het Kankerfonds van

Kom op tegen Kanker



Kom op tegen Kanker

Koningsstraat 217

1210 Brussel

Helpdesk Kankerfonds: 078 150 702 (van 9-12u & 13-16u)

kankerfonds@komoptegenkanker.be

VOORWAARDEN VOOR FINANCIËLE STEUN

KANKERFONDS.BE 2017-2018

Komt u in aanmerking voor financiële steun van het Kankerfonds? Lees in dit document alle voorwaarden. Patiënten kunnen zelf geen steun aanvragen, dat gebeurt via de sociale dienst van het ziekenhuis, de mutualiteit, het OCMW, het CAW, het Sociaal huis, de thuiszorgorganisatie enz.



Inhoud

KANKERFONDS: ALGEMENE INFO & VOORWAARDEN.....	3
1. INKOMENSGRENZEN	4
2. KWAADAARDIGE AANDOENING	4
3. DOMICILIE IN VLAANDEREN OF BRUSSEL	4
4. ANDERE NATIONALITEITEN	4
5. VERPLICHTE ZIEKTEVERZEKERING	5
6. HOE WERKT HET?.....	5
7. HOE WORDT DE KOSTENPERIODE BEPAALD?	5
8. WIE KOMT IN AANMERKING?	5
9. WELKE GEVOLGEN HEEFT HET OVERLIJDEN VAN EEN PATIËNT IN HET KADER VAN EEN KANKERFONDSDOSSIER?	6
10. WIE DOET DE AANVRAAG?	6
11. UITBETALING.....	6
12. REDENEN VOOR WEIGERING	6
KANKERFONDS: HANDLEIDING VOOR SOCIAAL WERKERS	8
1. REËLE NETTO INKOMENS.....	8
2. EQUIVALENT INKOMEN (EI)	9
3. WOONSITUATIE	12
4. MAANDELIJKE KOSTEN	13
5. ZIEKTEKOSTEN EN HOSPITALISATIEVERZEKERING	15
6. MAXIMUMFACTUUR.....	18
7. WAT GEBEURT ER MET EEN DOSSIER BIJ OVERLIJDEN VAN DE PATIËNT?	21
8. RICHTLIJNEN ROND VERVOLGDOSSIERS	23



Kankerfonds: algemene info & voorwaarden

Verschillende instanties in ons land bieden financiële steun aan mensen met kanker (ziekenfonds, OCMW, overheid...). Toch zijn er nog veel kankerpatiënten die tussen de mazen van het net vallen en voor wie de eigen opleg (de remgelden) een zware belasting vormt voor hun veeleer beperkt inkomen. Het Kankerfonds is een initiatief van **Kom op tegen Kanker (KOTK afgekort)** en kan mogelijks een tegemoetkoming uitkeren.

Het Kankerfonds is een sociaal fonds. Het heeft als doel mensen met een beperkt inkomen en in verhouding hoge zorgkosten financieel te steunen. In eerste instantie moet men voldoen aan de inkomensvoorwaarden. De medische kosten en niet medische kosten die naar aanleiding van de kankerbehandeling werden gemaakt, worden op jaarbasis bekeken in verhouding tot het gezinsinkomen. Als het Kankerfonds steun toekent, krijgt de betrokkene een eenmalige steun per dossier van 12 maanden ziektekosten. Het biedt geen structurele steun en is bijgevolg geen structurele aanvulling op het inkomen. Eventuele tegemoetkomingen worden berekend op basis van de zorgkosten (medisch en niet-medische) ten gevolge van kankerbehandeling.

Het Kankerfonds is een privaat fonds en kan bijgevolg enkel rechtstreeks steun aan patiënten of hun inwonende rechtspersoon/ titularis uitkeren. De begunstigde kan nooit een OCMW, voorlopig bewindvoerder, ziekenhuis, enz. zijn tenzij de patiënt begeleid wordt in een traject van officieel budgetbeheer of collectieve schuldbemiddeling. *(De wetgeving rond terugvorderings- of subrogatierecht kan worden opgevraagd via kankerfonds@komoptegenkanker.be)*

De aanvraag gebeurt door een sociale werker. Patiënten kunnen contact opnemen met de Dienst Maatschappelijk Werk van het ziekenfonds, om een dossier voor hen te openen. Ook de sociale dienst van het ziekenhuis of het OCMW kan een aanvraag doen. Tijdig hulp vragen kan financiële problemen beperken.



1. Inkomensgrenzen

Inkomensgrenzen 1 april 2017 – 31 maart 2018

Koppel	€ 2277
Koppel met 1 kind	€ 2802
Koppel met 2 kinderen	€ 3327
Koppel met 3 kinderen	€ 3852
<u>Alleenstaande</u>	<u>€ 1752</u>
Alleenstaande met 1 kind	€ 2277
Alleenstaande met 2 kinderen	€ 2802
Alleenstaande met 3 kinderen	€ 3327
Alleenstaande met 4 kinderen	€ 3852
+ € 525 per extra gezinslid	

Het betreft netto-inkomsten, liefst te bewijzen aan de hand van bankuittreksels uit de kostenperiode.

2. Kwaadaardige aandoening

Op het medisch attest dat de behandelende arts invult en ondertekent en dat als verplicht bewijsstuk bij het dossier moet worden toegevoegd, dient vermeld te worden dat het om een kwaadaardige aandoening gaat. Het is belangrijk dat de soort kanker met de ICD-9-code wordt aangegeven, samen met de datum van diagnose en het type behandeling(en).

