



KANKERFONDS 2023-2024

Voorwaarden voor financiële steun

komoptegenkanker.be
allesoverkanker.be

📍 facebook.com/komoptegenkanker
🐦 twitter.com/komop_tgkanker
📷 instagram.com/komop_tegenkanker
🌐 linkedin.com/company/komoptegenkanker

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, 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. Kwaadaardige aandoening.....	5
1.3. Domicilie in Vlaanderen of Brussel	6
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?	8
4. WIE KRIJGT ER STEUN UIT HET KANKERFONDS?	9
5. WIE DOET DE AANVRAAG?	10
6. UITBETALING.....	10
7. REDENEN VOOR WEIGERING	10
DEEL 2: ENKELE ASPECTEN VERDER TOEGELICHT.....	11
8. REËLE NETTO-INKOMENS	12
8.1. Wat betekent het begrip ‘kerngezin’ in het Kankerfonds?	13
9. EQUIVALENT INKOMEN (EI)	14
9.1. Wat is het equivalent inkomen?	14
9.2. Formule om het equivalent inkomen te berekenen	14
9.3. Percentage zorgkosten vereist op basis van equivalent inkomen	15
9.4. Hoeveel bedraagt de uitkering?.....	16
10. WOONSITUATIE	17
10.1. Al dan niet eigenaar van een eigen huis	17
10.2. Specifieke verblijfssituaties.....	17
10.3. Wat te doen bij complexe woonsituaties?.....	18
11. MAANDELIJKSE KOSTEN.....	19
11.1. Maandelijkse kosten die wel aanvaard worden.....	19
11.2. Maandelijkse kosten die niet aanvaard worden	19
12. ZORGKOSTEN EN HOSPITALISATIEVERZEKERING.....	21
12.1. Zorgkosten die aanvaard worden	21



12.1.1.	Medisch: ziekenhuisfacturen	21
12.1.2.	Medisch: consultaties en andere prestaties	21
12.1.3.	Overige medische en niet-medische zorgkosten	21
12.1.4.	Enkele belangrijke algemene tips:.....	25
12.2.	Zorgkosten die niet aanvaard worden	25
12.3.	Hospitalisatieverzekering	26
13.	ANDERE KOSTEN	27
13.1.	Andere kosten die niet aanvaard worden.....	27
14.	MAXIMUMFACTUUR	28
14.1.	Aandeel maximumfactuur in het Kankerfonds dossier	28
15.	SNELLERE UITBETALING BIJ MAXIMUMUITKERING	29
16.	WAT GEBEURT ER MET EEN DOSSIER BIJ OVERLIJDEN VAN DE PATIËNT?	30
16.1.	Kan een dossier afgewerkt worden of kan er nog een nieuw dossier gevrijwaard worden?.....	30
16.2.	Uitbetaling na overlijden	30
16.3.	De wettelijke erfgenaam neemt afstand van de erfenis.....	30
16.4.	Er is geen wettelijke erfgenaam.....	31
17.	RICHTLIJNEN ROND VERVOLGDOSSIERS	32
17.1.	Welke patiënten komen in aanmerking voor een vervolgdossier?.....	32
17.2.	Welke vervolgdossiers worden niet meer toegelaten?	32
17.3.	Algemene richtlijnen.....	32
HELPDESK		34

Deel 1: Kankerfonds: algemene info en voorwaarden

Versillende 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 aan kanker gerelateerde zorgkosten een zware belasting vormen voor hun beperkte inkomen. 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 financieel te steunen met een beperkt inkomen (zie [1.1. Inkomensgrenzen](#)) en in verhouding hoge zorgkosten. In eerste instantie moet men voldoen aan de inkomensvoorwaarden. Vervolgens worden de zorgkosten die de patiënt zelf heeft moeten betalen, op jaarbasis bekeken in verhouding tot het gezinsinkomen. Onder zorgkosten verstaan we zowel medische als niet-medische kosten ten gevolge van de kankerbehandeling. 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 of aan de wettelijke erfgenaam na overlijden. 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 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. Tijdig hulp vragen kan financiële problemen beperken.



1. Voorwaarden

1.1. Inkomensgrenzen

Inkomensgrenzen 1 april 2023 – 31 maart 2024

Koppel	€ 2740
Koppel met 1 kind	€ 3372
Koppel met 2 kinderen	€ 4004
Koppel met 3 kinderen	€ 4636
Alleenstaande	€ 2108
Alleenstaande met 1 kind	€ 2740
Alleenstaande met 2 kinderen	€ 3372
Alleenstaande met 3 kinderen	€ 4004
Alleenstaande met 4 kinderen	€ 4636
+ € 632 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 en een financiële band met elkaar hebben.

De inkomens kunt u het beste bewijzen aan de hand van een bankuittreksel met een datum die valt in de kostenperiode van het dossier.

Zit u maximum 25 euro boven de inkomensgrens? Neem dan zeker contact op met de helpdesk van het Kankerfonds (telefoon en e-mail hierboven).

1.2. 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). Ook wie niet langer actief behandeld wordt, kan in aanmerking komen indien de zorgkosten een gevolg zijn van de kankerbehandeling.

