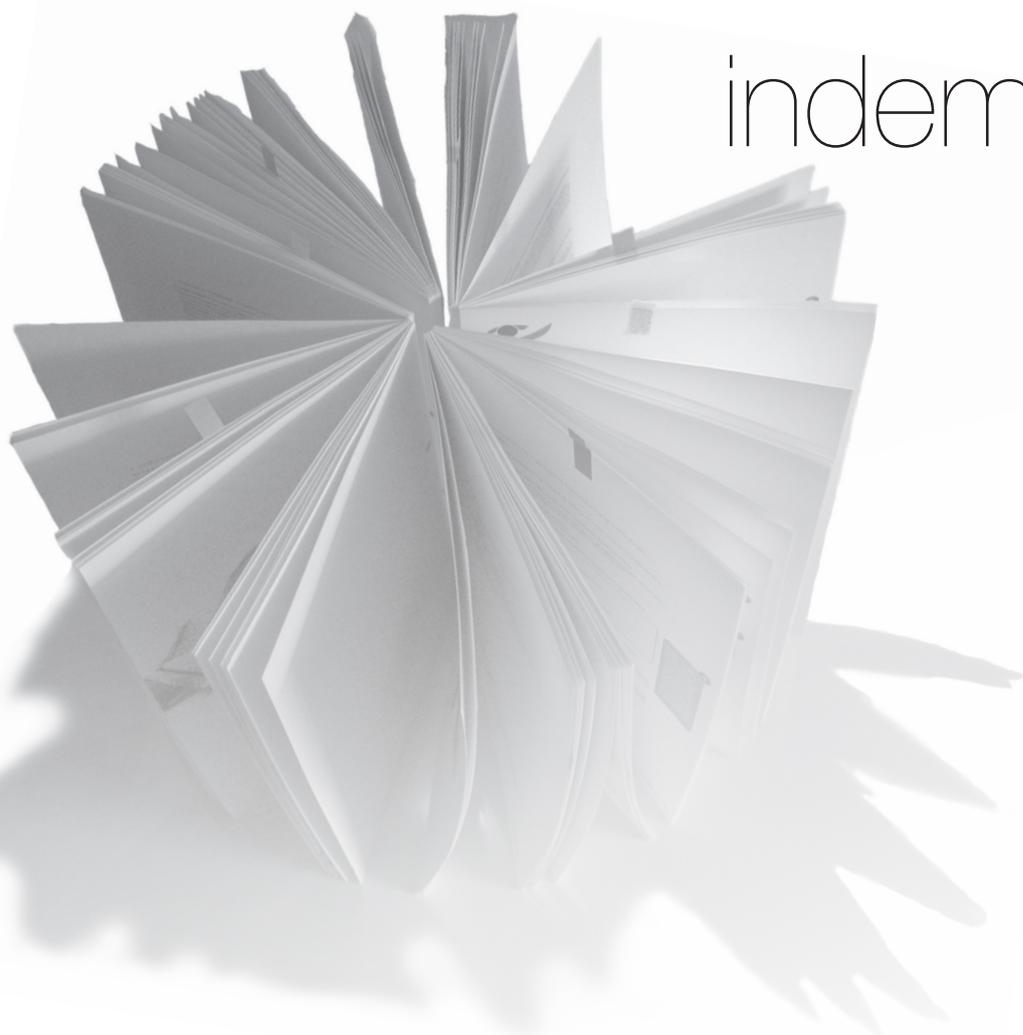


1^{re} Partie

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



1^{er} trimestre 2019

1. Loi		
Moniteur belge	Date	Titre
17.01.2019	21.12.2018	Loi portant des dispositions diverses en matière sociale
31.01.2019	21.12.2018	Loi portant des dispositions diverses en matière sociale. - Erratum

Résumé des modifications

Cette loi apporte les modifications suivantes :

- dans le cadre de “NewAttest”, le Service indemnités a également accès aux données sociales à caractère personnel dont les organismes assureurs disposent pour leurs missions légales dans le cadre de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités afin que le service puisse remplir ses missions d’une manière plus efficace
- une modification purement formelle à l’article 80 : l’intitulé complet de la loi du 27 juin 1969 est inséré
- refus de l’octroi des indemnités d’incapacité de travail si l’intéressé peut prétendre aux indemnités de maternité en vertu d’une législation étrangère. Conformément au droit européen, les indemnités d’invalidité belge ne peuvent être refusées que si la législation belge prévoit explicitement que les indemnités perçues à l’étranger sont prises en considération
- droit aux indemnités après le stage d’attente diminué :
 - une adaptation formelle en vue d’apporter une harmonisation dans la traduction vers le français du mot “wachttijd”
 - permettre au Roi de déterminer les modalités de maintien de droit en cas de stage d’attente diminué.
- élargissement de l’interdiction de cumul et l’action subrogatoire des organismes assureurs, visés à l’article 136, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, dans l’hypothèse où l’indemnité octroyée à l’ayant-droit découle d’un dommage résultant de la perte d’une chance de récupérer sa capacité de gain et lorsque le même dommage est indemnisé sur base du régime interne d’une organisation internationale ou supra nationale
- transposer dans l’arrêté royal du 10 juin 2001 qui fixe la notion uniforme de “salaire journalier moyen”, la pratique administrative consistant à déterminer, dans le cadre de l’assurance indemnités et maternités, la rémunération journalière moyenne des pompiers volontaires, sur base des rémunérations perçues en cette qualité et soumises à des cotisations de sécurité sociale durant une période de référence standard d’une année (quatre trimestres). Il vise en outre à étendre cette règle aux ambulanciers volontaires et aux agents volontaires de la protection civile
- remplacer toutes les références à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l’égard des traitements de données à caractère personnel dans les différentes lois en matière de sécurité sociale par “la réglementation en matière de traitement de données à caractère personnel” en général, ou par des renvois aux dispositions correspondantes du Règlement précité

- modifie l'article 191 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 afin de régler la perception des cotisations sur le chiffre d'affaire des spécialités pharmaceutiques remboursables pour l'année 2019 et maintient la contribution compensatoire pour l'année 2019
- adapte l'objectif budgétaire annuel global
- renforce le congé d'adoption et instaure un nouveau type de congé d'accueil en cas de placement familial de longue durée.

Moniteur belge	Date	Titre
01.02.2019	19.12.2018	Loi modifiant diverses dispositions relatives à la réglementation concernant l'enfant sans vie

Résumé des modifications

Cette loi complète l'alinéa 4 de l'article 114 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Cette adaptation précise une pratique déjà existante, à savoir que lorsque la travailleuse accouche d'un enfant sans vie, celle-ci a droit à un repos de maternité si la grossesse a duré au minimum 180 jours.

Pour en bénéficier, la mère doit fournir à sa mutualité un acte d'enfant sans vie, lequel peut actuellement uniquement être délivré lorsque la grossesse a atteint 180 jours.

À partir du 31 mars 2019, cet acte d'enfant sans vie pourra également être délivré pour les grossesses ayant durés entre 140 et 179 jours. Néanmoins, la travailleuse concernée ne pourra pas prétendre au repos de maternité sur base d'un acte d'enfant sans vie établi à la suite d'une grossesse ayant duré moins de 180 jours.

Moniteur belge	Date	Titre
22.02.2019	25.01.2019	Loi relative à l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans les frais du transport en ambulance organisé dans le cadre de l'aide médicale urgente

Résumé des modifications

L'article 34, alinéa 1^{er}, 28°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et son arrêté d'exécution sont abrogés étant donné que le montant à charge du bénéficiaire n'est plus considéré comme une prestation de santé mais comme appartenant au système de l'aide médicale urgente.

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

Moniteur belge	Date	Titre
01.03.2019	17.01.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 37, § 16 <i>bis</i> , alinéa 1 ^{er} , 3 ^o , 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
09.04.2019	17.01.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 37, § 16 <i>bis</i> , alinéa 1 ^{er} , 3 ^o , 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 - Erratum

Résumé des modifications

L'arrêté royal complète l'annexe 1 jointe à l'arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 37, § 16*bis*, alinéa 1^{er}, 3^o, 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.

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

Moniteur belge	Date	Titre
25.01.2019	19.12.2018	Arrêté royal modifiant l'article 17, § 1 ^{er} , 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

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 17, § 1^{er} :

- au 11^{ter} :
 - dans le libellé néerlandais de la prestation 459852-459863, le mot "massie" est remplacé par le mot "massief"
 - les prestations et les règles d'application 458474-458485 et 458496-458500 sont insérées après la règle d'application qui suit la prestation 459852-459863.
- au 12^o :
 - le point 14 du libellé de la prestation 460670 est complété par les mots " , 458474, 458496"
 - le point 6 du libellé de la prestation 461016 est complété par les mots " , 458474, 458496".

Moniteur belge	Date	Titre
11.02.2019	25.01.2019	Arrêté royal modifiant l'article 24bis, § 1 ^{er} , 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

L'arrêté royal complète l'article 24bis, § 1^{er}, par les prestations 556894-556905 ; 556916-556920 ; 556931-556942 ; 556953-556964 ; 556975-556986 et 556990-557001.

Moniteur belge	Date	Titre
12.02.2019	25.01.2019	Arrêté royal modifiant l'article 24, § 1 ^{er} , 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

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 24, § 1^{er} :

- les prestations 549695-549706 et 549710-549721 sont insérées après la prestation 549636-549640 dans la rubrique 5/MICROBIOLOGIE
- la règle 344 est ajoutée dans la rubrique "Règles de cumul"
- la règle 129 est ajoutée dans la rubrique "Règles diagnostiques".

Moniteur belge	Date	Titre
12.02.2019	25.01.2019	Arrêté royal modifiant les articles 3, § 1 ^{er} , A, I, et 14, a), 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

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 3, § 1^{er}, A, I, dans le libellé de la prestation 145574-145585, les mots "ou d'anthrax" sont abrogés
- à l'article 14, a), la prestation 220216-220220 est abrogée.

Moniteur belge	Date	Titre
18.02.2019	25.01.2019	Arrêté royal modifiant l'article 24bis, § 1 ^{er} , 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

L'article 24bis, § 1^{er} est complété par la prestation 557034-557045.

Moniteur belge	Date	Titre
19.02.2019	25.01.2019	Arrêté royal modifiant l'article 14, c), II, 1, 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

L'arrêté royal remplace le 1. Chirurgie plastique mammaire de l'article 14, c), II.

Moniteur belge	Date	Titre
26.02.2019	25.01.2019	Arrêté royal modifiant l'article 18, § 2, B., d) <i>quater</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

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 18, § 2, B., d) *quater*, dans les règles d'application qui suivent la prestation 442735-442746 :

- l'alinéa 3 est remplacé par ce qui suit : "L'examen peut seulement être prescrit par un médecin spécialiste en neurologie, en psychiatrie, en neuropsychiatrie ou en gériatrie, et dans le cas où, après un examen clinique documenté et un bilan neuropsychologique étendu avec évaluation des fonctions cognitives, un doute subsiste encore quant au diagnostic."
- dans l'alinéa 7, la première phrase est remplacée par ce qui suit : "L'examen ne peut être prescrit que par un médecin spécialiste en neurologie ou en neuropsychiatrie."

Moniteur belge	Date	Titre
28.02.2019	25.01.2019	Arrêté royal modifiant l'article 12, § 1 ^{er} , d), 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

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 12, § 1^{er}, d) :

- à la prestation 202311-202322, le numéro d'ordre 202311 est abrogé et le libellé est remplacé
- à la prestation 202333-202344, le numéro d'ordre 202333 est abrogé et le libellé est remplacé
- la prestation 202871-202882 est insérée après la prestation 202344
- dans les règles d'application qui suivent la prestation 202344 :
 - l'alinéa 1^{er} est remplacé par ce qui suit : "Les prestations 202322, 202344 et 202871-202882 peuvent être attestées une seule fois au cours d'une même période d'hospitalisation."
 - l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit : "Les prestations 202322, 202344 et 202871-202882 ne sont pas cumulables entres elles."

