

KANKERFONDS 2024-2025

Voorwaarden voor financiële steun

[komoptegenkanker.be](https://www.komoptegenkanker.be)
[allesoverkanker.be](https://www.allesoverkanker.be)

[facebook.com/komoptegenkanker](https://www.facebook.com/komoptegenkanker)
twitter.com/komop_tgkanker
[instagram.com/komop_tegenkanker](https://www.instagram.com/komop_tegenkanker)
[linkedin.com/company/komoptegenkanker](https://www.linkedin.com/company/komoptegenkanker)

Kom je in aanmerking voor financiële steun van het Kankerfonds?

Lees in dit document alle voorwaarden.

Je kunt als patiënt of naaste van een patiënt zelf geen steun aanvragen. Dat gebeurt via de sociale dienst van het ziekenhuis, het ziekenfonds, het OCMW, het CAW, het Sociaal Huis, de thuiszorgorganisatie enz.

INHOUD

DEEL 1: KANKERFONDS: ALGEMENE INFO EN VOORWAARDEN	4
1. VOORWAARDEN.....	5
1.1. Inkomensgrenzen	5
1.2. Kankerdiagnose en behandeling.....	5
1.3. Domicilie in Vlaanderen of Brussel	5
1.4. Andere nationaliteiten.....	6
1.5. Verplichte ziekteverzekering	6
1.6. Roerende goederen	6
1.7. Geen tweede eigendom	6
2. HOE WERKT HET KANKERFONDS?	6
3. HOE WORDT DE KOSTENPERIODE BEPAALD?.....	7
4. WIE DOET DE AANVRAAG?	8
5. UITBETALING	9
6. WEIGERING.....	9
DEEL 2: ENKELE ASPECTEN VERDER TOEGELICHT.....	10
7. REËLE NETTO-INKOMENS VAN DE PATIËNT EN HET KERNGEZIN	10
7.1. Wat betekent het begrip <i>kerngezin</i> in het Kankerfonds?	10
7.2. Het reële netto-gezinsinkomen	11
8. EQUIVALENT INKOMEN (EI)	13
8.1. Wat is het equivalent inkomen?.....	13
8.2. Formule om het equivalent inkomen te berekenen	13
8.3. Percentage zorgkosten vereist op basis van equivalent inkomen	14
8.4. Hoeveel bedraagt de uitkering?	15
9. WOONSITUATIE	16
9.1. Al dan niet eigenaar van een eigen huis	16
9.2. Specifieke verblijfssituaties	16



9.3.	Complexe woonsituaties	17
10.	MAANDELIJKE KOSTEN	17
11.	ZORGKOSTEN EN HOSPITALISATIEVERZEKERING	19
11.1.	Zorgkosten die aanvaard worden	19
11.1.1.	Ziekenhuisfacturen, consultaties en andere prestaties	19
11.1.2.	Apotheekkosten	19
11.1.3.	Overige kosten	19
11.1.4.	Algemene richtlijnen	20
11.2.	Zorgkosten die niet aanvaard worden	21
11.3.	Hospitalisatieverzekering	21
12.	MAXIMUMFACTUUR	22
12.1.	Aandeel maximumfactuur in het Kankerfonds dossier	22
13.	SNELLERE UITBETALING BIJ MAXIMUMUITKERING	23
14.	WAT GEBEURT ER MET EEN DOSSIER BIJ OVERLIJDEN VAN DE PATIËNT?	24
14.1.	Kan een dossier afgewerkt worden of kan er nog een nieuw dossier gevrijwaard worden?	24
14.2.	Uitbetaling na overlijden	24
14.3.	De wettelijke erfgenaam neemt afstand van de erfenis	25
14.4.	Er is geen wettelijke erfgenaam	25
14.5.	Aandachtspunt	25
15.	RICHTLIJNEN ROND VERVOLGDOSSIERS	26
15.1.	Welke patiënten komen in aanmerking voor een vervolgdossier?	26
15.2.	Welke vervolgdossiers worden niet meer toegelaten?	26
	NEEM CONTACT MET DE HELPDESK VAN HET KANKERFONDS	26

Deel 1: Kankerfonds: algemene info en voorwaarden

Versillende instanties in ons land bieden financiële steun aan mensen met kanker (ziekenfonds, OCMW, hospitalisatieverzekeringen, de overheid, ...). Er zijn echter nog heel wat aan kanker gerelateerde zorgkosten die doorwegen bij patiënten met beperkte inkomsten. Het Kankerfonds is een initiatief van Kom op tegen Kanker en kan een tegemoetkoming uitkeren aan wie aan de voorwaarden voldoet.

- Het Kankerfonds is een sociaal fonds. Het heeft als doel mensen met beperkte inkomsten (zie 1.1. Inkomensgrenzen) en in verhouding hoge zorgkosten een extra steun te bieden. In eerste instantie moet men voldoen aan de inkomensvoorwaarden. Vervolgens worden de zorgkosten die de patiënt zelf dient te dragen, op jaarbasis bekeken in verhouding tot het gezinsinkomen. Onder zorgkosten verstaan we zowel medische als niet-medische kosten ten gevolge van de kankerdiagnose en/of behandeling. Als het Kankerfonds steun toekent, krijgt de betrokkene een **eenmalige steun** per dossier van twaalf maanden zorgkosten. Het Kankerfonds biedt geen structurele steun en is bijgevolg geen structurele aanvulling op het inkomen.
- Het Kankerfonds is een privaat fonds en zal bijgevolg **enkel rechtstreeks steun uitkeren** aan de patiënt, de titularis van een minderjarige patiënt, de langstlevende partner, de wettelijk samenwonende partner of aan de wettelijke erfgenaam na overlijden. Het betreft een éénmalige en niet vooraf bepaalde **gift**. (zie 5. Uitbetaling).
- De verwerking van een Kankerfondsdossier gebeurt volledig **digitaal** via de webtool www.kankerfonds.be.
- De aanvraag gebeurt steeds door een sociaal 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.
- De goedkeuring of weigering van een dossier wordt door het Kankerfonds per post aan de patiënt en per e-mail aan de sociaal werker meegedeeld.



1. Voorwaarden

1.1. Inkomensgrenzen

Inkomensgrenzen 1 april 2024 – 31 maart 2025

	<u>Kerngezin zonder patiënt:</u>	
Alleenstaande	0	€ 2251
Koppel of alleenstaande met 1 kind	1	€ 2926
Koppel met 1 kind of alleenstaande met 2 kinderen	2	€ 3601
Koppel met 2 kinderen of alleenstaande met 3 kinderen	3	€ 4277
Koppel met 3 kinderen of alleenstaande met 4 kinderen	4	€ 4952
+ € 675 per extra gezinslid		

Het betreft netto-inkomsten per maand van de patiënt en de overige leden van het kerngezin (= andere gezinsleden dan de patiënt) die op hetzelfde adres hun domicilie hebben én een financiële band met elkaar hebben. De inkomens dienen bewezen te worden (zie verder onder punt [8 Reële netto-inkomens](#)).

