

De Vlaamse zorgverzekering



De CM-Zorgkas is er voor u.

Inhoud

Wat is de Vlaamse zorgverzekering?	3
Wat moet ik doen om in orde te zijn met de Vlaamse zorgverzekering?	4
Moet ik aansluiten bij een zorgkas en bijdragen betalen ?	4
Wanneer moet ik de jaarbijdrage betalen?	5
Wat als ik mijn bijdrage te laat betaal?	5
Hoe kom ik in aanmerking voor een zorgvergoeding ?	6
Hoe dien ik een aanvraag in?	7
Hoe krijg ik een zorgvergoeding in een residentiële instelling?	7
Hoe krijg ik een zorgvergoeding als ik thuis verzorgd word ?	8
Hoe bewijs ik dat ik zorgbehoevend ben ?	8
Wie beslist of ik een zorgvergoeding krijg ?	9
Kan ik controle krijgen ?	9
Registratie van de mantelzorgers	10
Veel gestelde vragen	10
Hoe ontvang ik mijn zorgvergoeding?	10
Wanneer ontvang ik mijn eerste zorgvergoeding ?	10
Kan ik de vergoeding van de zorgverzekering samen ontvangen met andere vergoedingen ?	11
Wat als ik niet akkoord ga met de beslissing van de zorgkas?	11
Woont u in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ?	12
CM-Thuiszorg	13
Andere tegemoetkomingen en sociale voorzieningen	14
Contactgegevens	16

Wat is de Vlaamse zorgverzekering?

De zorgverzekering is een initiatief van de Vlaamse overheid. Ze geeft financiële steun aan zwaar zorgbehoevende personen die thuis verzorgd worden en aan personen die verblijven in een erkend woonzorgcentrum, rust- en verzorgingstehuis of psychiatrisch verzorgingstehuis.



De zorgverzekering biedt hen maandelijks een zorgvergoeding als **tegemoetkoming in de niet-medische kosten** (gezinszorg, poetshulp, aankoop hulpmiddelen, mantelzorg, verblijfskosten in een erkend woonzorgcentrum of rust- en verzorgingstehuis, ...).

De financiering van de zorgverzekering is gebaseerd op het principe van **solidariteit**. Inwoners van Vlaanderen dragen hun steentje bij met een jaarlijkse bijdrage vanaf het jaar dat ze 26 worden. Daarnaast wordt ook belastinggeld aangewend om de zorgverzekering te betalen. Inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest kunnen vrijwillig aansluiten bij de zorgverzekering. U leest daarover meer achteraan in deze brochure.

De concrete uitvoering van de zorgverzekering wordt toevertrouwd aan zorgkassen. Die staan in voor de inning van de bijdrage, de beslissing tot erkenning als zwaar zorgbehoevende en de uitbetaling van de zorgvergoeding. De CM heeft een eigen zorgkas opgericht: de **CM-Zorgkas Vlaanderen**. Ze kan gebruik maken van het uitgebreide netwerk van kantoren en diensten van de CM, om u correct en efficiënt te helpen. De CM-Zorgkas is slechts een van de vele diensten en voordelen van CM-Thuiszorg. Als CM-lid kunt u er in volle vertrouwen aansluiten. U vindt de adressen achteraan in deze brochure.

Sluit nu aan bij de CM-Zorgkas

Bent u ouder dan 25 jaar? En als CM-lid nog niet aangesloten bij de CM-Zorgkas Vlaanderen, maar wel bij een privé-zorgkas of de openbare zorgkas? Dan kunt u overstappen naar de CM-Zorgkas! Aansluiten is heel eenvoudig en kan zonder bijkomende kosten. U hoeft enkel een ingevuld mutatieformulier te bezorgen aan de CM-Zorgkas vóór 5 december. U kunt een mutatieformulier afhalen in het CM-kantoor of downloaden op www.zorgverzekering.be. Veranderen van zorgkas kan één keer per jaar en dit altijd op 1 januari van het nieuwe jaar.

Wat moet ik doen om in orde te zijn met de Vlaamse zorgverzekering?

Moet ik aansluiten bij een zorgkas en bijdragen betalen ?

Als u in **Vlaanderen** woont, dan bent u verplicht om aan te sluiten bij een erkende zorgkas, vanaf het jaar dat u 26 wordt.

