



# VOORWAARDEN VOOR FINANCIËLE STEUN

## KANKERFONDS.BE 2020-2021

**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

<b>INHOUD .....</b>	<b>2</b>
<b>DEEL 1: KANKERFONDS: ALGEMENE INFO EN VOORWAARDEN .....</b>	<b>4</b>
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? .....	8
4.    WIE KRIJGT ER STEUN UIT HET KANKERFONDS? .....	9
5.    WIE DOET DE AANVRAAG? .....	9
6.    UITBETALING .....	10
7.    REDENEN VOOR WEIGERING .....	10
<b>DEEL 2: ENKELE ASPECTEN VERDER TOEGELICHT .....</b>	<b>11</b>
8.    REËLE NETTO-INKOMENS .....	11
8.1.    Wat betekent het begrip ‘kerngezin’ in het Kankerfonds? .....	12
9.    EQUIVALENT INKOMEN (EI) .....	12
9.1.    Wat is het equivalent inkomen? .....	12
9.2.    Formule om het equivalent inkomen te berekenen .....	13
9.3.    Percentage zorgkosten vereist op basis van equivalent inkomen .....	14
9.4.    Hoeveel bedraagt de uitkering? .....	15
10.   WOONSITUATIE .....	15
10.1.   Al dan niet eigenaar van een eigen huis .....	16
10.2.   Specifieke verblijfssituaties .....	16
10.3.   Wat te doen bij complexe woonsituaties? .....	16
11.   MAANDELIJKSE KOSTEN .....	17
11.1.   Maandelijks kosten die wel aanvaard worden .....	17
11.2.   Maandelijks kosten die niet aanvaard worden .....	18
12.   ZORGKOSTEN EN HOSPITALISATIEVERZEKERING .....	18
12.1.   Zorgkosten die wel aanvaard worden .....	18
12.1.1. Medisch: ziekenhuisfacturen .....	18
12.1.2. Medisch: consultaties en andere prestaties .....	18
12.1.3. Overige medische en niet-medische zorgkosten .....	19
12.1.4. Enkele belangrijke algemene tips: .....	21
12.2.   Zorgkosten die niet aanvaard worden .....	22
12.3.   Hospitalisatieverzekering .....	22
13.   ANDERE KOSTEN .....	22



13.1.	Andere kosten die niet aanvaard worden.....	22
14.	MAXIMUMFACTUUR.....	23
14.1.	Aandeel maximumfactuur in het Kankerfonds dossier.....	23
15.	SNELLERE UITBETALING BIJ MAXIMUMUITKERING .....	24
16.	WAT GEBEURT ER MET EEN DOSSIER BIJ OVERLIJDEN VAN DE PATIËNT? .....	24
16.1.	Kan een dossier afgewerkt worden of kan er nog een nieuw dossier gevrijwaard worden?.....	24
16.2.	Wat is een inwonende rechtspersoon? .....	25
16.3.	Wat is een titularis? .....	25
16.4.	Meerdere titularissen/inwonende rechtspersonen.....	25
16.5.	De titularis/inwonende rechtspersoon neemt afstand van de erfenis .....	25
16.6.	De titularis/inwonende rechtspersoon verhuist na overlijden van de patiënt .....	26
16.7.	De titularis/inwonende rechtspersoon verblijft in een rusthuis .....	26
16.8.	Er is geen titularis/inwonende rechtspersoon .....	26
17.	RICHTLIJNEN ROND VERVOLGDOSSIERS .....	26
17.1.	Welke patiënten komen in aanmerking voor een vervolgdossier?.....	26
17.2.	Welke vervolgdossiers worden niet meer toegelaten? .....	26
17.3.	Algemene richtlijnen.....	27
	HELPDESK .....	27



## Deel 1: Kankerfonds: algemene info en 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 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 na overlijden aan de inwonende rechtspersoon, bijv. 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](mailto:kankerfonds@komoptegenkanker.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 2020 – 31 maart 2021

<b>Koppel</b>	€ 2349
Koppel met 1 kind	€ 2891
Koppel met 2 kinderen	€ 3433
Koppel met 3 kinderen	€ 3975
<b>Alleenstaande</b>	€ 1807
Alleenstaande met 1 kind	€ 2349
Alleenstaande met 2 kinderen	€ 2891
Alleenstaande met 3 kinderen	€ 3433
Alleenstaande met 4 kinderen	€ 3975
+ € 542 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 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 onder- en bovenaan op elke pagina).