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 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 histocytosis, enz. Neem voor deze uitzonderingen 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 dient gedomicilieerd te 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).

Een onlichamelijk roerend goed is een goed dat geen materiële vorm heeft. Het is ontastbaar.

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

De tegemoetkoming wordt berekend op basis van één jaar (twaalf 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 verschillen, omdat we steeds kijken naar de verhouding tussen het inkomen en de zorgkosten. Soms komt een dossier niet in aanmerking voor steun en wordt het geweigerd (zie [7. Redenen voor weigering](#)).



De financiële steun van het Kankerfonds 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 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 [9. Equivalent Inkomen \(EI\)](#).



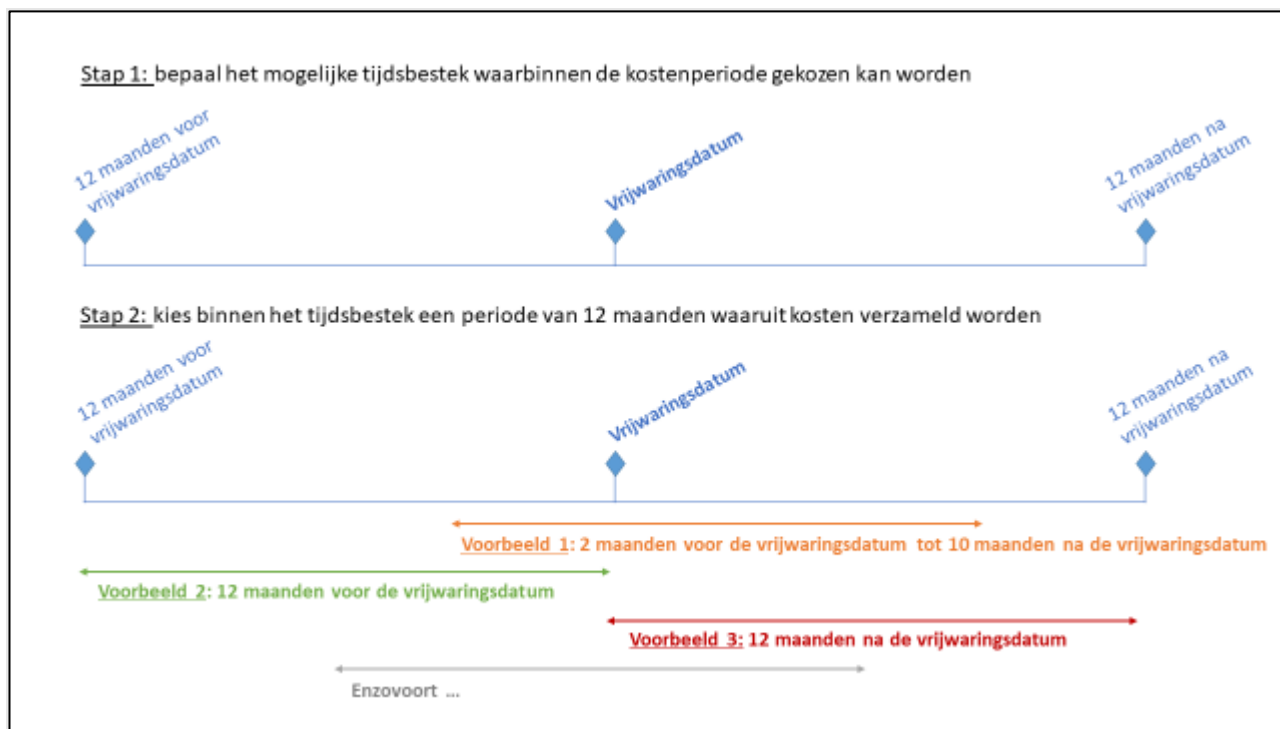
3. Hoe wordt de kostenperiode bepaald?

Vooraleer een dossier ingediend kan worden, moeten er in principe zorgkosten van twaalf maanden verzameld worden. Dit 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.

- Voor een eerste aanvraag start de kostenperiode meestal 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
- 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
- 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 duidelijk zichtbaar is.

De indiening van een dossier kan in drie uitzonderlijke gevallen wél voordat een termijn van één jaar is verstreken:

- Wanneer de maximumtussenkomst al bereikt is (zie punt 15. Snellere uitbetaling bij maximumuitkering);
- Wanneer de patiënt op korte termijn dreigt te overlijden en er geen wettelijke erfgenaam is (neem hiervoor steeds contact op met de helpdesk);
- Wanneer de patiënt is overleden en er wettelijke erfgenamen binnen of buiten het kerngezin zijn.

4. Wie krijgt er steun uit het Kankerfonds?

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

- Met een beperkt inkomen;
- Met slechts één inkomen (éénverdieners);
- Met langdurig een vervangingsinkomen (ziekte-uitkering, werkloosheidsuitkering, leefloon, invaliditeitsuitkering);

- Gezinnen in een officieel budgetbeheer of met een collectieve schuldenregeling;
- Patiënten met zorgkosten waarbij de hospitalisatieverzekering niet of weinig terugbetaalt.

5. 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.

6. Uitbetaling

De financiële steun kan uitbetaald worden aan de hand van 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 (indien niet geblokkeerd), de rekening van de wettelijk erfgenaam of de rekening van de notaris (zie [Wat gebeurt er met een dossier bij overlijden van de patiënt?](#)).

