1re Partie
Évolution de la législation en matière d'assurance soins de santé et indemnités

1er trimestre 2017

I. Modifications légales et réglementaires

1. Loi

Moniteur belge	Date	Titre
06.01.2017	22.12.2016	Loi instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants

Résumé des modifications

Afin de mieux protéger et soutenir les travailleurs indépendants et pour encourager l'entreprise indépendante, l'arrêté royal du 18 novembre 1996 est abrogé et remplacé par un nouveau texte légal qui intègre cette réglementation et donne une nouvelle architecture au cadre réglementaire en matière de droit passerelle.

Ces textes légaux renforcent à partir du 1er janvier 2017 le droit passerelle pour les travailleurs indépendants et les conjoints aidants qui contient 4 piliers :

1. le pilier faillite;
2. le pilier règlement collectif de dettes ;
3. le pilier interruption forcée (en raison (i) d'une calamite naturelle, (ii) d'un incendie, (iii) d'une destruction ou (iv) d'une allergie);
4. le pilier difficultés économiques.

Dorénavant, les conjoints aidants et les aidants pourront aussi avoir recours au droit passerelle (sauf pour le pilier faillite).

L'intéressé doit prouver son assujettissement dans le cadre du statut social et les cotisations requises sont dues pendant les quatre trimestres précédant immédiatement le premier jour du trimestre qui suit celui au cours duquel le "fait" qui peut donner lieu à l'octroi du droit passerelle se produit. Une nouvelle condition générale est prévue : le paiement effectif de cotisations pendant au moins quatre trimestres pendant la période de seize trimestres qui précède le premier jour du trimestre suivant celui au cours duquel le "fait" se produit.

Le droit passerelle a un caractère subsidiaire. Pour pouvoir prétendre à ce droit passerelle, l'intéressé ne peut pas exercer d'activité professionnelle à partir du premier jour qui suit le jour ou le "fait" donné se produit.

2. Arrêtés royaux modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée du 14 juillet 1994

Moniteur belge	Date	Titre
10.02.2017	31.01.2017	Arrêté royal modifiant l'article 205 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Le paragraphe 3 de l'article 205 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 est abrogé.

Le nouveau paragraphe 3/1 prévoit une dispense de stage pour la personne qui, au terme de la période maximale donnant lieu au paiement d'une allocation de transition prévue par la législation relative aux pensions, a la qualité de titulaire et ce, au plus tard le premier jour ouvrable suivant la fin de la période maximale précitée.

10.02.2017	31.01.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Cet arrêté royal :

- prévoit que le médecin-conseil est compétent pour la reconnaissance de la nécessité de l'aide de tierce personne au lieu du Conseil médical de l'invalidité (abrogation de l'art. 171, al. 1er, 2° ; art. 173, 2° et art. 175, § 1er, 6°)
- adapte le délai dans lequel le médecin-conseil doit transmettre la proposition d'entrée en invalidité (ou de prolongation en invalidité) au Conseil médical de l'invalidité, notamment entre le 1er jour du 11e mois et le dernier jour du 11e mois avant la date de début de la période d'invalidité.

08.03.2017	20.02.2017	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne l'accréditation des praticiens de l'art dentaire, l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

À l'article 122*octies-bis*, § 4, 6°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les mots "à peine de forclusion," sont insérés entre les mots "le praticien de l'art dentaire doit," et les mots "avant le 31 mars de chaque année".

16.03.2017	05.03.2017	Arrêté royal modifiant l'article 168 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Dans l'article 168, alinéa 1er, 1°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, les mots "et de six membres suppléants" sont remplacés par les mots "et de douze membres suppléants".

3. Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge	Date	Titre
24.02.2017 - Édition 1	26.01.2017	Arrêté royal modifiant l'article 2, B, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

Le libellé et les règles d'application de la prestation 102771 (Gestion du dossier médical global (DMG)) sont remplacés et la prestation 102395 et les règles d'application qui la suit sont abrogées.

24.02.2017 - Édition 1	26.01.2017	Arrêté royal modifiant l'article 25, § 2, a), 2°, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

À l'article 25, § 2, a), 2°, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, la phrase commençant par les mots "Cette période d'immunisation" et finissant par les mots "dans un service NIC agréé" est remplacée par la phrase suivante : "Cette période d'immunisation ne s'applique pas davantage aux prestations pour des patients admis dans un service NIC ou dans un service G agréés."

24.02.2017 - Édition 1	26.01.2017	Arrêté royal modifiant l'article 20, § 1er, f)*bis*, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

Le libellé et les règles d'application de la prestation 477573 (Examen neuropsychologique) sont remplacés.

24.02.2017 - Édition 1	26.01.2017	Arrêté royal modifiant l'article 14, I), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

Le libellé de la prestation 312756-312760 est modifié : il a été ajouté les mots "à la suite d'une ostéoradionécrose" après les mots "résection tumorale".

27.02.2017 - Édition 1	14.02.2017	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne les prestations de logopédie, l'article 36 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

Cet arrêté royal réduit le quota de séances pour certains troubles et détermine les quotas de séances d'application pour les troubles suivants : Handicap dans la poursuite d'une profession, aphasie, troubles du développement du langage oral, dyslexie-dysorthographie-dyscalculie, radiothérapie/chirurgie, dysglossies, dysarthries, bégaiement, laryngectomie, dysphagie.

Pour les troubles du développement du langage oral, la dyslexie-dysorthographie-dyscalculie, le bégaiement, les troubles de la voix, les troubles de l'ouïe et la dysphasie, 10 séances pourront être prélevées dans le quota accordé pour le traitement, et utilisées pour enseigner aux parents des stratégies spécifiques d'interventions ciblées pour soutenir et augmenter l'efficacité du traitement logopédique de leur enfant ("guidance parentale").

Pour l'aphasie, les troubles du développement du langage oral, la dyslexie-dysorthographie-dyscalculie, le bégaiement, les troubles de la voix et la dysphagie, un quota de séances (au maximum 30 % du quota global) pourra être prélevé dans le quota accordé pour le traitement, et conservé pour être utilisé en cas de rechute. Pour ça, la rechute doit survenir au plus tôt 6 mois et au plus tard 2 ans après la fin de la période maximale continue de traitement prévue dans la nomenclature. Pour pouvoir utiliser ce quota de rechute, le logopède devra avoir rédigé au préalable un bilan d'évolution, dit "bilan de rechute".

Le "Locked-In Syndrome" sera traité sur base du nouveau point de la nomenclature à concurrence de 150 séances la première année et de 100 séances pour chacune des années suivantes et ce sans limitation dans le temps.

Cet arrêté royal introduit la possibilité de faire prescrire le bilan initial par tout médecin en possession d'un numéro INAMI actif à une seule exception : le trouble de dysphasie, dont le bilan initial, le bilan d'évolution et le traitement continuent de devoir être prescrits par un spécialiste en neurologie pédiatrique.

Tous ces changements s'appliquent aux demandes d'intervention introduites auprès du médecin-conseil de la mutualité à partir du 1er avril 2017.

4. Arrêté royal modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Moniteur belge	Date	Titre
13.02.2017 - Édition 1	26.01.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1er, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal complète la liste des moyens (voir le § 1er du chapitre 2, section 6, de la partie 1 de l'annexe jointe, le § 2, point A, 1°, le § 2, point A, 2°, a et le chapitre 2, section 7 de la partie 1 de l'annexe jointe).

10.02.2017	26.01.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 37, § 16*bis*, alinéa 1er, 3°, et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les pansements actifs

Résumé des modifications

L'arrêté royal supprime certains moyens à l'annexe 1 jointe à l'arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 37, § 16*bis*, alinéa 1er, 3°, et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

5. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
06.02.2017	26.01.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 18 mars 1971 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains pharmaciens

Résumé des modifications

Le montant du statut social des pharmaciens est indexé et est de ce fait fixé pour 2015 à 2.828,73 EUR.

Ce montant est réduit à :

- 2.121,55 EUR si la durée hebdomadaire moyenne de cette activité atteint 28 heures sur base annuelle mais est inférieure à 38 heures sur base annuelle
- 1.414,37 EUR si la durée hebdomadaire moyenne de cette activité atteint 19 heures sur base annuelle mais est inférieure à 28 heures sur base annuelle.

06.02.2017	26.01.2017	Arrêté royal fixant la cotisation annuelle à verser pour l'année 2016 par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie- invalidité telle qu'elle est prévue par l'arrêté royal du 17 août 2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains praticiens de l'art dentaire

Résumé des modifications

La cotisation annuelle pour l'année 2016 est fixée à 2.253,19 EUR.

06.02.2017	26.01.2017	Arrêté royal fixant la cotisation annuelle à verser pour l'année 2016 pour certains médecins par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et adaptant les montants de base des pensions de retraite et de survie visés par l'arrêté royal du 6 mars 2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins

Résumé des modifications

La cotisation annuelle est, pour l'année 2016, respectivement fixée :

1° à 4.563,12 EUR, d'une part, en faveur des médecins qui sont réputés de plein droit avoir adhéré à l'Accord national médico-mutualiste du 21 décembre 2015 pour leur activité professionnelle complète;

2° à 2.213,64 EUR, d'autre part, en faveur des médecins qui ont, dans les trente jours qui suivent la publication de l'accord précité au Moniteur belge, communiqué à la Commission nationale médico-mutualiste les conditions de temps et de lieu selon lesquelles, conformément aux clauses dudit accord, ils appliqueront ou non les montants d'honoraires qui y sont fixés, et dont l'activité professionnelle correspond à certains critères.

Les montants de base, d'une part, de la pension de retraite visée à l'article 4 et, d'autre part, de la pension de survie visée à l'article 5 du même arrêté sont, à partir du 1er janvier 2016, respectivement fixés à 5.593,12 EUR et 4.661,06 EUR par an.

20.02.2017 - Édition 2	02.02.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

Les points 1. et 2. du point A, 1., b) du chapitre IV de l'annexe I de l'arrêté royal du 21 décembre 2001, sont remplacés comme suit :

1. dans les cas où pendant la période autorisée par le médecin-conseil, un nombre précis de conditionnements peut être remboursé, il est délivré au bénéficiaire une attestation dont le modèle est fixé sous "e" de l'annexe III pour l'ensemble des conditionnements autorisés.

   Lors de la délivrance de tous les conditionnements autorisés cette attestation doit être présentée au pharmacien qui la complète par les indications requises et la remet au bénéficiaire et qui, dans le cadre de l'autorisation accordée, délivre ces conditionnements autorisés dans le régime du tiers payant.

Dans les données de tarification, le pharmacien enregistrera le numéro d'ordre de l'attestation ainsi que, dans tous les cas où cela s'avère indispensable pour la tarification, la catégorie en vertu de laquelle le médecin-conseil a autorisé le remboursement du médicament concerné.

Il est autorisé à appliquer dans ce cas le régime du tiers payant.

2. sauf dispositions contraires, dans les autres cas où l'application du régime du tiers payant est permise, le modèle d'attestation à remettre au bénéficiaire par le médecin-conseil est fixé sous "b" ou sous "d" de l'annexe III.

Cette attestation doit être présentée au pharmacien qui la remet au bénéficiaire après l'exécution de la prescription.

Dans les données de tarification, le pharmacien enregistrera le numéro d'ordre de l'attestation ainsi que, dans tous les cas où cela s'avère indispensable pour la tarification, la catégorie en vertu de laquelle le médecin-conseil a autorisé le remboursement du médicament concerné.

Il est autorisé à appliquer dans ce cas le régime du tiers payant.

20.02.2017	28.02.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

Un article 55*quater* est inséré dans l'arrêté royal du 21 décembre 2001 étant donné que l'article 35*ter*, § 13, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 stipule que les prix et les bases de remboursement des spécialités pharmaceutiques sont diminuées de plein droit le 1er mars 2017. Certaines modifications sont également apportées à l'article 94.

27.02.2017 - Édition 1	20.02.2017	Arrêté royal portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour les prestations de logopédie

Résumé des modifications

L'arrêté royal fixe l'intervention personnelle des bénéficiaires pour les prestations de logopédie applicables à partir du 1er avril 2017.

20.02.2017 - Édition 2	02.02.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 22 janvier 2004 déterminant les données relatives aux fournitures à tarifer que les organismes assureurs doivent transmettre à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

Résumé des modifications

Un point E est ajouté à l'article 3, alinéa 2, rédigé comme suit :

"E. Éléments relatifs à la prescription :

20° indication qu'il s'agit d'une prescription électronique ou sur papier."

19.01.2017	20.12.2016	Arrêté royal portant sur l'échange et le croisement d'informations et de données entre l'Agence fédérale de Contrôle nucléaire et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

Résumé des modifications

Cet arrêté royal fixe les modalités d'échange des données nécessaires à l'exercice des missions de contrôle entre l'Agence fédérale de Contrôle nucléaire et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

10.01.2017	22.12.2016	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne le statut social de l'étudiant-indépendant, l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Résumé des modifications

Dans le cadre du nouveau régime spécifique de cotisation comme étudiant-indépendant, cet arrêté royal détermine les modifications règlementaires suivantes :

- l'étudiant-indépendant n'a pas la qualité de titulaire de l'assurance indemnités s'il n'est pas redevable de cotisation ou est seulement redevable de cotisations réduites. Le renvoi à la possibilité d'être assimilé comme étudiant-indépendant à un travailleur indépendant à titre accessoire (par laquelle l'intéressé n'a pas non plus la qualité de titulaire de l'assurance indemnités) est en outre supprimée
- une dispense de stage est prévue si la qualité de titulaire de l'assurance indemnités est acquise durant le trimestre qui suit une période ininterrompue de deux trimestres au moins pour lesquels l'étudiant-indépendant a dû payer une cotisation réduite
- la déduction à concurrence du trimestre pour lequel l'étudiant a payé une cotisation réduite comme étudiant-indépendant (précédant le trimestre où la qualité de titulaire de l'assurance indemnités est acquise) du stage de base de six mois, est aussi prévue.