### 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 immuunziekten (bijv.: ernstige vormen van lupus, dysplasieën), carcinoom in situ, myelofibrose, sikkelanemie (drepanocytose), enz. Neem voor deze uitzonderingen contact op met de helpdeks 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, 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 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 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?

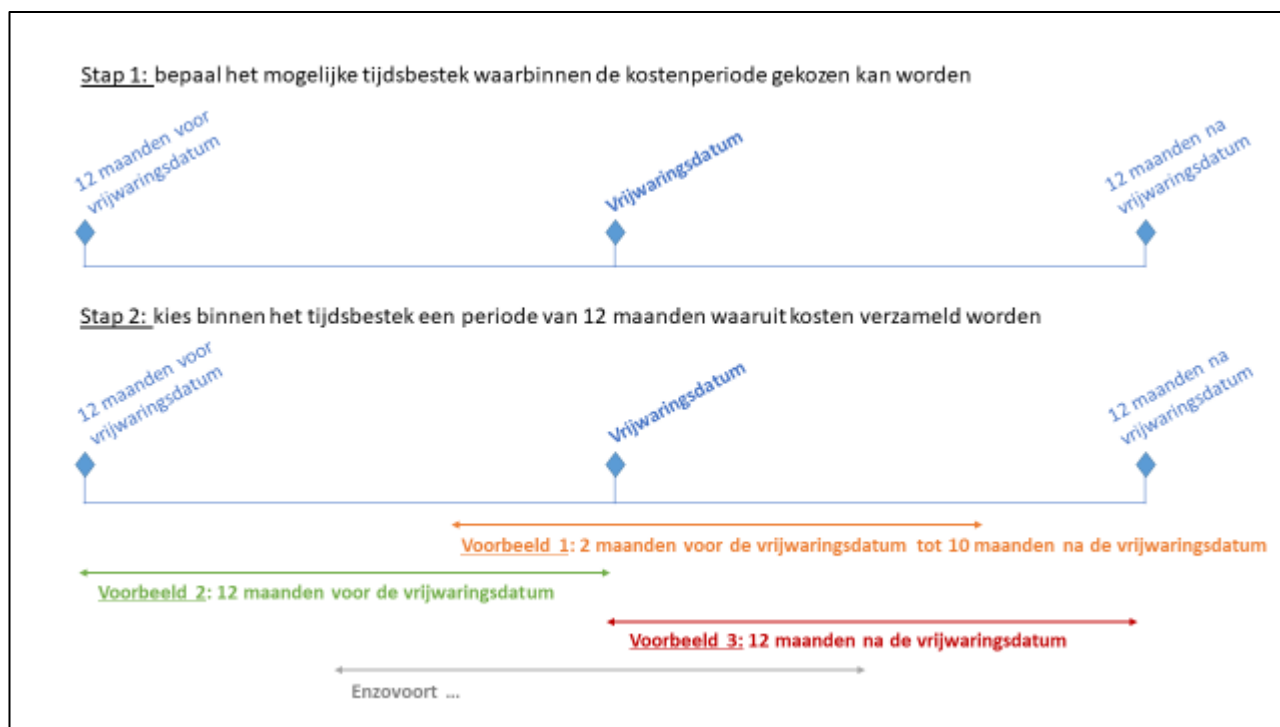
Vooraleer een dossier ingediend kan worden, moeten er in principe zorgkosten van twaalf maanden verzameld worden. Dit tijdsbestek noemen we de kostenperiode.

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 1/2/2019 => vrijwaring op 1/4/2019 => mogelijke kostenperiode: 1/2/2019 tot 1/2/2020
- 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 1/4/2017 = vrijwaring op 1/4/2019 => mogelijke kostenperiode 1/4/2018 tot 1/4/2019
- 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 1/3/2019 = vrijwaring 5/3/2019 => mogelijke kostenperiode 1/3/2019 tot 1/3/2020





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

- Wanneer de maximumtussenkost al bereikt is (zie punt 15. Snellere uitbetaling bij maximumuitkering);
- Wanneer de patiënt op korte termijn dreigt te overlijden én er is geen inwonende rechtspersoon (neem hiervoor steeds contact op met de helpdesk);
- Wanneer de patiënt is overleden en er inwonende rechtspersonen binnen of buiten het kerngezin zijn (zie punt 16. Wat gebeurt er met een dossier bij overlijden van de patiënt).