Als de patiënt niet op de hoogte is van zijn diagnose of geen communicatie wenst van het Kankerfonds of van Kom op tegen Kanker in het algemeen, kan de storting gebeuren zonder mededeling. De briefwisseling gebeurt onder een neutrale enveloppe met 'Sociale Dienst' erop. Bij de uitbetaling is de mededeling in dit geval 'gift van een werk'.

7. Redenen voor weigering

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

Redenen van weigering kunnen zijn:

- Het inkomen is te hoog;
- De aanvraag gebeurde na overlijdensdatum (alleen bij een eerste dossier);
- Geen kankerdiagnose;
- De patiënt en zijn kerngezin hebben meer dan € 40.000 aan diverse vormen van spaargelden (onlichamelijke roerende goederen, zie 1.6.);



- De patiënt en zijn kerngezin hebben meerdere onroerende goederen (bouwgronden of huizen) in volle 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 [14. 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



8. Reële netto-inkomens

Reële inkomens zijn:

- **Alle maandelijkse netto-inkomens** van de patiënt en de leden van het kerngezin (zie [8.1 Wat betekent het begrip 'kernegezin' in het Kankerfonds?](#)). Indien er sprake is van een ziekte-uitkering, nemen we het dagbedrag vermenigvuldigd met 26 (bij meerdere dagbedragen nemen we een gemiddelde). Indien het inkomen varieert tijdens de kostenperiode maakt de sociaal werker een maandgemiddelde van de verschillende inkomensbedragen;
- **Groeipakket**
 - Indien er inkomsten zijn uit een leercontract gecombineerd met het groeipakket worden de inkomsten van het leercontract niet als inkomen gerekend en is het kind financieel afhankelijk van de ouders; het groeipakket wordt bij het inkomen van de ouders meegeteld.
 - Indien het groeipakket bij echtscheiding op de gemeenschappelijke rekening komt én de kinderen zijn gedomicilieerd bij de patiënt met kanker, dan wordt het groeipakket voor de helft bij de inkomsten van de patiënt geteld. Als de kinderen er niet zijn gedomicilieerd, wordt het groeipakket niet meegeteld tenzij in de realiteit het groeipakket toch verdeeld wordt tussen beide ouders.
- Enkel **structurele inkomens** zoals loon uit arbeid, pensioen, leefloon, ziekte- of invaliditeitsuitkering, werkloosheidsuitkering, loopbaanonderbrekingsuitkering, alimentatie/onderhoudsgeld, huurinkomsten, zorgverzekering, de forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden etc.;
- **Vergoedingen uit het asbestfonds:** <http://www.fedris.be/afa/faq7nl.html>;
- Indien er **loonbeslag** is, wordt enkel het resterende inkomen dat de patiënt in zijn bezit krijgt, in rekening gebracht;
- **Coronapremie**;
- **Niet terugvorderbare steun** (opgelet: voorschotten verleend door het OCMW die vaak wel worden teruggevorderd, zijn dus geen reëel inkomen).

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. Kies 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 en vermeld dat duidelijk in de opmerkingen van het digitaal dossier.

Als bewijsstuk aanvaardt Kom op tegen Kanker:

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

Belastingbrieven aanvaarden wij niet. Ze gaan vaak te ver terug in de tijd en zijn daarom niet van toepassing op de kostenperiode van het dossier. Voor zelfstandigen wordt best aan de boekhouder een bewijs van jaarinkomsten gevraagd, liefst van de periode waarbij de zelfstandige al ziek was en waarschijnlijk minder inkomsten genereerde.

8.1. Wat betekent het begrip ‘kernegezin’ in het Kankerfonds?

Met kernegezin bedoelen we alle variabele gezinsleden met wie de patiënt een financiële band heeft om zijn zorgkosten te betalen. Ook kinderen die geen groeipakket meer ontvangen, kunnen hier deel van uitmaken. Dat is op voorwaarde dat ze op hetzelfde adres gedomicilieerd zijn en dat ze geen eigen inkomsten of andere toelagen hebben. Hoe groter het kernegezin, hoe hoger de netto-inkomsten mogen zijn om alsnog in aanmerking te komen voor een tussenkomst van het Kankerfonds (zie punt 9).

Bijvoorbeeld: een gezin bestaat uit een moeder, een vader en twee kinderen. Indien de vrouw patiënt is, bestaat het kernegezin uit de vader en twee inwonende kinderen waarvan een van de twee bijvoorbeeld een kotstudent kan zijn maar wel nog thuis gedomicilieerd is.

Andere personen die ingeschreven zijn op hetzelfde adres van de patiënt, maar geen financiële band hebben met de patiënt en het kernegezin, noemt Kom op tegen Kanker **‘inwonende personen buiten het kernegezin’**. De inkomens van inwonende personen buiten het kernegezin worden niet bij het maandelijkse netto-gezinsinkomen gerekend.

Bijvoorbeeld: een gezin bestaat uit een moeder, een vader, één werkend kind en één studerend kind. Indien de vrouw de patiënt is, bestaat het kernegezin uit de vader en één studerend kind. Het werkende kind is een persoon buiten het kernegezin.