1.2. Kankerdiagnose en behandeling

Op het medisch attest dat de behandelend arts invult en ondertekent, en dat als verplicht bewijsstuk bij het dossier moet worden toegevoegd, dient de diagnose vermeld te worden. Het is belangrijk dat de soort kanker wordt omschreven en de ICD-9-code wordt aangegeven, samen met de datum van diagnose en het type actuele behandeling(en). Ook wie niet langer actief behandeld wordt, kan in aanmerking komen als de zorgkosten een gevolg zijn van kankerdiagnose of behandeling. De arts dient duidelijk te omschrijven wat de behandeling en de toestand van de patiënt is tijdens de kostenperiode.

Er zijn enkele aanvaarde uitzonderingen als er geen sprake is van kanker. Sommige aandoeningen vereisen immers, preventief of curatief, een kankerbehandeling. Het gaat o.m. over polyposis coli, mensen belast met een erfelijk kankergen (bijv.: BRCA1-gen of BRCA2-gen), anaplastische anemie, sommige immuunziektes (bijv.: ernstige vormen van lupus, dysplasieën), carcinoom in situ, myelofibrose, sikkelanemie (drepanocytose), polycythaemia vera, langerhans histiocytosis, enz. Neem in ieder geval steeds contact op met de helpdesk van het Kankerfonds. Het blijft belangrijk dat er een kankertherapie is of een reële kans op het ontwikkelen van kanker.

1.3. Domicilie in Vlaanderen of Brussel

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

1.4. 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, als ze in regel zijn met de verplichte ziekteverzekering (ziekenfonds) én feitelijk verblijvend zijn in Vlaanderen of Brussel.

1.5. Verplichte ziekteverzekering

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

1.6. Roerende goederen

De onlichamelijke roerende goederen van de patiënt en zijn kerngezin mogen niet meer bedragen dan **€ 40.000** om een aanvraag bij het Kankerfonds te kunnen doen. Dat kan in verschillende vormen zijn:

- Vermogens uit zicht- en spaarrekeningen;
- Beleggingsfondsen zoals obligaties, termijnrekeningen en aandelen;
- Waarden in kluis;
- Levensverzekeringen of pensioensparen (worden meegeteld voor 50%);
- Enzovoort (deze lijst is niet limitatief).

1.7. Geen tweede eigendom

De patiënt en zijn kerngezin mogen maximum 1 onroerend goed (bebouwd of onbebouwde bouwgrond) in volle eigendom bezitten (zowel in België, als in het buitenland) om een aanvraag bij het Kankerfonds te kunnen doen.

Worden niet als tweede eigendom beschouwd: landbouwgronden met een eigen KI, het vruchtgebruik op een onroerend goed (eventuele huurinkomsten worden wel bij het inkomen ingebracht).

2. Hoe werkt het Kankerfonds?

De tegemoetkoming van het Kankerfonds wordt berekend op basis van **één jaar (twaalf maanden)** zorgkosten. Als de ziekte chronisch is en er nog steeds zorgkosten zijn ten gevolge van kanker, kunnen er meerdere opeenvolgende dossiers per patiënt worden ingediend. De tegemoetkoming kan in deze meerdere dossiers verschillen, omdat we steeds opnieuw kijken naar de verhouding tussen het inkomen en de zorgkosten voor elke nieuwe kostenperiode. Soms komt een dossier niet in aanmerking voor steun en wordt het geweigerd (zie [6. Weigering](#)).

De tegemoetkoming kan per dossier **minimum € 250** en **maximum € 1750** bedragen. Afhankelijk van de inkomensparameter (equivalent inkomen) wordt een bepaald percentage van de totale zorgkost uitbetaald.

Voor meer toelichting 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 \(EI\)](#).

3. Hoe wordt de kostenperiode bepaald?

Vooraleer je een dossier kunt indienen, moet je in principe zorgkosten verzamelen van **twalf maanden**. Dat tijdsbestek noemen we de kostenperiode.

De datum waarop een dossier digitaal aangemaakt wordt, noemen we de vrijwaringsdatum. Deze vrijwaringsdatum bepaalt de mogelijke kostenperiode van een dossier en is daarom een belangrijk gegeven.

Vanaf deze vrijwaringsdatum beschikt de sociaal werker over een tijdsbestek waaruit de kostenperiode van twaalf maanden gekozen kan worden. Namelijk: maximum twaalf maanden vóór de vrijwaringsdatum tot maximum twaalf maanden ná vrijwaringsdatum. De vrijwaringsdatum moet daarom logischerwijs steeds in de kostenperiode vallen.

Eerste aanvraag

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

Voorbeeld 1: diagnose 1/2/2022 => vrijwaring op 1/4/2022 => mogelijke kostenperiode: 1/2/2022 tot 1/2/2023

Diagnose > 12 maanden na vrijwaring

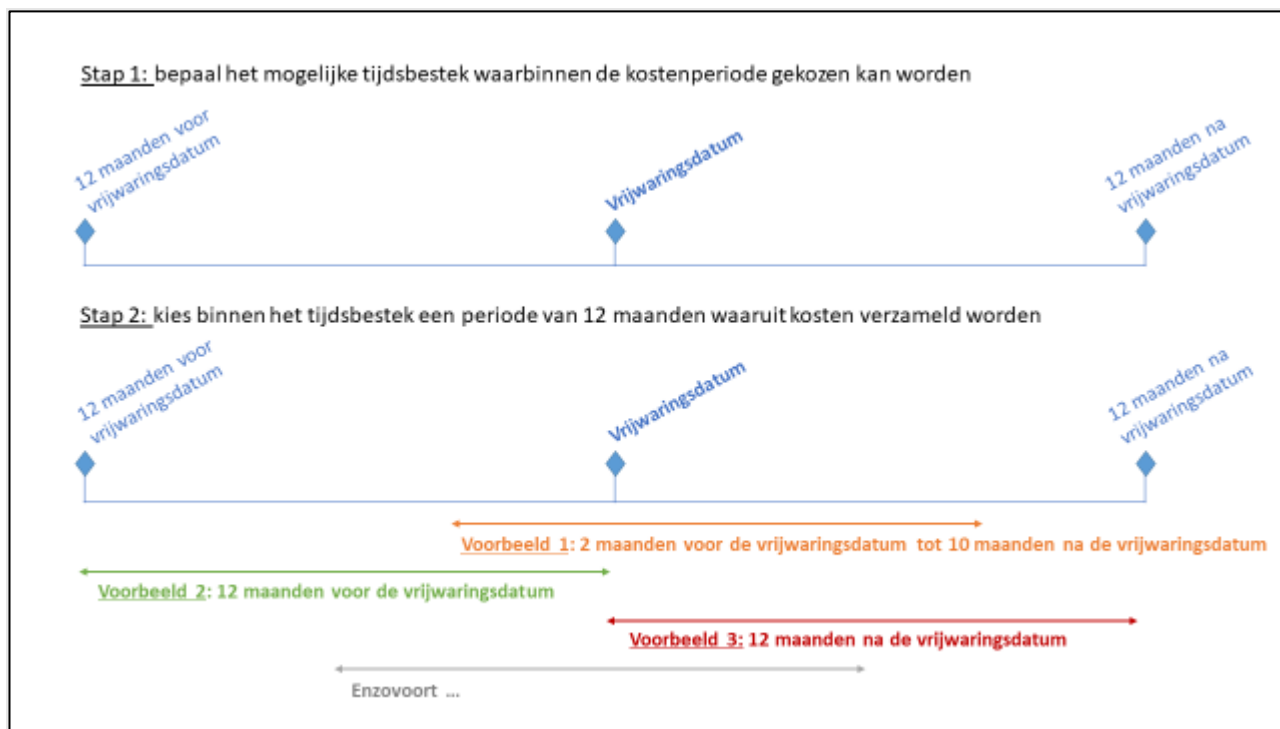
Wat als de diagnose langer dan één jaar in het verleden valt? De kostenperiode kan nooit vroeger beginnen dan maximum twaalf maanden terug in het verleden ten opzichte van de vrijwaringsdatum.