#### 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:

- een beperkt inkomen;
- slechts één inkomen (éénverdieners);
- langdurig een vervangingsinkomen hebben (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 een 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 de inwonende rechtspersoon na overlijden, of de titularis als de patiënt minderjarig is;
- een circulaire cheque. Dat gebeurt enkel in zeer uitzonderlijke situaties, omdat een circulaire cheque uitschrijven extra kosten met zich meebrengt. Neem in dat geval verplicht contact op met de helpdesk van het Kankerfonds (het telefoonnummer vindt u onderaan op elke pagina).

Als de patiënt niet op de hoogte is van zijn diagnose of geen communicatie wenst van het Kankerfonds of Kom op tegen Kanker, 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;
- 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 maandelijke 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 sociaal werker een maandgemiddelde van de verschillende inkomensbedragen;
- **Groeipakket** (vroeger 'kinderbijslag') (indien er inkomsten zijn uit een leercontract gecombineerd met het groeipakket wordt de inkomst van het leercontract niet als inkomen gerekend en is het kind ten laste);
- Enkel **structurele inkomens** zoals loon uit arbeid, pensioen, leefloon, ziekte- of invaliditeitsuitkering, werkloosheidsuitkering, loopbaanonderbrekingsuitkering, alimentatie/onderhoudsgeld, huurinkomsten, zorgverzekering, de forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden etc.;
- **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).

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 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, 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 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. 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 patiënte 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.*

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.*

## 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 kernegezinsleden. 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.

### **Bijvoorbeeld**

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

Reëel inkomen € 2300

Equivalent inkomen € 1210,52 ( $€ 2300 \div 1,9$ )



### 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 euro	minimaal % kosten van het EI volgens de verschillende inkomenscategorieën (in %)
< 1189	0
tussen 1189 en 1292	2,5
tussen 1292 en 1395	5
tussen 1395 en 1498	7,5
tussen 1498 en 1601	10
tussen 1601 en 1704	12,5
> 1704 en max. 1807	15

#### Bijvoorbeeld

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

Reëel inkomen € 2300

Equivalent inkomen € 1210,52 (€ 2300 ÷ 1,9)

Percentage 2,5 %

Kosten in euro op maandbasis € 30,26 (2,5 % van € 1210,52)

Kosten in euro op jaarbasis € 363,12 (€ 30,26 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 kosten volgens de verschillende inkomenscategorieën (in %)	Berekening van de uitkering
1704 - 1807 (max.)	15	Uitkering = 20 % van het remgeld
1601 - 1704	12,5	Uitkering = 25 % van het remgeld
1498 - 1601	10	Uitkering = 25 % van het remgeld
1395 - 1498	7,5	Uitkering = 33 % van het remgeld
1292 - 1395	5	Uitkering = 33 % van het remgeld
1189 - 1292	2,5	Uitkering = 50 % van het remgeld
< 1189	0	Uitkering = 80 % van het remgeld

Patiënten met een equivalent inkomen onder de 1189 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 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 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 verblijfssituaties

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 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 herstellkuren. 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)<sup>1</sup>. Die 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 één woonsituatie kiezen.

### 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 onderaan op elke pagina).

---

<sup>1</sup> Voor de Vlaamse Gemeenschap: Agentschap Zorg en gezondheid, [www.zorg-en-gezondheid.be](http://www.zorg-en-gezondheid.be),  
e-mail: [financieringouderenzorg@zorg-en-gezondheid.be](mailto:financieringouderenzorg@zorg-en-gezondheid.be)

Voor het Brussels Gewest: [www.iriscare.brussels/nl/iriscare-nl](http://www.iriscare.brussels/nl/iriscare-nl), e-mail: [fin@iriscare.brussels](mailto:fin@iriscare.brussels)