Er zijn enkele uitzonderingen als er geen sprake is van kanker. Sommige aandoeningen worden immers kanker als men niet zou ingrijpen of worden door hun levensbedreigende karakter ook met een kankertherapie behandeld. Het gaat over polyposis coli, mensen belast met BRCA-gen, anaplastische anemie, sommige immuunziektes, dysplasieën, carcinoom in situ, enz.

Sommige uitzonderlijke hoge kosten kunnen in aanmerking komen zoals bijvoorbeeld de kosten voor tandzorg ten gevolge van de kankerbehandeling. Graag contact nemen met de helpdesk (telefoonnummer onderaan op deze pagina).

3. Domicilie in Vlaanderen of Brussel

De patiënt dient gedomicilieerd te zijn in het Vlaams of Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

4. Andere nationaliteiten

Kankerpatiënten die niet de Belgische nationaliteit bezitten, komen ook in aanmerking voor een dossier bij het Kankerfonds als ze in het wachtregister of in het vreemdelingenregister voor (on)bepaalde duur zijn ingeschreven, en als ze ook in regel zijn met de verplichte ziekteverzekering (ziekenfonds) én gedomicilieerd zijn in Vlaanderen of Brussel.



5. Verplichte ziekteverzekering

De aansluiting bij een ziekenfonds is verplicht om een aanvraag bij het Kankerfonds te kunnen doen.

6. Hoe werkt het?

De financiële steun van het Kankerfonds betaalt niet systematisch maandelijks of jaarlijks uit. De tegemoetkomingen zijn m.a.w. geen structurele steun.

De tegemoetkoming wordt berekend op basis van 1 jaar (12 maanden) zorgkosten. Indien de ziekte chronisch is, en er nog steeds zorgkosten zijn ten gevolge van kanker, kunnen er meerdere dossiers per patiënt worden ingediend. De financiële steun kan bij meerdere dossiers steeds verschillen, omdat we steeds kijken naar de verhouding inkomen versus ziektekosten. Soms komt een dossier niet in aanmerking voor steun en wordt het geweigerd (zie Redenen voor weigering).

De financiële steun van het Kankerfonds kan minimum € 250 en maximum € 1750 bedragen. Afhankelijk van de inkomensparameter (equivalent inkomen) wordt een bepaald percentage van de totale ziektekost (remgelden) uitbetaald.

Voor de uitleg over het equivalent inkomen, de percentages te bewijzen kosten in verhouding tot het inkomen én de berekening van de financiële steun verwijzen we naar Equivalent Inkomen (EI).

7. Hoe wordt de kostenperiode bepaald?

De vrijwaringsdatum (= datum opening dossier) is een belangrijke spildatum. De vrijwaringsdatum bepaalt de kostenperiode van een dossier. De vrijwaringsdatum moet steeds op de een of andere manier in de kostenperiode vallen, in het begin, in het midden of op het einde.

Voor een eerste aanvraag start de kostenperiode meestal op de datum van diagnose.

Wat als de diagnose langer dan 1 jaar in het verleden valt? De kostenperiode kan nooit vroeger beginnen dan maximum 12 maanden terug in het verleden t.o.v. de vrijwaringsdatum.

Wat als de diagnose heel recent gesteld is? Een dossier kan alvast gevrijwaard (geopend) worden. De indiening van dit dossier kan slechts gebeuren nadat de zorgkosten over een termijn van 1 jaar verzameld zijn. De kostenperiode moet in principe minimum 12 maanden zijn.

8. Wie komt in aanmerking?

Het gaat om mensen met kanker met een beperkt inkomen en met veel ziektekosten in verhouding tot het inkomen. De financiële steun van het Kankerfonds gaat vaak naar alleenstaanden of gezinnen met volgend profiel:

- een beperkt inkomen;
- één inkomen (éénverdieners);
- een langdurig vervangingsinkomen (ziekteuitkering, werkloosheidsuitkering, leefloon, invaliditeitsuitkering);
- gezinnen in een officieel budgetbeheer of met een collectieve schuldenregeling;



- patiënten met ziektekosten waarbij de hospitalisatieverzekering niet of weinig terugbetaald

9. Welke gevolgen heeft het overlijden van een patiënt in het kader van een kankerfonds dossier?

- Een dossier kan niet meer geopend worden na het overlijden van de patiënt.
- Is er al een dossier geopend en zijn er inwonende rechtspersonen (binnen of buiten het kerngezin) dan kan een dossier verder berekend worden ten gunste van de titularis. (zie Wat gebeurt er met een dossier bij overlijden van de patiënt?)
- De kostenperiode van een dossier kan enkel korter of langer zijn dan een jaar als de patiënt overleden is. Het dossier wordt verder berekend indien er inwonende rechtspersonen zijn.

10. Wie doet de aanvraag?

De aanvraag gebeurt altijd door een sociaal werker op vraag van de patiënt/ zijn vertegenwoordiger. Steunaanvragen van het Kankerfonds gebeuren via de beveiligde webapplicatie van het kankerfonds en kunnen enkel gebeuren door sociaal werkers met een login werkzaam bij volgende instanties:

- De dienst maatschappelijk werk van een ziekenfonds;
- De sociale dienst van een ziekenhuis;
- Het OCMW of Sociaal Huis van de gemeente waar de patiënt woont
- Het CAW
- Andere:
 - o De sociale werker van een bedrijf;
 - o De sociale werker van een dienst gezinszorg;
 - o De palliatieve thuiszorg.