Voorbeeld 2: diagnose 1/4/2020 = vrijwaring op 1/4/2022 => mogelijke kostenperiode 1/4/2021 tot 1/4/2022

Heel recente diagnose

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

Voorbeeld 3: diagnose 1/3/2022 = vrijwaring 5/3/2022 => mogelijke kostenperiode 1/3/2022 tot 1/3/2023



We kijken of de **prestatiedatum** op de bewijsstukken in de kostenperiode valt. We kijken niet naar de factuurdatum van de zorgkosten (uitzondering is de kosten voor de aankoop van dienstencheques). Bij het aanleveren van een factuur als bewijsstuk (bijv.: ziekenhuisfactuur, huur van materiaal, gezinszorg, enz.) is het dus belangrijk dat de prestatiedatum hierop vermeld wordt.

Een dossier kan uitzonderlijk toch worden ingediend voordat een termijn van één jaar is verstreken:

- als de maximumtussenkomst al bereikt is (zie punt [Snellere uitbetaling bij maximumuitkering](#));
- als de patiënt overleden is voor het einde van de betreffende kostenperiode.

4. Wie doet de aanvraag?

De aanvraag gebeurt altijd door een **sociaal werker** op vraag van de patiënt of van zijn vertegenwoordiger. Steunaanvragen van het Kankerfonds gebeuren via de beveiligde webapplicatie van het Kankerfonds. Toegang tot de webapplicatie kan enkel door sociaal werkers met een login, werkzaam bij een van deze instanties:

- De dienst maatschappelijk werk van een ziekenfonds;
- De sociale dienst van een ziekenhuis, wijkgezondheidscentrum, woonzorgcentrum;
- Het OCMW of Sociaal Huis van de gemeente waar de patiënt woont;
- Het CAW;



- Andere:
 - de sociaal werker van een bedrijf;
 - de sociaal werker van een dienst gezinszorg;
 - de palliatieve thuiszorg.

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

5. Uitbetaling

De tegemoetkoming wordt uitbetaald door een overschrijving op het rekeningnummer van de patiënt of van de titularis als de patiënt minderjarig is.

Na overlijden schrijft het Kankerfonds de steun over naar de rekening van de patiënt zelf, de rekening van de langstlevende partner, de wettelijk samenwonende partner, de wettelijke erfgenaam of naar de rekening van de notaris (zie [Wat gebeurt er met een dossier bij overlijden van de patiënt?](#)).

De **begunstigde** kan nooit een OCMW, voorlopig bewindvoerder of ziekenhuis zijn. We storten ook niet op rekening van **de schuldbemiddelaar** behalve als die daar zelf om vraagt en als die bewijs levert dat de betreffende zorgkosten effectief opgenomen zijn in de collectieve schuldenregeling. Meer toelichting daarover en ook over de regelgeving *rond terugvorderings- of subrogatierecht* kun je opvragen bij het kankerfonds@komoptegenkanker.be.

6. Weigering

Redenen van weigering kunnen zijn:

- Het inkomen is te hoog;
- De aanvraag gebeurde na overlijdensdatum (alleen bij een eerste dossier);
- De patiënt en zijn kerngezin hebben meer dan € 40.000 aan diverse vormen van spaargelden (roerende goederen, zie 1.6. [Roerende goederen](#));
- De patiënt en zijn kerngezin hebben meerdere onroerende goederen (bouwgronden of huizen) in volle eigendom, zie 1.7. [Geen tweede eigendom](#)
- De patiënt heeft volgens de criteria te weinig zorgkosten in verhouding tot het inkomen;
- De patiënt kreeg al veel terugbetaald van de maximumfactuur (zie [Maximumfactuur](#));
- De vermelde zorgkosten vallen buiten de kostenperiode van het dossier;
- In het kader van een vervolgdossier: er zijn onvoldoende zorgkosten (medisch of niet-medisch) gerelateerd aan de kankerbehandeling;

Deel 2: Enkele aspecten verder toegelicht

7. Reële netto-inkomens van de patiënt en het kerngezin

7.1. Wat betekent het begrip *kerngezin* in het Kankerfonds?

Kerngezin

Een patiënt maakt deel uit van een **context** en kan rondom zich mensen hebben die mee de draaglast en draagkracht van de patiënt bepalen. Voor het Kankerfonds is het belangrijk om die draaglast en -kracht mee in rekening te brengen. Daarom willen we een zicht op de personen die deel uitmaken van het kerngezin rond de patiënt. Voor **de bepaling van het kerngezin** wordt gekeken naar **alle personen die gedomicilieerd zijn op hetzelfde adres**. Dat bewijs je met een **officieel attest van gezinssamenstelling**. Als dat attest afwijkt van de langdurige feitelijke situatie, neem dan contact op met de Helpdesk. Binnen de officiële gezinssamenstelling wordt gekeken naar de personen waarmee de patiënt een financiële band heeft voor de betaling van zijn zorgkosten.

Draagkracht

Om **de draagkracht** te bepalen, worden ook de inkomens in rekening gebracht van **de partner(s)** van de patiënt.