#### 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. Maandelijks kosten

### 11.1. Maandelijks kosten die wel aanvaard worden

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

- Afbetaling andere leningen  
Gelieve in de opmerkingen te vermelden wat de reden van de lening is.  
Enkel de volgende leningen worden wel 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 maandelijks kost. Die kosten worden betaald door de patiënt aan de ex-partner. Als de patiënt de alimentatie of het onderhoudsgeld nog niet heeft betaald (achterstallig) kan die niet als kost worden ingebracht.
- Andere maandelijks kosten  
Zaken die in functie van een kankerbehandeling voor maandelijks lasten zorgen. Voorbeelden:
  - Extra elektriciteitskosten door verbruik van beademingsapparatuur, huur aansluiting op personalarmsentrale.
  - Sportabonnement 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 overzichtsstaat en deel de zorgkosten door 12 om ze als maandelijks 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 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 (niet enkel met factuurdatum maar ook de data en omschrijving van de geleverde prestaties moeten zichtbaar zijn) óf een overzichtsstaat van het ziekenfonds – niet beide samen. Opgelet! Houd rekening met eventueel betaalde voorschotten. Tel ze bij het factuurbedrag op.

- Bij **tepelatoeage** na borstampuatie 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 van een verblijf in een **éénpersoonkamer** 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 twaalf 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. Medicijnen van de ziekenhuisfacturen blijven ondergebracht onder 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 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 onderaan op deze pagina) of onder het menu tiparchief op kankerfonds.be.
- Medicinale cannabis  
Hier komen we enkel voor tussen indien het 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: 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: hoofddeksels  
Alle hoofddeksels (pruik, chemomutsjes, hoeden, sjaaltjes, ...) aanvaarden we tot maximum 500 euro. Opgelet bij de pruik: gelieve de tussenkomst van het ziekenfonds af te trekken 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, herstellkuren of zorghuis voor alleenstaanden, worden aanvaard onder de rubriek revalidatie als ze erkend worden door het RIZIV/ziekenfonds/Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.
- Niet medisch: huur/ uitleenmateriaal  
Waarborgen voor uitleenmateriaal in mindering brengen.
- Niet medisch: poetshulp  
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.

De fiscale aftrekbaarheid wordt in mindering gebracht. Breng de netto-kost van de dienstencheques in. Dienstencheques worden geregeld duurder: op 1 april 2020 was de netto-kost 7,2 euro. Bekijk de nettoprijs van dienstencheques tijdens de kostenperiode van het dossier hier: [dienstencheques.vlaanderen.be/burger/info/fiscale-aftrek/aantal-aan-te-geven](https://dienstencheques.vlaanderen.be/burger/info/fiscale-aftrek/aantal-aan-te-geven)).

Ook wijk-werkcheques mogen worden ingebracht indien die nodig waren voor poetshulp 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](https://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 dit 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), etc.  
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 (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 Kankerfonds dossier 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 Kankerfonds dossier aan 0,3573 euro 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 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, 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: [www.allesoverkanker.be/sociale-voorzieningen-specifieke-tussenkomsten-ziekenfonds](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 aankoopsom (bijvoorbeeld aankoop matras, relaxzetel, traplift ...).

- 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 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 (voor patiënten die op de grens met een buurland wonen).
- behandelingen die niet terugbetaald worden door het RIZIV. Er zijn een aantal uitzonderingen die het Kankerfonds wel aanneemt zoals bijv.: 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;
- begrafeniskosten;
- 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 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 2019 - 2 april 2020

MAF-jaar 2019: 9 maanden kosten

MAF-jaar 2020: 3 maanden kosten

Welk MAF-jaar wordt er in rekening genomen? Het MAF-jaar met de langste kostenperiode, nl. 2019.

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 2019 – 31 juni 2020

MAF-jaar 2019: 6 maanden



MAF-jaar 2020: 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.