Bij minderjarige patiënten hangt het inkomen dat al dan niet in aanmerking komt af van het feit of de minderjarige onder ouderlijk gezag staat, onder voogdijgezag staat of ontvoogd is. Vraag hierover informatie bij de helpdesk van het Kankerfonds.



9. Equivalent inkomen (EI)

9.1. 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 twee kinderen vergeleken worden met het inkomen van een alleenstaande. Meer uitleg over de inkomensgrenzen is te vinden in [1.1. Inkomensgrenzen](#).

Het equivalent inkomen is - samen met het algemene vermogen van het gezin - de belangrijkste parameter die de toegang tot het Kankerfonds bepaalt.

9.2. Formule om het equivalent inkomen te berekenen

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

Voor de gezinscoëfficiënt telt de patiënt als 1 en elk lid van het kerngezin als 0,3. Een kind met een zorgtoeslag bij het groeipakket telt dubbel, dus als 0,6. Opgelet! Sociale toeslag groeipakket is geen aanleiding om kinderen als extra persoon in het kerngezin te laten meetellen. Enkel zorgtoeslag wijst erop dat er extra zorgnoden zijn en dus extra zorgkosten, de sociale toeslag is een wettelijk extra met het oog op het lage inkomen.

Bijvoorbeeld

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

Reëel inkomen € 2700

Equivalent inkomen € 1421 (€ 2700 ÷ 1,9)

9.3. 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 %)
< 1366	0
Tussen 1366 en 1490	2,5
Tussen 1490 en 1614	5
Tussen 1614 en 1738	7,5
Tussen 1738 en 1862	10
Tussen 1862 en 1986	12,5
>1986 en max. 2108	15

Bijvoorbeeld

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

Reëel inkomen € 2700

Equivalent inkomen € 1421 (€ 2700 ÷ 1,9)

Percentage 2,5 %

Kosten in euro op maandbasis € 35,5 (2,5 % van € 1421)

Kosten in euro op jaarbasis € 426 (€ 35,5 x 12 maanden)

9.4. 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 inkomenscategorieën (in %)	Berekening van de uitkering
€ 1986 en max. € 2108	15	Uitkering = 20 % van het remgeld
€ 1862 en € 1986	12,5	Uitkering = 25 % van het remgeld
€ 1738 en € 1862	10	Uitkering = 25 % van het remgeld
€ 1614 en € 1738	7,5	Uitkering = 33 % van het remgeld
€ 1490 en € 1614	5	Uitkering = 33 % van het remgeld
€ 1366 en € 1490	2,5	Uitkering = 50 % van het remgeld
< € 1366	0	Uitkering = 80 % van het remgeld

Patiënten met een equivalent inkomen onder de 1366 euro 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. Uiteraard, hoe meer zorgkosten worden bewezen, hoe groter de financiële steun zal worden.

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:
 - Indien er een huurbedrag wordt opgegeven, wordt de uitkering met 20 % verhoogd.
 - Indien er een kost is voor het verblijf in een woonzorgcentrum, wordt de uitkering met 20 % verhoogd.
 - Indien er een aflossing van een hypothecaire lening loopt, wordt de uitkering met 20 % verhoogd.
 - Indien 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.

10. 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.

10.1. Al dan niet eigenaar van een eigen huis

- 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 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.

10.2. Specifieke verblijfsituaties

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een definitief verblijf in een woonzorgcentrum of een kortstondig verblijf elders. Zie voorbeeld hieronder.

- 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, gelden de volgende criteria:
 - Het maandbedrag voor de huur van de kamer (kamerbedrag x aantal dagen) wordt opgegeven onder de rubriek woonsituatie: optie rusthuis.
Let wel, Kom op tegen Kanker 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 te worden en de kosten worden ingevuld via de rubriek(en) zorgkosten.
- 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 dienen ingebracht te worden onder de rubriek revalidatie (alle zorgkosten worden ingebracht op jaarbasis).

Er kan slechts één woonsituatie gekozen worden. De keuze die het meest voordelig is voor de uitkering verdient de voorkeur.

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: Iriscare, www.iriscare.brussels/nl/iriscare-nl, e-mail: fin@iriscare.brussels



10.3. Wat te doen bij complexe woonsituaties?

Complexe situaties licht u 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. Indien twee woonsituaties zich even lang hebben voorgedaan, wordt de situatie die de meest voordelige tussenkomst oplevert voor de patiënt ingebracht.

Met een aanmaak van een testdossier kunt u een simulatie maken en de verschillende berekeningen nader bekijken. U maakt een testdossier door 'Demo' te kiezen. Als u de aanvraag indient, wordt dit demodossier verwijderd.