Sommige diensten komen op huisbezoek. Dit kan handig zijn als de patiënt minder mobiel is.

11. Uitbetaling

De financiële steun kan uitbetaald worden aan de hand van:

- een overschrijving op rekeningnummer van de patiënt of inwonende rechtspersoon na overlijden of titularis als de patiënt minderjarig is.
- een circulaire cheque. Dit wordt aanvaard in zeer uitzonderlijke situaties. Het uitschrijven van een circulaire cheque brengt extra kosten met zich mee. Contacteer de helpdesk van het kankerfonds (telefoonnummer onderaan op deze pagina).

In beide gevallen kan dit anoniem indien de patiënt niet op de hoogte is van zijn diagnose of geen communicatie wenst met vermelding van het Kankerfonds of Kom op tegen Kanker. De mededeling gebeurt neutraal, onder een neutrale enveloppe met "Sociale Dienst" erop. Bij de uitbetaling is de mededeling in dit geval "gift van een werk".

12. Redenen voor weigering

Bepaalde dossiers komen niet in aanmerking voor steun en worden geweigerd.

Redenen van weigering kunnen zijn:



- het inkomen is te hoog;
- aanvraag na overlijdensdatum (alleen betreft een eerste dossier)
- geen kankerdiagnose;
- de patiënt heeft volgens de criteria te weinig ziektekosten in verhouding tot het inkomen;
- de patiënt kreeg reeds veel terugbetaald van de maximumfactuur. Zie ook pagina 18.
- de vermelde ziektekosten vallen buiten de kostenperiode van het dossier door bijvoorbeeld terugbetaling van de hospitalisatieverzekering;
- in kader van vervolgdossiers/ onvoldoende medische kosten gerelateerd aan de kankerbehandeling of geen actieve kankerbehandeling meer;
- er is geen inwonende rechtspersoon/titularis na het overlijden van de patiënt;



Kankerfonds: handleiding voor sociaal werkers

1. Reële netto inkomens

Reële inkomens zijn:

- **alle maandelijks netto-inkomens** van de patiënt + leden van het kerngezin (maak een maandgemiddelde indien het inkomen varieert tijdens de kostenperiode);
- **kindergeld**; (indien inkomsten uit leercontract gecombineerd met kinderbijslag wordt de inkomst van het leercontract niet als inkomen gerekend, en is het kind ten laste)
- **enkel structurele inkomens**, zoals loon uit arbeid, pensioen, leefloon, ziekte-of invaliditeitsuitkering, werkloosheidsuitkering, loopbaanonderbrekingsuitkering, alimentatie/onderhoudsgeld, huurinkomsten, zorgverzekering, enz.
- **niet terug vorderbaar**. (voorbeeld: voorschotten verleend door het OCMW niet inbrengen)

WAT BETEKENT HET BEGRIP 'KERNGEZIN' IN HET KANKERFONDS?

De gezinsleden (partner en kinderen ten laste) die een financiële band hebben **exclusief de patiënt(e)** noemen we in het Kankerfonds het kerngezin.

Andere personen die ingeschreven zijn op hetzelfde adres van de patiënt, maar geen financiële band hebben met de patiënt(e) en het kerngezin, noemt KOTK inwonende personen buiten het kerngezin. De inkomens van inwonende personen buiten het kerngezin worden niet bij het maandelijks netto-inkomen van de patiënt(e) en het kerngezin gerekend.

Het gaat steeds om de reële inkomens van het kerngezin en de patiënt die binnen de kostenperiode van het dossier vallen. Kies gemakkelijks halve één maand uit de kostenperiode als bewijsstuk. Heeft de patiënt of een ander gezinslid verschillende soorten inkomens gehad binnen eenzelfde kostenperiode (bijv. loon, ziekteuitkering, werkloosheidsuitkering), maak dan een gemiddelde en vermeldt dit duidelijk in de opmerkingen van het digitaal dossier.

Als bewijsstuk aanvaardt KOTK:

- bankuittreksels (=handig bewijsstuk);
- loonfiches;
- pensioenstrookje;
- bewijs van het ziekenfonds,

Belastingbrieven zijn geen ideale bewijsstukken. Ze gaan vaak te ver terug in de tijd en zijn daarom niet van toepassing op de kostenperiode van het dossier.

2. Equivalent Inkomen (EI)

WAT IS HET EQUIVALENT INKOMEN?

Het equivalent inkomen is een sociale correctiemaatregel waarbij rekening wordt gehouden met het aantal kerngezinsleden. Op die manier kan het inkomen van een gezin met 2 kinderen vergeleken worden met het inkomen van een alleenstaande. Meer uitleg over het kerngezin is te vinden onder punt 1 reële inkomens.

Het equivalent inkomen is de belangrijkste parameter die de toegang tot het kankerfonds bepaalt.

FORMULE VOOR HET BEREKENEN VAN HET EQUIVALENT INKOMEN

Equivalent inkomen = het reële inkomen gedeeld door de gezinscoëfficiënt.

Voor de gezinscoëfficiënt telt de patiënt als 1 en elk lid van het kerngezin als 0,3. Een kind met verhoogde kinderbijslag telt dubbel, dus als 0,6.