De jaarbijdrage is op dit ogenblik vastgelegd op 50 euro (25 euro voor wie op 1 januari van het jaar ervoor verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering had).

Wie 26 jaar wordt of wie in Vlaanderen komt wonen, sluit zich het best zo vlug mogelijk aan, om mogelijke sancties te voorkomen.

De Vlaamse zorgverzekering is een aparte verzekering waarvan de bijdrage niet inbegrepen is in uw CM-ledenbijdrage. Voor de betaling zal geen gebruik gemaakt worden van domiciliëring.

Zorgverzekering en Europa

De zorgverzekering wordt afgestemd op de Europese regelgeving. Als gevolg daarvan mogen personen (en hun personen ten laste) die in Vlaanderen of Brussel wonen, maar sociaal verzekerd zijn in een andere lidstaat van Europa, niet aansluiten.

Anderzijds moeten personen (en hun personen ten laste) die niet in Vlaanderen of Brussel wonen, maar Belgisch sociaal verzekerd zijn op basis van tewerkstelling in Vlaanderen, wel aansluiten (zijn ze Belgisch sociaal verzekerd op basis van tewerkstelling in Brussel, dan kunnen ze vrijwillig aansluiten).

Ook EU- en niet-EU-studenten zijn vrijgesteld van aansluiting. De regelgeving zorgverzekering wordt nog regelmatig aangepast aan de Europese regelgeving. Als u daarrond vragen hebt, kunt u contact opnemen met CM-Zorgkas.



Wanneer moet ik de jaarbijdrage betalen?

Uw zorgkas int de bijdragen van de zorgverzekering in opdracht van de Vlaamse overheid. Die bepaalde dat de bijdrage voor de zorgverzekering uiterlijk op 30 april van het lopende jaar op de rekening van uw zorgkas moet staan. Hou daar zeker rekening mee bij uw betaling, want de overheid is daarin heel strikt.

Wat als ik mijn bijdrage te laat betaal?

Als u de bijdrage te laat, onvolledig of helemaal niet betaalt, dan legt de Vlaamse overheid u sancties op.

Uw bijdrage staat op 30 april niet of slechts gedeeltelijk op de rekening van uw zorgkas?

Uw zorgkas is verplicht om dat te melden aan de Vlaamse overheid. Als u drie jaar uw bijdrage niet of slechts gedeeltelijk betaalt (ook al volgen die jaren niet onmiddellijk op elkaar), dan zal het Vlaams Zorgfonds – en niet uw zorgkas – u een geldboete opleggen. Die bedraagt 250 euro (of 100 euro als u op 1 januari van het jaar voorafgaand aan het jaar waarin de administratieve boete wordt opgelegd, recht had op verhoogde tegemoetkoming).

Naast de geldboete zal het Vlaams Zorgfonds ook nog alle achterstallige bijdragen innen.

Uw bijdrage staat ook op 31 december van het lopende jaar niet of slechts gedeeltelijk op de rekening van uw zorgkas?

Voor elk jaar dat u op 31 december nog niet in orde bent, wordt uw zorgvergoeding vier maanden geschorst op het moment dat u er recht op hebt.

Hebt u financiële problemen en kunt u daardoor uw bijdrage niet (tijdig) betalen? U neemt dan het best contact op met het OCMW van uw gemeente.

Hoe kom ik in aanmerking voor een zorgvergoeding?

De zorgverzekering geeft twee soorten vergoedingen:



Zorgvorm	Bedrag
Mantel- en thuiszorg: voor zwaar zorg-behoevende personen die thuis verzorgd worden	130 euro per maand
Residentiële zorg voor alle personen die verblijven in een woonzorgcentrum , een rust-en verzorgingstehuis of een psychiatrisch verzorgingstehuis	130 euro per maand

Goed om weten is dat uw **leeftijd** geen rol speelt om recht te hebben op een zorgvergoeding. Ook wie jonger is dan 26 en aan de voorwaarden voldoet, komt ervoor in aanmerking. Met uw **inkomen** wordt ook geen rekening gehouden.