20.01.2017 - Édition 2	08.01.2017	Arrêté royal portant exécution de la loi du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants

Résumé des modifications

L'arrêté royal détermine :

- les situations qui peuvent être prises en compte en cas d'interruption forcée ou de difficultés économiques
- le mode par lequel la preuve de ces situations doit être fournie
- les éléments qui doivent être vérifiés par la caisse d'assurances sociales
- le moment auquel l'interruption de l'activité indépendante est censée commencer en cas d'interruption forcée
- à un montant inférieur de prestation financière pour les conjoints aidants
- les conditions permettant de combiner le droit passerelle et une activité limitée.

07.03.2017	24.02.2017	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux praticiens de l'art dentaire pour l'utilisation de la télématique et pour la gestion électronique des dossiers médicaux

Résumé des modifications

Les praticiens de l'art dentaire peuvent bénéficier d'une intervention de 800 EUR pour l'utilisation de la télématique et pour la gestion électronique des dossiers médicaux.

Pour bénéficier de cette prime, 2 seuils d'utilisation doivent être atteints :

- faire usage du service Recip-e pour la prescription électronique de médicaments et transmettre au moins 1 prescription de médicaments remboursés par l'assurance soins de santé via Recip-e au cours du dernier trimestre 2016
- utiliser au moins une fois durant l'année 2016 le service MyCareNet pour la consultation de l'assurabilité des patients, via son logiciel.

La demande doit être transmise au plus tard le 31 octobre 2017 au Service des soins de santé de l'INAMI, selon les modalités publiées sur le site web de l'Institut.

23.03.2017	06.03.2017	Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions visant à régler l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire dans les prestations pour des formes spécifiques de lutte contre le SIDA

Résumé des modifications

Les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions dans le cadre d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les prestations pour des formes spécifiques de lutte contre le sida sont fixées. Une seule convention peut être conclue par région. L'arrêté royal limite les montants de l'intervention annuelle par CRS pour les années 2012 à 2016.

6. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
20.01.2017 - Édition 3	17.01.2017	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
17.02.2017 - Édition 2	09.02.2017	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
28.02.2017	22.02.2017	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
21.03.2017	14.03.2017	4 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l'annexe I, l'annexe II et l'annexe IV.

Moniteur belge	Date	Titre
20.01.2017 - Édition 3	17.01.2017	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications au chapitre II-B de l'annexe I : il insère des produits radio-pharmaceutiques aux §§ 10001 et 10002.

Moniteur belge	Date	Titre
22.02.2017 - Édition 2	13.01.2017	2 arrêtés ministériels modifiant le chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la liste jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
15.03.2017	20.03.2016	2 arrêtés ministériels modifiant le chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la liste jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs
17.03.2017 - Édition 3	14.03.2017	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "G. Chirurgie vasculaire" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
15.03.2017	20.03.2016 26.05.2016 13.06.2016 17.06.2016	4 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs - Erratum

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des corrections.

Moniteur belge	Date	Titre
20.03.2017 - Édition 2	14.03.2017	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications à l'annexe I au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie".

7. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
11.01.2017	19.12.2016	Règlement portant exécution des articles 9*bis* et 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

À partir du 1er janvier 2017, les documents électroniques via le réseau MyCareNet peuvent remplacer leurs équivalents sous format papier entre les dentistes et organismes assureurs.

Moniteur belge	Date	Titre
10.02.2017	16.01.2017	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

À partir du 1er mars 2017, le formulaire de demande d'intervention de l'assurance pour une aide à la mobilité et/ou adaptation est modifié (annexe 20).

Moniteur belge	Date	Titre
20.02.2017 - Édition 2	06.02.2017	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

À partir du 1er octobre, le formulaire Soins infirmiers - Échelle d'évaluation est remplacé (annexe 3).

Moniteur belge	Date	Titre
08.03.2017	16.01.2017	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Un chapitre VIII*quinquies* relatif à la permanence dans la fonction de soins intensifs est ajouté dans le Règlement ainsi qu'une annexe 89 qui établit un modèle de liste des médecins qui assurent la permanence dans une fonction de soins intensifs. Son entrée en vigueur est fixée au 16 janvier 2017.

Moniteur belge	Date	Titre
18.01.2017	21.12.2016	Règlement modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

À partir du 30 décembre 2016, le mode de calcul des indemnités et la feuille de renseignements indemnités ont été modifiés.

Pour les risques qui ont débuté à partir du 30 décembre 2016, les éléments suivants ne sont plus pris en considération pour calculer les indemnités dans le cadre de l'assurance indemnités et maternité des travailleurs salariés :

- les primes et avantages similaires qui ne sont pas liés aux prestations (comme une prime de fin d'année, des avantages découlant de la participation des travailleurs ou des primes d'ancienneté)
- la rémunération des heures supplémentaires qui s'élève à moins de 10 % de la rémunération totale durant une période bien déterminée.

Pour les risques qui ont débuté à partir du 30 décembre 2016, les indemnités sont en outre calculées sur base de la rémunération journalière moyenne à laquelle le travailleur avait droit le dernier jour du 2e trimestre précédant celui du risque, pour autant que l'occupation soit restée stable jusqu'au jour du risque.

À partir du 1er mars 2017, la feuille de renseignements indemnités contient une nouvelle rubrique 9/1 afin de communiquer les données de contact du département chargé de la surveillance de la santé du service, selon le cas, interne ou externe de prévention et de protection au travail.

Moniteur belge	Date	Titre
14.02.2017 - Édition 2	21.11.2016	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

Le règlement ajoute un formulaire de demande de numéro d'ordre et un formulaire concernant Health data à l'annexe X. Ce règlement modifie l'article 7 et ajoute un formulaire concernant les critères pour les établissements hospitaliers à l'annexe XI à partir du 1er février 2017.

Moniteur belge	Date	Titre
24.02.2017 - Édition 1	19.12.2016	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

Le règlement ajoute un formulaire de demande de numéro d'ordre à l'annexe VI et un formulaire concernant les critères pour les établissements hospitaliers à l'annexe VII à partir du 1er janvier 2017.

Moniteur belge	Date	Titre
15.03.2017	27.02.2017	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

Le règlement modifie le formulaire concernant la procédure de demande de l'annexe VI à partir du 1er mars 2017.

Moniteur belge	Date	Titre
17.03.2017 - Édition 3	24.10.2017	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

Le règlement remplace les formulaires concernant les demandes de numéro d'ordre de l'annexe VI.

Moniteur belge	Date	Titre
09.01.2017	19.12.2016	Règlement relatif à la prescription électronique

Résumé des modifications

Le règlement fixe les modalités pratiques d'utilisation de la prescription électronique de médicament à partir du 1er janvier 2017.

8. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge
11.01.2017

Règle interprétative 22 relative aux prestations de l'article 14, I) (Stomatologie) précise quelle prestation peut être affectée à la confection et à la mise en place d'une orthèse d'avancement mandibulaire endéans les 10 jours qui suivent une opération de chirurgie maxillo-faciale. En dehors de ces circonstances, les orthèses d'avancement mandibulaire sont prises en charge dans le cadre d'une convention de revalidation pour le traitement du syndrome de l'apnée du sommeil selon les conditions de cette convention.

Moniteur belge
09.02.2017

Règle interprétative 7 relative aux prestations de l'article 28, § 8

La voiturette manuelle active aux dimensions individualisées est destinée aux utilisateurs de voiturette manuelle active expérimentés, actifs et autonomes.

Par "utilisateur expérimenté", on entend un utilisateur ayant déjà bénéficié d'une intervention de l'assurance pour une voiturette manuelle active, soit en tant qu'adulte, soit en tant qu'enfant.

Moniteur belge
13.02.2017

Règle interprétative 5 relative à la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Un "journal international peer-reviewed" ou "journal peer-reviewed" vise un journal scientifique, qui remplit les critères suivants :

- le journal publie des articles concernant des résultats originaux de recherche scientifique tels que, entre autres, des études cliniques, des revues de la littérature
- la publication est possible uniquement après une révision par un comité de pairs, qui sont indépendants des auteurs
- si le journal est publié depuis plus de 3 ans, il doit avoir un facteur d'impact ("impact factor") calculé par Thompson Reuters.

Règle interprétative 9 relative à la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Lorsqu'une infection, migration ou fracture de l'électrode nécessite le retrait de l'électrode d'essai utilisée dans les conditions reprises à la condition de remboursement B- § 02, cette électrode peut être attestée sous la prestation 171835-171846 ou 151351-151362 avec le code d'identification adéquat.

Règle interprétative 14 relative à la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables précise ce qu'il faut entendre par vis-clou canulé verrouillable. Une facturation correcte sous ce numéro de nomenclature est ainsi assurée.

Règle interprétative 20 relative à la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Depuis le 1er avril 2015, une règle interprétative définit les conditions et la manière de facturer un implant cochléaire controlatéral pour un enfant qui n'a pas encore 12 ans.

Moniteur belge

22.02.2017 – Édition 2

Règle interprétative 7 relative aux prestations de l'article 18, § 2 (Médecine nucléaire) précise quand un CT de localisation peut être attesté dans le cas d'une scintigraphie du cœur ou d'un DAT-scan

Règle interprétative 11 relative aux prestations de l'article 14, g) (Gynécologie) précise que la cystoscopie ne peut pas être honorée en supplément étant donné qu'il s'agit d'une technique complémentaire lors de l'intervention principale.

Règle interprétative 17 relative aux prestations de l'article 14, j) (Urologie) précise comment attester lors de l'intervention transurétrale où le tissu prostatique est enlevé à l'aide d'un laser (technique HoLEP, énucléation au laser) ou de la technique VPP (vaporisation photosélective de la prostate).

Règle interprétative 18 relative aux prestations de l'article 14, k) (Orthopédie) précise comment attester :

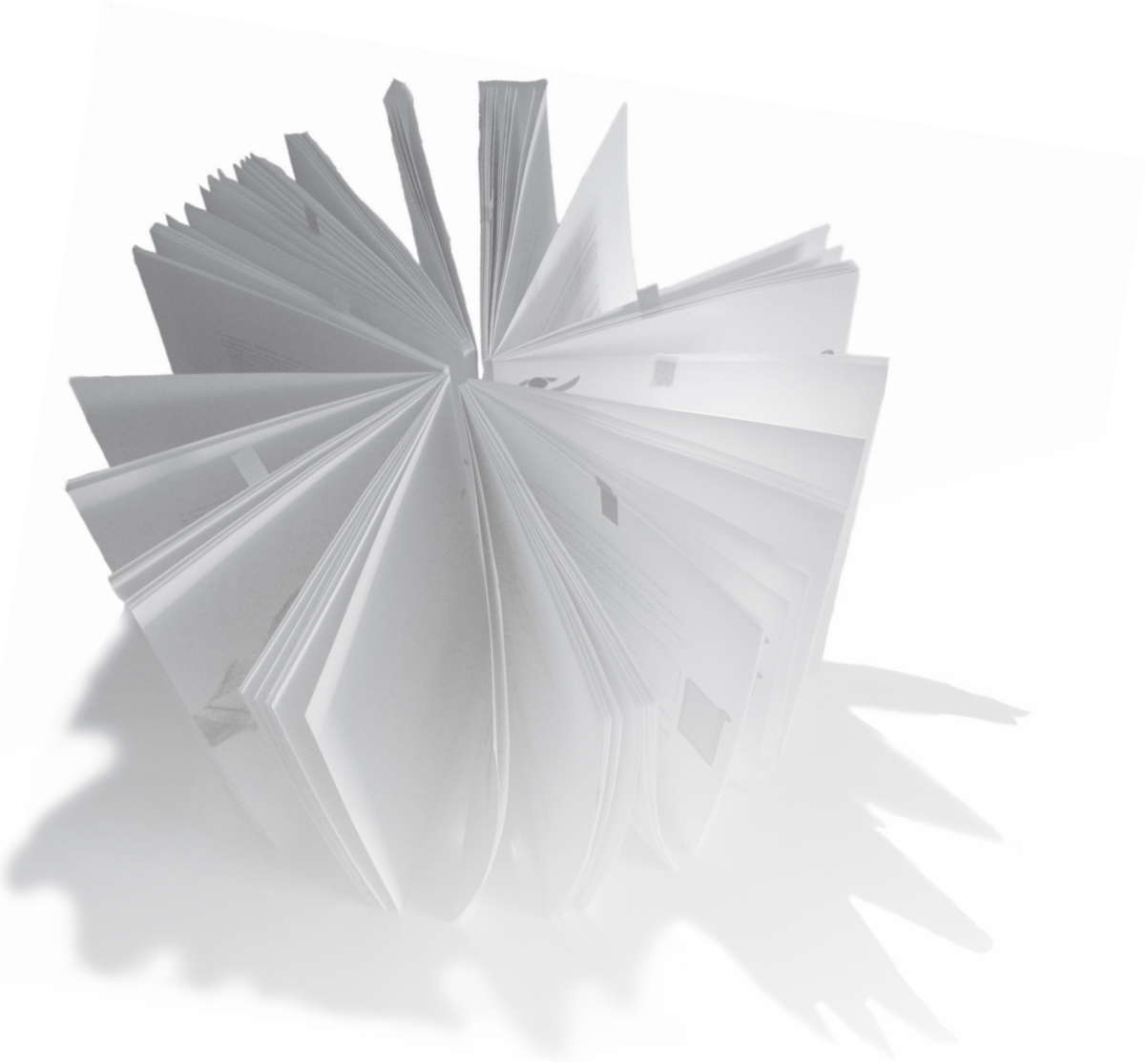
1) La pose d'un plâtre provisoire dans l'attente d'une réduction ultérieure et la réduction effectuée le lendemain sous anesthésie générale et contrôle T.V.