11. Maandelijkse kosten

11.1. Maandelijkse kosten die wel aanvaard worden

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

- Afbetaling andere leningen
Gelieve in de opmerkingen te vermelden wat de reden van de lening is.
Enkel de volgende leningen worden in rekening genomen:
 - Autolening;
 - 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;
 - Andere leningen: in overleg met de helpdesk van het Kankerfonds.
- Alimentatie/onderhoudsgeld
Kom op tegen Kanker spreekt over de alimentatie of het onderhoudsgeld als maandelijkse 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.
- Andere maandelijkse kosten
Zaken die in functie van een kankerbehandeling voor extra maandelijkse lasten zorgen.
Voorbeelden:
 - Extra elektriciteitskosten door verbruik van beademingsapparatuur, huur aansluiting op personalarmsentrale;
 - Sportabonnement (in functie van oncorevalidatie) ter waarde van max. 30 euro/per maand en gedurende maximum 3 jaar.
- Opleg gezondheidszorg van ander gezinslid
Dat 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. Graag een vermelding hierover 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.

11.2. Maandelijkse kosten die niet aanvaard worden

De volgende kosten kunnen niet worden ingebracht:

- Nutsvoorzieningen, water, elektriciteit en gas;
- Telefoon, gsm en internet;



- Maaltijden aan huis;
- Verzekeringen en eventuele bijpremies;
- Lening om op reis te gaan;
- Leningen voor luxeproducten/ consumptiegoederen.



12. Zorgkosten en hospitalisatieverzekering

12.1. Zorgkosten die aanvaard worden

12.1.1. *Medisch: ziekenhuisfacturen*

Als bewijsstuk aanvaardt Kom op tegen Kanker óf de volledige facturen (de prestatiedatum moet zichtbaar zijn want die moet in de kostenperiode vallen; de factuurdatum niet) óf een overzichtsstaat van het ziekenfonds – niet beide samen. Opgelet! Houd rekening met eventueel betaalde voorschotten. Tel ze bij het factuurbedrag op.

- Bij **tepeltatoeage** na borstamputatie door een arts of verpleegkundige kan de kost in de ziekenhuisfactuur opgenomen zijn. Indien de tatoeage gebeurde in een instelling voor dermatopigmentatie dient een factuur als bewijsstuk van deze extra kost toegevoegd te worden.
- De kost voor **oncofreezing** dient bewezen te worden aan de hand van de factuur van het fertiliteitscentrum.
- Ereloon- en/of kamersupplementen door een verblijf in een **éénpersoonskamer** worden **niet** aanvaard.

12.1.2. *Medisch: consultaties en andere prestaties*

Als bewijsstuk aanvaardt Kom op tegen Kanker een overzichtsstaat van het ziekenfonds waarbij niet enkel nomenclatuurnummers vermeld worden, maar eveneens de omschrijving van de prestatie van en kosten voor:

- Huisarts;
- Specialist;
- Kinesitherapeut;
- Logopedist;
- Tandarts;
- Labkosten;
- Podoloog (indien erkend door het RIZIV én indien nodig ten gevolge van kanker).

Bij hoge kosten (meer dan 500 euro binnen de kostenperiode van 12 maanden), bijvoorbeeld voor tandzorg of een ander type consultatie/prestatie, wordt steeds een medisch attest gevraagd waaruit blijkt dat deze hoge kost gerelateerd is aan kanker. Ook wanneer een bril en/of hoorapparaat worden ingebracht, is steeds een medisch attest vereist dat de link legt met de kankerbehandeling.

12.1.3. *Overige medische en niet-medische zorgkosten*

- Medisch: aankoopmateriaal
Materiaal dat wordt aangekocht kan voor 50 % in rekening gebracht worden. Dat gaat bijvoorbeeld



over een matras, een (verstelbare) lattenbodem, een verhoging voor het toilet enz. Graag toelichting over de aankoop in de opmerkingen van het dossier.

- Medisch: apothekerskosten
Een overzichtslijst van de apotheker, beperkt tot de exacte kostenperiode van het dossier. Opgelet! Medicijnen van de ziekenhuisfacturen worden ondergebracht onder de noemer ziekenhuisfacturen.
- Medisch: 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 ook afhankelijk van de leeftijd (jongeren genieten een gunstiger terugbetalingstarief). Bijvoeding (bijv. Fortimel) kan ook in het dossier ingebracht worden (opgelet: kan vervat zijn in de apothekerskosten). Meer info te verkrijgen via de helpdesk (telefoonnummer hierboven) of onder het menu tiparchief op kankerfonds.be.
- Medicinale cannabis
Hier komt het Kankerfonds enkel tussen indien de medicinale cannabis gebruikt wordt voor nevenwerkingen én indien het voorgeschreven werd door een dokter. Het voorschrift moet mee ingediend worden als bewijsstuk.
- Niet-medisch: incontinentiemateriaal
- Niet-medisch: mondklappers mogen voor maximum 500 euro op jaarbasis ingebracht worden.
- Niet-medisch: kledij
 - Aangepaste BH aan 50 % van de aankoopprijs;
 - Speciaal zwempak voor prothese aan 50 % van de aankoopprijs.
- Niet-medisch: prothese
Prothesen aangekocht bij een bandagist, mogen volledig ingebracht worden. We komen ook tussen voor een specifieke zwemprothese boven op de gewone borstprothese en voor een armkous voor lymfoedeem.
- Niet-medisch: hoofddekensels
Alle hoofddekensels (pruik, chemomutsjes, hoeden, sjaaltjes, ...) aanvaarden we tot maximum 1.000 euro. Opgelet bij de pruik: gelieve de tussenkomst van het ziekenfonds af te trekken van het in te brengen bedrag, tenzij deze tussenkomst al in de overzichtstaat is verwerkt.
- Niet-medisch: revalidatie
Alle ambulante revalidatietrajecten naar aanleiding van de kankerbehandeling: kosten worden ingebracht onder de rubriek revalidatie.
Korte opnames zoals kortverblijf, dagopvang, herstelkuren of zorghuis voor alleenstaanden, worden aanvaard onder de rubriek revalidatie als ze erkend worden door het RIZIV, het ziekenfonds of het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.
- Niet-medisch: huur/ uitleenmateriaal
Waarborgen voor uitleenmateriaal in mindering brengen.
- Niet-medisch: poets hulp
Door een poetsdienst of via hulp van familie die vergoed wordt.

