



VOORWAARDEN VOOR FINANCIËLE STEUN

KANKERFONDS.BE 2019-2020

Komt u in aanmerking voor financiële steun van het Kankerfonds?

Lees in dit document alle voorwaarden.

Patiënten kunnen zelf geen steun aanvragen, dat gebeurt via de sociale dienst van het ziekenhuis, de mutualiteit, het OCMW, het CAW, het Sociaal huis, de thuiszorgorganisatie enz.

Inhoud

INHOUD	2
DEEL 1: KANKERFONDS: ALGEMENE INFO & VOORWAARDEN	4
1. VOORWAARDEN	5
1.1. Inkomensgrenzen	5
1.2. Kwaadaardige aandoening	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 KRIJGT ER STEUN UIT HET KANKERFONDS?	8
5. WIE DOET DE AANVRAAG?	8
6. UITBETALING	8
7. REDENEN VOOR WEIGERING	9
DEEL 2: ENKELE ASPECTEN VERDER TOEGELICHT	9
8. REËLE NETTO-INKOMENS	9
8.1. Wat betekent het begrip 'kerngezin' in het Kankerfonds?	10
9. EQUIVALENT INKOMEN (EI)	11
9.1. Wat is het equivalent inkomen?	11
9.2. Formule voor het berekenen van het equivalent inkomen	11
9.3. Percentage zorgkosten vereist op basis van equivalent inkomen	12
9.4. Hoeveel bedraagt de uitkering?	13
10. WOONSITUATIE	13
10.1. Al dan niet eigenaar van een eigen huis	14
10.2. Specifieke verblijfsituaties	14
10.3. Wat te doen bij complexe woonsituaties?	14
11. MAANDELIJKE KOSTEN	15
11.1. Maandelijke kosten die wel aanvaard worden	15
11.2. Maandelijke kosten die niet aanvaard worden	16
12. ZORGKOSTEN EN HOSPITALISATIEVERZEKERING	16
12.1. Zorgkosten die wel aanvaard worden	16
12.1.1. Medisch: ziekenhuisfacturen	16
12.1.2. Medisch: consultaties en andere prestaties	16
12.1.3. Overige medische en niet-medische zorgkosten	17
12.1.4. Enkele belangrijke algemene tips:	19
12.2. Zorgkosten die niet aanvaard worden	20
12.3. Hospitalisatieverzekering	20
13. ANDERE KOSTEN	20



13.1.	Andere kosten die niet aanvaard worden.....	20
14.	MAXIMUMFACTUUR.....	21
14.1.	Aandeel maximumfactuur in het Kankerfondsdossier.....	21
15.	SNELLERE UITBET ALING BIJ MAXIMUMUITKERING	22
16.	WAT GEBEURT ER MET EEN DOSSIER BIJ OVERLIJDEN VAN DE PATIËNT?	22
16.1.	Kan een dossier afgewerkt worden of kan er nog een nieuw dossier gevrijwaard worden?.....	22
16.2.	Wat is een inwonende rechtspersoon?	23
16.3.	Wat is een titularis?	23
16.4.	Meerdere titularissen/inwonende rechtspersonen.....	23
16.5.	De titularis/inwonende rechtspersoon neemt afstand van de erfenis	23
16.6.	De titularis/inwonende rechtspersoon verhuist na overlijden van de patiënt	24
16.7.	De titularis/inwonende rechtspersoon.....	24
16.8.	Er is geen titularis/inwonende rechtspersoon	24
17.	RICHTLIJNEN ROND VERVOLGDOSSIERS	24
17.1.	Welke patiënten komen in aanmerking voor een vervolgdossier?.....	24
17.2.	Welke vervolgdossiers worden niet meer toegelaten?	24
17.3.	Algemene richtlijnen	25

Deel 1: Kankerfonds: algemene info & voorwaarden

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

Het Kankerfonds is een sociaal fonds. Het heeft als doel mensen met een beperkt inkomen (zie [1.1. Inkomensgrenzen](#)) en in verhouding hoge zorgkosten, financieel te steunen. 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 12 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 na overlijden aan de inwonende rechtspersoon vb. de partner. De begunstigde kan nooit een OCMW, voorlopig bewindvoerder, ziekenhuis, enz. zijn tenzij de patiënt begeleid wordt in een traject van officieel budgetbeheer of collectieve schuldbemiddeling. *(De wetgeving rond terugvorderings- of subrogatierecht kan worden opgevraagd via kankerfonds@komoptegenkanker.be)*