2) La pose d'un plâtre provisoire dans l'attente d'une ostéosynthèse ultérieure et l'ostéosynthèse avec pose d'un appareil plâtré pratiquée dans le second temps.

3) Lorsqu'il est procédé à la pose d'un nouveau plâtre après un traitement orthopédique de fracture avec réduction, dans le décours du traitement.

4) Lors d'une réduction tardive d'une fracture, lorsqu'on opte pour une réduction fermée sous anesthésie plutôt que pour une ostéosynthèse.

2e Partie
Jurisprudence



Cour du travail de Mons, 24 mai 2017

Code judiciaire, article 19, alinéa 3 et article 1050, alinéa 2 - Recevabilité de l'appel - Jugement avant-dire-droit

Un jugement avant dire droit est celui qui ordonne une mesure préalable destinées soit à instruire la demande ou à régler un incident portant sur une telle mesure, soit à régler provisoirement la situation des parties. Le jugement attaqué n'a pas statué au fond et a confié un complément d'expertise afin d'être éclairé sur le plan médical. Un jugement est définitif dans la mesure où il épuise la juridiction du juge sur une question litigieuse ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

La nouvelle version de l'article 1050 du Code judiciaire qui fait obstacle à l'appel contre un jugement avant dire droit avant l'appel contre le jugement définitif est d'application au jugements prononcés à partir du 1er novembre 2015. L'appel contre le jugement du 2 décembre est dès lors irrecevable.

R.G. 2016/AM/10
M.Q./INAMI

…

2. Faits et antécédents

L'arrêt de la cour du 25 janvier 2017 analyse les faits et antécédents en ces termes :

"Madame M.Q. a été reconnue en incapacité de travail à partir du 8 octobre 2007".

Par décision du 13 octobre 2011, l'INAMI informe Madame M.Q. qu'elle n'est plus incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, à partir du 20 octobre 2011, étant donné que les lésions et troubles fonctionnels qu'elle présente n'entraînent pas une réduction des deux tiers de sa capacité de gain évaluée dans sa catégorie professionnelle ou en fonction des diverses professions de référence visées à l'article 100, § 1, de la loi susvisée (*"apte à un emploi non qualité non lourd avec position alterne (accueil, vendeuse, encodeuse, conditionneuse de petits colis, …)"*).

Par requête entrée au greffe du Tribunal du travail de Mons, section de Mons, en date du 9 novembre 2011, Madame M.Q. forme un recours contre la décision de l'INAMI du 13 octobre 2011.

Par jugement du 6 février 2013, la 2e chambre du tribunal :

- déclare la demande recevable
- avant dire droit, désigne le Docteur M.M. en qualité d'expert, en lui confiant la mission notamment de :
  - dire si, à la date du 20 octobre 2011, les lésions ou troubles fonctionnels que présentait Madame M.Q. entraînaient une réduction de deux tiers de sa capacité de gain évaluée dans sa catégorie professionnelle ou en fonction des diverses professions de référence visées à l'article 100, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

- le cas échéant, préciser les activités accessibles au regard soit du groupe de professions dans lequel se range l'activité professionnelle exercée au moment du début de l'incapacité professionnelle, soit de sa formation professionnelle
- dire si depuis lors et notamment à la date du 20 octobre 2011, son état s'est aggravé.

Les conclusions du Docteur M.M. entrées au greffe le 8 mai 2014, sont libellées comme suit :

"De l'interrogatoire de l'intéressée, de son examen clinique, de l'examen des différents documents et après en avoir donné discussion, il m'apparaît comme évident que les lésions ou troubles fonctionnels que présentait la partie défenderesse n'entraînaient pas du 20 octobre 2011 au 10 octobre 2013 inclus, une réduction de sa capacité de gain telle qu'elle est actuellement définie par l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Il est à relever que, à partir du 11 octobre 2013, l'intéressée était de nouveau à charge de l'assurance maladie, ceci consécutivement à une cure chirurgicale suivi de nouveaux bilans médicaux.".

Depuis le 11 octobre 2013, Madame M.Q. semble être prise en charge par l'assurance maladie-invalidité pour une autre pathologie liée à une cure chirurgicale de varices au niveau du membre inférieur droit.

Par jugement du 2 décembre 2015, la 2e chambre du Tribunal du travail du Hainaut, division de Mons, charge le Docteur M.M. d'un complément d'expertise, en lui confiant la mission de revoir son rapport, déposé le 8 mai 2014, et de dire si, au cours de la période du 1er janvier 2012 au 30 septembre 2012, les lésions ou troubles fonctionnels que présentait Madame M.Q. n'entraînaient pas une réduction de deux tiers de sa capacité de gain évaluée dans sa catégorie professionnelle ou en fonction des diverses professions de référence visées à l'article 100, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Par courriers du 8 décembre 2015, ce jugement est notifié aux parties par pli judiciaire.

Le 9 décembre 2015, un avis est déposé par les services postaux au domicile de Madame M.Q.

Le 21 décembre 2015, le pli judiciaire destiné à Madame M.Q. et qui n'a pas été réclamé par celle-ci revient au Tribunal du travail du Hainaut, division de Mons.

Le lundi 11 janvier 2016, une requête via laquelle Madame M.Q. interjette appel du jugement du 2 décembre 2015 entre au greffe de la cour.

Le 13 janvier 2016, un rapport d'expertise complémentaire du Docteur M.M. entre au greffe du tribunal; ses conclusions sont libellées comme suit :

"Après avoir reçu mon rapport déposé le 8 mai 2014, il me paraît comme évident qu'au cours de la période allant du 20 janvier 2012 au 25 septembre 2012, les lésions ou troubles fonctionnels que présentait la partie défenderesse entraînaient une réduction de sa capacité de gain telle qu'elle est actuellement définie par l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994."

3. Recevabilité de l'appel

La loi du 19 octobre 2015 a modifié le droit de la procédure civil[1] et est entrée en vigueur le 1er novembre 2015.

Cette législation a imposé au juge :

1° l'obligation de limiter "le choix de la mesure d'instruction et le contenu de cette mesure à ce qui est suffisant pour la solution du litige, à la lumière de la proportionnalité entre les coûts attendus de la mesure et l'enjeu du litige, tout en privilégiant la mesure la plus simple, la plus rapide et la moins onéreuse" (art. 875*bis*, al. 2, du C. Jud.).

2° l'obligation d'être parcimonieux, non plus seulement quant au choix de la mesure d'instruction, mais également quant au contenu de cette mesure, en prenant en considération un juste équilibre entre les coûts des mesures et l'enjeu du litige.

3° l'obligation pour le juge de statuer sur la recevabilité de l'action, avant de prononcer une mesure d'instruction[2], afin d'éviter qu'une action soit déclarée irrecevable après que la mesure d'instruction a été exécutée.

Le législateur a supprimé la possibilité d'intenter un appel immédiat à l'encontre des jugements avant dire droit dès leur prononcé, ainsi qu'il résulte de l'article 1050, alinéa 2 du Code judiciaire[3]. Le nouvel article 1050, alinéa 2 du Code judiciaire est libellé comme suit : "Contre une décision rendue sur la compétence ou, sauf si le juge en décide autrement, une décision avant dire droit, un appel ne peut être formé qu'avec l'appel contre le jugement définitif".

En d'autres termes, lorsqu'un jugement avant dire droit est prononcé, il n'est plus possible d'interjeter appel de ce jugement avant dire droit immédiatement. Le justiciable devra attendre le prononcé d'un jugement définitif pour faire appel du jugement avant dire droit. L'appel du jugement avant dire droit doit donc être concomitant avec le jugement définitif.

Les jugements avant dire droit dont l'appel est retardé sont les jugements prononcés en cours de procédure qui ordonnent une mesure d'instruction préalable comme un jugement ordonnant une enquête voire une expertise.

Il convient d'analyser la nature du jugement dont appel.

La cour de céans relève dès à présent que :

1° la nouvelle version de l'article 1050 du Code judiciaire qui fait obstacle à l'appel contre un jugement avant dire droit avant l'appel contre le jugement définitif, n'est d'application qu'aux jugements prononcés à partir du 1er novembre 2015[4]

2° le jugement dont appel a été rendu le 2 décembre 2015. En conséquence l'article 1050 dans sa version actuelle est applicable

1. La loi du 19.10.2015 (la loi dite "pot-pourri 1"), M.B. 22.10.2015.
2. Art. 875*bis*, al. 1er, du C. Jud.
3. F. Lejeune, "Simplification de la procédure par défaut et métamorphose de l'appel, pour quelle efficacité ?", in J. Englebert et X. Taton (dir.), Le procès civil efficace ? Première analyse de la loi du 19.10.2015 modifiant le droit de la procédure civile (dite "loi pot-pourri 1"), Limal, Anthemis, 2015, pp. 132-134, nos 46-49 : "Une réforme notoirement inefficace s'agissant des jugements d'instruction"..
4. C. trav. Liège, (6e Ch.), 19.01.2016, R.G. 2015/AN/208, JTT, 2016, liv.1252, 287 ; La loi du 19.10.2015 (la loi dite "pot-pourri 1"), M.B. 22.10.2015.

3° contre une décision avant dire droit, un appel ne peut être formé qu'avec l'appel contre le jugement définitif, à moins que le juge n'en décide autrement, selon l'article 1050, alinéa 2, du Code judiciaire[5]. En l'espèce, le tempérament légal prévu par la disposition légale précitée n'est nullement mentionnée dans le jugement dont appel

4° le jugement du 2 décembre 2015 ordonne un complément d'expertise au Docteur M. afin d'éclairer le tribunal sur une ambiguïté de son rapport d'expertise afin de permettre ainsi de pouvoir statuer au fond.

Suivant l'article 19, alinéa 3, du Code judiciaire, le jugement avant dire droit est celui qui ordonne une mesure préalable destinée soit à instruire la demande ou à régler un incident portant sur une telle mesure, soit à régler provisoirement la situation des parties.

Le jugement du 2 décembre 2015 ordonnant un complément d'expertise n'est pas comme le prétend l'appelante, un jugement mixte. Le dispositif du jugement est clair à ce sujet : "avant de statuer plus avant, charge d'un complément d'expertise le Docteur M.M. de dire : *"si au cours de la période du 1er janvier 2012 au 30 septembre 2012, les lésions ou troubles fonctionnels que présentait Madame M.Q. entraînaient une réduction de deux tiers de sa capacité de gain évaluée dans sa catégorie professionnelle ou en fonction de diverses professions de référence visées à l'article 100, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994"*.

Le tribunal n'a pas statué au fond mais a souhaité un éclaircissement sur une période limitée, en confiant un complément d'expertise à l'expert judiciaire, afin de l'éclairer sur le plan médical. Un jugement est définitif dans la mesure, où il épuise la juridiction du juge sur une question litigieuse, sauf les recours prévus par la loi, selon l'article 19, alinéa 1 du Code judiciaire, *quod non*, en l'espèce.

En conséquence eu égard à l'article 1050, alinéa 2, inséré par la loi du 19 octobre 2015, l'appel n'est pas recevable.

PAR CES MOTIFS,

La cour du travail,

Statuant contradictoirement,

...

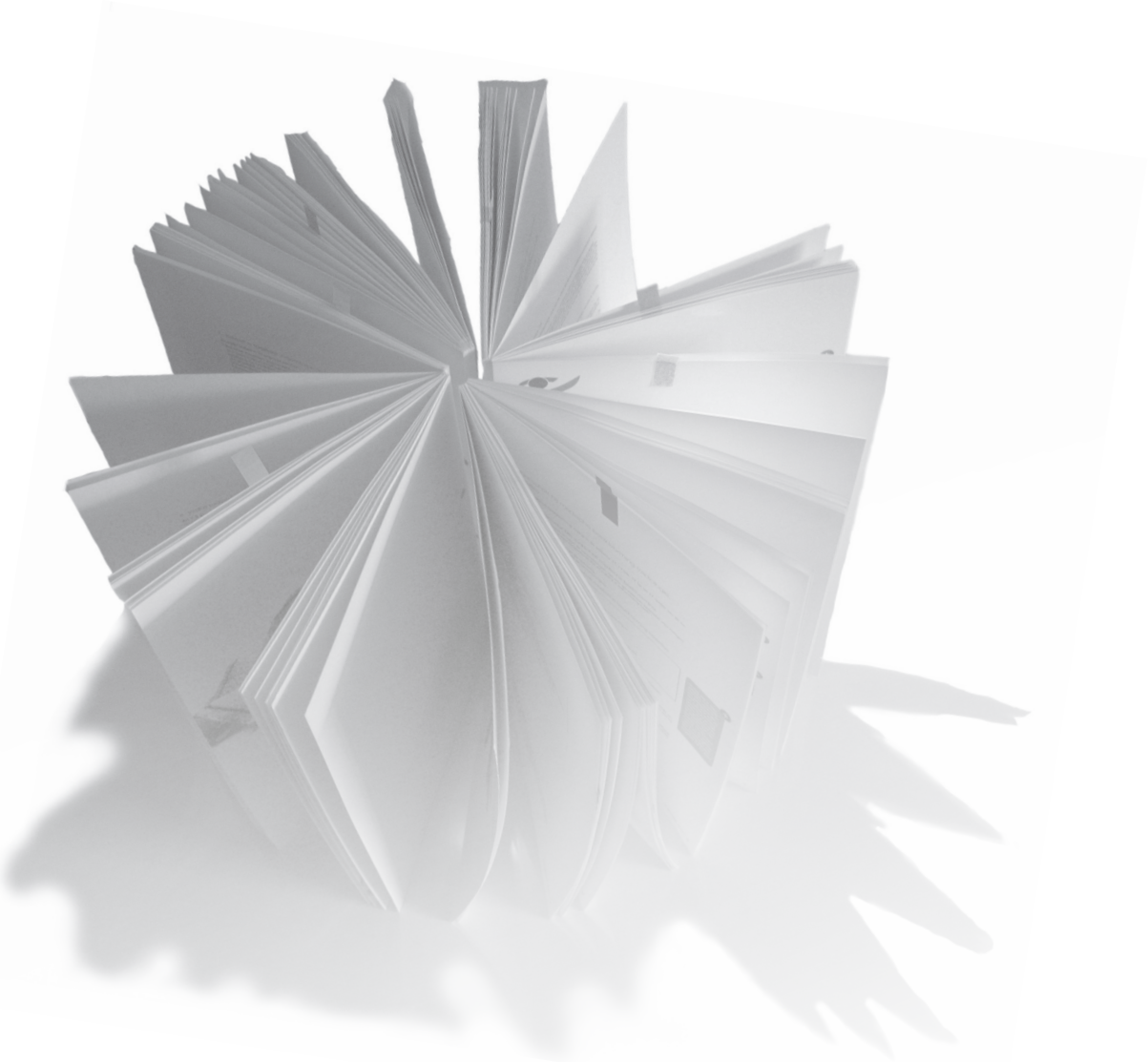
Déclare l'appel non recevable.