- Niet-medisch: dienstencheques

Mogen enkel ingevoerd worden indien ze nodig waren ten gevolge van een kankerbehandeling.

Opgelet bij dienstencheques: de fiscale aftrekbaarheid wordt in mindering gebracht. Breng de nettokost van de dienstencheques in. Voor het aanslagjaar 2020 (inkomsten 2019) geldt het belastingvoordeel van 30 %, waardoor de cheques in werkelijkheid maar 6,30 euro kosten, voor de eerste 167 aangekochte cheques. Voor het aanslagjaar 2021 (inkomsten 2020) geldt de verlaagde belastingvermindering van 20 %, waardoor de cheques in werkelijkheid maar 7,20 euro kosten, voor de eerste 174 aangekochte cheques. Bekijk de nettoprijs van dienstencheques tijdens de kostenperiode van het dossier hier: dienstencheques.vlaanderen.be/burger/info/fiscale-aftrek/aantal-aan-te-geven).

21/03/2023: In het Vlaamse Gewest hebt u momenteel recht op een belastingvermindering van € 1,8 op elk van de 191 eerst gekochte dienstencheques per persoon.

1. Als "enkelvoudige" gebruiker die woont in het Vlaamse Gewest geniet u:
een belastingvermindering van € 1,8/dienstencheque;
op de 191 eerste gekochte dienstencheques per persoon.

Een dienstencheque van € 9 kost u dus in werkelijkheid maar € 7,2 na de belastingvermindering.

2. Bent u gehuwd of samenwonend en woont u in het Vlaamse Gewest? Dan geniet u:
allebei dezelfde belastingvermindering van € 1,8/dienstencheque,
op de 191 eerste dienstencheques die u elk in eigen naam koopt.

Daarvoor moeten u en uw partner elk een gebruikersnummer aanvragen bij Sodexo.

Ook wijk-werkcheques mogen worden ingebracht indien die nodig waren voor poets hulp en/of huishoudhulp ten gevolge van een kankerbehandeling. Wijk-werkcheques worden dus niet aanvaard indien gebruikt voor klusjes en/of tuinwerken. Voor de nettoprijs wijk-werkcheques: raadpleeg wijkwerkcheques.edenred.be/hc/nl.

- Niet-medisch: gezinszorg

De hulp die aangeboden wordt door de diensten gezinszorg zoals Familiehulp, Familiezorg, Solidariteit voor het gezin, enz.

Indien er een tussenkomst van het ziekenfonds is, gelieve die in mindering te brengen.

- Niet-medisch: andere zorgkosten

Voorbeeld: kinderopvang, thuisonderwijs, psychosociale hulp, parkeerkosten in het kader van een ambulante behandeling, groeimelk (indien borstkanker borstvoeding onmogelijk maakt), enz.

Graag vermelden wat deze kost inhoudt in de opmerkingen van het dossier.

- Niet-medisch: verplaatsingskosten (die overblijven na officiële tussenkomsten van het RIZIV):

- Vervoer door de Minder Mobielen Centrale

Het jaarabonnement en een bedrag van € 0,10 per gereden kilometer mag in rekening gebracht worden.

[Leden | MMC - Minder Mobielen Centrale\(s\)](#)



Hebt u problemen om zich te verplaatsen? Dan kan u beroep doen op de Minder Mobielen Centrale in uw gemeente en zo oplossingen vinden voor uw verplaatsingsproblemen.

Voor een bedrag van € 12 per jaar of € 6 voor een half jaar (vanaf 1 juli) kan u als lid telefonisch ritten aanvragen bij de centrale van de gemeente waar u bent ingeschreven. Deze aanvragen gebeuren 48 uur op voorhand. De onkostenvergoeding die u aan de chauffeur betaalt, varieert van gemeente tot gemeente, met als maximum de kilometervergoeding voor het overheidspersoneel. Deze dienstverlening is mogelijk dankzij vrijwilligers.

Lidmaatschapsvoorwaarden

Wanneer u lid wil worden van de Minder Mobielen Centrale moet u aan enkele voorwaarden voldoen. Uw inkomen mag niet hoger zijn dan twee keer het leefloon (R.M.I.) en u kan geen gebruik maken van het openbaar vervoer omwille van ziekte, ouderdom of handicap.

Documenten bestemd voor de ingeschreven leden

Elk lid van de Minder Mobielen Centrale ontvangt een lidkaart bij inschrijving.