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

1. Voorwaarden

1.1. Inkomensgrenzen

Inkomensgrenzen 1 april 2019 – 31 maart 2020

Koppel	€ 2323
Koppel met 1 kind	€ 2859
Koppel met 2 kinderen	€ 3395
Koppel met 3 kinderen	€ 3931
 Alleenstaande	 € 1787
Alleenstaande met 1 kind	€ 2323
Alleenstaande met 2 kinderen	€ 2859
Alleenstaande met 3 kinderen	€ 3395
Alleenstaande met 4 kinderen	€ 3931
+ € 536 per extra gezinslid	

Het betreft netto-inkomsten per maand van de patiënt en leden van het kerngezin (= andere gezinsleden dan de patiënt) die op hetzelfde adres hun domicilie hebben en een financiële band met mekaar hebben. Inkomens best te bewijzen aan de hand van een bankuittreksel met datum die valt in de kostenperiode van het dossier.

Zit je 25 euro boven de inkomensgrens? Neem dan zeker contact op met de helpdesk.

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).

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

1.3. Domicilie in Vlaanderen of Brussel

De patiënt dient gedomicilieerd te zijn in het Vlaams of 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, en als ze ook 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/haar kerngezin mogen niet meer bedragen dan €40.000 om een aanvraag bij het Kankerfonds te kunnen doen. Dit 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/haar kerngezin mogen maximum 1 onroerend goed (bebouwd of onbebouwd) in volle eigendom bezitten (zowel in België, als in het buitenland) om een aanvraag bij het Kankerfonds te kunnen doen.

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 1 jaar (12 maanden) zorgkosten. Indien de ziekte chronisch is en er nog steeds zorgkosten zijn ten gevolge van kanker, kunnen er meerdere dossiers per patiënt worden ingediend. De financiële steun kan bij meerdere dossiers 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 (remgelden) uitbetaald.

Voor de uitleg over het equivalent inkomen, de percentages te bewijzen kosten in verhouding tot het inkomen én de berekening van de financiële steun verwijzen we naar [9. Equivalent Inkomen \(EI\)](#).



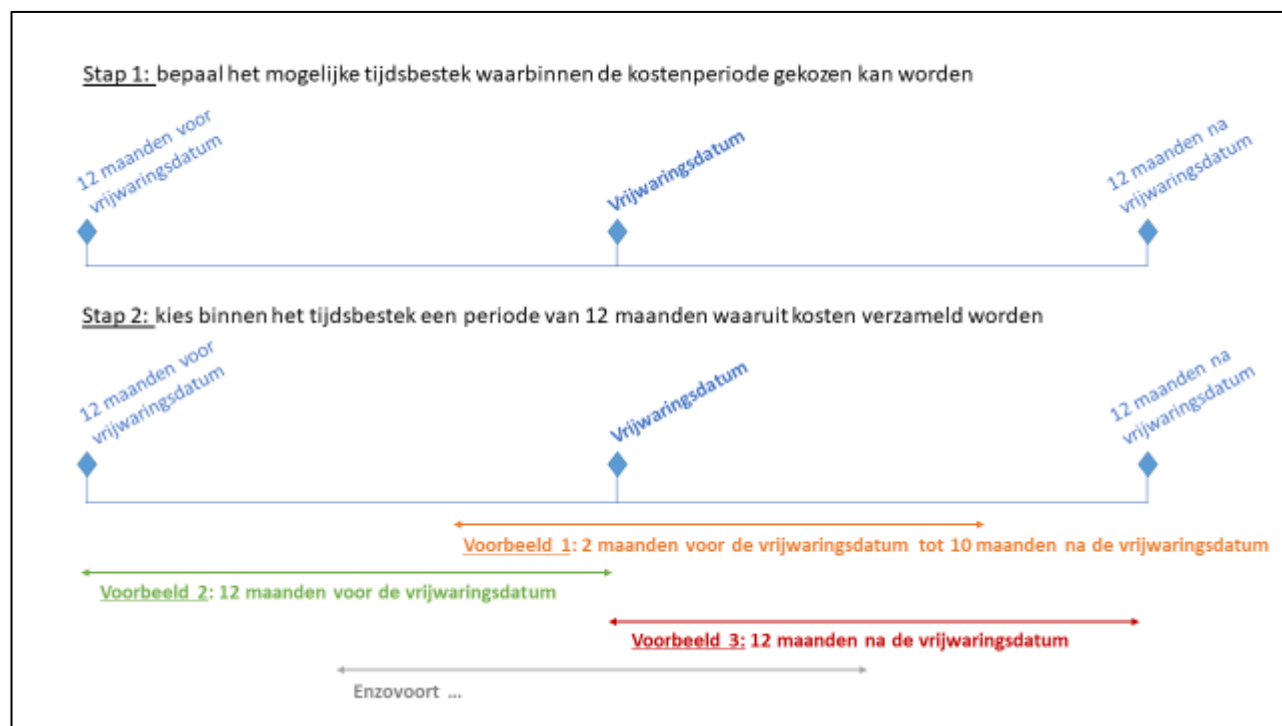
3. Hoe wordt de kostenperiode bepaald?