Moniteur belge	Date	Titre
28.02.2019	03.02.2019	Arrêté royal modifiant les articles 3, § 1 ^{er} , A et C, et 24, § 1 ^{er} , 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
07.03.2019	03.02.2019	Arrêté royal modifiant les articles 3, § 1 ^{er} , A et C, et 24, § 1 ^{er} , 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. - Corrigendum
25.03.2019	03.02.2019	Arrêté royal modifiant les articles 3, § 1 ^{er} , A et C, et 24, § 1 ^{er} , 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. - Corrigendum 2

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte des modifications à l'article 3, § 1^{er} et à l'article 24, § 1^{er} 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.

Moniteur belge	Date	Titre
28.02.2019	03.02.2019	Arrêté royal modifiant l'article 14, h), § 1 ^{er} , II, 1 ^o , 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

Dans les règles d'applications qui suivent la prestation 248334-248345 de l'article 14, h), § 1^{er}, II, 1^o, l'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- le 1^o est remplacé par ce qui suit : "1^o le diagnostic doit s'appuyer sur les résultats des examens suivants :
 - a) examen de l'acuité visuelle ;
 - b) examen des segments oculaires antérieur et postérieur (biomicroscopie et fond de l'œil) ;
 - c) OCT (optical coherence tomography) ou méthode comparable ;
 - d) angiographie en fluorescence ; "
- le 2^o est remplacé par ce qui suit : "2^o les trois premières injections ne sont remboursées que si toutes les conditions mentionnées ci-dessous ont été remplies :
 - a) baisse de vision récente (moins de 6 mois), la vision étant encore de 1/20 au moins ;
 - b) néovascularisation à un stade actif ;
 - c) oedème rétinien démontré au moyen d'une OCT (optical coherence tomography) ou d'une méthode comparable ; "
- le 4^o est remplacé par ce qui suit : "4^o à dater de la première injection, le nombre total d'injections remboursables est limité à 30 par œil étalé sur une période de 6 ans et 4 par an et par œil à partir de la 7^e année ; "

Moniteur belge	Date	Titre
13.03.2019	27.02.2019	Arrêté royal modifiant les articles 17, § 1 ^{er} , 12°, 17 <i>bis</i> , §§ 1 ^{er} , 3 et 8, 17 <i>quater</i> §§ 1 ^{er} , 3., 3 et 8, et 26, §§ 10 et 13, 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
28.03.2019	27.02.2019	Arrêté royal modifiant les articles 17, § 1 ^{er} , 12°, 17 <i>bis</i> , §§ 1 ^{er} , 3 et 8, 17 <i>quater</i> , §§ 1 ^{er} , 3., 3 et 8, et 26, §§ 10 et 13, 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. - Corrigendum

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 17, § 1^{er}, 12°, au libellé de la prestation 460670, au deuxième tiret :
 - les numéros d'ordre "460515", "460530" et "460552" sont abrogés
 - les numéros d'ordre "461731", "461753", "461775", "461812" et "461834" sont ajoutés.
- à l'article 17*bis* :
 - au paragraphe 1^{er}, le 3. est remplacé
 - le paragraphe 8 est abrogé.
- à l'article 17*quater* :
 - au paragraphe 1^{er}, le 3. est remplacé
 - au paragraphe 3, au 1° :
 - a) les numéros d'ordre "469895-469906", "469910-469921" et "469932-469943" sont abrogés ;
 - b) les numéros d'ordre "468731-468742", "468753-468764", "468775-468786", "468790-468801", "468812-468823" et "468834-468845" sont ajoutés.
 - le paragraphe 8 est abrogé.
- à l'article 26 :
 - au paragraphe 10, alinéa 1^{er} :
 - a) les numéros d'ordre "460515-460526" et "460530-460541" sont abrogés ;
 - b) les numéros d'ordre "461731-461742", "461753-461764" et "461812-461823" sont ajoutés ;
 - au paragraphe 13, alinéa 1^{er} :
 - a) les numéros d'ordre "469895-469906" et "469910-469921" sont abrogés ;
 - b) les numéros d'ordre "468731-468742", "468753-468764" et "468812-468823" sont ajoutés.

4. Arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Moniteur belge	Date	Titre
04.02.2019	25.01.2019	Arrêté royal modifiant l'article 96 de 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

En exécution de cette mesure du “Jobsdeal”, l'arrêté royal modifiant l'article 96 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 prévoit le paiement suivant, pour chaque repos de maternité qui débute au plus tôt le 1^{er} janvier 2019 :

- un premier versement a lieu au plus tard le trentième jour calendrier à compter du premier jour du repos de maternité pour chaque semaine de repos de maternité échue au moment de ce paiement (dans la mesure où l'intéressée répond aux conditions requises d'assurabilité et que la mutualité dispose des documents requis)
- par la suite, la mutualité paie l'allocation de maternité mensuellement pour chaque semaine de repos de maternité échue au moment de ce paiement durant la période qui commence l'antépénultième jour ouvrable de chaque mois civil et prend fin le cinquième jour calendrier du mois civil qui suit (= date ultérieure).

5. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
11.02.2019	17.01.2019	Arrêté royal modifiant la liste jointe à 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 aliments diététiques à des fins médicales spéciales

Résumé des modifications

- L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :
 - un paragraphe § 23 est inséré dans la partie I, a) au chapitre 1 de l'annexe de l'arrêté royal du 24 octobre 2002
 - des dispositions sont supprimées au chapitre 2, b).

Moniteur belge	Date	Titre
11.02.2019	17.01.2019	Arrêté royal modifiant la liste jointe à 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 aliments diététiques à des fins médicales spéciales
07.03.2019	17.01.2019	Arrêté royal modifiant la liste jointe à 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 aliments diététiques à des fins médicales spéciales. - Erratum

Résumé des modifications

Il est inséré un paragraphe § 240000 au chapitre 1 de la partie I, a) de l'annexe de l'arrêté royal du 24 octobre 2002.

Moniteur belge	Date	Titre
13.02.2019	17.01.2019	Arrêté royal modifiant la liste annexée à 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 1 ^{er} , 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
21.02.2019	17.01.2019	Arrêté royal modifiant la liste annexée à 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 1 ^{er} , 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 - Erratum

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- au chapitre 2 de la partie 1 de l'annexe jointe à l'arrêté royal du 24 octobre 2002 :
 - à la section 6 :
 - a) au § 1^{er}, la liste des moyens est complétée ;
 - b) au § 2, le point A, 1°, est complété ;
 - c) au § 2, le point A, 2°, a) est complété.
 - à la section 7, des moyens sont ajoutés
 - au chapitre 3 de la partie 1, section 2, sous-section 3 de l'annexe jointe à l'arrêté royal du 24 octobre 2002 des moyens sont remplacés et supprimés.

Moniteur belge	Date	Titre
15.02.2019	17.01.2019	Arrêté royal modifiant les annexes I et II de l'arrêté royal du 12 octobre 2004 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et des produits assimilés

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'annexe I, première partie et deuxième partie, à l'arrêté royal du 12 octobre 2004, la mention "valine" est supprimée car elle n'est plus disponible chez aucun producteur
- au chapitre IV de l'annexe II à l'arrêté royal du 12 octobre 2004 :
 - au § 9, a), la mention "valine" est supprimée
 - au § 25, 2^e alinéa, les mots "en pédiatrie" sont insérés entre les mots "en médecine interne" et "ou en endocrinologie" car les préparations magistrales à base d'hydrocortisone, hydrocortisone acétate, fludrocortisone acétate et kétoconazole sont parfois prescrites pour de très jeunes enfants pour les conditions retenues
 - au § 26, 2^e alinéa, les modifications suivantes sont apportées :
 - a) Les mots "(entre autres un test à l'ACTH (Synacthen))" sont supprimés car le test au Synacthen n'a aucune valeur diagnostique dans l'exploration de l'insuffisance en aldostérone ;
 - b) Les mots "en pédiatrie" sont insérés entre les mots "en médecine interne" et "ou en endocrinologie".
 - au § 27, 2^e alinéa, les mots "ou en pédiatrie" sont ajoutés après les mots "en endocrinologie (numéro d'identification INAMI se terminant par 573, 583, 983)".
- au chapitre V de l'annexe II à l'arrêté royal du 12 octobre 2004, la mention "(À raison de maximum un mg par gélule)" est ajoutée après le mot "riboflavine" car il est tenu compte du fait que la riboflavine est parfois utilisée pour d'autres indications que celles d'adjuvant, qu'il faut la réserver au chapitre V à la réalisation d'une trituration, que par conséquent la limitation à 1 mg par gélule semble justifiée.

Moniteur belge	Date	Titre
04.01.2019	12.12.2018	Arrêté royal fixant l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation à l'étranger

Résumé des modifications

Le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation suite à une autorisation préalable par le médecin conseil ou pour des raisons urgentes, dans un pays qui n'est pas lié à la Belgique par un instrument d'ordre juridique international réglant cette question correspond au prix moyen de la journée d'hospitalisation calculé sur base du quota de journées d'hospitalisation et du prix de la journée d'entretien des hôpitaux généraux au 1^{er} octobre de l'année précédant celle pour laquelle ce prix de la journée d'entretien est fixé.

Par instrument d'ordre juridique international, il convient d'entendre :

- a) un règlement de l'Union européenne portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale,
- b) ou un règlement en application de la Convention relative à l'Espace économique européen ou de la Convention conclue entre la Communauté européenne et ses Etats membres d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale,
- c) ou une convention conclue entre la Belgique avec un ou plusieurs autres États concernant la sécurité sociale.

Les dispositions du paragraphe 1^{er} sont également applicables quand les dispositions de l'instrument de droit international ne s'appliquent pas au bénéficiaire.

Pour la période du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019, le prix de la journée d'entretien visé au § 1^{er} est fixé à 518,08 EUR.

Le montant de l'intervention de l'assurance obligatoire est égal au prix de la journée d'entretien visé à l'article 1^{er}, § 2 ; toutefois, il ne peut être supérieur au prix porté effectivement en compte au bénéficiaire par l'établissement hospitalier. Ce montant est réduit conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 5 mars 1997 fixant le montant de la réduction de l'intervention de l'assurance en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un centre de rééducation.

Moniteur belge	Date	Titre
10.01.2019	21.12.2018	Arrêté royal pris en exécution de l'article 12, § 3, alinéa 2, de la loi du 18 juillet 2018 relative à la relance économique et au renforcement de la cohésion sociale

Résumé des modifications

Cet arrêté royal vise à augmenter les revenus mensuels qui peuvent être gagnés par le travail associatif pour des catégories spécifiques d'activités de 520,83 EUR à 1.041,66 EUR (montants indexés applicables en 2019). Le maximum de l'indemnité mensuelle pourrait donc excéder les 1/12 de l'indemnité annuelle de 6.250 EUR (montant indexé applicable en 2019), étant entendu que ce montant annuel maximal reste d'application.

Cet arrêté royal produit ses effets à partir du 1^{er} janvier 2019.

Moniteur belge	Date	Titre
15.01.2019	12.12.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 27 novembre 2016 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains logopèdes

Résumé des modifications

L'article 7 est remplacé par la disposition suivante :

“Pour l'année 2017 la cotisation annuelle de l'assurance soins de santé, visée à l'article 2, est fixée à :

2.537,12 EUR pour la cotisation complète ;

1.230,12 EUR pour la cotisation de base”.