Draaglast

Om **de draaglast** te bepalen, worden de personen in rekening gebracht die **geen inkomen** hebben en **financieel afhankelijk** zijn van de patiënt en diens partner. Als **de patiënt een groeipakket** ontvangt, dan wordt het kerngezin rondom **de vertegenwoordiger van de patiënt** bepaald.

De **vragen** die je dus moet stellen voor de bepaling van het kerngezin zijn de volgende:

1. Waar is de patiënt gedomicilieerd en welke personen zijn **gedomicilieerd op hetzelfde adres**?
2. Wie is **de referentiepersoon** waarvan we de draaglast en -kracht willen bepalen?
 - a. Als de patiënt **geen groeipakket** ontvangt => neem de patiënt zelf als referentiepersoon.
 - b. Als de patiënt **een groeipakket** ontvangt => neem **de vertegenwoordiger** van de patiënt als referentiepersoon (bv een ouder of voogd).
3. Voor **de draagkracht**: wie is **de partner** van de referentiepersoon?
 - a. Vink aan dat de patiënt een partner heeft.
 - b. Tel deze persoon mee bij *het kerngezin zonder de patiënt*.
 - c. Tel de structurele inkomens van deze persoon mee bij het netto-gezinsinkomen.
4. Voor **de draaglast**: wie heeft **geen inkomen en is financieel afhankelijk** van de referentiepersoon en diens partner?
 - a. Tel deze personen mee bij *het kerngezin zonder de patiënt*.
 - b. Als het gezin een **toeslag** krijgt bij het groeipakket voor een **verhoogde zorgnood of een aandoening**, tel deze persoon dan **OOK in het veld aantal kinderen met zorgtoeslag groeipakket**.



Met dit veld willen we kinderen met een handicap en verhoogde zorgnood dubbel tellen in de draaglast. Het gaat hier echter niet om de sociale toeslag of andere toeslagen bij het groepspakket, maar specifiek om toeslagen voor **kinderen met een beperking**.

c. Tel het groepspakket en ontvangen onderhoudsgeld mee bij het netto-gezinsinkomen.

5. Andere personen gedomicilieerd op hetzelfde adres **met een eigen inkomen** zijn **inwonende personen buiten het kerngezin**. In dit veld vragen we je ook een beschrijving mee te geven (bijvoorbeeld: inwonende dochter, vader, ...). Een beter zicht op de situatie kan de controle van het dossier versnellen. De inkomens van inwonende personen buiten het kerngezin worden niet bij het maandelijkse netto-gezinsinkomen bijgeteld.

Bijvoorbeeld: een gezin bestaat uit een moeder, een vader en twee kinderen. Als de vrouw patiënt is, bestaat het kerngezin uit de vader en twee inwonende kinderen. Een van die kinderen kan een kotstudent zijn die wel nog thuis gedomicilieerd is en nog geen eigen inkomen heeft.

Zodra een van de kinderen begint te werken en een eigen inkomen heeft, wordt die niet meer meegeteld bij het kerngezin en wordt dat kind een inwonende persoon buiten het kerngezin.

Door deze vragen te beantwoorden en de betrokken velden in te vullen, krijgt ieder lid van het kerngezin een bepaald gewicht. Zo kunnen we een waarde toekennen aan die draaglast- en -kracht van de patiënt en een gezinscoëfficiënt bepalen. Zoals je hieronder verder kunt lezen, gebruiken we die voor de berekening van het equivalent inkomen.

7.2. Het reële netto-gezinsinkomen

Door de leden van het kerngezin te bepalen, wordt ook duidelijk welke inkomens meegerekend moeten worden bij het reële netto-gezinsinkomen. We spreken nu van **reëel** netto-gezinsinkomen omdat we straks aan de hand van de gezinscoëfficiënt het **equivalent** inkomen zullen bepalen.

Reële inkomens zijn alle **maandelijkse netto-inkomens** van **de patiënt en de leden van het kerngezin**.

- Enkel **structurele inkomens** zoals loon uit arbeid, pensioen, leefloon, ziekte- of invaliditeitsuitkering, werkloosheidsuitkering, loopbaanonderbrekingsuitkering, alimentatie/onderhoudsgeld, huurinkomsten, zorgbudgetten (Vlaamse sociale bescherming), de forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden, etc.
Kies bij structurele maandinkomens steeds één maandbedrag uit de kostenperiode als bewijsstuk.

Heeft de patiënt of een ander gezinslid **verschillende soorten** inkomens gehad binnen eenzelfde kostenperiode (bijv. loon, ziekte-uitkering, werkloosheidsuitkering), maak dan **een gemiddelde** per type inkomen (verrekening over 12 maanden) en vermeld dat duidelijk in de opmerkingen van het digitaal dossier.



- Tevens vergoedingen uit het [asbestfonds](#), en alle **niet terugvorderbare steun** (opgelet: voorschotten verleend door het OCMW die vaak wel worden teruggevorderd, zijn dus geen reëel inkomen).
- Als het inkomen van de patiënt maandelijks beperkt wordt door **loonbeslag of collectieve schuldenregeling** dient enkel het beschikbaar inkomen in rekening gebracht.
- Tel ook het **groeipakket** bij het inkomen. Als er inkomsten zijn uit een leercontract en/of studentenjob gecombineerd met het groeipakket worden die niet als inkomen gerekend.

Deze forfaits worden **niet** als inkomen beschouwd: palliatief forfait, zorgforfait chronisch zieken en incontinentieforfait.

Het gaat steeds om de reële inkomens van het kerngezin en de patiënt die binnen **de kostenperiode** van het dossier vallen.

Als bewijsstuk(ken) aanvaardt Kom op tegen Kanker:

- Bankuittreksels (handig bewijsstuk);
- Loonfiches;
- Pensioenstrookje;
- Attest van het ziekenfonds.

Belastingbrieven worden niet aanvaard. Ze gaan vaak te ver terug in de tijd en zijn daarom niet van toepassing op de kostenperiode van het dossier. Bij een zelfstandige vraag je best aan de boekhouder een bewijs van netto-jaarinkomsten, bij voorkeur van de periode waarbij de zelfstandige al ziek was en waarschijnlijk minder inkomsten genereerde.



8. Equivalent inkomen (EI)

8.1. Wat is het equivalent inkomen?

Het equivalent inkomen is een sociale correctiemaatregel waarbij rekening wordt gehouden met het aantal kerngezinsleden zoals hierboven bepaald. We brengen daarmee niet alleen de draagkracht van de partnerrelatie maar ook de draaglast van financieel afhankelijke gezinsleden in rekening.

Hoe groter het kerngezin, hoe hoger het netto-gezinsinkomen mag zijn om alsnog in aanmerking te komen voor een tegemoetkoming van het Kankerfonds. Daarnaast worden kinderen met een verhoogde zorgnood (beperking, aandoening, handicap) dubbel gewogen.