Condamne l'INAMI aux frais et dépens de l'instance d'appel liquidés par la partie appelante à la somme de 174,94 EUR.

...

5. F. LEJEUNE, "Simplification de la procédure par défaut et métamorphose de l'appel, pour quelle efficacité ? ", in Le procès civil efficace ? Première analyse de la loi du 19.10.2015 modifiant le droit de la procédure civile (dite "loi pot-pourri 1"), (dir.) J. ENGLEBERT et X. TATON, Limal, Anthemis, 2015, pp. 129 et s. A. HOC, L'appel différé des jugements avant dire droit, in Le Code judiciaire en pot-pourri - Promesses, réalités et perspectives, (dir.) J.-F. VAN DROOGHENBROECK, Bruxelles, Larcier, 2016, pp. 265 et s.

3e Partie
Questions et réponses parlementaires



Commission de contrôle de la publicité des médicaments

Liste des membres – Publicité relative aux médicaments vendus sans prescription – Risque pour la santé – Visa préalable délivré par le ministre de la santé – Information nécessaire au bon usage – Autorisation de mise sur le marché ou enregistrement – Loi sur les médicaments du 25 mars 1964 – Révision de l'arrêté royal du 5 avril 1995 et directives européennes – Responsabilité du pharmacien

Question n° 1345 posée le 19 janvier 2017 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante MUYLLE[1]

Les médicaments, y compris ceux vendus sans ordonnance, ne sont pas des produits de consommation ordinaires. Même s'ils sont en vente libre chez les pharmaciens, ils ne sont pas pour autant dénués de risque pour la santé.

La publicité relative aux médicaments vendus sans prescription est dès lors soumise à de nombreuses règles (mention obligatoire de la formule "lire la notice avant utilisation" sur l'emballage, la publicité ne peut pas être trompeuse, elle doit être précise et contrôlable, etc.).

La Commission de Contrôle de la publicité des médicaments évalue tous les messages publicitaires relatifs à des médicaments destinés à la radio ou à la télévision et doit en autoriser la diffusion. La Commission compte seize membres dont six représentent l'industrie pharmaceutique.

La publicité auprès du public est uniquement autorisée pour les médicaments vendus sans ordonnance.

La diffusion de messages publicitaires à la radio et à la télévision requiert un visa préalable délivré par le ministre de la Santé publique, sur avis de la Commission de Contrôle de la publicité des médicaments.

Pour l'utilisation d'autres médias, une notification doit être adressée à l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (afmps), au plus tard 30 jours avant la diffusion de la publicité.

1. Pourriez-vous fournir la liste des membres (et du secteur qu'ils représentent) de la Commission de Contrôle de la publicité des médicaments ? Quels sont les critères qui déterminent la composition de celle-ci ?

2. Les patients et les consommateurs y sont-ils représentés ? Dans la négative, pourquoi ? Envisagez-vous de leur attribuer un siège à l'avenir ?

1. Bulletin n° 109, Chambre, session ordinaire 2016-2017, p. 233.

3. Comme indiqué précédemment, la Commission compte seize membres, dont six sont issus du secteur pharmaceutique. Cet élément n'accroît-il pas le risque de voir malgré tout de la publicité non autorisée s'insinuer dans les médias ? Qu'en pensez-vous ?

4. Les consommateurs ont le droit de savoir si les effets d'un médicament sont étayés par des preuves scientifiques, mais cette mention n'est pour l'heure pas obligatoire dans la publicité. Il en va de même pour les effets secondaires. L'afmps a décidé de revoir l'arrêté royal portant sur la publicité des médicaments. Quand cette révision interviendra-t-elle ? Quels sont les changements qui seront apportés ?

5. Les associations de coordination des droits des patients, MC, *Onafhankelijk Ziekenfonds* et Test-Achats sont même plus radicaux et préconisent l'interdiction de la publicité pour les médicaments. Que pensez-vous de cette suggestion ? Considérez-vous que publicité et utilisation rationnelle des médicaments sont compatibles ?

Réponse

1. La Commission de Contrôle de la publicité des médicaments, ci-après dénommée la Commission, est composée comme suit (voir l'art. 21, § 1 de l'A.R. du 05.04.1995) :

1° un Président, nommé par le Roi, parmi les magistrats ou magistrats honoraires de l'Ordre judiciaire

2° deux membres de droit :

- l'Administrateur général de l'afmps ou son représentant
- le Président de la Commission des médicaments à usage humain ou son représentant

3° deux membres de la Commission des médicaments à usage humain (ou anciens membres)

4° deux représentants du Collège Intermutualiste National, choisis parmi les candidats présentés par ce Collège sur une double liste

5° deux médecins responsables de l'information

6° deux pharmaciens responsables de l'information

7° deux représentants des organisations professionnelles représentatives de l'industrie du médicament, choisis parmi les candidats présentés par ces organisations sur une double liste

8° un représentant des organisations professionnelles représentatives des pharmaciens, choisi parmi les candidats présentés par ces organisations sur une double liste

9° un représentant des associations scientifiques de médecins généralistes, choisi parmi les candidats présentés par ces organisations sur une double liste

10° un représentant du Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs (CRIOC) choisi parmi les candidats présentés par ce Centre sur une double liste

Note : en 2015, le CRIOC a été liquidé. Jusqu'à présent, aucune autre organisation de consommateurs n'a été reprise dans la Commission.

2. Au sein de la Commission siègent deux représentants du Collège intermutualiste national (CIN).

Le CIN est une association de mutualités composée des 5 Unions nationales de mutualités ainsi que de la Caisse auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité et de la Caisse des Soins de santé de HR Rail. Cette association représente tous les assurés sociaux belges.

Comme déjà indiqué ci-dessus, depuis la liquidation du CRIOC, aucun représentant d'une organisation de consommateurs ne siège plus au sein de la Commission, mais le but est que cela change à l'avenir.

3. Au sein de la Commission siègent en effet des membres qui proviennent du secteur pharmaceutique mais d'autres secteurs sont également représentés (voir ci-dessus). Siègent ainsi également au sein de la Commission des représentants des associations professionnelles des pharmaciens, des organisations scientifiques des médecins généralistes, des (anciens) membres de la Commission des médicaments à usage humain ainsi que des représentants des organisations de patients et de consommateurs.

La Commission est désormais également “assistée” par le président, un magistrat honoraire, ainsi que par deux à trois représentants de l'afmps (le “secrétariat” de la Commission). Le secrétariat évalue les demandes de publicité auprès du public et rend un avis à ce sujet à la Commission.

La présence de tous ces représentants, assistés par le président et le secrétariat, garantit que chaque demande de publicité auprès du public est toujours évaluée et discutée de manière approfondie. La Commission complète veille toujours à ce que la publicité réponde aussi bien que possible à la législation actuelle et qu'aucune information trompeuse ou erronée ne soit diffusée. On veille toujours à ce que les données qui sont jugées nécessaires au bon usage du médicament soient présentes dans la publicité télévisuelle et radiophonique. Pour la même raison, dans la majorité des cas, des remarques sont donc émises par la Commission. Celles-ci conduisent à l'adaptation de la publicité par la firme pharmaceutique. Si la firme pharmaceutique ne répond pas suffisamment aux remarques de la Commission, la publicité est refusée.

En d'autres mots, on veille strictement à ce qu'aucune publicité interdite ne soit diffusée.

Note : avant que la Commission se penche sur les demandes de visas, on vérifie d'abord si l'un des participants a un conflit d'intérêts concernant l'une des demandes. Si c'est le cas, la personne en question ne participe pas à la discussion du dossier pour lequel il y a un conflit d'intérêts.

4. Pour qu'un médicament “puisse” être mis sur le marché, une autorisation de mise sur le marché ou un enregistrement doit être accordé au médicament. Avant que cette autorisation soit octroyée, il faut prouver que le médicament est efficace, de bonne qualité et sûr pour les indications pour lesquelles il a été approuvé. On peut uniquement faire de la publicité pour des médicaments qui ont reçu une autorisation.

Les effets indésirables ne sont en effet pas repris dans la publicité. Vu que les messages publicitaires ont chaque fois une courte durée, il n'est pas possible de reprendre dans la notice tous les effets indésirables. Chaque message publicitaire comporte toutefois une invitation à lire la notice. Le patient peut y retrouver les éventuels effets indésirables.

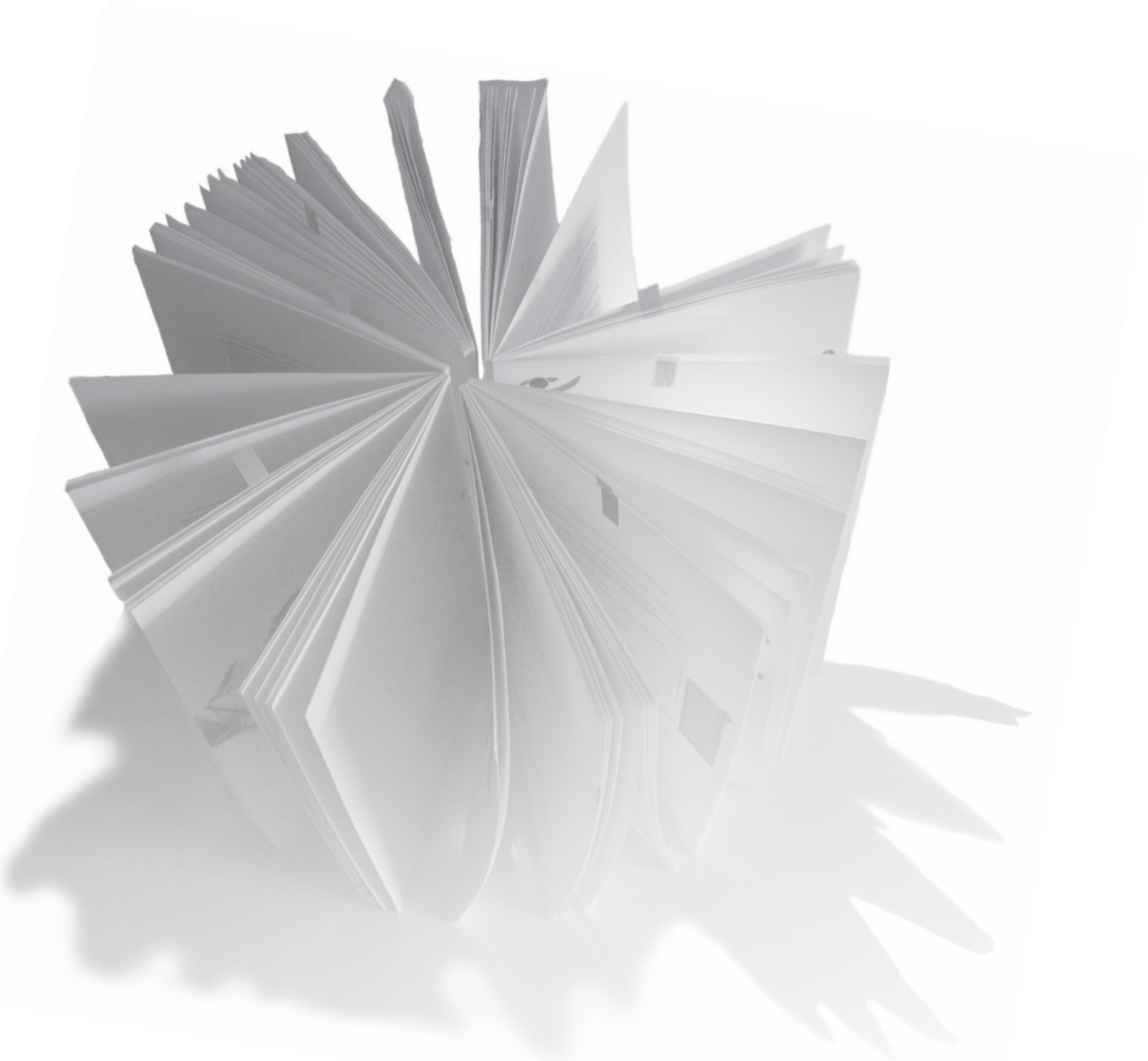
La révision de l'arrêté royal est prévue au cours de 2017. Les modifications ne sont actuellement pas encore fixées vu que les discussions avec les différents *stakeholders* sont encore en cours.