Bijvoorbeeld

Patiënte Els, partner Tom, kind Anna en kind Tim = coëfficiënt 1,9

Reëel inkomen € 2200

Equivalent inkomen € 1157,89 ($€ 2200 \div 1,9$)

Percentage 2,5 %

Kosten in euro € 28,94 (2,5 % van € 1157,89)

Kosten op jaarbasis € 342,28 ($€ 28,94 \times 12$ maanden)

PERCENTAGE ZIEKTEKOSTEN VEREIST

Vervolgens bepaalt het equivalent inkomen hoeveel ziektekosten er minimum moeten zijn om in aanmerking te komen voor een steun:

Equivalent inkomen (EI)	% te bewijzen kosten van het EI volgens de verschillende inkomenscategorieën
< € 1110	0 %
tussen 1110 en 1217	2,5 %
tussen 1217,01 en 1324	5 %
tussen 1324,01 en 1431	7,5 %
tussen 1431,01 en 1538	10 %
tussen 1538,01 en 1645	12,5 %
>1645	15 %



HOEVEEL BEDRAAGT DE UITKERING?

De steun van het kankerfonds is nooit een forfaitair bedrag, het wordt berekend op basis van 12 maanden ziektekosten in verhouding tot het inkomen.

Equivalent inkomen	% te bewijzen kosten volgens de verschillende inkomenscategorieën	Berekening van de uitkering
> € 1645	15 %	Uitkering = 20 % van het remgeld
€ 1538,01 - € 1645	12,5 %	Uitkering = 25 % van het remgeld
€ 1431,01-€ 1538	10 %	Uitkering = 25 % van het remgeld
€ 1324,01-€ 1431	7,5 %	Uitkering = 33 % van het remgeld
€ 1217,01-€ 1324	5 %	Uitkering = 33 % van het remgeld
€ 1110,01-€ 1217	2,5 %	Uitkering = 50 % van het remgeld
< € 1110	0%	Uitkering = 80 % van het remgeld

Patiënten met een equivalent inkomen onder € 1110 vallen onder de armoedegrens.

Voor deze patiënten volstaat het om 0 % (minimum € 1) ziektekosten te bewijzen, wat recht geeft op minstens de minimumsteun. Uiteraard, hoe meer ziektekosten worden bewezen, hoe groter de financiële steun zal worden.

Belangrijke info: Bij de berekening van de tussenkomst wordt er met een aantal factoren extra rekening gehouden en volgt een herberekening al dan niet ten gunste :

- Voor alleenstaanden met kinderen ten laste wordt de uitkering verhoogd met 20 %
- Om patiënten onder de armoedegrens extra te ondersteunen wordt de financiële steun nog eens met 20 % verhoogd.
- Bepaalde woonsituaties
 - Indien er een huurbedrag wordt opgegeven wordt de uitkering met 20 % verhoogd;
 - Indien er een kost is voor verblijf in een woonzorgcentrum wordt de uitkering met 20 % verhoogd;



- Indien er een aflossing van een hypothecaire lening wordt de uitkering met 20 % verhoogd;
- Indien er een eigendom is kijken we naar het kadastraal inkomen:
 - een KI van minder dan € 750: geen invloed op de berekening (bescheiden woonst);
 - een KI tussen € 750 en € 1500: de uitkering wordt met 10 % verminderd;
 - een KI hoger dan 1500: uitkering wordt met 20 % verminderd.



3. Woonsituatie

HYPOTHECAIRE LENING

-‘Eigen huis (hypothecaire lening)’. Indien er sprake is van een hypothecaire lening, dan zal er in de berekening van de financiële steun rekening worden gehouden met het bedrag van de hypothecaire lening. Het ‘niet geïndexeerd kadastraal inkomen’ dient ter info ingevuld te worden.

-‘Eigen huis (lening is afbetaald)’. We nemen enkel het ‘niet geïndexeerd kadastraal inkomen’ in de berekening op.

HUUR WONING

De huur wordt als maandbedrag ingegeven.

VERBLIJF IN EEN WOONZORGCENTRUM: RUSTOORD VOOR BEJAARDEN AFGEKORT (ROB), EEN RUST- EN VERZORGINGSTEHUIS AFGEKORT (RVT) OF SERVICEFLAT OF ZORGHUIS VOOR ALLEENSTAANDEN.

Voor een kankerpatiënt(e) die in een één van deze woonsituaties verblijft, gelden de volgende criteria: Het maandbedrag voor de huur van de kamer opgeven (kamerbedrag x een aantal dagen) onder rubriek woonsituatie: optie rusthuis. Let wel, KOTK brengt een maximum van 500 euro per maand in rekening. Maaltijden worden niet in rekening gebracht. De medische kosten op de factuur dienen via de overzichtsstaten van het ziekenfonds apart aangetoond en ingevuld worden via de rubriek ziektekosten. Als bewijsstuk aanvaardt KOTK de officiële factuur van het centrum.

De kosten van andere korte opnames zoals kortverblijf, dagopvang, herstellkuren worden aanvaard als de instelling door het RIZIV erkend is. Deze kosten vallen niet onder woonkosten maar dienen ingebracht te worden onder de rubriek ziektekosten bij de rubriek revalidatie (alle ziektekosten worden ingebracht op jaarbasis).

U kan slechts 1 woonsituatie kiezen.

WAT TE DOEN BIJ COMPLEXE WOONSITUATIES?

Complexe situaties steeds toelichten in de opmerkingen van het dossier. Hulp of overleg nodig? Contacteer onze helpdesk (telefoonnummer onderaan op deze pagina).

Basisregel: Hou rekening met het domicilieadres van de patiënt. Zie volgende voorbeeld:

Voorbeeld

Een patiënt is alleenstaand en bezit een eigen woning A en betaalt enkel nog het kadastraal inkomen. De patiënt woont echter in een RVT en verhuurt woning A.