Het equivalent inkomen is - samen met het algemene vermogen van het gezin (zoals aangegeven in de verklaring op eer) - de belangrijkste parameter die de toegang tot het Kankerfonds bepaalt.

8.2. Formule om het equivalent inkomen te berekenen

Equivalent inkomen = het reële netto-gezinsinkomen (per maand) gedeeld door de gezinscoëfficiënt.

Voor de gezinscoëfficiënt telt de patiënt als 1 en elk ander lid van het kerngezin als 0,3.

Een kind met een toeslag bij het groeipakket omwille van een verhoogde zorgnood, aandoening of beperking, telt dubbel: dus als 0,6.

Bijvoorbeeld

Patiënt, partner, kind 1 en kind 2

Gezinscoëfficiënt = $1+0,3+0,3+0,3 = 1,9$

Reëel maandelijks netto-gezinsinkomen = € 3000

Equivalent inkomen = € $3000 \div 1,9 = 1579$ €

Patiënt, partner, kind 1 en kind 2 (met een verhoogde zorgnood en zorgtoeslag bij het groeipakket)

Gezinscoëfficiënt = $1+0,3+0,3+(2*0,3) = 2,2$

Reëel maandelijks netto-gezinsinkomen = € 3500

Equivalent inkomen = € $3500 \div 2,2 = 1591$ €

8.3. Percentage zorgkosten vereist op basis van equivalent inkomen

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

Equivalent inkomen (EI) in euro	Minimaal % kosten van het EI volgens de verschillende inkomenscategorieën (in %)
< 1453	0
Tussen 1453 en 1586	2,5
Tussen 1586 en 1719	5
Tussen 1719 en 1852	7,5
Tussen 1852 en 1985	10
Tussen 1985 en 2118	12,5
> 2118 en max. 2251	15

Bijvoorbeeld

Patiënt, partner, kind 1 en kind 2 = coëfficiënt 1,9

Reëel inkomen € 2900

Equivalent inkomen € 1526 (€ 2900 ÷ 1,9)

Percentage 2,5 %

Kosten in euro op maandbasis € 38,16 (2,5 % van € 1526)

Kosten in euro op jaarbasis € 458 (€ 38,16 x 12 maanden)

8.4. Hoeveel bedraagt de uitkering?

De steun van het Kankerfonds is nooit een forfaitair bedrag. Het wordt berekend op basis van twaalf maanden zorgkosten in verhouding tot het inkomen.

Equivalent inkomen (in euro)	% te bewijzen <u>zorgkosten</u> volgens de verschillende <u>inkomenscategorieën</u> (in %)	Berekening van de uitkering
€ 2118 en max. € 2251	15	Uitkering = 20 % van het remgeld
€ 1985 en € 2118	12,5	Uitkering = 25 % van het remgeld
€ 1852 en € 1985	10	Uitkering = 25 % van het remgeld
€ 1719 en € 1852	7,5	Uitkering = 33 % van het remgeld
€ 1586 en € 1719	5	Uitkering = 33 % van het remgeld
€ 1453 en € 1586	2,5	Uitkering = 50 % van het remgeld
< € 1453	0	Uitkering = 80 % van het remgeld

Patiënten met een equivalent inkomen onder de € 1453 vallen onder de armoedegrens. Voor deze patiënten volstaat het om 0 % (minimum € 1) zorgkosten te bewijzen, wat recht geeft op minstens de minimumsteun van € 250. Hoe meer zorgkosten je bewijst, hoe groter de financiële steun uiteraard is.

Belangrijke info:

Naast de berekening van de tussenkomst op basis van de zorgkosten, houdt het Kankerfonds nog bijkomend rekening met een aantal factoren/variabelen die de tussenkomst kunnen verhogen of verlagen:

- Voor alleenstaanden met kinderen 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:
 - Als er een huurbedrag wordt opgegeven, wordt de uitkering met 20 % verhoogd.
 - Als er een kost is voor het verblijf in een woonzorgcentrum, wordt de uitkering met 20 % verhoogd.
 - Als er een aflossing van een hypothecaire lening loopt, wordt de uitkering met 20 % verhoogd.
 - Als er een eigendom is, dan kijken we naar het kadastraal inkomen (KI):
 - 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: de uitkering wordt met 20 % verminderd.

9. Woonsituatie

Afhankelijk of iemand eigenaar van een woning is, huurder is of een lening afbetaalt, zien we een duidelijke weerslag op het netto-inkomen dat overblijft om de zorgkost mee te betalen. Daarom is de woonsituatie een variabele waar rekening mee gehouden wordt bij de definitieve berekening van de tussenkomst. Het is zeker niet zo dat wie eigenaar is van een woning, uitgesloten wordt van een tussenkomst.

9.1. Al dan niet eigenaar van een eigen huis

- Eigen huis (hypothecaire lening): als 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 geïndexeerde kadastraal inkomen* dient ter info ingevuld te worden.
- Eigen huis (lening is afbetaald): we nemen enkel het *niet geïndexeerde kadastraal inkomen* in de berekening op.
- Huurwoning: de huur wordt als maandbedrag ingegeven.

9.2. Specifieke verblijfsituaties

We maken een onderscheid tussen een definitief verblijf in een woonzorgcentrum of een kortstondig verblijf elders.

- Verblijf in een woonzorgcentrum: rustoord voor bejaarden (afgekort ROB), een rust- en verzorgingstehuis (afgekort RVT) of erkende assistentiewoning of erkende serviceflat. Voor een kankerpatiënt die in een van deze woonsituaties verblijft, passen we volgende principes toe:
 - Je geeft het maandbedrag voor de huur van de kamer zonder supplementen (kamerbedrag x 365 / 12) op onder de rubriek woonsituatie: optie rusthuis.
 - Hiervan wordt 35 % in rekening gebracht als woonkost
- Andere korte opnames zoals kortverblijf, dagopvang, zorghuis voor alleenstaanden of herstelkuren. Die kosten worden aanvaard als de centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra of ouderenzorg een erkenning kregen door het Agentschap Zorg en Gezondheid (Vlaanderen) of Iriszorg (Brussel)¹. Die kosten vallen niet onder woonkosten maar breng je in onder de rubriek revalidatie (alle zorgkosten worden ingebracht op jaarbasis).

Je kunt maar één woonsituatie kiezen.

¹ Voor de Vlaamse Gemeenschap: Agentschap Zorg en Gezondheid, www.zorg-en-gezondheid.be,
e-mail: financieringouderenzorg@zorg-en-gezondheid.be

Voor het Brussels Gewest: www.iriscare.brussels/nl/iriscare-nl, e-mail: fin@iriscare.brussels

9.3. Complexe woonsituaties

Complexe situaties licht je steeds toe in de opmerkingen van het dossier. Hulp of overleg nodig? Neem contact op met onze helpdesk (telefoonnummer hierboven).