Om recht te hebben op een zorgvergoeding moet u, naast aansluiten bij een zorgkas en bijdragen betalen, voldoen aan een aantal voorwaarden. U moet o.a. :

- al uw bijdragen voor de voorbije jaren betaald hebben (en dat vanaf het jaar waarin u 26 wordt)
- de laatste vijf jaar ononderbroken in Vlaanderen of in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest gewoond hebben (woont u hier nog geen vijf jaar, dan volstaat het dat u in die periode sociaal verzekerd was in een Europees land)

Opgelet! Die voorwaarde geldt niet voor kinderen jonger dan 18 jaar.

- bewijzen dat u zorgbehoevend bent (voor mantel- en thuiszorg) of dat u verblijft in een erkend woonzorgcentrum, rust- en verzorgingstehuis of psychiatrisch verzorgingstehuis (voor residentiële zorg)

Als aan die voorwaarden niet voldaan is, zal uw zorgkas u geen vergoeding uit de zorgverzekering kunnen toestaan.

Hoe dien ik een aanvraag in?

Dat moet u doen met een standaard aanvraagformulier.

Wordt u **thuis verzorgd**, vul dan een formulier 'Aanvraag van een tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg' in.

Verblijft u in een **woonzorgcentrum, rust- en verzorgingstehuis of psychiatrisch verzorgings-tehuis**, vul dan een formulier "Aanvraag van een tegemoetkoming voor residentiële zorg" in.

U kunt die formulieren opvragen bij uw CM-kantoor, uw zorgkas of downloaden via www.zorgverzekering.be. U moet ze nauwkeurig invullen en aan uw zorgkas bezorgen. Als u ze niet zelf kunt invullen, mag iemand van uw naaste familie dat doen of mag u om het even wie aanduiden (bij volmacht) om dat in uw plaats te doen. Let er zeker op dat alle documenten ondertekend zijn.

Met vragen kunt u steeds terecht bij CM-Zorgkas, het CM-kantoor in uw buurt of de dienst Maatschappelijk Werk van CM.

Hoe krijg ik een zorgvergoeding

Als ik verblijf in een erkend:

- woonzorgcentrum,
- rust- en verzorgingstehuis of
- psychiatrisch verzorgingstehuis?



Bezorg het formulier 'Aanvraag van een tegemoetkoming voor residentiële zorg' aan uw zorgkas samen met een verblijfsattest van het erkend woonzorgcentrum, rust- en verzorgingstehuis of psychiatrisch verzorgingstehuis waar u verblijft. Uw ziekenfonds kan u ook een bewijs afleveren dat u in een erkend rustoord, rust- en verzorgingstehuis of psychiatrisch verzorgingstehuis verblijft.

Op basis van de aanvraag en het attest zal uw zorgkas, binnen de 60 dagen, een beslissing nemen. Als die beslissing positief is, ontvangt u een zorgvergoeding zolang u in een erkende instelling verblijft.

Ook wie verblijft in een instelling in Wallonië kan recht hebben op een erkenning voor de zorgverzekering.

Hoe krijg ik een zorgvergoeding als ik thuis verzorgd word?

Om in aanmerking te komen voor zorgvergoedingen in de mantel- en thuiszorg, vult u een formulier 'Aanvraag van een tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg' in. Bij uw aanvraag moet u aantonen dat u zwaar zorgbehoevend bent.



Hoe bewijs ik dat ik zorgbehoevend ben ?

Mogelijkheid 1: U hebt een attest dat bewijst dat u zwaar zorgbehoevend bent

Als u in het kader van een andere regelgeving al erkend bent als zwaar zorgbehoevend, dan geldt dat, in een aantal situaties, ook als bewijs van zorgbehoevendheid in de zorgverzekering. Het volstaat dan om het attest bij uw aanvraag te voegen. Volgende attesten komen in aanmerking:

WELK ATTEST?	WELKE SCORE?	AFGELEVERD DOOR?
de Katz-schaal in de thuisverpleging	score B of C	het ziekenfonds
de BEL-profielschaal van de gezinszorg of schoonmaakhulp	ten minste 35 punten	de dienst gezinszorg
de Tegemoetkoming Hulp aan Bejaarden, Integratietegemoetkoming	ten minste 15 punten	het ziekenfonds of de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, Administratief Centrum Kruidtuin, Finance Tower, Kruidtuinlaan 50 bus 150, 1000 Brussel
het attest van bijkomende kinderbijslag	tenminste 18 punten op de medisch-sociale schaal	Kinderbijslagfonds

De CM zet al haar ervaring in om de dossiers van haar leden die in aanmerking komen, snel in orde te brengen. Daarom schrijft CM ook al de bij haar gekende zwaar zorgbehoevende leden zelf aan.