Het adres van het RVT wordt opgegeven in het dossier en dus wordt de huur van de kamer in rekening gebracht.

Het kadastraal inkomen van woning A valt weg.

De inkomsten uit huur van woning A geeft u op onder inkomens optie “huurinkomsten”.

Met een aanmaak van een demo-dossier (naam = Demo bij indienen, wordt dit dossier verwijderd) kan je een simulatie maken en de verschillende berekeningen nader bekijken.



4. Maandelijks kosten

KOSTEN DIE IN REKENING GEBRACHT MOGEN WORDEN

Alle hieronder vermelde maandelijks kosten van het kerngezin kunnen worden ingebracht:

- Afbetaling andere leningen
- Gelieve in de opmerkingen te vermelden wat de reden van de lening is
De volgende leningen worden wel in rekening genomen:
 - o autolening;
 - o lening voor een verbouwing die nodig was door de ziekte; bijv. traplift, aanpassing douche;
 - o lening om ziektekosten (verschillend van de kostenperiode van het dossier) af te betalen;
 - o andere leningen: in overleg met de helpdesk van het Kankerfonds.
- De volgende leningen worden niet in rekening genomen:
 - o lening om op reis te gaan;
 - o leningen voor luxeproducten / consumptiegoederen
- Alimentatie/Onderhoudsgeld
KOTK spreekt over de alimentatie/onderhoudsgeld als maandelijks kost. Deze kosten worden betaald door de patiënt aan zijn ex-man of ex-vrouw. Als de patiënt de alimentatie/onderhoudsgeld nog niet heeft betaald (achterstallig) kan deze niet als kost worden ingebracht.
- Andere maandelijks kosten
Voorbeeld: Extra elektriciteitskosten door verbruik van beademingsapparatuur, huur aansluiting op personalarmsentrale.
- Opleg gezondheidszorg van ander gezinslid
Dit gaat over ziektekosten van een ander gezinslid met een chronische ziekte. (een ziekte die langer dan 6 maanden behandeling vergt)
Gebruik een overzichtstaat en deel de ziektekosten door 12 om deze als maandelijks kost te kunnen inbrengen. Graag een vermelding hierover in de opmerkingen van het dossier.
- Studiekosten
Kosten voor (kot/internaat), boeken, inschrijvingsgelden, vervoersonkosten kunnen in rekening worden gebracht. Maak een optelling van alle studiekosten op en deel door 12 om deze als maandelijks kost te kunnen inbrengen.

WELKE KOSTEN WORDEN NIET AANVAARD

De volgende kosten kunnen niet worden ingebracht:

- Nutsvoorzieningen, water, elektriciteit en gas;
- Telefoon, gsm en internet;
- Maaltijden aan huis;



- Verzekeringen;
- Verfraaiingswerken, onderhoudswerken aan huis & tuin;
- Verkeersboetes;
- Begrafeniskosten.



5. Ziektekosten en hospitalisatieverzekering

ZIEKTEKOSTEN DIE IN REKENING WORDEN GEBRACHT

Alle hieronder vermelde ziektekosten van de patiënt kunnen worden ingevoerd.

Ziekenhuisfacturen

Als bewijsstuk aanvaardt KOTK óf de volledige facturen óf een overzichtstaat van het ziekenfonds – niet beide samen. Opgelet! Hou rekening met eventueel betaalde voorschotten. Tel ze bij het factuurbedrag op.

Consultaties en andere prestaties

Als bewijsstuk aanvaardt KOTK een overzichtstaat van het ziekenfonds waarbij niet enkel nomenclatuurnummers vermeld worden maar eveneens de omschrijving van de prestatie.

- huisarts
- specialist
- kinesitherapie
- logopedie
- tandarts
- labokosten
- De inbreng van acupunctuur, homeopathie, osteopathie, chiropraxie, voedingssupplementen is beperkt tot een maximum van 4 behandelingen of 4 dosissen per jaar.

Overige ziektekosten

- Aankoopmateriaal
Materiaal dat wordt aangekocht kan voor 50 % in rekening gebracht worden. Dat gaat bijvoorbeeld over een matras, een bed, een verhoging voor het toilet enz. Graag toelichting i.v.m. de aankoop in de opmerkingen van het dossier.
- Andere ziektekosten
Bv: kinderopvang, thuisonderwijs, psychosociale hulp, etc.
- Apothekerskosten
Een overzichtslijst van de apotheker, beperkt tot de exacte kostenperiode van het dossier.
Medicijnen van de ziekenhuisfacturen blijven ondergebracht onder noemer ziekenhuisfacturen.
- Dienstencheques
De fiscale aftrekbaarheid wordt in mindering gebracht. Breng de netto kosten in. (Dienstencheques worden regelmatig duurder, check de nettoprijs van toepassing in de kostenperiode van het dossier of raadpleeg de helpdesk van het kankerfonds)