- Niet-dringend liggend ziekenvervoer met een ziekenwagen
De factuur, verminderd met de terugbetaling van het ziekenfonds, kan ingevoerd worden.
- Een verplaatsing naar een ambulante behandeling OF daghospitalisatie OF ziekenhuisopname met een ziekenwagen
Enkel het remgeld van de factuur mag ingevoerd worden.
- De verplaatsing(en) naar een ambulante behandeling OF daghospitalisatie met de taxi, privé-wagen:
 - Binnen de verplichte ziekteverzekering krijgt men een terugbetaling van verplaatsingskosten van € 0,32/km bij alle ambulante kankerbehandelingen en opvolgconsultaties. In het Kankerfondsdossier wordt een forfaitair bedrag van € 0,10 per gereden kilometer als remgeld in rekening gebracht.
 - **Uitzondering:** verplaatsingen voor bloedafnames en andere technische onderzoeken worden niet terugbetaald binnen de verplichte ziekteverzekering. Deze verplaatsingskosten mogen daarom volledig ingebracht worden in het Kankerfondsdossier aan € 0,3707 per kilometer.
- De verplaatsingen in het kader van een bezoek van ouders aan hun minderjarig kind bij een ziekenhuisopname die gebeuren met de eigen wagen:
Een forfaitair bedrag van € 0,10 per gereden kilometer mag in rekening gebracht worden.
 - Gaat men op bezoek met het openbaar vervoer, dan wordt die kost niet in rekening gebracht aangezien die volledig wordt terugbetaald door het ziekenfonds.
 - Enkel de vervoerskosten voor behandelingen die plaatsvinden of plaatsgevonden hebben in België komen in aanmerking.



- Parkeertickets in het kader van een ambulante behandeling worden volledig aanvaard. Graag vermelden in de opmerkingen in het dossier.

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

12.1.4. Enkele belangrijke algemene tips:

- Bepaalde zorgkosten aanvaarden we voor 50 % van de kost. De sociaal werker rekent het bedrag zelf uit en noteert in de opmerkingen welke aankoop er plaatsvond en bevestigt dat het genoteerde bedrag 50 % is van de totale aankoopssom (bijvoorbeeld aankoop matras, relaxzetel, traplift, ...).
- Bij een medische scooter is er mogelijk al een tussenkomst van de Vlaamse Sociale Bescherming (via de Zorgkas). Als dat het geval is, wordt 50 % van het bedrag nog ten laste van de patiënt aanvaard (na tussenkomst van de Zorgkas). Indien er geen tussenkomst is van de Vlaamse Sociale Bescherming dan wordt een bedrag van 50 % van de volledige kostprijs op factuur aanvaard. Voor mobiliteitshulpmiddelen die gehuurd worden, mag het volledige bedrag worden ingebracht ten laste van de patiënt (desgevallend na tussenkomst van de Vlaamse Sociale Bescherming). Die regel komt overeen met ander materiaal dat wordt gehuurd (bijv. ziekenhuisbed of toiletstoel).
- De ingevulde zorgkosten dienen steeds binnen de kostenperiode van het dossier te vallen.
- De zorgkosten moeten al betaald zijn en via factuur bewezen worden.
- Komt u 50 euro zorgkosten te kort om in aanmerking te komen, neem dan contact op met de helpdesk van het Kankerfonds.

12.2. 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:
 - Wanneer op basis van een medisch attest door de behandelende oncoloog blijkt dat de behandeling in België niet mogelijk blijkt of bleek te zijn (bijv. hadrontherapie);
 - Wanneer 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. Er zijn een aantal uitzonderingen die het Kankerfonds wel aanneemt (bijv. borstreconstructie met techniek van lipofilling);
- Jaarlijkse bijdragen voor het ziekenfonds, de zorgverzekering, de hospitalisatieverzekering...;
- Voedingssupplementen;
- Vitamines die een plafondbedrag van 250 euro per jaar overschrijden (tenzij een doktersvoorschrift wordt voorgelegd);



- Acupunctuur, homeopathie, osteopathie en chiropraxie;
- Ereloon- en kamersupplementen door een verblijf in een éénpersoonskamer.

12.3. Hospitalisatieverzekering

De terugbetalingen van de hospitalisatieverzekering tijdens de kostenperiode worden verzameld, opgeteld en apart ingebracht in het dossier. Ze worden door het Kankerfonds van de zorgkosten afgetrokken. Wie een hospitalisatieverzekering heeft, kan soms toch in aanmerking komen voor steun van het Kankerfonds. Er worden immers vaak kosten gemaakt die buiten de terugbetalingen van de hospitalisatieverzekering vallen, zoals een groot aandeel van de medische bijvoeding en gezinszorg.



13. Andere kosten

13.1. Andere kosten die niet aanvaard worden

De volgende kosten kunnen niet worden ingebracht:

- Verfraaiingswerken, onderhoudswerken aan huis en tuin;
- Verkeersboetes;
- Begraveniskosten;
- Bepaalde kledij zoals (warmte-)pantoffels, een pyjama, een kamerjas of kledij die aangekocht wordt bij sterk vermageren of verzwaren ten gevolge van een behandeling.



14. 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 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.