5. La législation belge relative à la publicité auprès du public pour des médicaments est conforme aux directives européennes. Si des modifications s'imposaient, celles-ci doivent d'abord se faire au niveau européen.

Toutefois, comme déjà indiqué ci-dessus, les publicités auprès du public pour des médicaments sont toujours évaluées en détail par la Commission de Contrôle de la publicité des médicaments. D'éventuelles publicités “interdites” sont ainsi filtrées ou adaptées si nécessaires. L'article 9 de la loi sur les médicaments du 25 mars 1964 prescrit en outre très clairement les directives pour la publicité pour les médicaments en vue de favoriser l'usage rationnel des médicaments. La Commission veille toujours à ce que cette réglementation soit respectée.

Une partie de la responsabilité incombe en outre au pharmacien, qui doit toujours communiquer au patient les données de bon usage et veiller à ce que le patient prenne le médicament pour les indications correctes.

4e Partie
Directives de l'INAMI



I. Intervention majorée de l'assurance (A.R. 01.04.2007) - Montants immunisés du revenu cadastral

L'arrêté royal du 1er avril 2007 - Moniteur belge du 3 avril 2007 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1er et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit l'immunisation des montants du revenu cadastral indexé de la maison d'habitation pour laquelle le titulaire peut prétendre à l'abattement forfaitaire de la maison d'habitation applicable en matière d'impôt des personnes physiques.

Les montants retenus s'élèvent respectivement à 743,68 EUR et 123,95 EUR pour le conjoint cohabitant et par personne à charge, ils doivent être indexés de la manière prévue à l'article 518 du code de l'impôt sur les revenus 1992 en les multipliant par le coefficient visé audit article 518. Un arrondi à l'euro supérieur ou inférieur selon que le chiffre des centimes atteint ou non cinquante est ensuite réalisé.

Coefficient : 1,7491 en 2017

Le montant pour 2017 est calculé sur base des instructions de la mécanographie du cadastre ; au départ du montant en EUR multiplication par le coefficient prévu et arrondissement normal à l'EUR.

Cela donne pour 2017 : 1.301 EUR

217 EUR

En vigueur à partir du 1er janvier 2017.

Circulaire O.A. n° 2017/58 - 273/71 - 3991/282 du 17 février 2017.

II. Application des Règlements (CE) n° 883/2004 et 987/2009 : traitement des décisions étrangères d'octroi de prestations d'invalidité dans le cadre des dossiers belges

La présente circulaire contient de nouvelles instructions applicables dans le cadre du traitement des dossiers belges, en ce qui concerne, d'une part, les informations à renseigner dans la feuille de révision et d'avances, et, d'autre part, la réduction provisoire des prestations d'invalidité belges à partir du versement direct des indemnités étrangères, dans l'attente du calcul définitif par l'INAMI des indemnités partielles belges.

1. Transmission d'une feuille de révision et d'avances au Département DIAF

Dans le cadre de l'instruction des dossiers belges[1], une feuille de révision et d'avances est demandée aux organismes assureurs :

- **Au moment de l'introduction du dossier auprès de l'institution étrangère, lorsque le montant réellement payé diffère du montant pour ordre**

L'on vise ici les dossiers dans lesquels le montant pour ordre a déjà été diminué en raison d'un cumul avec des prestations/revenus autres que les prestations de l'assurance maladie-invalidité belge, ou en raison d'une ouverture du droit aux prestations par totalisation avec des périodes d'assurance étrangères[2].

Dans de tels dossiers, les montants réellement alloués, ainsi que les causes de réduction du montant pour ordre, sont des informations nécessaires à l'institution étrangère pour déterminer le montant de ses indemnités d'invalidité. Ceux-ci doivent dès lors déjà figurer dans le dossier de demande qui lui est transmis par l'INAMI.

- **Au stade du calcul de l'indemnité partielle belge**

À la réception d'une décision d'octroi étrangère ou en cas de modification structurelle[3], le Département DIAF demande à l'organisme assureur de lui fournir une feuille de révision et d'avances, en vue de calculer le montant des avances belges versées dans l'attente de la décision étrangère.

1. Conformément aux instructions reprises dans la circulaire O.A. n° 2011/327 du 09.08.2011.
2. Nous renvoyons à cet égard à la fiche de contrôle pour les dossiers de demande assurés belges et à la note "Établissement des dossiers européens de demande de prestations d'invalidité pour les assurés belges-volet administratif" transmise aux O.A. durant la session de formation du 23.06.2015.
3. Par ex., modification non conjoncturelle du montant des indemnités étrangères, ou prolongation rétroactive des indemnités d'invalidité étrangères lorsque l'O.A. a, dans l'attente de la décision de prolongation étrangère, repris une indemnisation provisionnelle à taux plein (moyennant la signature par l'assuré d'un nouveau formulaire de subrogation).

Si l'organisme assureur est informé, avant la notification par l'INAMI, de l'existence d'une décision d'octroi étrangère (via l'intéressé lui-même), il doit transmettre de sa propre initiative au Département DIAF une copie de la décision étrangère et lui communiquer une feuille de révision et d'avances (nous renvoyons au titre III de la présente circulaire pour de plus amples informations sur la procédure à suivre dans une telle hypothèse).

2. Informations à fournir dans la feuille de révision et d'avances

À titre indicatif, un récapitulatif des informations à transmettre au Département DIAF se trouve en annexe de la présente circulaire.

A. Renseignements concernant l'assuré

Outre les données d'identification de l'assuré, l'organisme assureur doit également mentionner l'identité, ainsi que les coordonnées de l'éventuel représentant légal ou médiateur de dettes de l'assuré.

B. Les éléments de calcul de l'indemnité provisionnelle

Au stade de l'élaboration de la décision belge, le Département DIAF procède, dans un premier temps, via son programme informatique, au calcul du montant théorique belge, sur base du montant du salaire journalier perdu (arrondi à 4 chiffres après la virgule), de la situation de famille de l'assuré, de sa qualité de travailleur régulier ou non, et des données du tableau D (en cas d'indemnité journalière minimum ou maximum, et pour les indépendants).

Les organismes assureurs garantissent que tous les éléments de calcul soient correctement renseignés dans la feuille de révision et d'avances. Les modifications éventuelles au niveau des taux d'indemnisation doivent également être indiqués dans le tableau à la rubrique 3 du document, pour chaque période concernée par une telle modification.

Notez que pour les assurés qui étaient au **chômage** avant le début de leur incapacité de travail, la mention du barème de l'ONEM n'est pas suffisante. Dans un tel cas également, l'organisme assureur mentionne explicitement le salaire journalier perdu ayant servi de base au calcul des prestations d'incapacité de travail.

C. La période couverte par la feuille de révision et d'avances

La période à renseigner dépend du stade du dossier :

- **Dans le dossier belge de demande transmis à l'INAMI (en cas de diminution du montant pour ordre)**

L'objectif étant d'informer l'organisme étranger des montants réellement alloués à l'assuré et des raisons de la diminution des montants pour ordre (et de compléter par là-même les informations devant figurer à la rubrique 9 du formulaire E204B), la feuille de révision et d'avances doit désormais couvrir la période allant **de la date à partir de laquelle les montants pour ordre ont été diminués** (en ce compris durant la période d'incapacité de travail primaire) à la date de transmission du dossier de demande au Département DIAF.

- **À la réception de la décision d'octroi étrangère**

La période à renseigner commence à partir de la **date de reconnaissance de l'invalidité de l'assuré par l'organisme étranger** et prend fin à la date de fin des arrérages étrangers. L'année d'incapacité de travail primaire ne doit donc plus systématiquement être renseignée, sauf si, et dans la mesure où, la pension d'invalidité étrangère commence durant cette même année.

Pour déterminer la période à renseigner, l'organisme assureur se base sur les informations sur la décision étrangère transmises par le Département DIAF ou examine directement la décision étrangère lorsque l'organisme assureur en est informé avant l'INAMI (nous renvoyons à cet égard au point III).

D. Le relevé des montants pour ordre non-arrondis

Nous attirons l'attention des organismes assureurs sur la nécessité d'arrondir ces montants à **quatre chiffres** après la virgule et de renseigner chaque indexation/revalorisation.

E. Les périodes non indemnisées

Les organismes assureurs veillent à mentionner **dans le tableau** reprenant le relevé des montants pour ordre et des montants alloués à l'assuré, toutes les périodes d'interruption de l'indemnisation ainsi que leur nature (rubrique 3 de la feuille de révision et d'avances).

F. Les cumuls et montants réellement payés à l'assuré

Il convient de mentionner à la rubrique 2 du document toute diminution du montant pour ordre, ainsi que la **raison d'une telle réduction**.
Aux rubriques 3 (colonnes "Réduction du MPO" et "Montant journalier réellement versé") et 4, l'organisme assureur détaille **tous les éléments dont il a tenu compte pour diminuer le montant pour ordre** et mentionne le **montant réellement payé** à l'assuré suite à la réduction du montant pour ordre (ce dernier montant est arrondi à 2 chiffres après la virgule).
En fonction de la nature du cumul, l'organisme assureur renseigne les éléments suivants :

- *En cas de cumul avec une rente AT/MP belge ou étrangère :* le montant brut journalier de la rente, diminué du montant des cotisations de sécurité sociale prélevées sur cette rente, et le taux d'incapacité reconnu

- *En cas de cumul avec une pension de vieillesse (dans les dossiers salariés :* ***lorsque celle-ci a un impact sur le montant des indemnités d'invalidité)*** *:* **le montant journalier de la pension de vieillesse**

- *En cas de cumul avec une activité autorisée pour les bénéficiaires indemnisés dans le régime général (art. 100, § 2 de la loi coordonnée et art. 230 de l'A.R. du 03.07.1996) :* **les informations relatives à l'activité autorisée, reprises sur les déclarations mensuelles fournies par l'employeur, doivent dorénavant figurer dans le tableau repris à la rubrique 3 de la feuille de révision et d'avances**, pour chaque période concernée, et plus particulièrement :

1) Activité autorisée comme travailleur salarié :

Le salaire mensuel brut après déduction des cotisations de sécurité sociale à charge du travailleur.

Il convient également d'indiquer le "**dénominateur applicable**" pour la division des revenus mensuels, lorsque ce dénominateur n'est pas égal à 26, donc en principe :

- en cas de début et/ou de fin de l'activité autorisée dans le courant du mois
- pour les mois durant lesquels l'assuré a pris des jours de congé ONVA (ouvriers)

Vd = Vu /(Q/6)
Vd = nombre jour de vacances par mois
Vu = nombre d'heures de vacances
Q = régime travail moyen hebdomadaire

2) Activité autorisée comme travailleur indépendant :

Les revenus mensuels imposables nets (après déduction des frais professionnels fiscalement déductibles) multipliés par 100/80.

- En cas de cumul avec une activité autorisée pour les bénéficiaires indemnisés dans le régime des travailleurs indépendants (art. 23, 23*bis* et 28*bis* de l'A.R. du 20.07.1971[4]) :

L'application de la réduction des prestations de 10 %, ainsi que la disposition en cause.

En cas de reprise d'une activité sans objectif de réinsertion complète au sens de l'article 23 ou d'échec de la réinsertion complète au terme de l'exercice d'une activité autorisée au sens de l'article 23 (art. 23bis) :

À partir du 1er janvier de la quatrième année suivant l'année du début de l'activité autorisée, l'organisme assureur mentionne le montant des revenus professionnels découlant de l'activité autorisée. Si, en application de l'article 28*bis*, § 3 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, les prestations d'invalidité s'en trouvent réduites, l'organisme assureur indique le pourcentage de réduction des prestations.

- *En cas d'ouverture du droit aux prestations belges par totalisation avec des périodes d'assurance étrangères :* le coefficient de carrière appliqué par l'organisme assureur.

3. Réduction provisoire des indemnités d'invalidité belges dans l'attente de la décision définitive de l'INAMI

Lorsque l'organisme étranger entame le versement de ses prestations d'invalidité directement à l'assuré, l'organisme assureur doit réduire l'indemnité d'invalidité belge, en attendant la décision définitive de l'INAMI (conformément à l'art. 50, § 1er, du Règlement (CE) n° 987/2009 et à l'art. 136, § 2, de la Loi coordonnée), compte tenu des informations disponibles.

Ce principe s'applique à tous les dossiers dans lesquels le droit aux indemnités d'invalidité belges a été ouvert sans **totalisation** des périodes d'assurance belges avec des périodes d'assurance étrangères. Lorsque seul un *prorata* est dû du côté belge, l'organisme assureur doit, en effet, continuer à payer à l'intéressé le *prorata* provisoire ou définitif si celui-ci lui a déjà été communiqué par l'INAMI.

4. Et art. 20*bis* de l'A.R. du 20.07.1971 jusqu'au 01.07.2015.

À la réception de la décision étrangère, l'INAMI informe l'organisme assureur du moment à partir duquel le versement direct par l'institution étrangère débutera, ainsi que du montant journalier étranger devant être imputé sur les prestations belges.

Lorsque l'organisme assureur est directement informé de l'existence d'une décision d'octroi étrangère et d'un versement direct (par ex., via l'assuré ou directement par l'institution étrangère), il n'est **pas nécessaire d'attendre les instructions spécifiques du Département DIAF.** L'organisme assureur procède d'office à la **réduction** des prestations belges sur base des montants communiqués par l'organisme étranger et transmet au Département DIAF une feuille de révision et d'avances.

L'attention des organismes assureurs est attirée sur le fait qu'ils doivent toujours informer l'assuré par écrit de la diminution provisionnelle de ses indemnités, et de la raison de cette diminution.

Par ailleurs, en cas de doute quant à la date de début du paiement effectif de la rente étrangère à l'intéressé, il est demandé à l'organisme assureur de vérifier auprès de ce dernier si et depuis quand la prestation a été réellement mise en paiement.