Vooraleer een dossier kan ingediend worden, moeten er in principe zorgkosten van 12 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 12 maanden gekozen kan worden. Namelijk: maximum 12 maanden vóór de vrijwaringsdatum tot maximum 12 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 1/2/2019 => vrijwaring op 1/4/2019 => mogelijke kostenperiode: 1/2/2019 tot 1/2/2020
- Wat als de diagnose langer dan 1 jaar in het verleden valt? De kostenperiode kan nooit vroeger beginnen dan maximum 12 maanden terug in het verleden t.o.v. de vrijwaringsdatum.
Voorbeeld 2: diagnose 1/4/2017 = vrijwaring op 1/4/2019 => mogelijke kostenperiode 1/4/2018 tot 1/4/2019
- Wat als de diagnose heel recent gesteld is? Een dossier kan alvast gevrijwaard (geopend) worden. De indiening van dit dossier kan slechts gebeuren nadat de zorgkosten over een termijn van 1 jaar verzameld zijn. De kostenperiode moet in principe minimum 12 maanden zijn.
Voorbeeld 3: diagnose 1/3/2019 = vrijwaring 5/3/2019 => mogelijke kostenperiode 1/3/2019 tot 1/3/2020



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 volgend profiel:

- een beperkt inkomen;
- één inkomen (éénverdieners);
- een langdurig 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/ zijn vertegenwoordiger. Steunaanvragen van het Kankerfonds gebeuren via een beveiligde webapplicatie van het Kankerfonds. Toegang tot de webapplicatie kan enkel door sociaal werkers met een login, werkzaam bij volgende 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. Dit 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 de inwonende rechtspersoon na overlijden, of de titularis als de patiënt minderjarig is.
- een circulaire cheque. Dit wordt aanvaard in zeer uitzonderlijke situaties. Het uitschrijven van een circulaire cheque brengt extra kosten met zich mee. Contacteer in dit geval verplicht de helpdesk van het Kankerfonds (telefoonnummer onderaan op deze pagina).

In beide gevallen kan dit zonder mededeling bij de storting indien de patiënt niet op de hoogte is van zijn diagnose of geen communicatie wenst van het Kankerfonds of Kom op tegen Kanker. 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;
- aanvraag na overlijdensdatum (alleen bij een eerste dossier);
- geen kankerdiagnose;
- de patiënt en zijn/haar kerngezin hebben meer dan €40.000 aan diverse vormen van spaargelden (onlichamelijke roerende goederen, zie 1.6.);
- de patiënt en zijn/haar kerngezin hebben meerdere onroerende goederen (bouwgronden/huizen);
- de patiënt heeft volgens de criteria te weinig zorgkosten in verhouding tot het inkomen;
- de patiënt kreeg reeds veel terugbetaald van de maximumfactuur (zie [14. Maximumfactuur](#));
- de vermelde zorgkosten vallen buiten de kostenperiode van het dossier;
- in het kader van een vervolgdossier: onvoldoende zorgkosten (medisch of niet-medisch) gerelateerd aan de kankerbehandeling of geen actieve kankerbehandeling meer;
- er is geen inwonende rechtspersoon/titularis na het overlijden van de patiënt.

Deel 2: Enkele aspecten verder toegelicht

8. Reële netto-inkomens

Reële inkomens zijn:

- **Alle maandelijksse netto-inkomens** van de patiënt en de leden van het kerngezin (zie [8.1 Wat betekent het begrip 'kerngezin' 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 sociale werker een maandgemiddelde van de verschillende inkomensbedragen;
- **Groeipakket** (vroeger 'kinderbijslag') (indien inkomsten zijn uit een leercontract gecombineerd met groeppakket wordt de inkomst van het leercontract niet als inkomen gerekend en is het kind ten laste);



- Enkel **structurele inkomens** zoals loon uit arbeid, pensioen, leefloon¹, ziekte-of invaliditeitsuitkering, werkloosheidsuitkering, loopbaanonderbrekingsuitkering, alimentatie/onderhoudsgeld, huurinkomsten, zorgverzekering,...;
- **Vergoedingen uit 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;
- **Niet terugvorderbare steun** (opgelet: voorschotten verleend door het OCMW die vaak wel worden teruggevorderd, zijn dus geen reëel inkomen).