- Gezinszorg
De hulp die aangeboden wordt door de diensten Gezinszorg zoals Familiehulp, Familiezorg, Solidariteit van het gezin, enz.
Indien er een tussenkomst van het ziekenfonds is, gelieve dit in mindering te brengen.
- Huur / uitleenmateriaal
Waarborgen voor uitleenmateriaal in mindering brengen.
- Incontinentiemateriaal
- Poetshulp
Door een poetsdienst of via hulp van familie die vergoed wordt.
- Prothese
Dit kunnen alle prothesen zijn aangekocht bij een bandagist. De pruik splitsen we uit in een aparte ziektekost.
- Pruik
Opgelet: de tussenkomst van het ziekenfonds aftrekken van het in te brengen bedrag, tenzij deze tussenkomst reeds in de overzichtsstaat is verwerkt.
- Revalidatie
Alle ambulante revalidatietrajecten naar aanleiding van de kankerbehandeling: kosten worden ingebracht onder de rubriek revalidatie.
Korte opnames zoals kortverblijf, dagopvang, herstelkuren, zorghuis voor alleenstaanden, worden aanvaard onder de rubriek "revalidatie" als ze erkend worden door het RIZIV/Mutualiteit/Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.
- Sondevoeding
De verplichte ziekteverzekering betaalt bepaalde types van medische voeding terug. Het bedrag van de terugbetaling is afhankelijk van het type voeding, van het gebruikte materiaal en is in bepaalde gevallen afhankelijk van de leeftijd. (jongeren genieten een gunstiger terugbetalingstarief). Meer info te verkrijgen via de helpdesk (telefoonnummer onderaan op deze pagina) of onder het menu tiparchief op kankerfonds.be
- Verplaatsingskosten (vervoersonkosten die overblijven na officiële tussenkomsten van het RIZIV)
 - o Wanneer het gaat om verplaatsing(en) naar een ambulante behandeling OF daghospitalisatie met de eigen wagen wordt er € 0,1 per kilometer gerekend;
 - o Wanneer het gaat om een verplaatsing naar een ambulante behandeling OF daghospitalisatie OF ziekenhuisopname met de ziekenwagen wordt enkel het remgeld in rekening gebracht;
 - o De verplaatsingen met de eigen wagen van ouders die hun kind (ten laste) bezoeken bij een ziekenhuisopname kunnen in rekening worden gebracht aan € 0,1 per kilometer.



- Gezien openbaar vervoer volledig wordt terugbetaald door het ziekenfonds wordt deze kost niet in rekening gebracht.
- Vervoer voor behandelingen die plaatsvinden of plaatsgevonden hebben in België.

Zie ook: <http://www.allesoverkanker.be/sociale-voorzieningen-specifieke-tussenkomsten-ziekenfonds>

Enkele belangrijke algemene tips:

- Bepaalde ziektekosten aanvaarden we voor 50 % van de kost. De sociaal werker rekent het bedrag zelf uit en maakt er melding van in de opmerkingen van het dossier. (bijvoorbeeld aankoop matras, relaxzetel, traplift,...)
- De ingevulde ziektekosten dienen steeds binnen de kostenperiode van het dossier te vallen.
- De ziektekosten dienen reeds bewezen én betaald te zijn.

ZIEKTEKOSTEN DIE NIET AANVAARD WORDEN

Opsomming van ziektekosten die niet kunnen ingebracht worden:

- Behandelingen die niet in België plaatsvinden of plaatsgevonden hebben.
Er zijn echter enkele uitzonderingen:
 - Wanneer op basis van een medisch attest door de behandelende oncoloog blijkt dat de behandeling in België niet mogelijk blijkt of bleek te zijn;
 - Wanneer het ziekenfonds de goedkeuring geeft om de (geplande) behandeling in het buitenland uit te voeren, kunnen de behandelingskosten (remgelden) worden ingebracht. (voor patiënten die op de grens met een buurland wonen);
- Behandelingen die niet terugbetaald worden door het RIZIV. Er zijn een aantal uitzonderingen die het Kankerfonds wel aanneemt zoals bijv. preventieve borstampotatie
- Jaarlijkse bijdragen voor het ziekenfonds, de zorgverzekering, de hospitalisatieverzekering, enz;
- Je kan 4 behandelingen of dosissen complementaire of aanvullende behandelingen bij de rubriek "andere ziektekosten" inbrengen.
 - acupunctuur;
 - homeopathie;
 - osteopathie;
 - chiropraxie;
 - voedingssupplementen.

HOSPITALISATIEVERZEKERING

De terugbetalingen van de hospitalisatieverzekering tijdens de kostenperiode worden verzameld, opgeteld en apart ingebracht in het dossier. Ze worden door onze applicatie van de ziektekosten afgetrokken. Een dossier met een hospitalisatieverzekering is niet altijd een weigering. Er worden vaak kosten gemaakt die buiten deze terugbetalingen vallen zoals een groot aandeel van de medische drinkvoeding en gezinszorg.



6. Maximumfactuur

WAT IS DE MAXIMUMFACTUUR (MAF)?

De MAF biedt elk gezin de garantie dat het niet meer moet uitgeven aan kosten voor geneeskundige verzorging dan een bepaald maximumbedrag (plafond).

Als de medische kosten in de loop van het jaar het maximumbedrag bereiken, krijgt de patiënt de medische kosten boven het plafond automatisch, via het ziektefonds, terugbetaald. De patiënt hoeft hiervoor dus zelf niets te doen. Bij de eerste uitbetaling in het kader van de MAF ontvangt hij/zij een attest.

WAT IS EEN GEZIN IN KADER VAN DE MAXIMUMFACTUUR?

Alle personen die op hetzelfde officiële adres wonen, vormen een gezin. Het maakt niet uit of u gehuwd bent of samenwonend. Ook alleenstaanden worden beschouwd als een gezin voor de maximumfactuurgegevens.

WELKE KOSTEN KOMEN IN AANMERKING?

Remgeld voor verstrekkingen van artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen en andere zorgverleners, etc.

WAT BETEKENT EEN INKOMENSMAF?