Soulignons enfin que les indemnités réduites à titre provisionnel par l'organisme assureur dans l'attente de la décision de l'INAMI doivent également faire l'objet des indexations et revalorisations applicables aux indemnités d'invalidité belges (art. 59, § 2 du Règlement (CE) 883/2004).

4. Entrée en vigueur

La présente circulaire entre en vigueur le 15 mai 2017.

Circulaire O.A. n° 2017/125 - 83/471 du 27 avril 2017.

III. La procédure de fixation des revenus du ménage dans le cadre de l'application du maximum à facturer est déterminé en fonction des revenus du ménage des bénéficiaires en application de l'article 16 de l'arrêté royal du 15 juillet 2002 portant exécution du chapitre iii*bis* et du titre iii de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Cette circulaire décrit la procédure de fixation des revenus du ménage dans le cadre de l'application du maximum à facturer (MAF) déterminé en fonction des revenus du ménage du bénéficiaire. Ce type de MAF est également appelé MAF revenus.

Dans le cadre de ce processus, la circulaire fixe les modalités et les délais pour l'échange de données entre le Service du contrôle administratif (SCA) et les organismes assureurs (O.A.). Un descriptif technique[1] de cet échange de données est joint en annexe de cette circulaire.

Jusqu'en 2011, les informations sur cet échange de données étaient reprises dans une circulaire précisant les modalités relatives à l'obligation de paiement ainsi que les délais pour la communication des données des O.A. aux assurés sociaux. Le deuxième volet fait désormais l'objet d'une circulaire distincte, à savoir la circulaire O.A. n° 2016/85 du 30 mars 2016.

Cette circulaire et le document technique y afférent portent sur l'année MAF 2017.

1. Introduction

Le système du maximum à facturer vise à améliorer l'accessibilité de l'assurance obligatoire des soins de santé en limitant les frais de soins de santé de tout ménage à un montant maximum déterminé. Ce montant maximum varie en fonction des revenus du ménage ou de la catégorie sociale dont il relève.

1. Non publiée ici.

2. L'objectif du processus

La principale raison d'être de ce processus est de permettre l'octroi du maximum à facturer. Pour octroyer correctement le MAF, les O.A. doivent, en principe, disposer des revenus de tous les ménages dont le membre aîné du ménage est affilié chez eux. Il est nécessaire de disposer des revenus du ménage pour les répertorier dans la catégorie adéquate.

Pour éviter ceci, les O.A. communiquent la composition du ménage au SCA de l'INAMI. Sur la base des données de revenus, la Cellule MAF de ce Service communique aux O.A. les revenus du ménage et la catégorie MAF correspondante.

3. Description générale du processus

3.1. Description du processus

Les grands axes de la procédure de fixation des revenus du ménage sont décrits dans l'arrêté royal du 15 juillet 2002. Cette description se trouve à l'article 16 de l'arrêté royal du 15 juillet 2002.

Les O.A. tiennent à jour, par ménage, le montant total des quotes-parts personnelles en matière des frais de santé. Si ce montant total s'élève à 459 EUR, les O.A. communiquent les données d'identification des membres du ménage concerné au SCA de l'INAMI. [2]

Cette communication ne concerne que les ménages dont les membres ont atteint un montant de 459 EUR en quotes-parts personnelles dans les frais de santé et auxquels le MAF social n'a pas été appliqué (à moins que le ménage inscrit au Registre national se compose également de membres qui ne faisant pas partie du ménage auquel le MAF social a été accordé).

Après avoir reçu la composition des ménages, le SCA communique, via la Banque Carrefour, les données relatives aux assurés sociaux concernés, au SPF Finances. En réponse, le SPF Finances communique, par le biais de la Banque Carrefour, les revenus fiscaux des personnes concernées au SCA (par exercice d'imposition et par membre du ménage) dans le Flux L330. L'octroi du maximum à facturer se fait sur la base des revenus nets du ménage connus du SPF Finances.

Le SCA totalise les revenus par ménage et les classe dans une des 5 catégories (voir circ. O.A. n° 2016/398 du 23.12.2016 : maximum à facturer. Fixation des montants de référence des revenus pour l'exercice 2017 et le document technique en p. 13). Le SCA transmet les résultats codés aux O.A. Les codes correspondent au plafond du ticket modérateur.

D'autres informations relatives aux revenus fiscaux des intéressés ne sont pas communiquées aux O.A. La communication par l'INAMI reste limitée à la catégorie codée à laquelle appartient le ménage concerné pour l'application du MAF revenus. La seule exception à la règle sont les cas décrits à l'article 19 de l'arrêté royal du 15 juillet 2002. Si le SPF Finances signale qu'il ne possède pas d'informations concernant au moins 1 membre du ménage, le SCA communique le montant total des revenus des autres bénéficiaires composant le ménage.

2. 350 EUR s'il s'agit d'un ménage bénéficiant (potentiellement) du MAF malades chroniques.

Le traitement d'une année MAF s'étend sur trois années civiles. Une année MAF est clôturée 2 ans après l'année civile concernée, les attestations de soins donnés pouvant être introduites jusqu'à deux ans après la date de prestation des soins. Ainsi, les compteurs des tickets modérateurs pour l'année MAF 2017 seront arrêtés au 31 décembre 2019.

Ainsi, un(e) assuré(e) peut encore avoir droit au MAF en 2018 pour des prestations effectuées en 2017 et pour lesquelles il/elle envoie seulement aujourd'hui ses attestations à sa mutualité.

Au cours de ce processus s'étalant sur trois ans, les O.A. transmettent, à deux reprises, un feed-back relatif à l'octroi du MAF : une première fois pour des ménages dont les revenus n'étaient pas (tout à fait) connus du SPF Finances et une deuxième fois dans le cadre de l'application des cas dignes d'intérêt. L'échange de données s'effectue par le biais de Carenet.

3.2. Utilisation du numéro de demande

Il s'agit d'un numéro unique permettant d'identifier la demande de l'O.A. pendant toute la période couverte par l'application du MAF. Autrement dit, deux enregistrements du même O.A. n'auront jamais le même numéro de demande et ce, même si ces 2 enregistrements se trouvent dans 2 fichiers différents. La structure de ce numéro est libre. La seule contrainte est qu'il doit être numérique.

Le numéro de demande reste maintenu pour un même ménage et ce, pour toutes les étapes de l'échange de données. Ainsi, au stade de la demande, de la réponse et, si nécessaire, du rejet ou du feed-back, le numéro reste le même.

3.3. L'effet d'une mutation au cours d'un processus

Dans le cadre de l'échange de données, il n'est pas tenu compte de la mutation MAF au cours du processus. Le Service envoie le fichier de réponse à l'O.A. ayant transmis le fichier de demande. Les enregistrements (records) ne sont pas filtrés.

Les informations sur le MAF se trouvent dans le flux de mutation. (NOTE CIN MAF. Transmission inter-O.A. après mutation/transfert. Version 12.0 du 13.06.2007). En cas de mutation vers un autre O.A., l'ancien O.A. est tenu de transmettre ou de mettre toutes les informations à disposition de la nouvelle mutualité pour que celle-ci puisse continuer à appliquer le MAF.

3.4. Historique/modification de(s) NISS

Dans le cadre de l'échange de données, les informations contenues dans les fichiers ne changent pas en cas de modification du NISS du demandeur MAF ou d'un des membres du ménage. Le Service transmet le NISS mentionné dans le fichier de demande à l'O.A. ainsi que dans le fichier de réponse. Les enregistrements (records) ne sont pas filtrés.

Toutefois, l'O.A. est informé par courriel de la modification des NISS. La Cellule MAF traite ces cas lors du contrôle. Les collaborateurs sont informés de la modification d'un NISS via le Registre national et tiennent à jour les NISS modifiés. Ceux-ci sont régulièrement communiqués, par courriel, aux O.A. Le courriel donne un aperçu des NISS modifiés : le numéro de demande, l'ancien et le nouveau NISS.

4. Liste des ménages ayant payé des tickets modérateurs d'un montant de 459 EUR (demandes)

4.1. Transmission des données

Les O.A. doivent transmettre au SCA, pour le 31 mai 2017 au plus tard, leur premier flux de demandes pour l'année MAF concernée, à savoir l'année MAF 2017. Ensuite, ils envoient au moins un flux de demandes par mois. L'obligation de transmettre un flux par mois cesse d'exister au mois de décembre de l'année MAF +1. Pour l'année MAF 2017, ce sera en décembre 2018. Après cette date, les O.A. sont libres de déterminer la fréquence d'envoi des flux. S'il n'y a pas de dossiers pour un mois donné avant décembre 2018, l'O.A. doit le signaler au SCA dans un courrier motivé. Le nombre minimum d'envois peut toujours être dépassé.

Le contenu de l'envoi doit être établi en conformité avec le lay-out décrit dans le document technique joint en annexe à cette circulaire.

La date de création du fichier de demandes "Creation Date" vaut comme seule date de référence officielle pour la réception.

4.2. Quels sont les ménages concernés ?

Lorsque, pour une année MAF déterminée, un ménage a pris à sa charge 459 EUR d'interventions personnelles, les O.A. sont tenus de transmettre le dossier.

Pour déterminer la catégorie de revenus d'un ménage bénéficiant du MAF revenus et comptant au moins un membre malade chronique suivant la disposition du MAF malades chroniques, les O.A. transmettent la demande à la Cellule MAF du SCA dès l'instant où le compteur des tickets modérateurs du ménage affiche un montant de 350 EUR en quotes-parts personnelles (art. 16 de l'A.R. du 15.07.2002).

Toutefois, les O.A. ne transmettent pas de demande pour un ménage dont les membres atteignent un montant de 450 EUR en quotes-parts personnelles dans les frais de santé et auquel le MAF social a été appliqué (à moins que le ménage inscrit au Registre national soit plus grand que le ménage IM et qu'il se compose donc également de membres ne faisant pas partie du ménage auquel le MAF social a été accordé).

4.3. Le NISS du demandeur et des membres du ménage

Le NISS, et plus particulièrement le NISS du demandeur mais aussi celui des différents membres du ménage, constitue la principale information de ce fichier. Le NISS du demandeur est repris dans un champ distinct du fichier "contrôle systématique". Le demandeur est le membre aîné du ménage (voir document technique, pages 3-5).

4.4. Assurés sociaux sans NISS

Exemples de cas où un membre du ménage ne possède pas de NISS :

- Le bénéficiaire-assuré social réside à l'étranger. Celui-ci a droit, au même titre que son ménage, au MAF après une enquête sur les revenus. Ces membres du ménage n'ont pas de NISS, ni de numéro *bis*

- Les nouveau-nés n'ayant pas encore de NISS. C'est peu probable. Les NISS sont attribués dans les 2 à 10 jours.

Dans ces exemples, il s'agit toujours de membres du ménage ne disposant pas de NISS, et non de demandeurs. Pour les assurés sociaux résidant à l'étranger, nous indiquerions toujours la personne ayant un NISS ou un numéro *bis* comme demandeur (pour le flux). Chaque ménage repris dans l'échange de données dispose au moins d'un NISS ou d'un numéro *bis*, à savoir celui du demandeur.

Les membres du ménage qui n'ont pas de NISS ne sont pas communiqués. Le fisc ne dispose de toute façon pas de données relatives au revenu de ces personnes. C'est à l'O.A. d'assurer le suivi de ces cas.

4.5. Types de demandes

Les différents types de demandes sont analysés en fonction des situations familiales des bénéficiaires du MAF (art. 9 de l'A.R. du 15.07.2002). Les personnes résidant en communauté, sont considérées, sous certaines conditions, comme différents ménages composés d'une personne, en lieu et place d'un ménage inscrit au Registre national. Il existe également d'autres exceptions à la règle "ménage inscrit au Registre national le 1er janvier 2017".

DEMANDE DE TYPE 0

Il s'agit d'une demande pour un ménage résidant à l'étranger, conformément à la circulaire O.A. n° 2011/301 du 18 juillet 2011 "bénéficiaires MAF de l'assurance obligatoire soins de santé résidant dans un pays où les Règlements européens en matière de sécurité sociale ou une convention relative à la sécurité sociale, conclue entre la Belgique et un ou plusieurs États, sont d'application". Cette circulaire est d'application depuis le 1er janvier 2012.

Les assurés sociaux belges résidant dans un des 31 pays qui accordent, en matière de soins de santé, un droit de retour, ont également droit au MAF pour des soins prestés en Belgique, conformément aux directives de cette circulaire.

DEMANDE DE TYPE 1

Demande pour un ménage inscrit au Registre national le 1er janvier 2017.

Le ménage inscrit au Registre national et bénéficiant du droit au MAF revenus, est décrit à l'article 37*decies*, § 3, de la loi coordonnée, auquel renvoie l'article 37*undecies*, § 1er, de cette même loi coordonnée. Le ménage est composé, sur base des informations obtenues au Registre national des personnes physiques prises en considération au 1er janvier d'une année civile pour déterminer le droit du ménage concerné au MAF au cours de cette même année.

Le ménage est complété par la première inscription au Registre national avec l'âge de maximum 16 ans comme visé à l'article 11 de l'arrêté royal du 15 juillet 2002. Pour l'année MAF 2017, les premières inscriptions qui font partie du ménage MAF concernent des enfants nés entre "2000 et 2017". Les premières inscriptions au Registre national nées avant ou en 1999 ne sont pas prises en considération en 2017 pour le ménage MAF.

DEMANDE DE TYPE 2

Le bénéficiaire ayant, au 1er janvier 2017, sa résidence principale dans une communauté religieuse, est considéré comme constituant un ménage à lui seul (art. 9, § 1er, al. 2).