Moniteur belge	Date	Titre
16.01.2019	19.12.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 avril 2010 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût du sang humain total et de certains produits sanguins labiles

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'article 5 est remplacé par ce qui suit : "Art. 5. Si le sang humain total ou les produits sanguins labiles sont administrés dans un établissement hospitalier, le prix est facturé par l'établissement hospitalier sur la note d'hospitalisation. L'établissement hospitalier est obligé de disposer de documents ou attestations établissant que le sang humain total ou les produits sanguins labiles portés en compte aux organismes assureurs ont été administrés réellement ; ces documents ou attestations sont tenus à la disposition du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Dans ce but, chaque administration de sang humain total ou de produits sanguins labiles à un bénéficiaire dans un établissement hospitalier est attestée par le médecin traitant de l'établissement hospitalier.

Sur cette attestation sont mentionnées au minimum les données suivantes : nom et prénom du bénéficiaire, adresse de l'organisme assureur, médecin administrant, date d'administration, nombre d'unités, numéro de code."
- l'article 6 est remplacé par ce qui suit : "Art.6. Si le sang humain total ou les produits sanguins labiles sont administrés par un médecin en dehors d'un établissement hospitalier, le prix est facturé par l'établissement de transfusion sanguine au patient. L'établissement de transfusion sanguine est obligé de disposer de documents ou attestations établissant que le sang humain total ou les produits sanguins labiles portés en compte aux organismes assureurs ont été administrés réellement ; ces documents ou attestations sont tenus à la disposition du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Dans ce but, chaque administration de sang humain total ou de produits sanguins labiles à un bénéficiaire en dehors d'un établissement hospitalier est attestée par le médecin traitant.

Sur cette attestation sont mentionnées au minimum les données suivantes : nom et prénom du bénéficiaire, adresse de l'organisme assureur, médecin administrant, date d'administration, nombre d'unités, numéro de code. Le médecin délivre un double de cette attestation à l'établissement de transfusion sanguine."

Moniteur belge	Date	Titre
07.02.2019	17.01.2019	Arrêté royal fixant la cotisation annuelle à verser pour l'année 2018 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 est fixée à 2.348,55 EUR pour l'année 2018.

Moniteur belge	Date	Titre
07.02.2019	17.01.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 21 décembre 2017 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains praticiens de l'art infirmier

Résumé des modifications

L'article 7 de l'arrêté royal du 21 décembre 2017 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains praticiens de l'art infirmier est remplacé par la disposition suivante : "Pour l'année 2017, la cotisation annuelle de l'assurance soins de santé, visée à l'article 2, est fixée à 512,55 EUR."

Moniteur belge	Date	Titre
15.02.2019	05.02.2019	Arrêté royal modifiant les montants de l'arrêté royal du 3 juillet 2018 fixant les montants du financement alternatif des moyens additionnels alloués au financement des soins de santé par le régime de la gestion globale des travailleurs salariés et par le régime de la gestion globale des travailleurs indépendants pour l'année 2018

Résumé des modifications

Pour l'année 2018, les montants destinés au financement alternatif des moyens additionnels alloués au financement des soins de santé, sont respectivement de 4.026.028 milliers d'EUR pour l'ONSS-gestion globale et de 402.854 milliers d'EUR pour le Fonds pour l'équilibre financier du statut social des travailleurs indépendants.

Moniteur belge	Date	Titre
18.03.2019	01.03.2019	Arrêté royal portant exécution de certaines dispositions de l'article 30 ^{sexies} de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail en matière de congé parental d'accueil

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- il détermine que le travailleur a droit, au cours des trois premiers jours du congé parental d'accueil, au maintien de sa rémunération normale à charge de son employeur
- il prévoit que s'il y a deux parents d'accueil et prise de la semaine supplémentaire (ou à partir du 01.01.2021 des semaines supplémentaires), le travailleur fournit à son employeur, au plus tard au moment où le congé parental d'accueil prend cours, une déclaration sur l'honneur attestant, selon le cas, de la répartition de ces semaines supplémentaires entre les deux parents d'accueil ou de l'attribution de cette semaine ou de ces semaines supplémentaire(s) au seul parent d'accueil qui utilise ce droit.

Moniteur belge	Date	Titre
18.03.2019	01.03.2019	Arrêté royal concernant la répartition entre les deux parents adoptifs des semaines supplémentaires du congé d'adoption visées à l'article 30 ^{ter} , § 1 ^{er} , alinéa 2, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail

Résumé des modifications

S'il y a deux parents adoptifs et prise de la semaine supplémentaire (ou à partir du 01.01.2021 des semaines supplémentaires), le travailleur fournit à son employeur, au plus tard au moment où le congé d'adoption prend cours, une déclaration sur l'honneur attestant, selon le cas, de la répartition de ces semaines supplémentaires entre les deux parents adoptifs ou de l'attribution de cette semaine ou de ces semaines supplémentaire(s) au seul parent adoptif qui utilise ce droit.

6. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
21.01.2019	15.01.2019	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 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
30.01.2019	15.01.2019	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 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, à l'annexe II et à l'annexe IV.

Moniteur belge	Date	Titre
18.02.2019	11.02.2019	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 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
29.03.2019	11.02.2019	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 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. - Erratum
18.02.2019	11.02.2019	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 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
06.03.2019	11.02.2019	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 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. - Erratum
18.02.2019	11.02.2019	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 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 et l'annexe IV.

Moniteur belge	Date	Titre
21.03.2019	15.03.2019	4 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 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
29.03.2019	22.03.2019	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 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

L'arrêté ministériel apporte des modifications à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
15.02.2019	25.01.2019	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" 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

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- au chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" de la liste, jointe comme annexe 1 :
 - l'intitulé "C.3.1. Prothèse de la parole et accessoires" est complété par la prestation suivante et ses modalités de remboursement : "180530 - 180541 Prothèse de la parole pour placement permanent dans un shunt trachéo-oesophagien pour les bénéficiaires ayant des fuites périprothétiques et/ou intra-prothétiques prématurées
 - la condition de remboursement C- § 04 est modifiée.
- aux listes nominatives, jointes comme annexe 2 est ajoutée une nouvelle liste nominative 37101 associée à la prestation 180530 - 180541.

Moniteur belge	Date	Titre
08.03.2019	13.02.2019	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 les modifications suivantes :

- au chapitre "B. Neurochirurgie", à la condition de remboursement B- § 11, les modifications suivantes sont apportées :
 - au point "6.1. Première implantation", deuxième alinéa, les mots "via le médecin-conseil" et quatorzième alinéa, les mots "et au médecin-conseil" sont supprimés
 - au point "6.2. Remplacement", premier alinéa, les mots "via le médecin-conseil" et troisième alinéa, les mots "et au médecin-conseil" sont supprimés
 - au point "6.3. Remplacement anticipé", deuxième alinéa, les mots "et au médecin-conseil" sont supprimés
 - au point "6.4. Dérogation à la procédure", deuxième alinéa, les mots "via le médecin-conseil" sont supprimés.
- au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie", les modifications suivantes sont apportées :
 - à l'intitulé "F.1.8 Substitution du péricarde", dans le libellé de la prestation 159375-159386, les mots "de 684714-684725" sont remplacés par les mots "de 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 ou 180434-180445"
 - à la condition de remboursement F- § 12, le point "7. Divers" est remplacé par ce qui suit : "7. Divers
 - la prestation 159375-159386 réalisée entre le 1^{er} août 2016 et le 31 mars 2018 peut être attestée après le placement des prestations 172793-172804, 172815-172826, 172830-172841, 172852-172863, 172874-172885 ou 172896-172900"
 - dans le texte en français, à la condition de remboursement F- § 24, au point "5.2 Autres règles", troisième alinéa, les mots "de dilatation" sont supprimés.
- au chapitre "L. Orthopédie et traumatologie", l'intitulé "L.2.2.1.2 Tête pour tige de hanche" est complété par la prestation suivante et ses modalités de remboursement : "172550-172561 Tête pour tige de hanche utilisée avec une cupule acétabulaire - métal en contact avec une surface en métal, avec un diamètre supérieur ou égal à 36mm"

Moniteur belge	Date	Titre
14.03.2019	04.03.2019	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste jointe comme annexe 1 ^{re} 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 la condition de remboursement F- § 24 :

- au "2. Critères concernant le bénéficiaire", 1^{er} alinéa, dans le texte en néerlandais, le mot "verstrekkingen" est inséré entre les mots "De" et les mots "172955-172966,"
- le "4.1. Première implantation" est remplacé
- le "5.2. Autres règles" est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
18.02.2019	11.02.2019	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 à l'annexe I.

7. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
16.01.2019	05.02.2018	Règlement fixant le service minimal par groupe de produit pour les prestations reprise à l'article 31 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 fixant la nomenclature des prestations de santé

Résumé des modifications

Le règlement définit ce qu'il convient d'entendre par services minima à délivrer lors de l'adaptation d'un appareil auditif (SLA) pour le secteur audiciens.

Moniteur belge	Date	Titre
26.02.2019	02.10.2017	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11 ^o de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Le règlement remplace l'annexe 84.

Moniteur belge	Date	Titre
08.03.2019	17.12.2018	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

À l'annexe I du 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, les formulaires B-Form-I-10 et B-Form-I-11 concernant la procédure de demande à laquelle il est fait référence au chapitre "B. Neurochirurgie" de la liste, sont modifiés.

Moniteur belge	Date	Titre
14.03.2019	17.12.2018	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

À l'annexe VI du 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, le formulaire F-Form-I-09 concernant la procédure de demande à laquelle il est fait référence au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, est supprimé.

8. Conventions et avenants

Moniteur belge	Date	Titre
17.01.2019	16.11.2018	Convention entre les hôpitaux et services psychiatriques et les organismes assureurs (PSY/2019). - Conseil des ministres du 27 décembre 2018. - Notification point 28
19.02.2019	16.11.2018	Convention entre les hôpitaux et services psychiatriques et les organismes assureurs (PSY/2019). - Conseil des ministres du 27 décembre 2018. - Notification point 28. - Erratum

Résumé des modifications

Une nouvelle convention nationale a été conclue le 16 novembre 2018, entre les hôpitaux et services psychiatriques et les organismes assureurs.

Dans le cadre de la participation aux expériences concernant le groupe cible “enfants et jeunes”, les hôpitaux devront pouvoir déroger aux dispositions prévues dans cette convention. Concernant l’élaboration expérimentale du programme de soins “groupe cible enfants et jeunes”, les lacunes existantes dans l’offre de soins doivent être comblées.

La convention contient les adaptations suivantes :

- actualisation des renvois à d’autres réglementations
- précision des règles de facturation en cas d’absence et en cas d’hospitalisation de nuit
- ajout d’un règlement en matière d’acomptes (art. 10).

Moniteur belge	Date	Titre
25.01.2019	22.11.2018	Avenant S/2018 <i>bis</i> à la Convention nationale entre les audiciens et les organismes assureurs. - Conseil des ministres du 27 décembre 2018 - Notification point 28

Résumé des modifications

L’avenant apporte des modifications à l’article 4 de la Convention nationale conclue entre les audiciens et les organismes assureurs du 9 novembre 2017.

Moniteur belge	Date	Titre
25.01.2019	04.12.2018	Avenant T/2018 <i>bis</i> à la Convention nationale entre les orthopédistes et les organismes assureurs

Résumé des modifications

L’avenant remplace l’article 3 de la convention nationale conclue entre les orthopédistes et les organismes assureurs le 5 décembre 2017.

Moniteur belge	Date	Titre
25.01.2019	04.12.2018	Avenant Y/2018 <i>bis</i> à la Convention nationale entre les bandagistes et les organismes assureurs

Résumé des modifications

L’avenant remplace l’article 3 du chapitre I de la convention nationale conclue entre les bandagistes et les organismes assureurs le 5 décembre 2017.