Dit is de maximumfactuur in functie van het gezinsinkomen. Het remgeld boven een bepaald plafond wordt volledig terugbetaald. Dat plafond hangt af van het netto belastbaar gezinsinkomen: hoe hoger het inkomen, hoe hoger het plafond.

Inkomen B € 450 (sociale maf)

Inkomen C € 650

Inkomen D € 1000

Inkomen E € 1400

Inkomen F € 1800

Inkomen M € 350 (speciaal plafond, zie onderstaande tekst)

Inkomen N € 550 (speciaal plafond, zie onderstaande tekst)

WAT IS DE SOCIALE MAF?

Binnen het gezin kunnen personen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, hun partner en de personen ten laste genieten van de sociale MAF. Het totale maximumbedrag(plafond) van het gezin dat de verhoogde tegemoetkoming geniet is € 450.

JONGER DAN 19 JAAR?

Voor kinderen jonger dan 19 jaar is er een extra bescherming. Het maximumbedrag is in principe altijd € 650, ongeacht het gezinsinkomen. Het gaat hier om een individueel recht. Wanneer het kind in de twee voorafgaande kalenderjaren individueel telkens meer dan 450 EUR remgeld heeft betaald, wordt het maximum bedrag op € 550 gebracht.

Opmerkingen: Voor kinderen die vóór 2 juli 2002 recht hadden op verhoogde kinderbijslag is het maximumbedrag € 450.



Als het maximumbedrag van het gezin 450 EUR bedraagt, is dat bedrag uiteraard van toepassing. Meer info nodig raadpleeg de site van het RIZIV. Zie link: [http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/types-maximumfactuur-\(MAF\).aspx#.WMAUI1U1-po](http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/types-maximumfactuur-(MAF).aspx#.WMAUI1U1-po)

WAT IS MAF CHRONISCH ZIEKEN?

Het plafond van de MAF daalt met € 100 als:

De verlaging met € 100 is van toepassing op inkomens-MAF, sociale MAF, MAF jonger dan 19 jaar.

- een gezinslid tijdens het lopende kalenderjaar het statuut 'chronische aandoening' kreeg
- het totaal aan persoonlijke aandelen (remgeld) van één van de gezinsleden gedurende de 2 voorafgaande kalenderjaren telkens minimum € 450 was.

AANDEEL MAXIMUMFACTUUR IN KANKERFONDS.BE

Als de individuele tellerstand van de maximumfactuur van de patiënt zijn plafondbedrag overschrijdt, houdt KOTK rekening met het bedrag dat de patiënt al heeft teruggekregen van het ziekenfonds.

Op Kankerfonds.be moet u daarom het type MAF en de correcte individuele tellerstand van de patiënt invullen.

Aan de hand van het soort MAF, de tellerstand én de opgegeven kosten die onder de MAF-teller vallen, zal de computer berekenen of de voorlopige financiële steun gelijk blijft of lager wordt.

Hoe groter het aandeel van de patiënt boven zijn plafond, hoe kleiner de steun van het Kankerfonds. Soms kan het Kankerfonds geen steun verlenen (= weigering) omdat ná de terugbetaalde remgelden van de maximumfactuur er onvoldoende kosten overblijven in verhouding tot het inkomen.

De MAF-tellerstand van de patiënt loopt van jaar tot jaar en we proberen om deze parameter zo goed mogelijk te laten overeenstemmen met de kostenperiode van het dossier op Kankerfonds.be.

Indien de kostenperiode over twee jaar loopt, dient de tellerstand opgegeven te worden van het MAF-jaar met de langste kostenperiode:

Bijvoorbeeld

Kostenperiode 2 april 2016- 2 april 2017

MAF-jaar 2016 9 maanden kosten

MAF-jaar 2017 3 maanden kosten

Welk MAF-jaar wordt er in rekening genomen?

Het MAF-jaar met de langste kostenperiode, nl. 2016.

Indien er een gelijke verdeling is van het aantal maanden in de kostenperiode over twee jaar:



Bijvoorbeeld

Kostenperiode 01 juli 2016 – 31 juni 2017

MAF-jaar 2016 6 maanden

MAF-jaar 2017 6 maanden

Welk MAF-jaar wordt er in rekening genomen?

Kies het jaar met de laagste tellerstand van de patiënt. Dit is in zijn/haar voordeel.

Meer info nodig? Raadpleeg <http://www.allesoverkanker.be/sociale-voorzieningen-algemene-maatregelen>
of contacteer een consulent van het ziekenfonds



7. Wat gebeurt er met een dossier bij overlijden van de patiënt?

Een dossier kan verder berekend worden:

- indien er een vrijwaring gebeurde 'bij leven'.
- indien er inwonende rechtspersonen zijn binnen of buiten het kerngezin.

Opmerking: De kostenperiode van een dossier kan in deze omstandigheden korter of langer zijn dan een jaar.

WAT IS EEN TITULARIS / INWONENDE RECHTSPERSOON?

Een titularis is iemand die zich verantwoordelijk stelt voor een minderjarige patiënt.

Een titularis kan ook een inwonende rechtspersoon zijn. Dat is iemand die betrokken is geweest bij de zorg van de overleden patiënt: partner gehuwd/niet gehuwd. Familieverwantschap is geen criterium als dusdanig.

VOORWAARDE OM TITULARIS/INWONENDE RECHTSPERSOON TE KUNNEN ZIJN

De titularis dient deel uit te maken van de gezinssamenstelling, op hetzelfde adres te zijn ingeschreven als de (minderjarige) patiënt en dus op het bevolkingsuittreksel/ de gezinssamenstelling vermeld te staan. Het is niet van belang of de titularis al dan niet bij het kerngezin hoort.