Forfaitaire uitkeringen zoals palliatieve premie, chronisch zorgforfait en incontinentieforfait worden **niet** als inkomen beschouwd.

Het gaat steeds om de reële inkomens van het kerngezin en de patiënt die binnen de kostenperiode van het dossier vallen. Kies gemakkelijks halve één maand uit de kostenperiode als bewijsstuk. Heeft de patiënt of een ander gezinslid verschillende soorten inkomens gehad binnen eenzelfde kostenperiode (bijv. loon, ziekteuitkering, werkloosheidsuitkering), maak dan een gemiddelde en vermeld dit 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 zijn geen ideale bewijsstukken. Ze gaan vaak te ver terug in de tijd en zijn daarom niet van toepassing op de kostenperiode van het dossier. Voor zelfstandigen wordt best aan de boekhouder een bewijs van jaarinkomsten gevraagd, liefst de periode waarbij de zelfstandige al ziek was en waarschijnlijk minder inkomsten genereerde.

8.1. Wat betekent het begrip 'kerngezin' in het Kankerfonds?

De gezinsleden (partner en kinderen ten laste) die een financiële band hebben **exclusief de patiënt** noemen we in het Kankerfonds het kerngezin. Vb. Een gezin bestaat uit een mama, een papa en 2 kinderen. Indien de vrouw patiënte is, bestaat het kerngezin uit de vader en 2 inwonende kinderen waarvan 1 van de 2 bijvoorbeeld kotstudent kan zijn.

¹ wanneer de patiënt in schuldbemiddeling is, mag je het bedrag ingeven dat het OCMW uiteindelijk ter beschikking stelt aan de patiënt. dus waarbij het loonbeslag is afgetrokken.



Andere personen die ingeschreven zijn op hetzelfde adres van de patiënt, maar geen financiële band hebben met de patiënt en het kerngezin, noemt Kom op tegen Kanker inwonende personen buiten het kerngezin. De inkomens van inwonende personen buiten het kerngezin worden niet bij het maandelijkse netto-inkomen van de patiënt en het kerngezin gerekend. Vb. Een gezin bestaat uit een mama, een papa, 1 werkend kind en 1 studerend kind. Indien de vrouw patiënt is, bestaat het kerngezin uit de vader en 1 studerend kind. Het werkend kind is een persoon buiten het kerngezin.

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 2 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 de belangrijkste parameter die de toegang tot het Kankerfonds bepaalt.

9.2. Formule voor het berekenen van het equivalent inkomen

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.

Bijvoorbeeld

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

Reëel inkomen € 2200

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

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 een steun:

Equivalent inkomen (EI) in €	minimaal % kosten van het EI volgens de verschillende inkomenscategorieën
< 1139	0 %
tussen 1139 en 1247	2,5 %
tussen 1247,01 en 1355	5 %
tussen 1355,01 en 1463	7,5 %
tussen 1463,01 en 1571	10 %
tussen 1571,01 en 1679	12,5 %
> 1679 en max. 1787	15 %

We hernemen het voorbeeld van daarjuist:

Bijvoorbeeld

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

Reëel inkomen € 2200

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

Percentage 2,5 %

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

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

9.4. Hoeveel bedraagt de uitkering?

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

Equivalent inkomen	% te bewijzen kosten volgens de verschillende inkomenscategorieën	Berekening van de uitkering
€ 1679,01- max € 1787	15 %	Uitkering = 20 % van het remgeld
€ 1571,01 - € 1679	12,5 %	Uitkering = 25 % van het remgeld
€ 1463,01-€ 1571	10 %	Uitkering = 25 % van het remgeld
€ 1355,01-€ 1463	7,5 %	Uitkering = 33 % van het remgeld
€ 1247,01-€ 1355	5 %	Uitkering = 33 % van het remgeld
€ 1139,01-€ 1247	2,5 %	Uitkering = 50 % van het remgeld
< € 1139	0%	Uitkering = 80 % van het remgeld

Patiënten met een equivalent inkomen onder € 1139 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 de webapplicatie nog bijkomend rekening met een aantal factoren/variabelen die de tussenkomst kunnen verhogen of verlagen:

- Voor alleenstaanden met kinderen ten laste wordt de uitkering verhoogd met 20 %.
- Om patiënten onder de armoedegrens extra te ondersteunen wordt de financiële steun nog eens met 20 % verhoogd.
- Bepaalde woonsituaties:
 - Indien er een huurbedrag wordt opgegeven wordt de uitkering met 20 % verhoogd.
 - Indien er een kost is voor verblijf in een woonzorgcentrum wordt de uitkering met 20 % verhoogd.
 - Indien er een aflossing van een hypothecaire lening 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, 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 geïndexeerd kadastraal inkomen' dient ter info ingevuld te worden.
- *'Eigen huis (lening is afbetaald)'*. We nemen enkel het 'niet geïndexeerd kadastraal inkomen' in de berekening op.
- *"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 serviceflat.
Voor een kankerpatiënt die in een van deze woonsituaties verblijft, gelden de volgende criteria:
 - Het maandbedrag voor de huur van de kamer opgeven (kamerbedrag x een aantal dagen) onder rubriek woonsituatie: optie rusthuis.
Let wel, 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 en ingevuld te worden via de rubriek zorgkosten.
- *Andere korte opnames* zoals kortverblijf, dagopvang, zorghuis voor alleenstaanden of herstelkuren. Deze 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)². Deze kosten vallen niet onder woonkosten maar dienen ingebracht te worden onder de rubriek zorgkosten bij de rubriek revalidatie (alle zorgkosten worden ingebracht op jaarbasis).

U kunt slechts 1 woonsituatie kiezen.

10.3. Wat te doen bij complexe woonsituaties?

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

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

² 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



Voorbeeld

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

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

Het kadastraal inkomen van woning A valt weg.

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

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

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 wel in rekening genomen:

- autolening;
- lening voor een verbouwing die nodig was door de ziekte; bv. 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/onderhoudsgeld als maandelijkse kost. Deze kosten worden betaald door de patiënt aan de ex-man of ex-vrouw. Als de patiënt de alimentatie/onderhoudsgeld nog niet heeft betaald (achterstallig) kan deze niet als kost worden ingebracht.

- Andere maandelijkse kosten

Voorbeeld: extra elektriciteitskosten door verbruik van beademingsapparatuur, huur aansluiting op personenalarmcentrale.

- Opleg gezondheidszorg van ander gezinslid

Dit gaat over medische zorgkosten van een ander gezinslid met een chronische ziekte (een ziekte die langer dan 6 maanden behandeling vergt).

Gebruik een overzichtstaat en deel de zorgkosten door 12 om deze 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 deze 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;
- Lening om op reis te gaan;
- Leningen voor luxeproducten/ consumptiegoederen.

12. Zorgkosten en hospitalisatieverzekering

12.1. Zorgkosten die wel aanvaard worden

Alle hieronder vermelde zorgkosten van de patiënt kunnen worden ingevoerd.

12.1.1. *Medisch: ziekenhuisfacturen*

Als bewijsstuk aanvaardt Kom op tegen Kanker óf de volledige facturen 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 omwille van 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:

- huisarts;
- specialist;



- kinesitherapie;
- logopedie;
- tandarts;
- labokosten;
- bij hoge kosten (meer dan 500 euro binnen de kostenperiode van 12 maanden), bijvoorbeeld voor tandzorg, wordt steeds een medisch attest gevraagd waaruit blijkt dat deze hoge kost gerelateerd is aan kanker.

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 i.v.m. de aankoop in de opmerkingen van het dossier.

- Medisch: apothekerskosten

Een overzichtslijst van de apotheker, beperkt tot de exacte kostenperiode van het dossier. Medicijnen van de ziekenhuisfacturen blijven ondergebracht onder noemer ziekenhuisfacturen.

Ook voor medicinale cannabis komen we tussen, maar enkel voor nevenwerkingen én indien het voorgeschreven werd door een dokter. Het voorschrift moet mee ingediend worden als bewijsstuk.

- 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 afhankelijk van de leeftijd (jongeren genieten een gunstiger terugbetalingstarief). Bijvoeding (bv. Fortimel) kan ook in het dossier ingebracht worden (opgelet: kan vervat zijn in de apothekerskosten). Meer info te verkrijgen via de helpdesk (telefoonnummer onderaan op deze pagina) of onder het menu tiparchief op kankerfonds.be

- Niet medisch: incontinentiemateriaal

- Niet medisch: kledij

- chemomutsjes: maximum 5;
- aangepaste BH aan 50% van de aankoopprijs;
- badpak 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 bovenop de gewone borstprothese en ook voor een armkous voor lymfeoedeem.