Mogelijkheid 2: U hebt geen attest dat uw zorgbehoevendheid bewijst

Als u geen van de bovenstaande attesten kunt voorleggen, dan moet er een onderzoek gebeuren naar de graad van uw zorgbehoevendheid. Dien in elk geval uw aanvraag zo vlug mogelijk in. Uw zorgkas zal in overleg met u een dienst aanduiden in uw regio die gemachtigd is om dat onderzoek te verrichten. Het gaat om de diensten Maatschappelijk Werk van het ziekenfonds (o.a. de dienst Maatschappelijk Werk van CM), de diensten voor gezinszorg (Familiehulp, Familiezorg, Landelijke Thuiszorg, ...) of de OCMW's. Iemand van die diensten zal op basis van een bepaalde schaal (de BEL-profielschaal) uw zorgbehoevendheid bij u thuis komen vaststellen. Haalt u op deze schaal een score van 35 punten of meer, dan komt u in aanmerking voor de zorgverzekering.

Wie beslist of ik een zorgvergoeding krijg ?

Binnen de 60 dagen na het indienen van uw aanvraag, zal uw zorgkas, op basis van de regelgeving, een beslissing nemen, en u die schriftelijk meedelen.

De duur van de zorgvergoeding kan in een aantal gevallen onbeperkt zijn in de tijd, maar veelal is de beslissing tussen de zes maanden en drie jaar geldig. De einddatum van uw erkenning staat vermeld op de beslissing die u ontvangt.

Als uw erkenning beperkt is in de tijd, dan moet die op het einde van uw erkenningsperiode verlengd worden. U dient dan opnieuw uw zorgbehoevendheid te bewijzen (via een attest) of te laten vaststellen via een onderzoek op basis van de BEL-profielschaal. Uw zorgkas zal u hiervan op de hoogte brengen of zal indien mogelijk uw erkenning automatisch verlengen. Als u al drie jaar erkend bent op basis van een onderzoek van uw zorgbehoevendheid, kunt u uw zorgbehoevendheid ook bewijzen op basis van een attest kine E van uw ziekenfonds.

Kan ik controle krijgen ?

Wie een erkenning mantel- en thuiszorg heeft, kan gecontroleerd worden.

Een dienst aangeduid door de overheid kan bij u thuis langskomen en controleren of u nog steeds zorgbehoevend bent (en dus nog recht hebt op een vergoeding uit de zorgverzekering). Die dienst doet een nieuw onderzoek naar uw zorgbehoevendheid. U wordt vooraf verwittigd wanneer de controleur langskomt. Als u zonder verwittiging tweemaal niet aanwezig bent, is uw zorgkas verplicht uw erkenning stop te zetten.

Als u voldoende punten scoort bij dat controle-onderzoek, dan loopt uw erkenning gewoon door. In het andere geval wordt de erkenning stopgezet. Als u de stopzetting niet terecht vindt, kunt u binnen de 60 dagen een bezwaarschrift indienen bij de bezwaarcommissie van het Vlaams Zorgfonds.

Registratie van de mantelzorgers

Als u een aanvraag indient voor mantel- en thuiszorg, vraagt de Vlaamse overheid om bij uw zorgkas ook uw mantelzorger(s) te laten registreren. Het gaat om het noteren van de namen en adressen van de personen (familieleden, burens, vrienden, ...) die u op vrijwillige basis hulp geven. Daarvoor moet een specifiek formulier ingevuld worden. Laat uw mantelzorger(s) het formulier ondertekenen. De registratie als mantelzorger heeft geen invloed op andere sociale voorzieningen voor de mantelzorger (bv. invaliditeitsuitkering, fiscaliteit ...).

Veel gestelde vragen

Hoe ontvang ik mijn zorgvergoeding?