Indien er sprake is van een voogd niet ingeschreven op hetzelfde adres als de minderjarige patiënt, neem dan contact op met de helpdesk van het Kankerfonds (telefoonnummer onderaan op deze pagina).

MEERDERE TITULARISSEN/INWONENDE RECHTSPERSONEN

Bij meerdere titularissen of inwonende rechtspersonen kan de financiële steun eventueel verdeeld worden over de verschillende titularissen. Neem contact op met de helpdesk van het Kankerfonds om concrete afspraken te maken (telefoonnummer onderaan op deze pagina).

DE TITULARIS/INWONENDE RECHTSPERSOON NEEMT AFSTAND VAN DE ERFENIS

Het kan voorkomen dat een titularis afstand doet van de erfenis en dus ook van de financiële steun van het Kankerfonds. In dat geval wordt het dossier als weigering afgesloten.

DE TITULARIS/INWONENDE RECHTSPERSOON VERHUIST NA OVERLIJDEN VAN DE PATIËNT

In sommige omstandigheden verhuist de titularis snel na het overlijden van de patiënt. Het nieuwe adres van de titularis zal niet meer gelijk zijn aan het oorspronkelijke adres van de patiënt. Neem in dit geval contact op met de helpdesk van het Kankerfonds (telefoonnummer onderaan op deze pagina).

DE TITULARIS/INWONENDE RECHTSPERSOON

Partner van de patiënt verblijft in een rusthuis. Adres kan aangepast worden in het dossier in het titularisvak.



ER IS GEEN TITULARIS/INWONENDE RECHTSPERSOON

De patiënt is alleenstaande en is overleden. Er kan geen financiële steun worden uitgekeerd als er geen titularis/inwonende rechtspersoon is.

De titularis kan nooit een OCMW, voorlopige bewindvoerder, ziekenhuis, enz. zijn.



8. Richtlijnen rond vervolgdossiers

WELKE PATIËNTEN KOMEN IN AANMERKING VOOR EEN VERVOLGDOSSIER?

- Patiënten met chronische kankerbehandelingen die voldoende medische en niet-medische kosten kunnen aantonen (rekening houdend met hun inkomen). Op voorwaarde dat de kosten in hoofdzaak gerelateerd zijn aan kanker.
- Kankerpatiënten, al dan niet in remissie, met zware permanente restletsels als gevolg van ingrijpende heelkunde of ernstige weefselbeschadigingen door chemo- of radiotherapie.
- Kankerpatiënten die in de palliatieve zorg terechtkomen met zowel medische als niet-medische kosten waarvoor het RIZIV nog geen volledige terugbetaling voorziet.
- Patiënten die een borstreconstructie met eigen weefsel hebben ondergaan (na borstkanker of BRCA-positief).

WELKE VERVOLGDOSSIERS WORDEN NIET MEER TOEGELATEN?

- Patiënten in remissie die weinig zorgkosten hebben gerelateerd aan de kankerpathologie, maar die door andere sociale problematieken (laag inkomen, hoge huurkost, collectieve schuldenregeling...) toch in een soort structurele kankerfondssteun verzeilen. Deze patiënten worden doorverwezen naar de wettelijke voorziene instanties.
- Kankerpatiënten met metastasen, die momenteel geen actieve behandeling krijgen (die bijvoorbeeld nog enkel controleafspraken hebben)
- Patiënten die verschillende ziekten of aandoeningen hebben waarbij de kost van de kankerbehandeling zeker niet meer de belangrijkste reden is van de ziektekosten.
- Patiënten met positief berekende dossiers in acute behandelingsfasen maar die na verloop van tijd weigering na weigering als resultaat bekomen omwille van onvoldoende zorgkosten. Deze dossiers opstarten heeft geen zin meer.

De kosten die gerelateerd zijn aan kanker moeten in alle omstandigheden als belangrijkste voorwaarde gehanteerd worden. Alle kosten worden door onze diensten nauwkeurig nagekeken en we behouden het recht om kosten te schrappen en om extra bewijsstukken of een heel dossier op te vragen.

- Zo kunnen we de kosten van dure verzorgingsproducten schrappen. Ook medicatie die duidelijk niet voor de patiënt bestemd is, zoals medicijnen voor dieren. Of indien er meer dan 4 dosissen alternatieve geneesmiddelen (zoals homeopathie) aangekocht zijn. We vragen om zelf te filteren en de lijst te herberekenen indien nodig.
- Extra bewijsstukken kunnen opgevraagd worden voor kosten die onder de ziekterubriek 'andere' staan zonder een duidelijke vermelding in de opmerkingen.
- We vragen een heel dossier op als we een aantal fouten rond de interpretatie van de criteria zien, zoals de bepaling van de kostenperiode of het aantal kerngezinsleden. Ook hoge kosten worden extra gecheckt.



Kom op tegen Kanker
Koningsstraat 217
1210 Brussel
Helpdesk Kankerfonds: 078 150 702 (van 9-12u & 13-16u)
kankerfonds@komoptegenkanker.be

We vragen om de kosten kritisch te bekijken indien nodig extra inlichtingen te vragen bij de patiënt of zijn vertegenwoordiger.

Vragen of twijfels zijn ook steeds welkom via onze helpdesk. Neem contact op met de helpdesk: 078 150 702 of kankerfonds@komoptegenkanker.be