Basisregels:

1. Hou rekening met het domicilieadres van de patiënt.
2. Bij een verandering in de woonsituatie wordt de situatie die zich **het langst** heeft voorgedaan gedurende de kostenperiode ingebracht. Als twee woonsituaties zich even lang hebben voorgedaan, breng je de situatie in het voordeel van de patiënt in.

Wat als één van beide partners in een woonzorgcentrum woont maar ze alle twee nog gedomicilieerd zijn op het oorspronkelijk woonadres? Dan vul je het Kankerfondsdossier als volgt in:

- Gezinssituatie: alleenstaande
- Woonkost inbrengen van de patiënt
- **Werkelijk verblijf** omschrijven in de opmerkingen

TIP: je kunt een simulatie maken en de verschillende berekeningen nader bekijken door een testdossier aan te maken (demo). Als je de aanvraag indient, wordt dit demodossier verwijderd.

10. Maandelijks kosten

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

- Afbetaling andere leningen

Geef in de opmerking altijd duidelijk **toelichting** over het doel van de lening en lever de bewijsstukken aan om aanvaard te kunnen worden.

Worden onder meer aanvaard:

- Autolening, maximum 250 euro/maand;
- Lening voor een verbouwing die nodig was door de ziekte (bijv. traplift, aanpassing douche);
- Lening om zorgkosten (verschillend van de kostenperiode van het dossier) af te betalen;
- Eventueel andere leningen: enkel in overleg met de helpdesk van het Kankerfonds.

- Alimentatie/onderhoudsgeld

Kom op tegen Kanker spreekt over de alimentatie of het onderhoudsgeld als maandelijks kost. Die kosten worden betaald door de patiënt aan de ex-partner. Als de patiënt de alimentatie of het onderhoudsgeld nog niet heeft betaald (achterstallig), kan dit niet als kost worden ingebracht.



- Opleg gezondheidszorg van ander gezinslid

Dit gaat over medische zorgkosten van een ander gezinslid met een chronische ziekte (een ziekte die langer dan zes maanden behandeling vergt). Gebruik een overzichtstaat en deel de zorgkosten door 12 om ze als maandelijkse kost te kunnen inbrengen. Geef hieromtrent toelichting in de opmerkingen van het dossier.

- Studiekosten

Kosten voor kot/internaat, boeken, inschrijvingsgelden of vervoersonkosten kunnen in rekening worden gebracht. Maak een optelling van alle studiekosten en deel door 12 om ze als maandelijkse kost te kunnen inbrengen.

De volgende kosten kunnen niet worden ingebracht:

- Nutsvoorzieningen, water, elektriciteit en gas;
- Telefoon, gsm en internet;
- Verzekeringen en eventuele premies;
- Lening om op reis te gaan;
- Leningen voor luxeproducten/ consumptiegoederen.

11. Zorgkosten en hospitalisatieverzekering

11.1. Zorgkosten die aanvaard worden

11.1.1. Ziekenhuisfacturen, consultaties en andere prestaties

Het betreffen alle medische kosten van de behandeling, nabehandeling, revalidatie alsook latere nodige ingrepen die een gevolg zijn van de kankerdiagnose (bijv. borstreconstructie).

Als bewijsstuk aanvaarden we een volledige, correcte overzichtsstaat van het ziekenfonds voor de concrete kostenperiode. Die omvat alle medische prestaties, duidelijk omschreven en met vermelding van de nomenclatuur, en geeft ook de bedragen die ten laste gebleven zijn van de patiënt weer.

Als bepaalde medische zorgkosten niet vervat zouden zijn in de overzichtsstaat, voeg je de facturen toe met attest van (al dan niet) tussenkomst van het ziekenfonds of de verzekering (zoals bijvoorbeeld psychologische ondersteuning).

Als de overzichtsstaat niet voldoende duidelijk blijkt, vragen we **bijkomende informatie** op, zoals bijvoorbeeld de volledige ziekenhuisfacturen.

Opgelet: ereloon- en/of kamersupplementen door een verblijf in een **éénpersoonskamer** worden **niet** aanvaard (zie de verklaring op eer). Die haal je dus uit de overzichtsstaat.

11.1.2. Apotheekkosten

Medicijnen n.a.v. ziekenhuisopnames zijn vervat in de overzichtsstaat zoals hierboven beschreven. Voor alle overige apotheekkosten vraag je een overzichtslijst aan de apotheek, beperkt tot de exacte kostenperiode van het dossier.

Vitaminen (1), voedingssupplementen (2), cosmetica en andere producten van verzorging (3) die door de diagnose en behandeling nodig zijn, worden **per type kost** (1, 2 of 3) aanvaard tot maximum **250 euro**. Als de kost hoger is dan 250 euro moet je de noodzaak door je behandelend arts laten attesteren; dan kan de kost integraal aanvaard worden. Ze kunnen vervat zijn in de overzichtslijst van de apotheek. Als ze online of elders aangekocht zijn, dien je het aankoopbewijs in.

11.1.3. Overige kosten

Behalve medische kosten heeft een kankerpatiënt nog andere kosten gerelateerd aan de kankerdiagnose, de behandeling en de nazorg. Dien de kostennota of factuur in **en licht die steeds toe** in het vak **opmerkingen om aanvaard te kunnen worden**. Een medisch attest kan nuttig, soms vereist zijn.

Voor een aantal kosten hanteert het Kankerfonds **een forfait** zonder dat bewijsstukken worden opgevraagd of wordt **een plafond** gehanteerd.



- **Verplaatsingskosten** (na tussenkomsten van het RIZIV)
Het Kankerfonds aanvaardt een forfaitaire onkost van **250 euro** zonder bewijs. We kunnen een hoger bedrag aanvaarden als je een duidelijk overzicht en bewijsstukken inbrengt van de (para-) medische noodzakelijke verplaatsingen.
- **Voeding**
We aanvaarden de kosten voor **sondevoeding**, verminderd met de tussenkomst van het ziekenfonds. De kost voor **maaltijden aan huis** wordt voor **50 %** aanvaard voor zover de noodzaak na een kankerbehandeling kan worden aangetoond, en maximaal **tot één jaar** na de kankerdiagnose.
- **Hulpmiddelen**
 - **Hulp van derden**
Soms is door de diagnose en de behandeling **hulp in huis** nodig, zoals poetshulp en gezinszorg. Dienstencheques en wijk-werkcheques worden aanvaard. Hou hierbij wel rekening met de fiscale aftrek. Deze kost wordt aanvaard maximaal **tot één jaar** na de kankerdiagnose tenzij anders kan worden geattesteerd.
 - **Materieel**
Daarnaast kunnen materiële hulpmiddelen medisch nodig of aangewezen zijn, of huur- of uitleenmateriaal. Ze zijn duidelijk gerelateerd aan de diagnose of behandeling. Het gaat bijvoorbeeld over protheses, steunkousen, hoofddekseel (chemomuts, sjaal, ...), aangepaste bh, speciaal zwempak. Ze kunnen als kost integraal worden aanvaard als je de onkostennota of factuur toevoegt. De kost van een **pruik** wordt aanvaard tot **1.000 euro** (na tussenkomst van het ziekenfonds).
- **Specifieke kosten**
Kanker kan ook zeer specifieke onkosten met zich meebrengen, zoals een bril, hoorapparaat of tandimplantaat. We kunnen die aanvaarden als je de volgende bewijsstukken toevoegt:
 - attest van al dan niet tussenkomst van ziekenfonds/verzekering
 - én een **medisch attest** waaruit blijkt dat deze specifieke kost een gevolg is van de kankerdiagnose en/of behandeling.