Moniteur belge	Date	Titre
29.01.2019	06.12.2018	Avenant à l’accord national dento-mutualiste 2017-2018. - Conseil des ministres du 18 janvier 2019 - Notification point 04

Résumé des modifications

Le 6 décembre 2018, la Commission nationale dento-mutualiste a conclu à l’unanimité un avenant qui prolonge l’accord national dento-mutualiste 2017-2018 jusqu’au 31 décembre 2019. Les points de l’accord qui n’ont pas encore été exécutés, devront l’être en 2019.

L'avenant prévoit 2 nouveaux projets à mettre en oeuvre par la Commission :

- une étude sur un nouveau modèle de soins dans lequel les hygiénistes bucco-dentaires sont intégrés dans les soins dentaires
- une étude pratique de terrain portant sur l'accessibilité aux soins dentaires des personnes fragilisées.

Moniteur belge	Date	Titre
01.02.2019	18.01.2019	Avenant M/18 <i>b/s</i> à la convention 2018-2019 entre les kinésithérapeutes et les organismes assureurs

Résumé des modifications

L'avenant apporte les modifications suivantes :

- une augmentation de l'indemnité pour les premières prestations de base d'un traitement en pathologie "courante" et "Fa"
- une revalorisation des prestations effectuées au domicile du patient
- le maintien du montant de la prime de promotion de la qualité
- 2 nouveaux projets pilotes :
 - un projet pilote concernant l'enregistrement des pathologies "courantes" dans le dossier kinésithérapeutique électronique
 - un projet pilote dans lequel les patients recevront un traitement monodisciplinaire intensif continu en ambulatoire après un traitement multidisciplinaire à l'hôpital.
- proposition pour établir des unités de temps pour certaines pathologies.

Moniteur belge	Date	Titre
05.02.2019	28.11.2019	Protocole d'accord conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant la gestion et le financement de l'applicatif informatique de financement des maisons de repos et de soins, maisons de repos pour personnes âgées, centres de soins de jour, centres de rééducation fonctionnelle, maisons de soins psychiatriques et équipes multidisciplinaire d'accompagnement pour les soins palliatifs et centres palliatifs de jour (RVT)

Résumé des modifications

L'accord vise à définir le mode de gestion et le mode de financement de la maintenance, de l'exploitation et des développements de l'applicatif informatique RVT.

Moniteur belge	Date	Titre
14.03.2019		Adaptation hors index au 1 ^{er} mars 2019 du montant de certaines prestations sociales

Résumé des modifications

À partir du 1^{er} mars 2019, le montant de certaines prestations sociales est adapté à l'indice-pivot 105,10 (basis 2013 = 100).

2^e Partie
Questions et réponses
parlementaires



I. Contrôle des prestations de santé remboursables et des prestations de l'assurance indemnités

Nombre d'infractions commises en 2018 – Montant – Facteurs d'augmentation ou de diminution – Suites données – Actions – Exemple récents

Question n° 3183 posée le 30 janvier 2019 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration, par Madame la Représentante CASSART-MAILLEUX¹

Je vous ai interrogée précédemment au sujet du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) qui a des missions en lien avec le contrôle des prestations de santé remboursables et des prestations de l'Assurance indemnités.

Dans votre réponse, vous m'aviez indiqué que le SECM travaillait dans divers domaines, avec les ressources disponibles, afin d'avoir un impact sur le comportement de facturation des dispensateurs de soins, entre autres :

- l'analyse systématique des risques sur base des données disponibles, en essayant d'avoir accès à des données récentes
- une focalisation sur des contrôles thématiques efficaces
- un suivi proactif des fraudeurs intentionnels
- l'accent sur la prévention au moyen de campagnes d'information personnalisées
- des avis concrets en vue d'une réglementation plus claire
- la mise à disposition d'infobox pour les dispensateurs de soins.

1. En 2018, combien d'infractions commises par les dispensateurs qui portent en compte indûment des prestations à l'assurance soins de santé ont été constatées par le SECM et pour quel montant ? Les facteurs d'augmentation ou de diminution de ces résultats par rapport aux années précédentes ont-ils été identifiés ? Dans l'affirmative, quels sont-ils ?
2. Quelles suites ont été données à ces constats ? Des récidives ont-elles été constatées ?
3. La mise en place des pistes de solutions envisagées par le SECM pour impacter positivement le comportement de facturation des dispensateurs de soin porte-t-elle ses fruits ? Qu'en est-il ?

Réponse

1. En 2018, un montant total de 5.284.427,05 EUR a été facturé à 163 prestataires de soins/groupes/institutions.

1. Bulletin n° 185, Chambre, session ordinaire 2018-2019, p. 351.

Le nombre d'enquêtes de contrôle diminue chaque année grâce à l'utilisation davantage ciblée des ressources, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) tentant ainsi d'avoir un impact plus efficient sur le comportement de prescription et de facturation des dispensateurs de soins. Une enquête de contrôle assortie d'une mise en accusation n'est qu'une des multiples actions que peut mener le SECM. Le Service peut par exemple également envoyer des lettres de sensibilisation ou introduire des propositions d'adaptations de la nomenclature. Le Service mise de plus en plus sur ces autres actions pouvant impacter un plus grand nombre de dispensateurs de soins (cf. question 3).

Les montants indus varient annuellement, selon le type de contrôle effectué. Dans des hôpitaux ou chez des bandagistes par exemple, les montants augmentent rapidement.

2. En 2018, sur 59 visites de contrôle, une procédure administrative a été entamée. Ces procédures sont toujours en cours.

Le SECM suit proactivement un groupe de dispensateurs de soins et ouvrira une nouvelle enquête si le comportement de facturation ne change pas.

3. Les actions envisagées par le SECM afin d'avoir un impact positif sur le comportement de facturation des dispensateurs de soins portent en général leurs fruits.

À titre d'illustration, en voici quelques exemples récents.

- suivi proactif des fraudeurs
Je dispose actuellement des données concernant 177 dispensateurs de soins fraudeurs qui sont suivis de manière proactive. On a constaté que, dans l'année suivant la constatation, ce qu'ils ont globalement porté en compte a diminué de 10.531.663,38 EUR. Ce montant correspond environ au montant total indu de ce groupe et est supérieur au montant du remboursement volontaire
- début 2016, le SECM a mené une étude concernant la facturation très fréquente d'un supplément d'urgence lors de consultations du samedi chez le médecin généraliste. La réglementation stipule que le supplément est réservé aux soins urgents qui ne peuvent être différés. 77 médecins qui, en 2014, avaient attesté le supplément pour plus de 20 % de leurs consultations du samedi, ont été sensibilisés par courrier en mars 2016. Une mesure d'impact effectuée en 2018 a montré que le budget alloué à cette prestation a diminué de 81 %, ce qui représente 261.000 EUR uniquement pour les 77 médecins sensibilisés
- en avril 2017, le SECM a envoyé un courrier à 809 médecins prescripteurs d'orthèses lombo-sacrées (OLS). Le but était de sensibiliser ces médecins à la rédaction d'une prescription de qualité pour l'orthèse lombo-sacrée la plus adéquate compte tenu de la pathologie du patient. En effet, une évaluation sur le terrain avait révélé que certaines prescriptions de ces appareils restaient vagues ou laconiques (ex.: "OLS pour maux de dos") sachant que le coût de l'appareil peut être très important, allant jusqu'à 2.600 EUR. Une mesure d'impact a pu être réalisée sur les prescriptions de 2017. Elle montre déjà, sur une période de sept mois par rapport à 2016, une diminution du nombre de prescriptions de 3.137 OLS (de 26.852 à 23.715) et une réduction des montants remboursés de 1.624.600 EUR (de 17.694.400 EUR à 16.069.800 EUR). Ce qui devrait représenter sur base annuelle, une diminution de 2.780.000 EUR.

II. Compétences du fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Structure du SECM – Missions – Principes généraux de bonne gouvernance – Droit à un procès équitable – Recours

Question n° 3305 posée le 21 mars 2019 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration, par Mademoiselle la Représentante VAN CAMP¹

L'article 6 de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) stipule que tout citoyen a droit à un procès équitable et, plus spécifiquement, à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement, dans un délai raisonnable et par un tribunal indépendant et impartial établi par la loi.

Chaque autorité administrative doit en outre se comporter conformément aux exigences de la bonne gouvernance dans l'exercice de ses compétences.

1. Est-il possible que le fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM), dont la tâche, en tant qu'organe administratif, est de se prononcer au sujet des procédures à l'encontre de prestataires de soins qui ont commis une infraction à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en jugeant si les inculpations sont suffisamment prouvées et si une amende administrative doit être imposée, intervienne également dans certains dossiers en qualité de "responsable d'enquête" chargé d'exercer un contrôle sur l'enquête, de marquer son accord avec le contenu du procès-verbal de constat, de clôturer l'enquête et de la remettre ensuite au fonctionnaire dirigeant ?

L'intervention d'une seule et même personne à la fois en qualité de fonctionnaire dirigeant et en qualité de chef d'enquête ne contrevient-elle pas à l'indépendance et à l'impartialité prévues à l'article 6 de la CEDH ?

2. La prise d'une décision par le fonctionnaire dirigeant ne contrevient-elle pas aux principes généraux de bonne gouvernance sachant que le fonctionnaire dirigeant effectue parallèlement les tâches et compétences susmentionnées ?

Les principes de précaution (l'administration doit prendre une décision précautionneusement et étudier ce faisant tous les faits et les intérêts en jeu, traiter correctement les justiciables, suivre la procédure et parvenir à une décision convenable), de fair-play (l'administration doit adopter une attitude impartiale dans sa prise de décision et le faire avec l'ouverture et l'honnêteté nécessaires) et de spécialité (l'administration ne peut défendre des intérêts que lorsque la législation prévoit une base pour le faire) ne sont-ils pas violés dans ce cas ?

3. Une décision ne peut-elle être annulée que sur la base de la violation du principe d'impartialité si et seulement si la structure spécifique de l'administration ne rend pas impossible l'application du principe en question ? En d'autres termes, le principe d'impartialité est-il seulement d'application aux organes de l'administration active dans la mesure où il est conciliable avec leur nature propre, et plus spécialement avec la structure de l'administration ? Une décision de l'administration ne doit-elle pas toujours être prise de façon indépendante et impartiale, indépendamment de la structure de cette administration ?

1. Bulletin n° 184, Chambre, session ordinaire 2018-2019, p.417.

Réponse

Nous ne savons pas précisément ce que vous entendez par “chef de l’enquête” dans votre question. C’est d’autant moins clair que cela laisserait entendre que le fonctionnaire dirigeant du SECM exerce plusieurs fonctions à la fois.

L’article 139, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités (loi SSI) institue un Service d’évaluation et de contrôle médicaux (SECM) :

“Il est institué au sein de l’Institut un Service d’évaluation et de contrôle médicaux, composé d’un service central et des services régionaux au sens de l’article 32 des lois du 18 juillet 1966 sur l’emploi des langues en matière administrative”.

Conformément à l’article 146, § 1^{er}, de la loi SSI, le SECM dispose de personnel administratif et d’inspection pour accomplir ses missions.

L’article 151 de la loi SSI précise la structure hiérarchique :

“Le directeur régional et le personnel d’inspection de chaque service régional sont placés sous la direction de deux médecins-inspecteurs généraux, qui sont placés sous la direction du médecin-directeur général, fonctionnaire dirigeant. Le personnel administratif de chaque service régional est placé sous la direction d’un responsable administratif”.

Cette structure ne viole pas les principes généraux de bonne gouvernance. Vous ne démontrez pas que la réalité ne correspondrait pas à ce qui est légalement prévu. Votre deuxième question contient une énumération de principes généraux sans position concrète sur la manière précise dont ces principes auraient été bafoués.