We betalen de zorgvergoeding uit op uw rekeningnummer dat u ons meedeelde op het aanvraagformulier. Hebt u nog geen rekeningnummer meegedeeld, geef het dan schriftelijk door aan CM-Zorgkas.

Als u ons geen rekeningnummer meedeelde, betalen we uw zorgvergoeding uit via circulaire cheque. Dat brengt extra kosten voor u mee.

Hebt u een erkenning voor residentiële zorg en hebt u geen rekeningnummer ingevuld op uw aanvraagformulier? Dan moet u het bijhorende document 'Aanvraag van uitbetaling met circulaire cheque' invullen en bij de aanvraag voegen.

Wanneer ontvang ik mijn eerste zorgvergoeding?

Bij een positieve beslissing, na het indienen van uw eerste aanvraag, moet u drie kalendermaanden wachten, vooraleer u zorgvergoedingen ontvangt. De uitbetaling van de zorgvergoeding gebeurt op het einde van de maand. De vergoeding voor de residentiële zorg wordt pas ná de desbetreffende maand uitbetaald.

Een voorbeeld:

U doet een aanvraag mantel- en thuiszorg op 10 juni. De wachttijd van drie kalendermaanden start in juli en eindigt eind september. Bij een positieve beslissing ontvangt u de zorgvergoeding op het einde van de vierde maand na uw aanvraag: eind oktober.

U doet een aanvraag residentiële zorg op 19 januari. De wachttijd van drie kalendermaanden start in februari en eindigt eind april. Bij een positieve beslissing ontvangt u een zorgvergoeding vanaf de maand mei, maar dit wordt pas uitbetaald in de maand die erop volgt: eind juni.

Deze wachttijd wordt met vier maanden verlengd voor elk jaar dat u de bijdrage te laat betaalde. Wie laattijdig een aanvraag indient, kan onder bepaalde voorwaarden met terugwerkende kracht erkend worden.

Kan ik de vergoeding van de zorgverzekering samen ontvangen met andere vergoedingen?

Bij het bepalen van uw zorgvergoeding wordt er in principe geen rekening gehouden met andere vergoedingen die u ontvangt. Daarop zijn echter twee uitzonderingen.

U ontvangt **geen zorgvergoeding** als u:

- **voltijds verblijft in een instelling gesubsidieerd door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), of de dienst voor de integratie van personen met een handicap van de Franse Gemeenschap (AWIPH)**
- **ingeschreven bent in een internaat of opvangcentrum van een medisch pedagogisch instituut van het Gemeenschapsonderwijs**

Alleen als u in de loop van een jaar (van 1 september tot en met 31 augustus van het jaar erop) minstens 31 dagen afwezig bent uit één van de bovenstaande instellingen en aan alle andere voorwaarden voldoet om een zorgvergoeding te krijgen, zal u jaarlijks 130 euro ontvangen. Bent u 101 dagen of meer afwezig in die periode en voldoet u aan alle andere voorwaarden, dan ontvangt u 260 euro.

- **een Persoonlijk Assistentiebudget (PAB) hebt**

Toch is het belangrijk een erkenning van de zorgverzekering aan te vragen. Als uw PAB wordt stopgezet, of u verblijft niet meer (voltijds) in een instelling, dan wordt de zorgvergoeding onmiddellijk uitbetaald zonder dat u een nieuwe aanvraag moet indienen, en dus een wachttijd van drie kalendermaanden moet doorlopen.

Wat als ik niet akkoord ga met de beslissing van de zorgkas?

Uw zorgkas kan bijvoorbeeld een negatieve beslissing nemen omdat u als zorgbehoevende niet aan de formele voorwaarden voldoet of omdat uw zorgkas (bij mantel- en thuiszorg) u niet als langdurig en ernstig zorgbehoevend beschouwt. U kunt tegen een beslissing van uw zorgkas binnen de 60 dagen een bezwaarschrift indienen bij de bezwaarcommissie van het Vlaams Zorgfonds. Dit kan aan de hand van een aangetekende brief, via het bezwaarformulier (aangetekend), via het digitale bezwaarformulier dat u doormailt naar bezwaarzorgverzekering@vlaanderen.be, via het online invulformulier (deze formulieren kunt u vinden op www.vlaamsezorgverzekering.be), of u kunt uw bezwaar ook persoonlijk afgeven bij het Zorgfonds tegen een ontvangstbewijs.