11.1.4. **Algemene richtlijnen**

De kosten moeten gerelateerd zijn aan de kankerdiagnose, de behandeling en de gevolgen hiervan. We vragen daarom aan de sociaal werkers om de kosten kritisch te bekijken en indien nodig extra inlichtingen te vragen bij de patiënt of zijn vertegenwoordiger.

Als bepaalde kosten hoog blijken, of als de relatie met de kankerdiagnose niet duidelijk is, kan het Kankerfonds bijkomende informatie of een medisch attest opvragen ter bevestiging.



11.2. Zorgkosten die niet aanvaard worden

De volgende zorgkosten kunnen niet ingebracht worden:

- Behandelingen die **niet in België** plaatsvinden of plaatsgevonden hebben.
Er zijn echter enkele uitzonderingen:
 - Als op basis van een medisch attest door de behandelend oncoloog blijkt dat de behandeling in België niet mogelijk blijkt of bleek te zijn (bijv. hadrontherapie);
 - Als het ziekenfonds de goedkeuring geeft om de (geplande) behandeling in het buitenland uit te voeren, kunnen de behandelingskosten (remgelden) worden ingebracht (bijv. voor patiënten die op de grens met een buurland wonen).
- Behandelingen die niet terugbetaald worden door het RIZIV.
- Jaarlijkse bijdragen voor het ziekenfonds, de Vlaamse sociale bescherming, de hospitalisatieverzekering, ...
- Acupunctuur, homeopathie, osteopathie en chiropraxie.

11.3. Hospitalisatieverzekering

Terugbetalingen van de hospitalisatieverzekering tijdens de kostenperiode verzamel je, tel je op en breng je apart in in het dossier. Het Kankerfonds trekt ze af van de zorgkosten.

Wie een hospitalisatieverzekering heeft, kan soms toch in aanmerking komen voor steun van het Kankerfonds. Er worden immers nog vaak kosten gemaakt die buiten de terugbetalingen van de hospitalisatieverzekering vallen, zoals een groot aandeel van de medische bijvoeding en gezinszorg.



12. Maximumfactuur

Medische kosten kunnen hoog oplopen. Gelukkig biedt de maximumfactuur (MAF) aan elk gezin de garantie dat het jaarlijks voor geneeskundige verzorging niet meer hoeft uit te geven dan een maximumbedrag. Als de medische kosten (remgelden) 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 een attest.

12.1. Aandeel maximumfactuur in het Kankerfonds dossier

Kom op tegen Kanker houdt rekening met de terugbetaling van de maximumfactuur door het ziekenfonds. Je dient om die reden 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, wordt berekend 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 (het dossier wordt dan *geweigerd*) omdat na 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. We proberen om deze parameter zo goed mogelijk te laten overeenstemmen met de kostenperiode ingegeven in het dossier.

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

Bijvoorbeeld

Kostenperiode 2 april 2021 - 2 april 2022

MAF-jaar 2021: 9 maanden kosten

MAF-jaar 2022: 3 maanden kosten

Welk MAF-jaar wordt er in rekening genomen? Het MAF-jaar met de langste kostenperiode, nl. 2021.

Als er een gelijke verdeling is van het aantal maanden in de kostenperiode over twee jaar, neem dan het jaar met de laagste tellerstand.

Bijvoorbeeld

Kostenperiode 01 juli 2022 – 31 juni 2023

MAF-jaar 2022: 6 maanden

MAF-jaar 2023: 6 maanden

Welk MAF-jaar wordt er in rekening genomen? Kies het jaar met de laagste tellerstand van de patiënt. Dat is in zijn/haar voordeel.

Meer info nodig? Raadpleeg [hier](#) de website van het RIZIV.






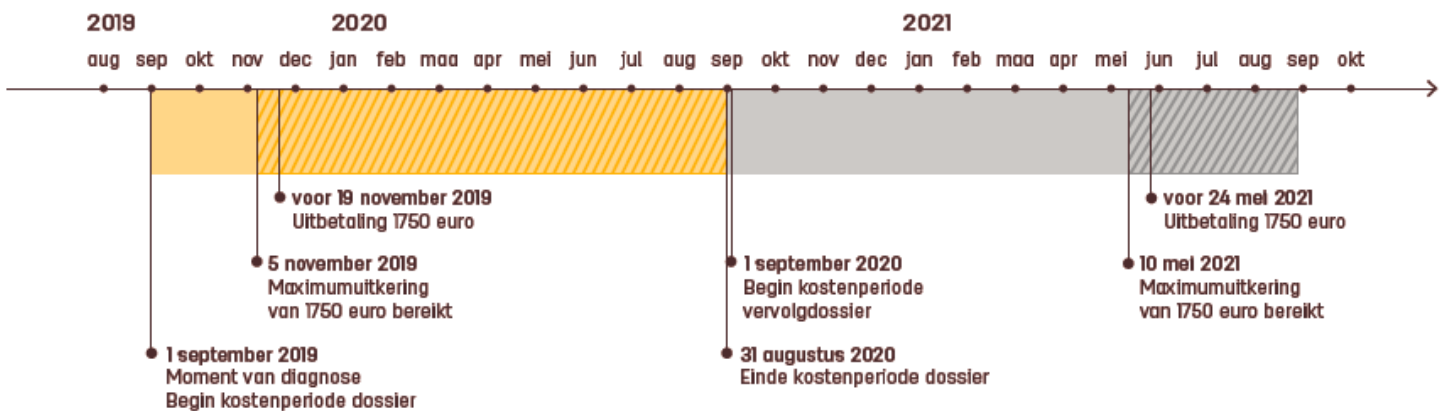
13. Snellere uitbetaling bij maximumuitkering

Als je bij het indienen van het dossier de maximumuitkering van **€ 1750** al bereikt, ook al is de kostenperiode van 12 maanden nog niet verstreken, dan kan je het dossier vervroegd indienen.