Par "communauté religieuse", on entend la communauté prise en considération pour l'inscription en qualité de titulaire au sens de l'article 32, alinéa 1er, 21°, de la loi.

DEMANDE DE TYPE 3

Les demandes de type 3 concernent des ménages faisant l'objet d'une forme réglementée de placement familial, comme visé à l'article 37*decies*, § 2, alinéa 2, auquel il est fait référence dans l'article 37*undecies*, § 1er, de cette même loi coordonnée. C'est pourquoi le ménage pris en considération diffère du ménage officiel inscrit au Registre national.

DEMANDE DE TYPE 4

La demande de type 4 est corrélée à la demande de type 3. La demande de type 4 concerne les demandes pour les ménages diminués du ou des membre(s) mentionné(s) dans la demande de type 3.

Le fait que l'on retire du ménage inscrit au Registre national les personnes mentionnées dans une demande de type 3 fait que le ménage auquel le MAF peut être accordé diffère du ménage officiel inscrit au Registre national.

DEMANDE DE TYPE 5

La demande de type 5 est utilisée pour un ménage qui se trouve dans une situation de dépendance et qui a choisi de constituer un ménage à lui seul. Le titulaire a toutefois l'obligation de constituer ce ménage avec son/sa conjoint(e), la personne à charge ou la personne avec laquelle il/elle constitue un ménage de fait (art. 10, § 3, de l'A.R. du 15.07.2002). De par sa composition, le ménage pour lequel les revenus sont demandés et auquel des droits sont octroyés dans le cadre du MAF diffère de celui inscrit au Registre national.

DEMANDE DE TYPE 6

La demande de type 6 est corrélée à la demande de type 5. La demande de type 6 concerne les demandes pour les ménages diminués du ou des membre(s) mentionné(s) dans la demande de type 5.

Comme on retire du ménage inscrit au Registre national les personnes mentionnées dans une demande de type 5, il y a une différence entre le ménage auquel le MAF peut être octroyé et le ménage inscrit au Registre national.

DEMANDE DE TYPE 7

La demande de type 7 est utilisée pour les ménages visés à l'article 9, § 2, de l'arrêté royal du 15 juillet 2002. Par dérogation à l'article 9, § 1er, un bénéficiaire ayant la même résidence principale que son/sa conjoint(e) ou leurs personnes à charge, constitue un ménage avec ces personnes.

Il en va de même si un bénéficiaire a la même résidence principale que la personne avec laquelle il/elle forme un ménage de fait. Forment un ménage de fait, les personnes vivant ensemble sous le même toit et réglant essentiellement en commun les questions relatives au ménage. La situation prise en considération pour les ménages introduisant une demande de type 7 est également la situation telle qu'elle existe au 1er janvier de l'année d'octroi du MAF. Dans cette circulaire, il s'agit donc du 1er janvier 2017.

DEMANDE DE TYPE 8

Les demandes de type 8 sont introduites pour les ménages qui diffèrent de ceux inscrits au Registre national du fait qu'ils relèvent de l'application de l'article 9, § 1er ou de l'article 12, § 1er, de l'arrêté royal du 15 juillet 2002.

Article 9, § 1er, alinéa 1er : Le bénéficiaire a, au 1er janvier de l'année MAF, sa résidence principale en maison de repos pour personnes âgées, en maison de repos et de soins, en maison de soins psychiatriques, en habitation protégée, en centre de défense sociale ou en prison. Il forme dès lors un ménage à lui seul (exception art. 9, § 2, voir demande de type 7).

Les étudiants étrangers qui louent un kot de l'université ne répondent pas à la définition des personnes qui vivent dans une communauté.

L'article 12, § 1er, concerne les ménages composés de travailleurs frontaliers ou de personnes dispensées de toute inscription au Registre national (p. ex. les diplomates).

DEMANDE DE TYPE 9

La demande de type 9 est corrélée à la demande de type 2. La demande de type 9 concerne les demandes introduites pour les ménages diminués du ou des membre(s) mentionné(s) dans la demande de type 2.

Comme on retire du ménage inscrit au Registre national les personnes mentionnées dans une demande de type 2, il y a une différence entre le ménage auquel le MAF peut être octroyé et le ménage inscrit au Registre national.

5. Contrôle effectué par le SCA (composition du ménage, doubles demandes,…)

Le SCA contrôle les demandes au niveau de la composition correcte du ménage communiqué. Ce contrôle dépend du type de demande. La cellule MAF contrôle 100 % des demandes.

Outre le contrôle de la composition du ménage, la cellule MAF contrôle également les doubles demandes (contrôle de la relation). Ce contrôle de la relation peut aboutir à la constatation d'une double demande. Il est question d'une double demande lorsque le Service constate qu'il y a deux fois le même NISS, au sein d'une même année MAF et dans plus d'une demande. Dans ces doubles demandes, on peut distinguer plusieurs types de doubles demandes. Certaines doubles demandes donnent lieu à une constatation, d'autres non.

Un premier type de doubles demandes est celui où un même O.A. renvoie une demande après que le Service lui ait préalablement fait part d'une constatation. L'O.A. a rectifié la demande et l'a renvoyée une deuxième fois. Ce type de double demande ne donne pas lieu à une nouvelle constatation si le ménage a été correctement composé la deuxième fois. S'il y a une erreur dans la composition du ménage, un code signalant l'erreur commise dans la composition du ménage sera communiqué.

Un deuxième type de doubles demandes est celui où un même O.A. envoie deux fois la même demande pour un même ménage. Ceci donne lieu à la constatation 40 (voir le document technique, p. 12).

Un troisième type de doubles demandes est celui où deux O.A. différents envoient une demande identique. Ceci donne lieu à la constatation 41 (voir le document technique, p. 12). Les constatations 41 ne sont pas prises en compte pour le deuxième O.A. pour le rapport à l'attention de l'OCM dans le cadre de la responsabilisation des O.A., ces erreurs étant dues aux problèmes de flux intermutualiste après une mutation.

Plusieurs "codes retour" peuvent donc être communiqués pour les erreurs dans la composition du ménage et pour les doubles demandes détectées au terme d'un contrôle de la relation. Le code dépend de la situation spécifique. Ces codes sont listés à la page 12 du document technique joint en annexe.

Outre le contrôle de leur contenu, les demandes sont également contrôlées sur d'autres types d'erreurs. Certaines erreurs sont détectées à la suite d'un contrôle syntactique. Il s'agit par exemple d'une demande avec une mutualité inexistante ou une valeur numérique dans la zone "numéro de demande".

Puis il y a aussi les contrôles de l'intégration des NISS et des numéros *bis* dans la Banque-carrefour de la sécurité sociale (BCSS). Quand des NISS ou des numéros *bis* ne sont pas valides, la BCSS envoie un message d'erreur. Ces codes et messages d'erreur de la BCSS sont également envoyés à l'O.A. sous la forme d'un code. Ce code figure également dans le document technique. Le message selon lequel un nouveau NISS a été communiqué à la BCSS ne bloque pas le processus. Les changements de NISS sont communiqués à l'O.A. via un circuit distinct.

6. Demande et réception des données relatives aux revenus par le SCA

6.1. Échange de données

Après que le SCA ait reçu la liste des ménages, le Service transmet les NISS des assurés sociaux concernés (membres du ménage) au SPF Finances via la BCSS.

En réponse, le SPF Finances communique, également via la BCSS, les revenus nets des intéressés au SCA (et ce, par exercice d'imposition et par membre du ménage). Outre les revenus, un code revenus (indication de la qualité de la réponse) et un certain nombre d'autres informations sont communiqués. (voir document description L330)

6.2. Année de revenus (X-3)

L'année de revenus est celle utilisée pour déterminer la catégorie du ménage.

Les revenus pour l'année MAF même ne sont pas connus du SPF Finances au début de l'année MAF. Le service de taxation ne dispose pas des revenus de l'année en cours. Les revenus de la troisième année précédant l'année MAF étant les seuls revenus dont on disposait avec certitude au moment de la création du MAF. L'année de revenus la plus récente est une notion difficile à définir et conduit à l'utilisation de plusieurs années en fonction du ménage. C'est la raison pour laquelle l'année MAF-3 a été introduite comme année de revenus pour l'application du MAF revenus.

Pour le MAF 2017, l'année de revenus est 2014.

6.3. Calcul de l'âge fiscal (voir document technique)

L'âge d'un membre du ménage est calculé par rapport au 1er janvier de l'année d'imposition. Sur la base de la date de naissance du NISS, nous déterminons si le membre a plus ou moins de 16 ans au 1er janvier de l'année d'imposition.

Le calcul de l'âge est justifié par le fait que chaque contribuable est censé(e) être connu(e) du SPF Finances (enregistré(e) dans leur base de données) une fois qu'il/elle a atteint l'âge de 16 ans au 1er janvier de l'année d'imposition. À partir de 16 ans, l'absence de revenus, connu du SPF Finances, peut donner lieu à un code revenus douteux pour cette personne.

Le revenu pris en compte pour l'année MAF 2017 est le revenu perçu en 2014. L'année d'imposition est l'année 2015. L'âge (plus ou moins de 16 ans) est calculé en fonction du 1er janvier 2015 (jusqu'en 2000, enfant < 16 ans ; à partir de 1999, enfant ≥ 16 ans).

7. Calcul du revenu du ménage et octroi de la catégorie MAF

Le SCA totalise les revenus par ménage et le revenu du ménage est classé dans une des 5 catégories (voir circ. O.A. n° 2016/398 du 23.12.2016 : MAF. Fixation des montants de référence des revenus pour l'exercice 2017 et le document technique en p. 13). Le SCA transmet les résultats codés aux O.A. Les codes indiquent le plafond du ticket modérateur applicable au ménage. Ces informations suffisent à l'O.A. pour octroyer correctement le droit.

D'autres informations relatives aux revenus fiscaux des intéressés ne sont pas communiquées aux O.A. La communication par l'INAMI reste limitée à la catégorie codée à laquelle appartient le ménage concerné pour l'application du MAF revenus. La seule exception à la règle sont les cas décrits à l'article 19 de l'arrêté royal du 15 juillet 2002. Si le SPF Finances signale qu'il ne possède pas d'informations concernant au moins 1 membre du ménage (code revenus ≠ 0), le SCA communique, le cas échéant, le montant total des revenus des autres bénéficiaires composant le ménage, à moins qu'il ne s'agisse d'un membre du ménage de moins de 16 ans.

Le chapitre consacré au feed-back détaille l'octroi par l'O.A. des droits MAF aux ménages qui se trouvent dans cette situation.

8. Communication des catégories MAF et constatations par le SCA (réponses)

8.1. Transmission des données à l'organisme assureur

Le SCA répond au plus tard dans les 30 jours civils suivant la date de réception du fichier de demande.

8.2.Quelles informations ?

La réponse contenue dans le fichier peut être très différente en fonction des ménages (records) sur la liste. Pour les ménages correctement composés, une catégorie MAF est communiquée (lettre de B à F). Cette lettre indique le montant du plafond que l'O.A. peut appliquer pour ce ménage. Outre la lettre, le SCA communique également si la réponse est fiable ou non. Fiable signifie que les revenus de tous les membres du ménage sont connus du SPF Finances. On dit d'une réponse qu'elle n'est pas fiable si le plafond (et le revenu) d'un ménage sont calculés sur la base d'informations incomplètes c'est-à-dire que le SPF Finances ne dispose pas d'informations pour au moins 1 membre du ménage.

Pour les demandes avec un plafond de ticket modérateur non fiable, le détail des données fiscales connues est également communiqué à l'O.A. (enregistré).

Puis il y a encore les codes retour en cas de constatations par le SCA ou les codes erreur pour les erreurs syntactiques ou d'intégration.

Voici les différentes options :

- code plafond du ticket modérateur fiable
- code plafond du ticket modérateur non fiable (+ détail des données fiscales connues)
- code constatation SCA (pas de données fiscales mais bien composition incorrecte du ménage ou double demande).

9. Feed-back des organismes assureurs

9.1. Types de feed-back

L'O.A. qui gère un dossier où des données relatives aux revenus font défaut, informe le SCA de deux types de décision pour l'octroi du MAF. D'une part, le traitement des demandes pour lesquelles des informations relatives aux revenus du ménage font défaut (art. 21 de l'A.R. du 15.07.2002). Et d'autre part, l'O.A. informe également le SCA des cas dignes d'intérêt octroyés (art. 22 à 24 de l'A.R. du 15.07.2002).

9.2. Quelles informations ?

Comme mentionné dans l'introduction, il y a deux choses à propos desquelles les O.A. envoient un feed-back à la Cellule MAF :

- feed-back concernant les ménages pour lesquels les données relatives aux revenus sont incomplètes (donc sans catégorie MAF)
- feed-back sur l'octroi des cas dignes d'intérêt.

Le premier type de décision pour laquelle un feed-back est donné concerne la décision d'octroyer le droit aux ménages qui, au terme du processus avec l'INAMI et le SPF Finances, demeurent avec un revenu de ménage incomplet, et pour lesquels la Cellule MAF n'a donc pas pu octroyer une catégorie MAF.

L'O.A. détermine la catégorie MAF en demandant au(x) bénéficiaire(s) concerné(s) de compléter et de signer une déclaration sur l'honneur en mentionnant le revenu dont il(s) disposait/disposaient au cours de l'année de revenus utilisée. La déclaration sur l'honneur est conforme au modèle joint en annexe I de l'arrêté royal du 15 juillet 2002. Ces revenus sont additionnés à ceux communiqués par l'INAMI. La mutualité détermine la catégorie du ménage sur la base de la somme des revenus.

Les records qui permettent aux O.A. de communiquer à l'INAMI les ménages dont les revenus de certains membres n'étaient pas connus du SPF Finances, sont les records avec code retour "02". L'O.A. reçoit uniquement un feed-back sur les déclarations sur l'honneur qui ont finalement bénéficié du droit au MAF au terme d'un contrôle des revenus.