14.1. Aandeel maximumfactuur in het Kankerfonds dossier

Kom op tegen Kanker houdt rekening met de eventuele terugbetaling van de maximumfactuur door 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, 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 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 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.

Indien 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.

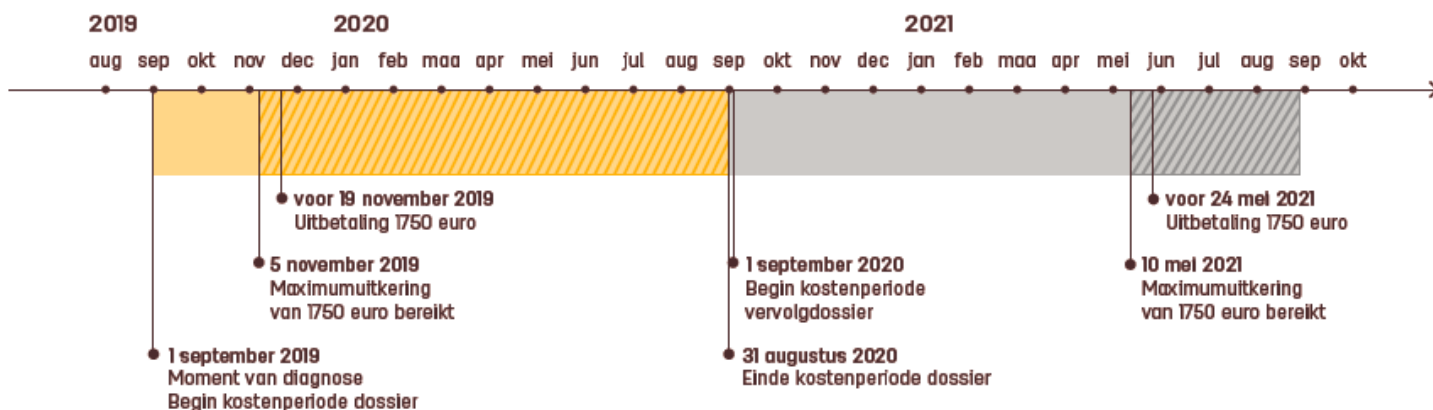


15. Snellere uitbetaling bij maximumuitkering

Het Kankerfonds zal voor alle dossiers die werden aangemaakt sinds 1 december 2019 uitbetalen zodra de maximumuitkering van € 1750 euro bereikt is, ook al is de kostenperiode van twaalf maanden nog niet verstreken. Mensen kunnen nog steeds maar één keer per jaar steun krijgen (op basis van twaalf maanden zorgkosten), maar zodra de uitkering € 1750 bedraagt, hoeven ze niet meer te wachten tot de twaalf maanden om 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 gevrijwaard 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 gevrijwaard worden.



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

16.1. 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, maar tijdens de kostenperiode overlijdt de patiënt. In dat geval kan het dossier verder afgewerkt worden indien 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 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 (vervolgdossier), 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.

16.2. Uitbetaling na overlijden

Bij overlijden storten we:

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. Indien de rekening van de patiënt afgesloten is, storten we op:
 - o de kantoorrekening van de notaris indien de erfgenamen hier een beroep op doen;
 - o of op de rekening van een van de erfgenamen indien ze ervoor kiezen de nalatenschap zelf af te handelen. 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 dan verbindt de vergoeding te verdelen tussen de andere erfgenamen. Te bewijzen a.d.h.v. een attest van erfopvolging en een kopie van de bankkaart. Ook het document 'Akkoordverklaring in kader van nalatenschap' dient ingevuld te worden, zodat de medewerker van het Kankerfonds kan nagaan dat alle erfgenamen akkoord waren met de uitbetaling op rekening van een van de erfgenamen. Indien het een probleem geeft 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 \(belgium.be\)](#))

16.3. 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).



16.4. Er is geen wettelijke erfgenaam

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

17. Richtlijnen rond vervolgdossiers

17.1. 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 wel 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 zorgkosten waarvoor het RIZIV nog geen volledige terugbetaling voorziet.
- Patiënten die na verloop van een aantal jaren beslissen om een borstreconstructie met eigen weefsel te ondergaan (na borstkanker of BRCA-positief).

17.2. 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.

17.3. Algemene richtlijnen

De belangrijkste voorwaarde die het Kankerfonds hanteert, is dat de ingediende kosten echt gerelateerd zijn aan kanker. 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. Alle kosten worden door onze diensten nauwkeurig nagekeken en we behouden het recht om kosten te schrappen en om extra bewijsstukken op te vragen.

Kosten voor (dure) verzorgingsproducten of voor medicatie, die duidelijk niet voor de patiënt bestemd zijn zoals medicijnen voor dieren, schrappen we. Het is aan de sociaal werker om zelf te filteren en de



lijst opnieuw te berekenen indien nodig.

We kunnen extra bewijsstukken opvragen voor kosten die onder de ziekterubriek 'andere' staan tenzij er duidelijke informatie in het vak opmerkingen werd genoteerd.

Bij een foute interpretatie van de criteria of bij een uitzonderlijke hoge zorgkost is het mogelijk dat we bijkomende bewijsstukken of bijkomende informatie opvragen per mail of telefonisch.



Helpdesk

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

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