Votre troisième question concerne une interprétation de la jurisprudence du Conseil d’État, ce qui ne relève pas de ma compétence. Le Conseil d’État a statué que l’appréciation du principe d’indépendance et d’impartialité doit tenir compte de la structure de l’autorité administrative et que cette obligation n’est pas aussi absolue qu’elle l’est pour le juge.

En outre, un recours contre une décision du fonctionnaire dirigeant du SECM peut toujours être formé devant la Chambre de première instance qui, conformément à l’article 144, § 2, de la loi SSI, statue en tant que juridiction administrative indépendante et impartiale avec compétence de pleine juridiction. Cette possibilité garantit les droits de l’article 6, § 1^{er}, de la Convention européenne des droits de l’homme (CEDH).

(C.E.(10^e Ch.) 16.09.2010, n° 207.387 ; C.E. (9^e Ch.) 27.06.2011, n° 214.195 ; C.E. (7^e Ch.) 12.09.2017, n° 239.054 ; C.E. (8^e Ch.) 26.01.2018, n° 240.587 ; C.E. (8^e Ch.) 22.05.2018, n° 241.551.

C. const. 31.01.2019, n° 15/2019, n°s de rôle 6777 et 6778.

CEDH 18.12.2018, n° 52691/13, Depraetere/Belgique).

III. Force probante particulière du procès-verbal de constat du Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Litige – Copie transmise à l'auteur présumé de l'infraction – Délai – Preuve contraire – Article 168^{quater}, alinéa 3, de la loi SSI – Article 142, § 2, alinéa 3, de la loi SSI – Chambre de première instance et Chambre de recours

Question n° 3306 posée le 21 mars 2019 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration, par Mademoiselle la Représentante VAN CAMP¹

Dans le cadre d'un litige entre un prestataire de soins et le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM), conformément à l'article 142, § 2, troisième alinéa de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, le procès-verbal de constat (PVC) fait foi jusqu'à preuve du contraire pour autant qu'une copie en soit transmise à l'auteur présumé de l'infraction dans un délai de quatorze jours prenant cours le lendemain du jour de la constatation de l'infraction par les inspecteurs sociaux visés à l'article 146 de la loi précitée. Ce procès-verbal a une force probante particulière.

L'article 168^{quater}, alinéa 3 de la loi coordonnée ajoute que sous peine de nullité, une copie du procès-verbal est notifiée au dispensateur de soins concerné, par pli recommandé, dans les quatorze jours suivant la constatation.

Ces dispositions sont comparables entre autres à l'article 66 du Code pénal social qui attribue aussi une force probante particulière aux PVC relatifs à une infraction établis par les inspecteurs sociaux, ainsi qu'à l'article 62, premier et huitième alinéas du Code de la route, le dernier stipulant qu'une copie d'un PVC doit être adressée au contrevenant dans un délai de quatorze jours à compter de la date de la constatation des infractions.

1. Dans une enquête des inspecteurs sociaux du SECM, quel est l'élément qui doit être assimilé à un constat ? S'agit-il de l'événement qui a révélé les données sur lesquelles se fonde une incrimination (ex. l'audition, lorsque l'incrimination se base sur celle-ci) ?
2. À chaque fois que le SECM procède à un tel constat ayant trait à l'exécution des soins, à la conformité de l'exécution des soins ou à toute autre prestation concernant les soins dispensés à l'assuré, doit-il adresser ce constat au prestataire de soins concerné dans un délai de quatorze jours de sorte à garantir l'exercice des droits de la défense ?

1. Bulletin n° 184, Chambre, session ordinaire 2018-2019, p. 420.

3. N'est-il pas exact que l'instauration de ce délai dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités a été dictée par le fait que l'auteur de l'infraction commise tel que visé dans ces dispositions se souviendra mieux des faits après 14 jours ; d'autre part, n'est-il pas exact que la force probante particulière accordée aux PVC constitue une tentative de remédier à l'impossibilité pour le prestataire de soins, auteur de l'infraction d'apporter la preuve contraire des éléments mentionnés dans le PVC ?
4. Ne faut-il pas considérer que la constatation d'une infraction trois ans après la date de la prétendue infraction empêche le prestataire de soins d'apporter la preuve du contraire, dès lors qu'en vertu de l'article 168^{quater}, alinéa 3 de la loi précitée, le PVC relatif aux infractions commises jusqu'à trois ans auparavant ne doit être transmis au prestataire de soins concerné que dans les 14 jours suivant l'établissement du document ?

Si la réponse à cette question est négative, il est impératif de préciser comment prouver le contraire eu égard à la jurisprudence de la Chambre de première instance et de la Chambre de recours, lesquelles ont systématiquement jugé que les documents produits par le prestataire de soins n'avaient pas force probante, dès lors qu'ils n'ont pas été établis *in tempore non suspecto*, l'ont été dans l'intérêt du prestataire de soins concerné et seraient, par conséquent, subjectifs ?

Réponse

Article 168^{quater}, alinéa 3, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (loi SSI) concerne les constatations des inspecteurs sociaux du Service du contrôle administratif, comme il ressort du deuxième alinéa de l'article :

“Les inspecteurs sociaux du Service du contrôle administratif sont habilités à constater par procès-verbal, sur base des données fournies par les organismes assureurs à l'Institut, les infractions visées à l'alinéa 1^{er}.

Sous peine de nullité, une copie du procès-verbal est notifiée au dispensateur de soins concerné, par lettre recommandée à la poste, dans les quatorze jours suivant la constatation”.

Cette disposition ne s'applique pas au Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM).

Conformément à l'article 142, § 2, alinéa 3, de la loi SSI, une copie du procès-verbal de constat doit être transmise à l'auteur présumé de l'infraction dans un délai de quatorze jours prenant cours le lendemain du jour de la constatation de l'infraction, pour que le procès-verbal de constat fasse foi jusqu'à preuve du contraire.

En fonction des éléments concrets du dossier, certains dossiers requerront davantage de devoirs d'enquête que d'autres (p.ex., plusieurs auditions ou demande de données supplémentaires). La preuve des infractions n'est pas toujours facile à fournir par l'inspecteur social. Le SECM peut en effet constater des faits dans un procès-verbal de constat dont les organismes assureurs ont eu connaissance jusqu'à trois ans auparavant. La date à laquelle ces prestations ont été effectivement “réalisées”, remonte encore plus loin que la date du procès-verbal de constat.

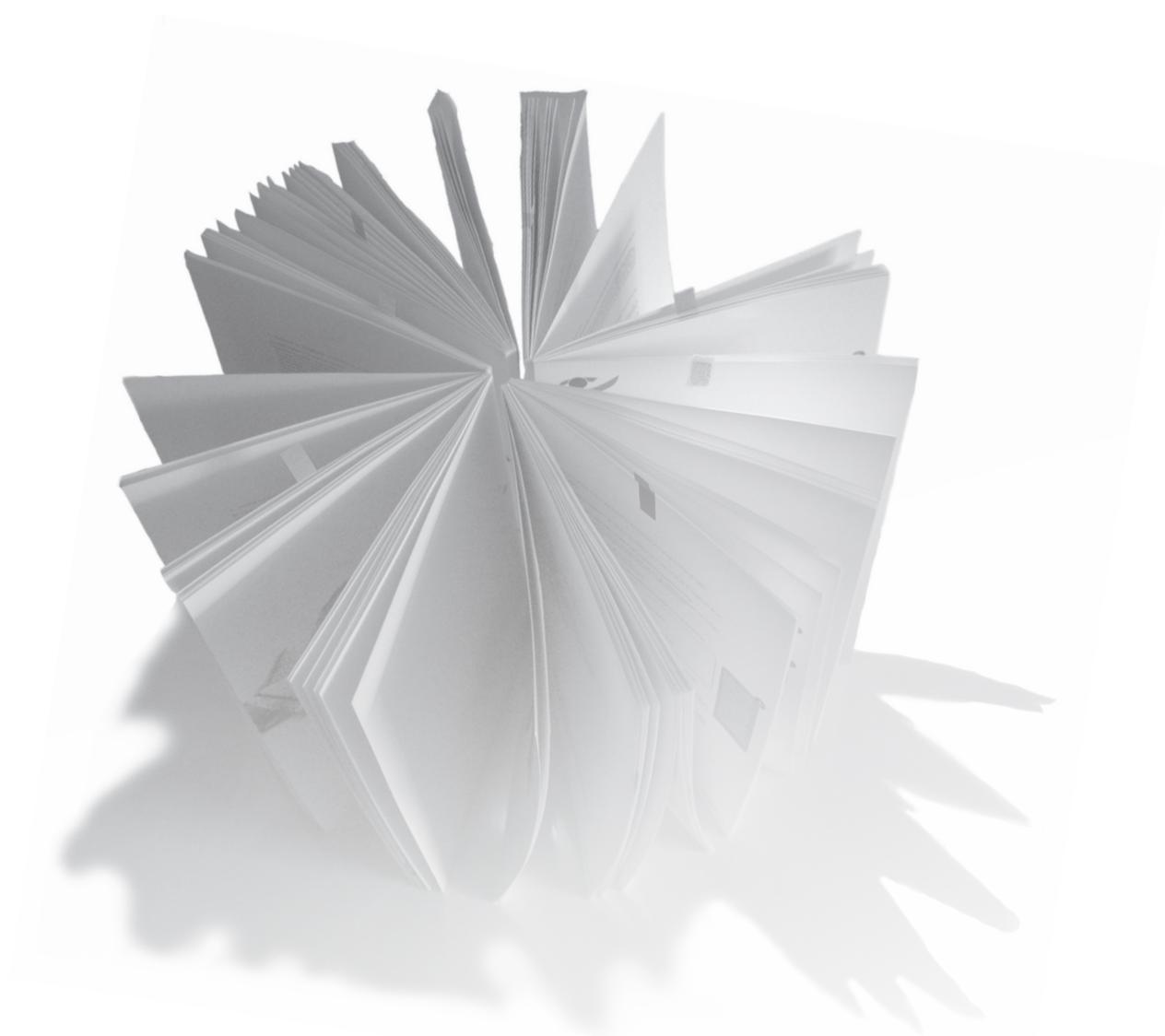
L'article 21 du Code pénal social porte sur le pouvoir d'appréciation de l'inspecteur social. Il en ressort que l'inspecteur social peut, par exemple, également fixer au contrevenant un délai pour se mettre en règle et qu'il n'est donc pas toujours nécessaire de procéder effectivement à la rédaction d'un procès-verbal de constat.

En outre, le procès-verbal de constat de l'inspecteur social du SECM ne constitue pas le point de départ de la procédure administrative devant le fonctionnaire dirigeant ou la Chambre de première instance.

La Chambre de première instance et la Chambre de recours statuent, conformément à l'article 144, §§ 2 et 3 de la loi SSI, comme juridictions administratives indépendantes et impartiales, dotées d'une compétence de pleine juridiction. Elles décident souverainement des dossiers dont elles sont saisies.

3^e Partie

Directives de l'INAMI



I. Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale – Accord du 11 juin 2018 en matière d'assurance soins de santé

En vigueur à partir du 11 juin 2018.

Abroge la circulaire n^o 2006/246 du 18 juillet 2006.

La présente circulaire a pour objectif, d'une part, de donner des renseignements sur l'Accord du 11 juin 2018 entre la Ministre belge des Affaires sociales et le Ministre néerlandais de la Santé publique, du Bien-être et des Sports en matière d'assurance soins de santé et, d'autre part, de donner un aperçu des instructions qui restent en vigueur.

L'Accord du 11 juin 2018 entre la Ministre belge des Affaires sociales et le Ministre néerlandais de la Santé publique, du Bien-être et des Sports en matière d'assurance soins de santé (ci-après : Accord du 11.06.2018) est entré en vigueur le 11 juin 2018 avec effet rétroactif jusqu'à la date du 1^{er} mai 2010.