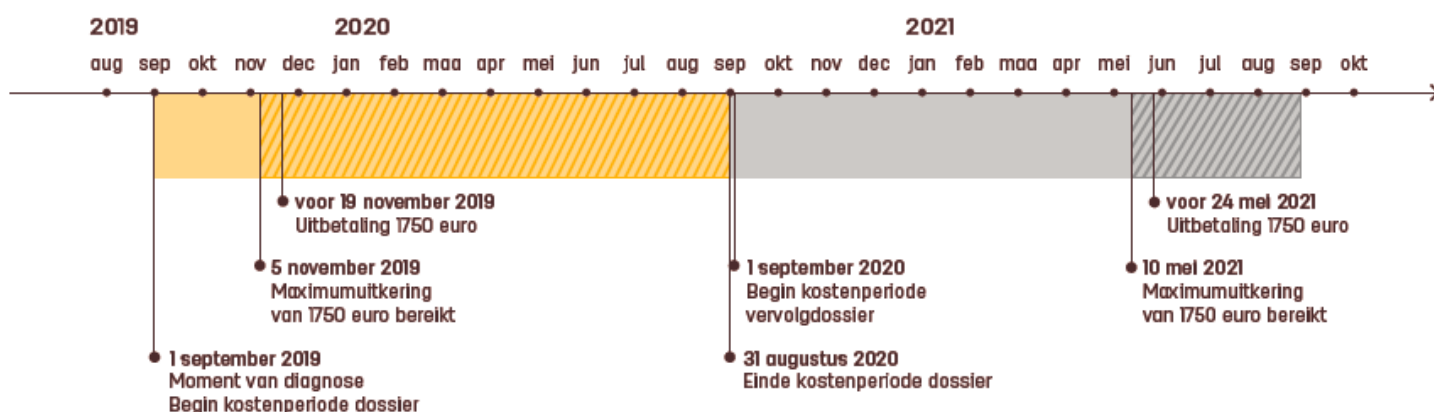
Meer info nodig over de MAF? Raadpleeg [hier](#) de website van het RIZIV.

## 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 al voor het overlijden een dossier gevrijwaard

Een dossier werd gevrijwaard, maar tijdens de kostenperiode overlijdt de patiënt. In dat 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 twaalf maanden.

#### Situatie 2: er was voor het overlijden nog geen dossier gevrijwaard maar de patiënt heeft vroeger al een Kankerfondsdossier gehad. Op het moment van overlijden is er echter nog geen nieuw dossier gevrijwaard.

Een nieuw dossier kan nog gevrijwaard worden als aan deze 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 twaalf maanden.

#### Situatie 3: op het moment van overlijden was er nog geen dossier gevrijwaard; de patiënt heeft nog nooit een Kankerfondsdossier gehad. 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 dient op hetzelfde adres te zijn ingeschreven als de patiënt en dus op het attest van de gezinssamenstelling vermeld te staan. Dat 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 als er geen inwonende rechtspersonen zijn. Dat kan bijvoorbeeld een partner zijn van de overleden patiënt die in een rusthuis woont, of een notaris wanneer het een 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 is mogelijk 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**

Als de inwonende rechtspersoon vlak na het overlijden van de patiënt verhuist, zal 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 verblijft in een rusthuis**

De partner van de patiënt verblijft in een rusthuis. In het vak 'de titularis verblijft in een rusthuis' moet de sociale werker 'ja' aanvinken. De sociaal werker kan dan het adres van het rusthuis ingeven, dat in dit geval anders kan zijn dan wat is ingevuld in het dossier.

### **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). De kosten moet wel in hoofdzaak gerelateerd zijn aan kanker.
- Kankerpatiënten, al dan niet in remissie, met zware permanente restletsels als gevolg van ingrijpende heekunde of ernstige weefselbeschadigingen door chemo- of radiotherapie.
- Kankerpatiënten die in de palliatieve zorg terechtkomen met zowel medische als niet-medische zorgkosten waarvoor het RIZIV nog geen volledige terugbetaling voorziet.
- Patiënten die na verloop van een aantal jaren beslissen om een borstreconstructie 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 wettelijke 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 moeten 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 of een heel dossier op te vragen.

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

We kunnen extra bewijsstukken opvragen voor kosten die onder de ziekterubriek 'andere' staan zonder een duidelijke vermelding in de opmerkingen.

We vragen een heel dossier op als we een aantal fouten rond de interpretatie van de criteria zien, zoals de bepaling van de kostenperiode of het aantal kerngezinsleden. Ook hoge kosten worden extra nagekeken.

## Helpdesk

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

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

Voor sociaal werkers met een login op kankerfonds.be: deze voorwaarden en de handleiding voor sociaal werkers staan ook op <https://www.kankerfonds.be/sw.php> onder 'documenten'.