Bezwaarcommissie Vlaams Zorgfonds
Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid – Vlaams Zorgfonds
Ellipsgebouw
Koning Albert II-laan 35 bus 37
1030 Brussel

Woont u in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ?

De zorgverzekering hanteert andere regels voor personen die in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wonen. Alles uit deze brochure geldt ook voor hen, met uitzondering van het onderstaande.

Aansluiten bij een zorgkas

Als inwoner van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bent u **niet verplicht** om aan te sluiten maar kunt u dat **vrijwillig** doen.

U sluit het best aan van zodra dat mogelijk is. Wie 26 jaar wordt of wie in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest komt wonen, sluit zich het best zo vlug mogelijk aan om mogelijke sancties te voorkomen.

Als u uw **aansluiting laattijdig in orde** brengt en later een zorgvergoeding wilt aanvragen, dan loopt u een opschorting op van 4 maanden per jaar dat u had kunnen aansluiten maar dat niet gedaan hebt. Daarenboven moet u eerst nog **10 jaar wachten** vooraleer u een aanvraag voor een zorgvergoeding kunt indienen. Tijdens die periode van 10 jaar moet u ononderbroken aangesloten blijven bij een zorgkas en bijdragen betalen.

Zorgvergoeding residentiële zorg

Wie verblijft in een instelling in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, zowel een Vlaamse, een bicommunautaire als een Franstalige instelling, komt in aanmerking voor een erkenning voor residentiële zorg.



CM-Thuiszorg

CM-Thuiszorg maakt thuiszorg mogelijk. Het bundelt negentien diensten en voordelen, specifiek voor zorgbehovende thuiszorgpatiënten en hun familie. Voor meer informatie surf naar www.cm.be



Met raad en daad

1. Advies en informatie over sociale voordelen en voorzieningen
2. (Zorg)bemiddeling tussen patiënt, verzorger en externe hulpverleners en ondersteuning bij de organisatie van uw thuiszorg
3. Bemiddeling en uitbetaling van financiële tegemoetkomingen
4. Informatie via cursussen, infosessies, brochures
5. Inschakelen van verpleegkundige zorg
6. Inschakeling van gezinszorg
7. Coördinatie van de hulpverlening
8. Advies woningaanpassing

Financiële zorg

9. Lage prijzen en toelage voor incontinentie- en antidoorligmateriaal:
10. Tegemoetkoming gezinszorg
11. Tegemoetkoming dagverzorgingscentrum

Hulpmiddelen

12. Goedkope aankoop of verhuur van hulpmiddelen
13. Goedkope personalarmservice
14. Herstelverblijf
15. Oppas thuis bij thuiszorgpatiënten
16. Toelage voor opvang in instelling voor kortverblijf
17. Huisbezoeken en ontmoetingen via vrijwilligers
18. Vakanties voor thuiszorgpatiënten

Zorgverzekering

19. Volledige regeling van uw dossier voor verplichte zorgverzekering vanaf het moment dat die in voege treedt

Andere tegemoetkomingen en sociale voorzieningen

Zorgbehoevende personen kunnen, naast de zorgverzekering, ook een beroep doen op andere tegemoetkomingen of sociale voorzieningen. Hieronder krijgt u een overzicht van de belangrijkste tegemoetkomingen.



Tegemoetkoming voor personen met een handicap

Er bestaan 3 soorten tegemoetkomingen.

- **De inkomensvervangende tegemoetkoming** is een vergoeding voor personen met een handicap (tussen 21 en 65 jaar) van wie het verdienvermogen verminderd is omwille van hun lichamelijke of psychische toestand.
- **De integratietegemoetkoming** is een vergoeding voor personen (tussen 21 en 65 jaar) die omwille van hun verminderde zelfredzaamheid bijkomende kosten hebben.
- **De tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden** vergoedt personen (ouder dan 65 jaar) voor de meerkosten ten gevolge van hun verminderde zelfredzaamheid.

De arbeidsongeschiktheid en verminderde zelfredzaamheid wordt vastgesteld door de Medische dienst van de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid.



Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)

Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap verleent financiële ondersteuning aan mensen (jonger dan 65 jaar), die tengevolge van een handicap en hun beperkingen:

- hulpmiddelen of persoonlijke assistentie nodig hebben,
- ondersteuning nodig hebben in het kader van hun tewerkstelling (aanpassing werkpost, opleiding, enz.)
- verzorging nodig hebben in een instelling (dagopvang, permanente opvang, enz.).

De maximumfactuur

De maximumfactuur is een beschermingsmaatregel tegen hoog oplopende medische kosten waardoor de remgelden nooit hoger zijn dan een jaarlijks maximum. Zodra het maximumplafond bereikt is, betaalt het ziekenfonds de daaropvolgende geneeskundige verstrekkingen volledig terug. De ziekenfondsen houden het remgeld bij, zodat het systeem automatisch toegepast wordt. Rechthebbenden hoeven daarvoor niets te doen.

Forfaitaire tegemoetkoming voor chronisch zieken

Wie erkend wordt als 'chronisch zieke' en een bepaald bedrag aan betaalde remgelden overschrijdt, heeft recht op tussenkomst voor de hoge medische uitgaven. De toelage wordt door het ziekenfonds zonder aanvraag toegekend van zodra iemand aan de voorwaarden voldoet.

Incontinentieforfait

Zorgbehoevende personen die lijden aan incontinentie kunnen hiervoor een tegemoetkoming ontvangen. De tegemoetkoming is afhankelijk van de graad van zorgbehoevendheid.

- Indien er geen thuisverpleging langskomt, vraag uw dokter om een aanvraagformulier incontinentieforfait in te vullen. Verstuur dit formulier naar uw ziekenfonds. U komt hiermee in aanmerking voor het miniforfait.
- Indien u gebruik maakt van verpleegkundige thuisverzorging (forfait B of forfait C), dan wordt dit voordeel u – onder welbepaalde voorwaarden - automatisch toegekend. U komt hiermee in aanmerking voor het maxiforfait.
- In uitzonderlijke situaties kan u eveneens in aanmerking komen voor het maxiforfait, ook al doet u geen beroep op thuisverpleging. Vraag hiervoor informatie aan uw CM-Ziekenfonds (dienst MW).

Voor de meest actuele informatie over deze tegemoetkomingen kunt u contact opnemen met het CM-kantoor in uw buurt of met de dienst Maatschappelijk Werk van CM.

Contactgegevens

Als u nog vragen hebt over de zorgverzekering, neem dan contact op met het CM-kantoor in uw buurt of met CM-Zorgkas

CM-Zorgkas Antwerpen

Molenbergstraat 2, 2000 Antwerpen - 03 221 93 39 - zorgkas.antwerpen@cm.be

CM-Zorgkas Brugge

Oude Burg 19, 8000 Brugge - 050 44 05 00 - zorgkas.brugge@cm.be

CM-Zorgkas Leuven

Platte Lostraat 541, 3010 Kessel-Lo - 016 35 95 88 - zorgkas.leuven@cm.be

CM-Zorgkas Limburg

Prins-Bisschopssingel 75, 3500 Hasselt - 011 28 04 85 - zorgkas.limburg@cm.be

CM-Zorgkas regio Mechelen-Turnhout

Antwerpsesteenweg 261, 2800 Mechelen - 015 21 59 36 - zorgkas.rmt@cm.be

CM-Zorgkas Midden-Vlaanderen

Martelaarslaan 17, 9000 Gent - 09 224 77 11 - zorgkas.mvl@cm.be

CM-Zorgkas Oostende

Ieperstraat 12, 8400 Oostende - 059 55 26 56 - zorgkas.oostende@cm.be

CM-Zorgkas Roeselare-Tielt

Beversesteenweg 35, 8800 Roeselare - 051 75 00 93 - zorgkas.roeselaretielt@cm.be

CM-Zorgkas St-Michielsbond

Haachtsesteenweg 1805, 1130 Brussel - 02 240 85 05 - zorgverzekering.sintmichielsbond@cm.be

CM-Zorgkas Waas en Dender

de Castrodreef 1, 9100 Sint-Niklaas - 03 760 38 11 - zorgverzekering.waasendender@cm.be

CM-Zorgkas Zuid-West-Vlaanderen

Beneluxpark 22, 8500 Kortrijk - 056 266 320 - zorgkas.zwvl@cm.be