L'Accord du 11 juin 2018, qui remplace l'Accord du 13 mars 2006 entre le Ministre belge des Affaires sociales et le Ministre néerlandais de la Santé publique, du Bien-être et des Sports en matière d'assurance soins de santé, a été publié au Moniteur belge du 27 juillet 2018.

I. Introduction

L'Accord du 13 mars 2006 entre le Ministre belge des Affaires sociales et le Ministre néerlandais de la Santé publique, du Bien-être et des Sports en matière d'assurance soins de santé (ci-après : Accord du 13.03.2006), qui est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2006, contient un certain nombre d'ajouts et de dispositions dérogatoires concernant l'application des Règlements (CEE) n^{os} 1408/71 et 574/72 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté dans les relations entre la Belgique et les Pays-Bas.

La nouvelle réglementation européenne concernant la coordination des systèmes de sécurité sociale est entrée en vigueur le 1^{er} mai 2010. Les Règlements (CEE) n^{os} 1408/71 et 574/72 ont été abrogés et remplacés par les Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009).

Dans les relations avec les Pays-Bas, les Règlements (CEE) n^{os} 1408/71 et 574/72 sont restés d'application jusqu'au 31 décembre 2010 sur les ressortissants de pays tiers qui n'étaient pas couverts par les Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009 en raison de leur nationalité. À partir du 1^{er} janvier 2011, ce groupe d'assurés sont couverts par les Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009 suite à l'entrée en vigueur du Règlement (UE) n^o 1231/2010 visant à étendre le Règlement (CE) n^o 883/2004 et le Règlement (CE) n^o 987/2009 aux ressortissants de pays tiers qui ne sont pas déjà couverts par ces règlements uniquement en raison de leur nationalité.

Suite à l'entrée en vigueur des Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009 le 1^{er} mai 2010, il est nécessaire de modifier l'Accord du 13 mars 2006. En fin de compte, il a été décidé d'élaborer un nouvel accord pour remplacer l'Accord du 13 mars 2006.

II. Commentaires

L'Accord du 11 juin 2018 s'applique aux personnes auxquelles les Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009 sont ou ont été d'application.

L'Accord du 11 juin 2018 ne contient plus de dispositions spéciales en matière des remboursements mutuel des coûts de soins médicaux dans l'autre pays. Cela signifie que les coûts des soins médicaux sont remboursés conformément aux dispositions des Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009.

Explication par article

Les références dans les définitions de l'**article 1** ont été modifiées en fonction des changements dans les réglementations belge, néerlandaise et européenne.

Les **articles 2 et 3**, respectivement relatifs à l'objet et le champs d'application personnel de l'Accord du 11 juin 2018, sont repris de l'Accord du 13 mars 2006.

L'**article 4** est identique à l'article 4 de l'Accord du 13 mars 2006 sauf que la référence au lieu de résidence "à ou près de Vlissingen" est remplacée par "les Pays-Bas", de sorte que cette disposition correspond au droit de l'assuré de choisir librement son lieu de résidence.

L'**article 5** vise à adapter l'article *4bis* de l'Accord du 13 mars 2006 à la nouvelle situation :

- à la suite de l'entrée en vigueur des Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009, l'article *4bis* de l'Accord du 13 mars 2006 est devenu sans objet pour la Belgique, mais
- cela ne vaut toutefois pas pour les Pays-Bas qui se sont inscrits à l'Annexe III du Règlement (CE) n^o 883/2004 aux termes duquel le droit aux soins médicaux aux Pays-Bas (État membre compétent) pour les membres de la famille des travailleurs frontaliers résidant en Belgique était fondé sur cette article *4bis*.

L'inscription des Pays-Bas à l'Annexe III a pris fin de plein droit le 30 avril 2014 (voir l'art. 87, § 10*bis*, du Règlement (CE) n^o 883/2004), ce qui explique pourquoi l'article 5 est abrogé à partir du 1^{er} mai 2014.

L'**article 6** est un nouvel article qui vise à introduire une base juridique pour le droit de poursuivre un traitement déjà commencé aux Pays-Bas (État membre compétent) des membres de la famille des travailleurs frontaliers pensionnés résidant en Belgique, conformément à l'article 28, paragraphe 1, du Règlement (CE) n^o 883/2004. Ce droit est lié à et découle de l'article 5. Le droit de poursuivre un traitement déjà commencé aux Pays-Bas, tel que stipulé à l'article 6, ne reposait jusqu'à présent que sur un accord conclu lors de la réunion du 10 mars 2010 entre les organismes de liaison de la Belgique (RIZIV) et des Pays-Bas (la CAK, alors le Conseil des assurances de soins) en matière de soins médicaux.

L'**article 7** concernant les accidents du travail d'un assuré néerlandais et l'**article 8** prévoyant la création d'une Commission technique des Soins de santé ont été repris de l'Accord du 13 mars 2006.

L'**article 9** définit le statut des instructions relatives aux règles administratives complémentaires à l'application de l'Accord du 13 mars 2006 : certaines sont abrogées, d'autres restent d'application (voir respectivement les Parties A et B de l'Ann. de l'Accord du 11.06.2018).

Conformément à l'**article 10**, les organismes de liaison peuvent, avec le consentement des autorités compétentes, fixer des règles administratives supplémentaires pour l'application de l'Accord du 11 juin 2018. Cet article a également été repris de l'Accord du 13 mars 2006.

L'**article 11** relatif à l'entrée en vigueur de l'Accord du 11 juin 2018 stipule qu'à compter du 1^{er} mai 2010 l'Accord du 13 mars 2006 sera abrogé.

L'entrée en vigueur avec effet rétroactif au 1^{er} mai 2010, qui correspond à la date d'entrée en vigueur des Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009, vise à créer une base juridique et à garantir la sécurité juridique du droit des travailleurs frontaliers (pensionnés) et les membres de leur famille bénéficiant de soins de santé dans les relations belgo-néerlandaises lors de la période allant du 1^{er} mai 2010 (= date d'entrée en vigueur des Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009) jusqu'au 30 avril 2014 inclus (= date à laquelle l'inscription des Pays-Bas à l'Annexe III du Règlement (CE) n^o 883/2004 a pris fin). Cela n'entraîne aucune charge administrative supplémentaire, car ces droits ont déjà été/sont exercés sur la base des arrangements pris en commun accord par les organismes de liaisons.

III. Instructions

1. Instructions qui sont **abrogées à compter du 1^{er} mai 2010** :

- **instruction n^o 1** du 21 juin 2006 concernant l'abrogation des Décisions de la Commission technique belgo-néerlandaise des soins de santé
- **instruction n^o 5** du 21 juin 2006 concernant l'imputation des frais d'administration.

2. Ci-dessous se trouve des commentaires par instruction qui **restent en vigueur** jusqu'au moment qu'elles soient remplacées :

(i) Instruction n^o 2

L'instruction n^o 2, du 21 juin 2006, prévoit les mesures relatives aux notifications d'inscription et de radiation des personnes résidant en Belgique et assurées en vertu de la législation néerlandaise.

L'assureur maladie néerlandais envoie le formulaire d'inscription S1/E.106 ou le formulaire de radiation E.108 directement à l'organisme assureur belge auquel l'assuré est affilié. Au cas où l'organisme assureur belge n'est pas connu, l'assureur maladie néerlandais délivre le formulaire S1/E.106 à l'assuré qui le remet à son organisme assureur belge. L'organisme assureur belge mentionne les membres de la famille dans la partie B du formulaire E.106/SED S073 et le renvoie au CAK. Après réception et enregistrement des membres de la famille, le CAK envoie le formulaire E.106/SED S073 à l'assureur maladie néerlandais qui l'a émis.

Il est à noter que les membres de la famille résidant en Belgique des personnes assurées en vertu de la législation néerlandaise sont enregistrés auprès du CAK et non plus auprès de l'assureur maladie néerlandais compétent.

Au cas où un assuré en vertu de la *Zorgverzekeringswet* demande des prestations en Belgique en rapport avec un accident de travail au sens du régime légal belge, l'assureur maladie néerlandais émettra sur demande un formulaire DA 1/E.123. L'assureur maladie enverra ce formulaire à l'organisme assureur belge auquel l'assuré est affilié.

Le CAK envoie par ayant droit à une pension ou indemnité en vertu de la législation néerlandaise, et par membre de la famille, le formulaire d'inscription S1/E.121 ou le formulaire de radiation E.108 à l'organisme assureur belge auquel l'assuré est affilié.



Remarques :

- si aucun membre de la famille n'est enregistré à charge des Pays-Bas, l'organisme assureur belge envoie la réponse directement à l'assureur maladie néerlandais
- bien que le formulaire E.109 ne soit pas mentionné dans l'instruction n° 2, les dispositions, telles que décrites du point A.1 au point A.4 inclus, sont d'application par analogie.

L'instruction n° 2 entre en vigueur le 1^{er} juillet 2006.

(ii) Instruction n° 3

L'instruction n° 3, du 21 juin 2006, prévoit les mesures relatives aux notifications d'inscription et de radiation des personnes résidant aux Pays-Bas et assurées en vertu de la législation belge.

À partir du 1^{er} janvier 2006, les assurés résidant aux Pays-Bas qui y ont droit aux prestations de santé à charge de l'assurance obligatoire soins de santé belge n'ont plus le libre choix d'assureur maladie. Ils doivent s'enregistrer auprès de l'institution du lieu de résidence désignée.

Pour les personnes résidant aux Pays-Bas et assurées en vertu de la législation belge et qui continuent à être assurées en vertu de la législation belge après le 1^{er} janvier 2006, et qui sont enregistrées auprès d'un assureur maladie néerlandais autre que l'institution du lieu de résidence, l'assureur maladie prend des mesures en vue de la mutation vers l'institution du lieu de résidence à partir du 1^{er} janvier 2006.

L'instruction n° 3 entre en vigueur le 1^{er} juillet 2006.

(iii) Instruction n° 4

L'instruction n° 4, du 21 juin 2006, prévoit la procédure des décomptes.

La PARTIE I comporte les dispositions relatives aux inventaires pour le décompte sur la base de montants fixes.

Les inventaires pour les membres de la famille qui ne résident pas sur le territoire du même État-membre que le titulaire, les pensionnés et/ou les membres de leur famille sont introduits par exercice – à partir de l'exercice 2006 –, au moyen des formulaires E.127 qui sont dorénavant envoyés sur support électronique.

La PARTIE II comporte les dispositions concernant le remboursement des créances réciproques, tant pour ce qui est de la liquidation de comptes sur la base de forfaits mensuels que pour la liquidation des comptes sur la base de montants réels.

Le délai pour la clôture des comptes reste fixé à cinq ans. Le but doit être de traiter plus rapidement les créances. Quatre-vingt-dix pourcent de la somme principale de chaque créance seront payés à titre d'avance avant la fin du sixième mois qui suit celui au cours duquel elle a été introduite. Pour les introductions sur la base de forfaits mensuels, l'avance sera égale à 90 % du produit des coûts moyens dernièrement approuvés multipliés par le nombre de forfaits qui ressort des relevés (électroniques). Attendre la publication des coûts moyens de l'année de référence entraînerait un retard d'au moins deux ans. Les dispositions concernant les créances ultérieures, les récupérations et les corrections pour les années précédentes restent aussi d'application.

L'instruction n° 4 entre en vigueur le 1^{er} juillet 2006.

(iv) Instruction n° 6

L'instruction n° 6, du 16 décembre 2015, concernant le traitement de comptes sur la base de forfaits, est un complément à l'instruction n° 4.

L'instruction n° 6 entre en vigueur le 1^{er} janvier 2015.