- Niet medisch: pruik

Opgelet: de tussenkomst van het ziekenfonds aftrekken van het in te brengen bedrag, tenzij deze tussenkomst reeds in de overzichtsstaat 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/Mutualiteit/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 deze nodig waren ten gevolge van een kankerbehandeling. De fiscale aftrekbaarheid wordt in mindering gebracht. Breng de netto-kost van dienstencheques in. (Dienstencheques worden regelmatig duurder, check via www.dienstencheques-vlaanderen.be de nettoprijs van toepassing in de kostenperiode van het dossier).

- Niet medisch: gezinszorg

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

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

- Niet medisch: andere zorgkosten

Voorbeeld: kinderopvang, thuisonderwijs, psychosociale hulp ...

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

- Vervoer door de Minder mobielen-centrale

Het jaarabonnement (10 euro voor een alleenstaande of 15 euro voor een koppel) plus een bedrag van € 0,10 per gereden kilometer mag in rekening gebracht worden.



- 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 € 0,25/km bij een ambulante behandeling (chemotherapie en radiotherapie) en opvolgconsultaties. Daarnaast mag in het kankerfondsdossier een bedrag van € 0,10 per gereden kilometer in rekening worden gebracht.
 - **Uitzondering:** Verplaatsingen voor bloedafnames en onderzoeken worden niet terugbetaald binnen de verplichte ziekteverzekering. Deze verplaatsingskosten mogen daarom volledig ingebracht worden in het Kankerfondsdossier aan 0,3573 euro per kilometer.
- De verplaatsingen in het kader van een bezoek van ouders bij hun minderjarig kind bij een ziekenhuisopname, die gebeuren met de eigen wagen:
Een bedrag van € 0,10 per gereden kilometer mag in rekening gebracht worden.
 - Gaat men op bezoek met het openbaar vervoer, dan wordt deze kost niet in rekening gebracht, gezien deze volledig wordt terugbetaald door het ziekenfonds.
 - Enkel de vervoerskosten voor behandelingen die plaatsvinden of plaatsgevonden hebben in België, worden in aanmerking genomen.
 - Parkeertickets in het kader van een ambulante behandeling worden volledig aanvaard. Graag vermelden in de opmerkingen in het dossier.

Zie ook: <http://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 plaats vond en bevestigt dat het genoteerde bedrag 50 % is van de totale aankoopssom (bijvoorbeeld aankoop matras, relaxzetel, traplift...).
- De ingevulde zorgkosten dienen steeds binnen de kostenperiode van het dossier te vallen.
- De zorgkosten dienen reeds betaald te zijn en via factuur bewezen te worden.



- Kom je 50 euro zorgkosten te kort om in aanmerking te komen, contacteer de helpdesk van het Kankerfonds

12.2. Zorgkosten die niet aanvaard worden

Opsomming van zorgkosten die niet kunnen ingebracht worden:

- Behandelingen die niet in België plaatsvinden of plaatsgevonden hebben.
Er zijn echter enkele uitzonderingen:
 - Wanneer op basis van een medisch attest door de behandelende oncoloog blijkt dat de behandeling in België niet mogelijk blijkt of bleek te zijn, bv. mammaprint.
 - Wanneer het ziekenfonds de goedkeuring geeft om de (geplande) behandeling in het buitenland uit te voeren, kunnen de behandelingskosten (remgelden) worden ingebracht (voor patiënten die op de grens met een buurland wonen);
- Behandelingen die niet terugbetaald worden door het RIZIV. Al zijn er een aantal uitzonderingen die het Kankerfonds wel aanneemt zoals bijv. preventieve borstamputatie, mammaprint, borstreconstructie met techniek van lipofilling;
- Jaarlijkse bijdragen voor het ziekenfonds, de zorgverzekering, de hospitalisatieverzekering ...
- Voedingssupplementen;
- Acupunctuur, homeopathie, osteopathie en chiropraxie;
- Ereloon- en kamersupplementen omwille van verblijf in een éénpersoonkamer.

12.3. Hospitalisatieverzekering

De terugbetalingen van de hospitalisatieverzekering tijdens de kostenperiode worden verzameld, opgeteld en apart ingebracht in het dossier. Ze worden door onze applicatie van de zorgkosten afgetrokken. Een dossier met een hospitalisatieverzekering is niet altijd een weigering. Er worden vaak kosten gemaakt die buiten deze terugbetalingen vallen zoals een groot aandeel van de medische 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 & tuin;
- Verkeersboetes;
- Begrafeniskosten;
- Sommige 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/zij 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, zal de computer berekenen of de voorlopige financiële steun gelijk blijft of lager wordt.