Le deuxième type de décision pour laquelle un feed-back est donné concerne la décision d'octroyer le caractère digne d'intérêt à certains ménages. En l'occurrence, le MAF est octroyé à un ménage ayant subi une baisse significative de ses revenus.

Pour tous les ménages ayant subi une baisse significative de ses revenus par rapport aux revenus utilisés pour octroyer ou refuser le MAF, on réalise une enquête afin d'estimer les revenus bruts imposables du ménage pour l'année concernée. Sur la base de ces revenus, l'O.A. déterminera la catégorie à laquelle appartient le ménage et décidera d'octroyer ou non le MAF.

Les critères suivants limitent les situations dignes d'intérêt desquelles ressort une baisse considérable des revenus du ménage considérés. Les ménages ont vu changer leur situation soit :

- par la cessation de leur activité professionnelle
- du fait qu'ils sont dispensés de toute contribution dans le cadre du statut social des travailleurs indépendants pour une période de plus d'un trimestre
- du fait qu'ils sont en chômage complet contrôlé depuis au moins six mois
- du fait qu'ils sont en incapacité de travail depuis au moins six mois.

L'O.A. doit pouvoir constater que le revenu du ménage concerné est inférieur à un des deux premiers plafonds de revenus visés à l' [art. 37*undecies*, § 1er, de la loi].

Si elle octroie le caractère digne d'intérêt, la mutualité doit transmettre sa décision à la cellule MAF du SCA de l'INAMI.

9.3. Transmission des données de feed-back

Pour une année MAF, les O.A. doivent transmettre, entre le 1er et le 31 janvier de cette même année MAF+2 et MAF+3, les fichiers de feed-back au SCA.
Le cas échéant, les O.A. transmettent 2 fichiers de feed-back distincts, un pour chaque type de décision.

Le contenu des fichiers de feed-back doit être conforme au lay-out décrit dans le document technique *"Exécution du Maximum à facturer 2017 Flux O.A. <-> INAMI"*. Le document technique est joint en annexe à la présente circulaire.

Chaque type d'enregistrement (record) est identifié par une zone "Code info". Les différents types d'enregistrement ont une même longueur, à savoir 31 caractères. La différence entre les deux se situe au niveau de la valeur du champ "Code info". Les records contenant les ménages pour lesquels l'administration fiscale a transmis des codes "non fiables" et pour lesquels l'O.A. a déterminé une catégorie sur la base d'une déclaration sur l'honneur ont une valeur 1 dans ledit champ. Pour les ménages avec une baisse de revenus, la valeur de ce champ est 2.

10. La responsabilisation financière des organismes assureurs

Dix critères permettant d'évaluer les performances de gestion des O.A. pour pouvoir prétendre à la partie variable des frais d'administration ont été fixés dans l'arrêté royal du 28 août 2002 relatif à la responsabilisation des O.A. sur le montant de leurs frais d'administration.

Les délais à respecter pour le critère 2 - délais de traitement des dossiers MAF, précision de gestion des dossiers et vitesse à laquelle il est satisfait aux autres obligations de remboursement - sont précisés dans la présente circulaire.

11. Délai(s) de conservation des données

Les données doivent au moins être conservées pour la durée du délai de prescription qui vaut pour la récupération des interventions. L'article 174, alinéa 1er, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, stipule que l'action en paiement de prestations de soins de santé se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois auquel se rapportent ces prestations. Toutefois, en vertu de l'article 174, alinéa 3, ce genre de prescription n'est pas applicable dans le cas où l'octroi indu de prestations aurait été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité. Dans ce cas, le délai de prescription est de 5 ans. Il y a par conséquent lieu de conserver toutes les données, y compris celles de l'administration fiscale, pour une période d'au moins cinq ans à compter de la fin du mois dans lequel les prestations ont été remboursées, pour pouvoir encore détecter et traiter les cas de fraude. Afin de garantir le traitement correct de tels dossiers, les O.A. doivent conserver toutes les données relatives aux remboursements accordés à un bénéficiaire pour une année X jusqu'à la fin de l'année X+5.

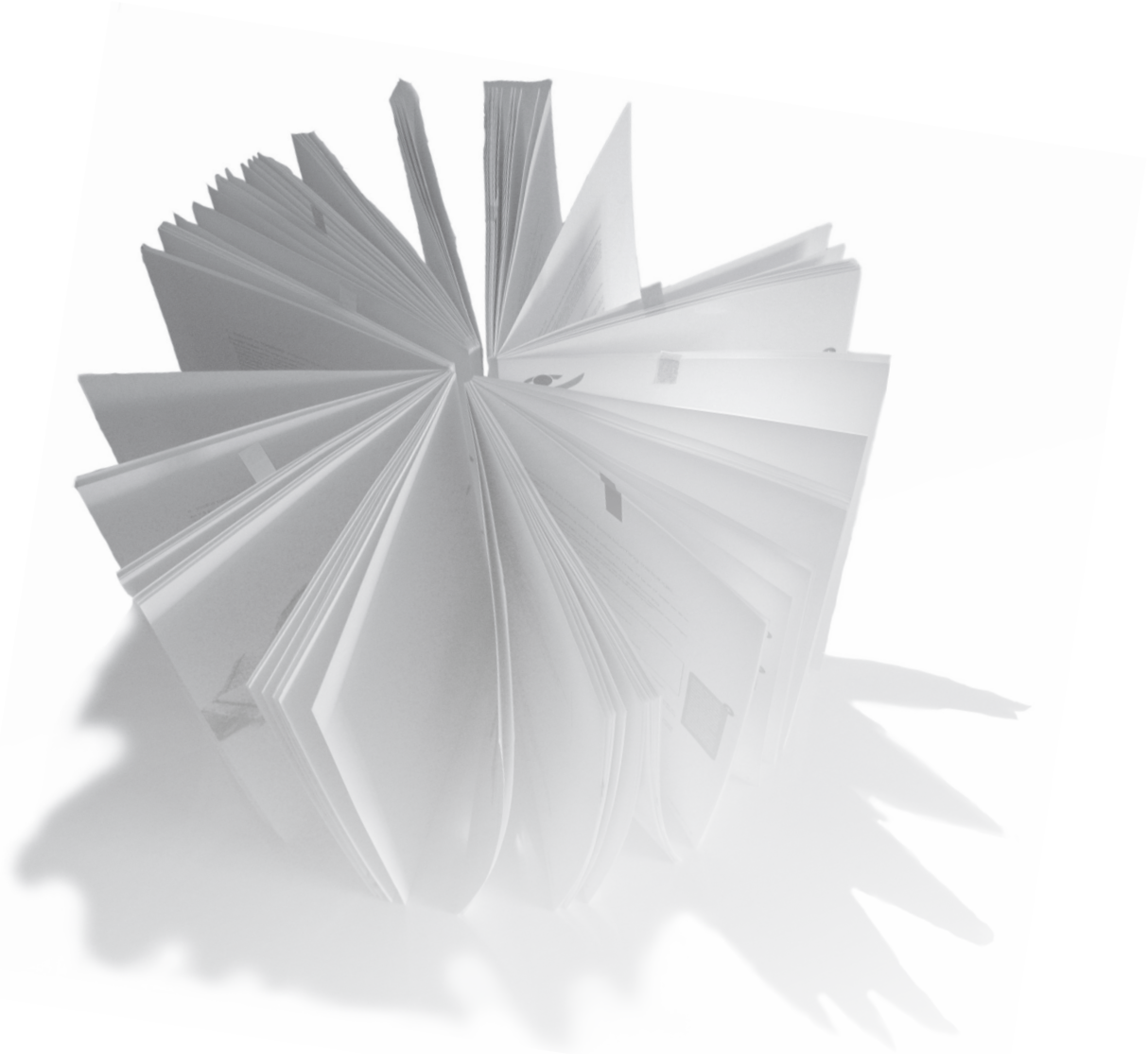
Bien qu'un historique soit tenu à jour sur une période de 10 ans dans le cadre de l'utilisation de l'infrastructure "Carenet", cela ne signifie pas que les données relatives à l'application du MAF puissent encore effectivement être utilisées sur toute la période : l'autorisation accordée par le comité sectoriel de l'autorité fédérale pour les échanges de données limite le délai de conservation à 5 ans, comme mentionné précédemment. Ceci signifie que les données qui sont tenues à jour dans le cadre de l'historique de l'échange de données Carenet ne peuvent donc effectivement être utilisées que pour ce délai.

12. Dispositions générales

La présente circulaire est applicable au processus MAF revenus pour l'année MAF 2017.

Circulaire O.A. n° 2017/109 - 3998/39 du 11 avril 2017.

5e Partie
Données de base



Valeur minimale des documents de cotisation pour l'année 2017 - Calcul du complément de cotisation

En application de l'article 286 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la valeur minimale que les documents de cotisation doivent atteindre est fixée en fonction du revenu mensuel minimum moyen garanti par la convention collective de travail n° 43 conclue au sein du Conseil national du travail et rendue obligatoire par l'arrêté royal du 29 juillet 1988.

Pour le travailleur âgé de 21 ans et plus, la valeur minimale que les documents de cotisation doivent atteindre est égale à quatre fois le montant du revenu mensuel minimum moyen précité.

Pour les travailleurs de moins de 21 ans, ce salaire minimum atteint 3/4 du salaire pris en considération pour les travailleurs de 21 ans et plus.

La valeur minimale que le titulaire doit prouver est celle liée à la catégorie d'âge à laquelle il appartient au début de l'année civile, ou celle à laquelle il appartient au moment de son inscription.

Compte tenu du fait que le revenu mensuel minimum garanti, tel que fixé au sein du Conseil National du travail, a été adapté à l'indice au 1er juin 2016, et s'élève depuis cette date à 1.531,91 EUR, il convient de fixer comme suit les valeurs minimales des documents de cotisation pour l'année civile 2017 :

21 ans et plus	:	1.531,93 EUR x 4	=	6.127,72 EUR
moins de 21 ans	:	6.127,72 EUR x ¾	=	4.595,79 EUR

Les rémunérations qui peuvent être prises en considération sont celles qui figurent sur les documents de cotisation. Elles ne peuvent pas être majorées de 8 %, parce qu'alors une double imputation du salaire aurait lieu pour la période des vacances annuelles. En effet, lorsque le salaire est majoré de 8 % (pour compenser le non-paiement de cotisations sur le pécule de vacances) et qu'un salaire forfaitaire est calculé pour les jours de vacances légales, le salaire est porté en compte deux fois pour ces jours.

Afin d'éviter cela, le calcul du complément de cotisation doit se faire sur la base du salaire figurant sur le bon de cotisation (à 100 %) et en calculant un salaire forfaitaire pour les jours assimilés.

Le complément de cotisation se calcule comme suit :

A. de la rémunération annuelle minimum, il y a lieu de déduire la rémunération indiquée sur les bons de cotisation ;

B. ensuite, pour les périodes énumérées à l'article 290, A, 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, on déduit le montant que l'on obtient en multipliant la rémunération annuelle minimum par une fraction dont le numérateur est constitué par le nombre de jours ouvrables de la période et dont le dénominateur est 240 ;

C. le montant du complément de cotisation est calculé en multipliant le montant obtenu, arrondi à **l'euro** supérieur, par le taux des cotisations dues pour le secteur des soins de santé et, le cas échéant, pour le secteur des indemnités de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. **Si ce montant est inférieur à 10,00 EUR , il n'y a pas lieu de réclamer de complément de cotisation.**

L'intégration des mineurs et assimilés dans le régime général de la sécurité sociale, prévue par la loi programme du 24 décembre 2002, titre II, chapitre 8, articles 149-167 (M.B. du 31.12.2002, pp. 58716 et 58717), a pour conséquence que des compléments de cotisation peuvent aussi être réclamés pour ces travailleurs.

Ci-dessous, vous trouverez un tableau comprenant les taux des cotisations de sécurité sociale en vigueur au 1er janvier 2017 destinées à l'assurance soins de santé et indemnités.

Nous signalons que pour le personnel statutaire du secteur public, uniquement le pourcentage pour l'assurance soins de santé est mentionné, puisque le personnel statutaire n'est pas soumis à l'assurance indemnités.

Catégories	Cotisation globale	Quote-part de l'employeur	Quote-part du travailleur
Ouvriers et employés	10,85 %	6,15 %	4,70 %
Mineurs	8,85 %	5,15 %	3,70 %
Services Publics	7,35 %	3,80 %	3,55 %

L'article 286, alinéa 3, de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996 stipule également que pour les handicapés mis au travail dans les ateliers protégés, les rémunérations annuelles à prendre en considération sont fixées à 80.400 FB ou 1.993,06 EUR (pour les personnes de 21 ans et plus), 64.800 FB ou 1.606,37 EUR (pour les 19 et 20 ans), 48.000 FB ou 1.189,90 EUR (pour les 17 et 18 ans) et 40.800 FB ou 1.011,42 EUR (pour les moins de 17 ans).

Ce sont des montants forfaitaires qui ne sont pas indexés.

En annexe[1], sont joints les tableaux qui donnent un aperçu du calcul des compléments de cotisation afférents aux différences de rémunération à partir de 0,01 EUR.

Circulaire O.A. n° 2017/120 – 271/65 du 25 avril 2017.

1. Non publiée ici.

Comité de rédaction

M. Guy Lombaerts
M. Luc Maroy
M. Frank Nassen
Mme Isabelle Daumerie
Mme Nancy De Marneffe
Mme Marie Beaucoudray
Mme Charlotte Lefebre
Mme Caroline Lekane
Mme Caroline Marthus
Mme Marie Lejeune

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726