IV. Commentaires supplémentaires

L'institution compétente – respectivement l'organisme assureur belge aussi bien que l'assureur maladie néerlandais – à laquelle le travailleur salarié ou indépendant, qui a ou non la qualité de frontalier, est affilié, est compétent pour la délivrance de la Carte européenne d'assurance maladie (CEAM). Le CAK est compétent pour la CEAM aux "titulaires de la convention" (p.ex. les membres de la famille résidant en Belgique des assurés en vertu de la *Zorgverzekeringswet* ou des personnes enregistrées sur la base d'un document S1/E.121 à charge des Pays-Bas).



Circulaire O.A. n° 2019/109 – 821/8 – 83/489 du 22 mars 2019.

II. Application des Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009 – Autorisation préalable pour des prestations de rééducation fonctionnelle en Allemagne

En vigueur à partir du 1^{er} mai 2019 jusqu'au 31 décembre 2019.
Abroge circulaire n° 2019/108 du 22 mars 2019.

1. Préambule

§ 1. Des mesures spécifiques ont été convenues pour donner l'accès aux soins de rééducation fonctionnelle en Allemagne aux assurés de l'assurance soins de santé obligatoire fédérale (ci-après l'assurance maladie fédérale) résidant sur le territoire des Cantons de l'Est et les communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt.

§ 2. Le remboursement des frais des prestations de rééducation fonctionnelle à l'étranger est soumis à l'accord préalable du Collège des médecins-directeurs (art. 138, 1^o, A.R. du 03.07.1996 portant application de la loi sur l'assurance soins de santé obligatoire fédérale coordonnée le 14.07.1994), mais dans le cadre de la présente circulaire, le pouvoir de décision est délégué au médecin-conseil. Cela signifie que ces assurés peuvent obtenir une autorisation préalable du médecin-conseil de leur organisme assureur. Cette circulaire précise les conditions et modalités de délivrance de cette autorisation.

§ 3. Cette Circulaire ne s'applique pas à l'accès au remboursement des traitements psychiatriques/psychosomatiques en Allemagne aux assurés de l'assurance maladie fédérale résidant sur le territoire des Cantons de l'Est et les communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt. Cette situation est expliquée dans une circulaire O.A. distincte.

2. Conditions - Définitions

§ 4. Le médecin-conseil peut délivrer une autorisation préalable (formulaire S2) aux assurés résidant sur le territoire des Cantons de l'Est et les communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt, pour les prestations de rééducation fonctionnelle (locomotrice, cardiaque, ...) dans un des hôpitaux ou centres figurant dans la liste à l'annexe 1¹. L'autorisation préalable est ultérieurement confirmée par le Collège des médecins-directeurs (ci-après le CMD).

§ 5. Les Cantons de l'Est comprennent les neuf communes de la Communauté germanophone (Eupen, La Calamine, Lontzen, Raeren, Amblève, Bullange, Burg-Reuland, Butgenbach et Saint-Vith) ainsi que les communes de Malmédy et Waimes.

§ 6. Par “rééducation fonctionnelle”, il faut entendre les prestations qui sont actuellement remboursées par l’assurance maladie fédérale dans le cadre des conventions de rééducation et de la nomenclature des prestations de rééducation. L’autorisation préalable peut concerner tant les prestations dispensées en ambulatoire que celles requérant une hospitalisation ou un séjour dans un centre de rééducation fonctionnelle. L’autorisation préalable est en principe limitée à trois mois. Elle peut être délivrée pour une durée plus longue mais sa durée ne peut jamais excéder celle autorisée si la rééducation avait lieu sur le territoire belge.

§ 7. Une autorisation (préalable) peut uniquement être délivrée si le plan de traitement montre qu’un équivalent remboursé par l’assurance maladie fédérale existe pour le programme de rééducation demandé. Si la rééducation en question n’est pas comprise dans l’ensemble des prestations de l’assurance maladie fédérale, aucune autorisation préalable ne peut être délivrée. C’est pourquoi la fourniture d’un plan de traitement est un élément essentiel d’une demande d’autorisation (préalable) pour une rééducation.

3. Procédure et modalités

§ 8. L’assuré doit introduire une demande écrite auprès du médecin-conseil de son organisme assureur pour obtenir une autorisation préalable (voir cir. O.A. n° 2014/440 du 14.11.2014, Titre II, chap. II, section IV).

§ 9. La demande doit être accompagnée :

- d’un rapport médical circonstancié établi par un médecin spécialiste qui est spécialisé dans le traitement de l’affection concernée et qui est légalement autorisé à exercer la médecine dans un État membre de l’Espace Économique Européen ou en Suisse. Dans le cas où la demande ne contiendrait pas de formulaire “demande d’intervention dans les frais de rééducation fonctionnelle” celui-ci sera transmis sans délai au demandeur qui doit le retourner dûment complété et signé au médecin-conseil
- un plan de traitement.

§ 10. Les médecins-conseils doivent suivre les directives suivantes lorsqu’ils traitent une demande d’autorisation préalable :

- *étape 1* : contrôler (en se basant sur un plan de traitement) si la rééducation dispensée en Allemagne fait partie des prestations de l’assurance maladie fédérale. Si tel n’est pas le cas, aucune autorisation préalable ne peut être délivrée
Dans le cas contraire, le médecin-conseil passe à l’étape suivante
- *étape 2* : contrôler si l’hôpital allemand figure sur la liste en annexe
Si c’est le cas, le médecin-conseil passe à l’étape suivante
- *étape 3* : le médecin-conseil peut délivrer une autorisation préalable et informe sans délai le CMD. Dans le cas où le médecin-conseil estime devoir refuser une autorisation préalable, il envoie le dossier au CMD qui prendra une décision à ce sujet, à condition que la demande concerne des prestations de rééducation fonctionnelle remboursées par l’assurance maladie fédérale.

§ 11. Si une demande concerne une rééducation dans un hôpital ou centre allemand qui ne figure pas sur la liste figurant à l’annexe 1, il reste la possibilité d’introduire une demande motivée auprès du CMD qui prendra une décision à ce sujet.

! **§ 12. ATTENTION** : la procédure de délivrance d'une autorisation préalable par le médecin-conseil pour des prestations de rééducation dispensées dans un hôpital ou centre de rééducation allemand figurant à l'annexe 1 vaut uniquement pour des prestations de rééducation qui commencent entre le 1^{er} mai 2019 et le 31 décembre 2019 inclus.

4. Les conséquences de la sixième réforme de l'État

§ 13. Cette circulaire O.A. ne s'applique pas aux prestations qui sont fournies dans le cadre des conventions de rééducation "*long term care*". Ces prestations ont été transférées aux entités fédérées à la suite de la sixième réforme de l'État et ne font plus partie des prestations remboursées par l'assurance maladie fédérale.

§ 14. Demandes d'autorisation préalable pour des prestations de rééducation qui, du fait de la sixième réforme de l'État ont été transférées aux entités fédérées et sont dispensées dans un hôpital ou un centre figurant à l'annexe 2², ne relèvent plus de la compétence de l'assurance maladie fédérale.

§ 15. Dans le cas où le plan de traitement montre que les prestations de rééducation fonctionnelle à l'étranger sont fournies sur le territoire belge dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle "*long term care*", alors :

- une décision motivée de refus est signifiée à l'assuré
- et la demande est ensuite transmise à l'institution compétente de l'entité fédérée, qui doit prendre une décision en la matière :
 - pour les assurés résidant sur le territoire de la Communauté germanophone :
Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft
Att. de Md Julia Hepp
Gospertstraße 1
4700 Eupen
e-mail : julia.hepp@dgov.be
 - pour les assurés résidant dans les communes de Malmédy, Waimes, Baelen, Bleyberg (Plombières) ou Welkenraedt :
de Société Mutualiste Régionale (SMR) auprès laquelle l'assuré est affilié.

Il est conseillé à l'organisme assureur fédéral d'informer l'assuré que sa demande a été transmise.

§ 16. Sur la base des données disponibles – notamment à la date de publication de cette circulaire – nous pouvons constater que la Communauté germanophone et la Région wallonne n'ont pas encore créé d'organe décisionnel propre afin d'évaluer les demandes de rééducation fonctionnelle à l'étranger. Suite à des accords conclus entre l'autorité fédérale et les entités fédérées, ces entités peuvent faire appel à des médecins-conseils des organismes assureurs fédéraux et du CMD **et ce jusqu'au 30 juin 2019.**

Le CMD (et les médecins-conseils) continue(nt), **par dérogation au § 15**, d'exercer cette mission pour le compte des entités fédérées. En pratique, cela signifie que dans le cas de demandes d'autorisation préalable pour des prestations de rééducation fonctionnelle dans un hôpital ou un centre figurant à l'annexe 2 qui sont fournis sur le territoire belge dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle "long term care" le médecin-conseil :

- peut prendre la décision d'accorder une autorisation préalable au nom de l'organisme compétent de l'entité participante concernée
- transmet ensuite cette décision à l'institution compétente de l'entité fédérée à laquelle l'assuré est affilié ; c'est cette dernière institution qui doit alors délivrer une autorisation préalable (document S2) et supporter les obligations financières qui y sont associées. L'organisme assureur fédéral en informe l'assuré
- informe également le CMD de sa décision.

 **§ 17. ATTENTION** : les demandes de délivrance d'une autorisation préalable pour des prestations de rééducation fonctionnelle dans un hôpital ou un centre figurant à l'annexe 2 qui commencent à partir du 1^{er} mai 2019 sont traitées conformément au § 15.

§ 18. En ce qui concerne les assurés résidant sur le territoire de la Communauté germanophone, les organismes assureurs sont invités de prendre connaissance et de tenir compte du *Runschreiben – Langzeitrehabilitation im deutschen Sprachgebiet* (réf. FbGS.AA.JulH/19.01-07.02/19.180) pour des prestations de rééducation "long term care" qui commencent entre le 1^{er} mai 2019 et le 30 juin 2019 inclus.

 Circulaire O.A. n° 2019/144 – 83/490 du 2 mai 2019.

III. Application des Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009 – Autorisation préalable pour des traitements de pathologies psychiatriques/psychosomatiques en Allemagne

En vigueur à partir du 1^{er} mai 2019 jusqu'au 31 décembre

1. Introduction

§ 1. La présente circulaire entend fournir des précisions relatives à l'accès et au remboursement des traitements psychiatriques/psychosomatiques en Allemagne aux assurés de l'assurance soins de santé fédérale obligatoire (dénommée ci-après : assurance maladie fédérale) et résidant sur le territoire des Cantons de l'Est, et les communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt.

§ 2. Les Cantons de l'Est englobent les neuf communes de la Communauté germanophone (Eupen, la Calamine, Lontzen, Raeren, Amblève, Bullange, Burg-Reuland, Bütgenbach et Saint-Vith) ainsi que les cantons de Malmédy et Waimes.

§ 3. Ces assurés peuvent déjà bénéficier de certaines mesures spécifiques leur permettant d'avoir accès et de bénéficier d'un remboursement :

- pour des soins médicaux spécialisés dispensés par des dispensateurs de soins (médecins spécialistes et institutions de soins) actifs dans la région d'Aix-la-Chapelle ainsi que dans les arrondissements Bitburg, Daun et Prüm (= dénommée ci-après : "la région frontalière allemande") conformément à la circulaire O.A. 2018/180¹ ou la circulaire O.A. qui la remplace
- pour certaines prestations de rééducation fonctionnelle en Allemagne, et notamment dans un des hôpitaux ou centres mentionnés sur la liste figurant à l'annexe 1 de la circulaire O.A. 2019/144 ou la circulaire O.A. qui la remplace.

§ 4. Dans le cadre de la sixième réforme de l'État, certaines prestations de l'assurance maladie fédérale ont été transférées aux entités fédérées, notamment les conventions de rééducation fonctionnelle "*soins de longue durée*", ce qui fait que ces prestations ne font plus partie de l'ensemble des prestations remboursées par l'assurance maladie fédérale.