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

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

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

Bijvoorbeeld

Kostenperiode 2 april 2018- 2 april 2019

MAF-jaar 2018: 9 maanden kosten

MAF-jaar 2019: 3 maanden kosten

Welk MAF-jaar wordt er in rekening genomen?

Het MAF-jaar met de langste kostenperiode, nl. 2018.

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

Bijvoorbeeld

Kostenperiode 01 juli 2018 – 31 juni 2019

MAF-jaar 2018 6 maanden

MAF-jaar 2019 6 maanden

Welk MAF-jaar wordt er in rekening genomen?

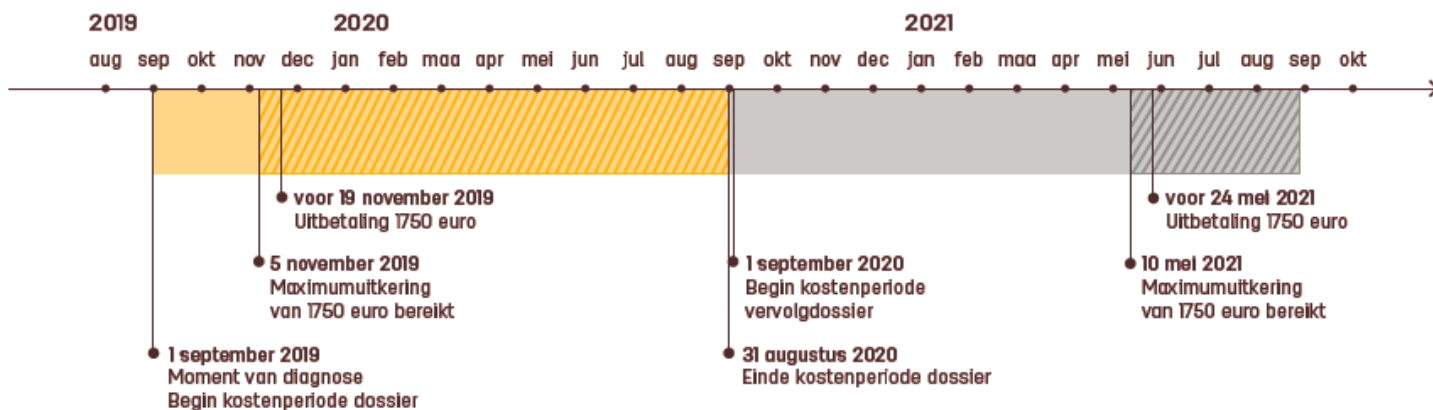
Kies het jaar met de laagste tellerstand van de patiënt. Dit is in zijn/haar voordeel.

Meer info nodig? Raadpleeg <http://www.allesoverkanker.be/sociale-voorzieningen-algemene-maatregelen#de-maximumfactuur>.

15. Snellere uitbetaling bij maximumuitkering

Het Kankerfonds zal voor alle dossiers die worden aangemaakt vanaf 1 december 2019 uitbetalen zodra de maximumuitkering van € 1750 euro bereikt is, ook al is de kostenperiode van 12 maanden nog niet verstreken. Mensen kunnen nog steeds maar één keer per jaar steun krijgen (op basis van 12 maanden zorgkosten), maar zodra de uitkering € 1750 bedraagt, hoeven ze niet meer te wachten tot de 12 maanden om zijn.

-  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?

Er was reeds voor het overlijden een dossier gevrijwaard

Situatie 1: Een dossier werd gevrijwaard, maar tijdens de kostenperiode overlijdt de patiënt. In dit geval kan het dossier verder afgewerkt worden indien er inwonende rechtspersonen zijn binnen of buiten het kerngezin. De kostenperiode eindigt op de sterfdatum. De kostenperiode van een dossier kan in deze omstandigheden korter of langer zijn dan 12 maanden.

Er was voor het overlijden nog geen dossier gevrijwaard

Situatie 2: De patiënt heeft reeds een vorig kankerfondsdossier gehad. Op het moment van overlijden is er echter nog geen nieuw dossier gevrijwaard. Een nieuw dossier kan nog gevrijwaard worden als aan volgende voorwaarden voldaan is.

- Er zijn inwonende rechtspersonen binnen of buiten het kerngezin.
- De patiënt was bij het indienen van het vorige dossier nog in leven.
- De kostenperiode van het nieuwe dossier eindigt op de sterfdatum.

De kostenperiode van een dossier kan in deze omstandigheden korter of langer zijn dan 12 maanden.