Patiënten kunnen nog steeds maar één keer per jaar steun krijgen (op basis van twaalf maanden zorgkosten), maar zodra de uitkering € 1750 bedraagt, hoeft je dus niet meer te wachten tot de twaalf maanden voorbij zijn.

Een voorbeeld:

-  **Kostenperiode dossier**
-  **Periode na bereik maximumuitkering van 1750 euro.**
De kosten die in deze periode vallen kunnen niet meer ingebracht worden in een vervolgdossier. In deze periode kan geen nieuw vervolgdossier gevestigd worden.
-  **Kostenperiode vervolgdossier**
-  **Periode na bereik maximumuitkering van 1750 euro.**
De kosten die in deze periode vallen kunnen niet meer ingebracht worden in een vervolgdossier. In deze periode kan geen nieuw vervolgdossier gevestigd worden.





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

14.1. Kan een dossier afgewerkt worden of kan er nog een nieuw dossier gevrijwaard worden?

Situatie 1: er was voor het overlijden al een dossier aangemaakt

Een dossier werd gevrijwaard, nog niet ingediend, maar tijdens de kostenperiode of kort nadien overlijdt de patiënt. In dat geval kan het dossier verder afgewerkt worden als er een wettelijke erfgenaam is (tenzij de erfenis wordt geweigerd). De kostenperiode eindigt op de sterfdatum. De kostenperiode van een dossier kan in deze omstandigheden dan ook korter of langer zijn dan twaalf maanden.

Situatie 2: er was voor het overlijden nog geen dossier gevrijwaard

Een nieuw dossier vrijwaren is in dit geval enkel mogelijk als de persoon bij het Kankerfonds bekend was in vroegere dossiers, anders komt de patiënt niet in aanmerking voor steun van het Kankerfonds. Neem in dat geval contact op met de helpdesk, zodat we de vrijwaringsdatum manueel kunnen aanpassen in het Kankerfondsdossier. De vrijwaringsdatum komt dan voor de overlijdensdatum te liggen.

14.2. Uitbetaling na overlijden

1. Op de rekening van de **patiënt** zelf. De rekening van een overleden patiënt blijft nog enkele maanden open en de steun wordt daarop gestort.
2. Als de rekening van de patiënt afgesloten is, storten we als volgt:
 - op de rekening van **de langstlevende** huwelijkspartner of de **wettelijk samenwonende** partner
Reden: de zorgkosten werden gedragen ten tijde van het samenleven. De langstlevende huwelijkspartner of samenwonende partner erft het vruchtgebruik.
 - als er geen langstlevende huwelijkspartner of wettelijk samenwonende partner is,
 - o de kantoorrekening van **de notaris** als de erfgenamen hier een beroep op doen;
 - o op de rekening van **een van de erfgenamen** als ze de nalatenschap zelf afhandelen. De erfgenamen zijn in dat geval niet verplicht om een notarisrekening op te geven. We vragen het rekeningnummer van een van de erfgenamen die zich er dan toe verbindt om de vergoeding te verdelen tussen de andere erfgenamen. Je bewijst dat met een attest van erfopvolging en een kopie van de bankkaart.
Ook het document *Akkoordverklaring in kader van nalatenschap* moet ingevuld worden, zodat de medewerker van het Kankerfonds kan nagaan dat alle erfgenamen akkoord waren met de uitbetaling op rekening van een van de erfgenamen. Als het een probleem is om het attest van erfopvolging te verkrijgen, dan kan de sociaal werker de familie vragen om het attest op te vragen via het kantoor Rechtszekerheid (zie [Deblokkeren bankrekeningen | FOD Financiën \(belgium.be\)](#))



14.3. De wettelijke erfgenaam neemt afstand van de erfenis

Het is mogelijk dat een wettelijk erfgenaam afstand doet van de erfenis en dus ook van de financiële steun van het Kankerfonds. In dat geval wordt het dossier door de sociaal werker niet ingediend en sluit de sociaal werker het dossier af zonder gevolg (dossier indienen zonder zorgkosten).

14.4. Er is geen wettelijke erfgenaam

De patiënt is overleden en er is geen enkele wettelijke erfgenaam. Er kan geen financiële steun worden uitgekeerd.

14.5. Aandachtspunt

Als de tegemoetkoming gestort wordt op rekening van een erfgenaam, kan dit aanzien worden als een aanvaarding van de nalatenschap.



15. Richtlijnen rond vervolgdossiers

15.1. Welke patiënten komen in aanmerking voor een vervolgdossier?

- Patiënten met chronische kankerbehandelingen die voldoende medische en niet-medische zorgkosten kunnen aantonen (rekening houdend met hun inkomen). De kosten moeten uiteraard gerelateerd zijn aan kanker.
- Kankerpatiënten, al dan niet in remissie, met zware permanente restletsels als gevolg van ingrijpende heekunde of ernstige weefselbeschadigingen door chemo- of radiotherapie.
- Kankerpatiënten die in de palliatieve zorg terechtkomen met zowel medische als niet-medische zorgkosten waarvoor het RIZIV nog geen volledige terugbetaling voorziet.
- Patiënten die na verloop van een aantal jaren beslissen om een borstreconstructie te ondergaan (na borstkanker of BRCA-positief).

15.2. Welke vervolgdossiers worden niet meer toegelaten?

- Patiënten in remissie (= die geen opspoorbare tekenen van de activiteit of aanwezigheid van kanker hebben) die geen of weinig zorgkosten hebben die te maken hebben met hun vroegere kankerpathologie. Die patiënten hadden soms voor ze kanker kregen al een sociale problematiek (laag inkomen, hoge huurkost, collectieve schuldenregeling). Die patiënten worden doorverwezen naar de wettelijk voorziene instanties.
- Kankerpatiënten die niet langer kosten hebben ten gevolge van een kankerbehandeling (vanaf een vierde vervolgdossier wordt een nieuw medisch attest opgevraagd dat dit moet staven).
- Patiënten die verschillende ziekten of aandoeningen hebben waarbij de kost van de kankerbehandeling zeker niet meer de belangrijkste reden is van de zorgkosten.
- Patiënten met positief berekende dossiers in acute behandelingsfasen die al verschillende keren geweigerd werden en geen steun van het Kankerfonds kregen omdat ze onvoldoende zorgkosten hebben. Zulke dossiers opstarten heeft geen zin meer.

Neem contact met de helpdesk van het Kankerfonds

Voor alle vragen of onduidelijkheden: neem contact op met de helpdesk van het Kankerfonds:

- Telefoon: 078 150 702
- E-mail: kankerfonds@komoptegenkanker.be