Situatie 3: Een patiënt heeft nog nooit een kankerfondsdossier gehad. Op het moment van overlijden was er ook nog geen dossier gevrijwaard. Een nieuw dossier vrijwaren is in dit geval niet meer mogelijk.

16.2. Wat is een inwonende rechtspersoon?

Een inwonende rechtspersoon is een inwonende persoon binnen of buiten het kerngezin aan wie we de steun uitkeren nadat de patiënt overleden is. Hij/zij dient op hetzelfde adres te zijn ingeschreven als de patiënt en dus op het attest van de gezinssamenstelling vermeld te staan. Dit kan bijvoorbeeld de partner zijn van de patiënt, maar ook een inwonende broer of zus, of een van de ouders als het om een overleden inwonend kind gaat.

16.3. Wat is een titularis?

Een titularis is een niet inwonende persoon aan wie we de steun uitkeren nadat de patiënt overleden is én in het geval dat er geen inwonende rechtspersonen zijn. Dit kan bijvoorbeeld een partner zijn van de overleden patiënt die in een rusthuis woont, of een notaris wanneer het 1 of meerdere minderjarige kinderen zijn die inwonend rechtspersoon zijn.

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

16.4. Meerdere titularissen/inwonende rechtspersonen

Bij meerdere titularissen (bijvoorbeeld een alleenstaande met meerdere minderjarige kinderen, na overlijden geplaatst in gastgezinnen of instellingen) of inwonende rechtspersonen (bijvoorbeeld een alleenstaande met meerdere inwonende meerderjarige kinderen) kan de financiële steun eventueel verdeeld worden onder hen. Neem contact op met de helpdesk van het Kankerfonds om concrete afspraken te maken (telefoonnummer onderaan op deze pagina).

16.5. De titularis/inwonende rechtspersoon neemt afstand van de erfenis

Het kan voorkomen dat een titularis of inwonende rechtspersoon 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).

16.6. De titularis/inwonende rechtspersoon verhuist na overlijden van de patiënt

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

16.7. De titularis/inwonende rechtspersoon

De partner van de patiënt verblijft in een rusthuis. Het adres mag aangepast worden door de sociaal werker. In het vak “de titularis verblijft in een rusthuis” moet de sociale werker “ja” aanvinken.

16.8. Er is geen titularis/inwonende rechtspersoon

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

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). Op voorwaarde dat de kosten in hoofdzaak gerelateerd zijn aan kanker.
- Kankerpatiënten, al dan niet in remissie, met zware permanente restletsels als gevolg van ingrijpende heelkunde of ernstige weefselbeschadigingen door chemo- of radiotherapie.
- Kankerpatiënten die in de palliatieve zorg terechtkomen met zowel medische als niet-medische 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 of weinig zorgkosten hebben gerelateerd aan de vroegere kankerpathologie. Deze patiënten hadden soms voor hun kankerpathologie reeds een sociale problematiek (laag inkomen, hoge huurkost, collectieve schuldenregeling). Deze patiënten worden doorverwezen naar de wettelijke voorziene instanties.
- Kankerpatiënten die geen kankerbehandeling krijgen maar bijvoorbeeld nog enkel controleafspraken hebben.

- Patiënten die verschillende ziekten of aandoeningen hebben waarbij de kost van de kankerbehandeling zeker niet meer de belangrijkste reden is van de zorgkosten.
- Patiënten met positief berekende dossiers in acute behandelingsfasen maar die na verloop van tijd weigering na weigering als resultaat bekomen omwille van onvoldoende zorgkosten. Deze dossiers opstarten heeft geen zin meer.

17.3. Algemene richtlijnen

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

- Zo kunnen we de kosten van dure verzorgingsproducten schrappen. Ook medicatie die duidelijk niet voor de patiënt bestemd is, zoals medicijnen voor dieren.
We vragen aan de sociaal werker om zelf te filteren en de lijst te herberekenen indien nodig.
- Extra bewijsstukken kunnen opgevraagd worden voor kosten die onder de ziekterubriek 'andere' staan zonder een duidelijke vermelding in de opmerkingen.
- We vragen een heel dossier op als we een aantal fouten rond de interpretatie van de criteria zien, zoals de bepaling van de kostenperiode of het aantal kernegezinsleden. Ook hoge kosten worden extra gecheckt.

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

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

Sociaal werkers kunnen deze voorwaarden ook samen lezen met de handleiding voor sociaal werkers.
Deze staat op <https://www.kankerfonds.be/sw.php> onder 'documenten'.