§ 5. Nous devons toutefois relever que la ligne de démarcation qui sépare les traitements psychiatriques/psychosomatiques n'est pas toujours évidente à établir : par exemple :

- "les conventions de rééducation fonctionnelle "*soins de longue durée*" pour des soins psychiatriques – telles les conventions de type 772 ou 774 – ont été transférées aux entités fédérées alors que les soins de santé mentale dans les hôpitaux psychiatriques (avec la possibilité d'une posture de rééducation psychiatrique ambulatoire) continuent à être remboursés par l'assurance maladie fédérale

- une section psychiatrique dans un hôpital général (dénommée ci-après : SPHG) offre des soins psychiatriques résidentiels. Bien que certains SPHG proposent des soins en hôpital de jour, le SPHG s'oriente plutôt vers des courts séjours, notamment pour des situations d'urgence psychiatrique. Vous pouvez également vous adresser à eux pour bénéficier d'un traitement de courte durée qui vous aidera à surmonter vos problèmes de dépendance. Les traitements proposés par les SPHG sont remboursés par l'assurance maladie fédérale, alors que les conventions de rééducation fonctionnelle "soins de longue durée" dispensés aux toxicomanes (convention de type 773) ont, quant à elles, été transférées aux entités fédérées.

§ 6. Afin de pouvoir garantir la *continuité des soins* pour ces assurés, et de déterminer plus clairement si les traitements psychiatriques/psychosomatiques sont désormais à charge de l'assurance maladie fédérale ou s'ils relèvent plutôt des entités fédérées, nous proposons que les demandes d'obtention d'une autorisation préalable pour des traitements psychiatriques/psychosomatiques en Allemagne soient soumis au Collège des médecins-directeurs (dénommé ci après : CMD).

2. Procédure et modalités

§ 7. L'assuré introduit une demande écrite auprès du médecin-conseil de son organisme assureur pour obtenir une autorisation préalable pour le traitement d'une pathologie psychiatrique/psychosomatique en Allemagne (voir la cir. O.A. n° 2014/440 du 14.11.2014, Titre II, Chap. II, Section IV). Celui-ci transmet, sans tarder la demande au CMD.

§ 8. La demande ne peut être prise en considération qu'à condition qu'elle comporte au minimum les éléments suivants :

- un rapport médical circonstancié d'un médecin spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection concernée et légalement habilité à pratiquer la médecine dans un État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein ou en Norvège, accompagné du diagnostic
- un plan de traitement qui permet au CMD de déterminer si le traitement de la pathologie psychiatrique/psychosomatique est compris dans l'ensemble des prestations de l'assurance maladie fédérale ou s'il relève plutôt de la compétence d'une entité fédérée dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle transférée portant sur des "soins de longue durée"

§ 9. Le CMD doit suivre les directives suivantes lorsqu'il traite une demande d'autorisation préalable :

- *étape 1* : contrôler (sur la base d'un plan de traitement) si le traitement dispensé en Allemagne pour une pathologie psychiatrique/psychosomatique fait partie des prestations de l'assurance maladie fédérale ou si c'est plutôt une convention de rééducation fonctionnelle en matière de "soins de longue durée" qui le prévoit."
- *étape 2* : si le traitement demandé est compris dans l'ensemble des prestations de l'assurance maladie fédérale, la demande est alors traitée selon les procédures en vigueur prévues dans le cadre de la réglementation (fédérale) belge et européenne
Si ce n'est pas le cas...
- *étape 3* : et que le traitement demandé est prévu par une convention de rééducation fonctionnelle transférée pour des "soins de longue durée"
- l'organisme assureur fédéral notifie – sur la base de la décision du CMD – une décision de refus motivée selon l'assurance maladie fédérale à l'assuré

- le CMD prend une décision au nom de l'entité fédérée (voir le § 10), et l'organisme assureur fédéral notifie sans tarder cette décision à l'institution compétente de l'entité fédérée à laquelle l'assuré est affilié :
 - pour les assurés résidant sur le territoire de la Communauté germanophone :
Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft
Att. de Md Julia Hepp
Gospertstraße 1
4700 Eupen
e-mail : julia.hepp@dgov.be
 - pour les assurés résidant dans les communes de Malmédy, Waimès, Baelen, Bleyberg (Plombières) ou Welkenraedt :
la Société Mutualiste Régionale (SMR) auprès laquelle l'assuré est affilié.
L'institution compétente de l'entité fédérée est tenue ensuite de délivrer une autorisation préalable (document S2) et d'assurer la prise charge des obligations financières qui en découlent.
L'organisme assureur fédéral informe l'assuré du transmis.

3. Période d'application de cette procédure particulière

§ 10. Sur la base des données disponibles à la date de publication de la présente circulaire, nous pouvons constater que la Communauté germanophone et la Région wallonne n'ont pas encore créé d'organe (décisionnel) propre pour l'évaluation des demandes de rééducation fonctionnelle à l'étranger. Suite à des accords conclus entre l'autorité fédérale et les entités fédérées, ces entités peuvent faire appel à des médecins-conseils des organismes assureurs fédéraux et le CMD, **et ce jusqu'au 30 juin 2019 inclus.**

§ 11. Par **dérogation au § 10**, la procédure esquissée au § 9 reste également d'application après la date du 30 juin 2019. La procédure esquissée au § 9 reste d'application pour les demandes introduites à partir du 1^{er} mai 2019 jusqu'au 31 décembre 2019.

§ 12. Au cours du dernier trimestre de 2019, le CMD rédigera un rapport d'évaluation approfondi sur la base des demandes réceptionnées au cours de la période s'étalant du 1^{er} mai au 30 septembre 2019 inclus. Le rapport d'évaluation doit contribuer :

- à améliorer les connaissances sur l'ampleur de la mobilité des patients dans les régions frontalières, notamment en ce qui concerne les traitements psychiatriques/psychosomatiques dispensés en Allemagne
- à améliorer la connaissance de la nature de ces traitements dans les hôpitaux et les centres en vue de délimiter plus clairement les traitements à charge de l'assurance maladie de ceux qui relèvent des entités fédérées.



Circulaire O.A. n° 2019/146 – 83/491 du 2 mai 2019.

IV. L'exécution du travail associatif et des services occasionnels entre les citoyens conformément aux dispositions de la loi du 18 juillet 2018 relative à la relance économique et au renforcement de la cohésion sociale (M.B. du 26.07.2018, p. 59203) au cours d'une période d'incapacité de travail – Conséquences pour l'assurance indemnités des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants

Au Moniteur belge du 26 juillet 2018, la loi du 18 juillet 2018 relative à la relance économique et au renforcement de la cohésion sociale a été publiée. Cette loi organise le recours :

- au travail associatif
- aux services occasionnels entre les citoyens.

Elle est entrée en vigueur le **15 juillet 2018** (date à laquelle il est fait référence dans plusieurs arrêtés royaux d'exécution).

En outre, cette loi du 18 juillet 2018 a été modifiée par la loi du 30 octobre 2018 modifiant la loi du 18 juillet 2018 relative à la relance économique et au renforcement de la cohésion sociale et le Code des impôts sur les revenus 1992 (publiée au M.B. du 12.11.2018).

La présente circulaire a pour objectif d'expliquer le cadre réglementaire régissant le travail associatif et les services occasionnels entre les citoyens, de même que les possibilités éventuelles, pour un travailleur salarié et un travailleur indépendant, d'exercer une telle activité au cours d'une période d'incapacité de travail.

Section I: Travail associatif

I.1. Dispositions générales

I.1.1. DÉFINITION

Le **travail associatif** concerne toute activité¹:

- a) réalisée dans les limites du chapitre 1^{er} du titre 2 de la loi du 18 juillet 2018 relative à la relance économique et au renforcement de la cohésion sociale contre indemnité ;
- b) réalisée au profit d'une ou plusieurs personnes, autres que celle qui exécute l'activité, d'un groupe ou d'une organisation ou de la société dans son ensemble ;
- c) organisée par une organisation ;
- d) réalisée par une personne qui, conformément aux conditions du chapitre 1^{er} du titre 2 de la présente loi du 18 juillet 2018, exerce également une activité professionnelle habituelle et à titre principal telle que définie à l'article 4 de cette loi du 18 juillet 2018 ;
- e) réalisée par une personne qui, au cours de la période où elle fournit des prestations dans le cadre du travail associatif tel que visé par la présente loi du 18 juillet 2018, n'est pas liée par un contrat de travail, un contrat de service ou une affectation statutaire avec la même organisation, et ne fait pas office de volontaire au sens de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires pour la même organisation dans la mesure où elle reçoit un défraiement ;
- f) et qui ne repose pas sur une simple participation aux activités.

I.1.2. ACTIVITÉS POSSIBLES DANS LE CADRE DU TRAVAIL ASSOCIATIF

Les **activités** qui peuvent être exercées dans le cadre du travail associatif sont les suivantes² :

1. animateur, chef, moniteur ou coordinateur qui dispense une initiation sportive et/ou des activités sportives ;
2. entraîneur sportif, professeur de sport, coach sportif, coordinateur des sports pour les jeunes, arbitre sportif, membre du jury, steward, responsable du terrain ou du matériel, signaleur aux compétitions sportives ;
3. concierge d'infrastructure de jeunesse, sportive, culturelle et artistique ;
4. personne en charge de la gestion des bâtiments de services de proximité, lieux de rencontre accessibles à tous dans le cadre du développement communautaire et ayant pour mission la gestion de clés ainsi que de petits travaux d'entretien tels que de petites réparations et le nettoyage ;
5. accompagnateur artistique ou technico-artistique dans le secteur des arts amateurs, le secteur artistique ainsi que le secteur de l'éducation culturelle ;
6. guide ou accompagnateur d'arts, de patrimoine ou de la nature ;
7. formateur dans le cadre de l'aide aux personnes ;
8. accompagnateur dans l'accueil organisé à l'école avant, pendant et/ou après les heures d'école ou pendant les congés scolaires ainsi que lors du transport de et vers l'école ;
9. [...];
10. la garde de nuit, à savoir le fait de dormir chez des personnes ayant besoin d'aide, et la garde de jour de ces personnes, selon les modalités et critères de qualité à élaborer par chaque Communauté ;
11. accompagnateur dans les voyages scolaires, les activités scolaires, les activités du comité des parents ou du conseil des parents et dans les travaux d'embellissement occasionnels ou à petite échelle de l'école ou de son aire de jeux ;

1. Art. 2 de la loi du 18.07.2018.

2. Art. 3 de la loi du 18.07.2018.

- 12.** Aide et appui occasionnels ou à petite échelle dans le domaine de la gestion administrative, l'administration, le classement des archives ou dans le cadre d'une responsabilité logistique pour des activités dans le secteur socio-culturel, sportif, de l'éducation culturelle, de l'éducation artistique, des arts et dans l'enseignement ;
- 13.** Aide occasionnelle et à petite échelle à la gestion, à l'entretien et à l'ouverture au grand public de réserves naturelles et du patrimoine culturel ;
- 14.** Aide occasionnelle ou à petite échelle pour l'élaboration de newsletters ou d'autres publications ainsi que de sites internet dans le secteur socio-culturel, sportif, de l'éducation culturelle, de l'éducation artistique, des arts et dans l'enseignement ;
- 15.** Animateur de formations, de conférences, de présentations ou de spectacles sur des thèmes culturels, artistiques et sociétaux dans le secteur socio-culturel, sportif, de l'éducation culturelle, de l'éducation artistique et des arts ;
- 16.** Dans le respect des règlements concernant les exigences de qualité en vue de l'exécution à titre professionnel de ces activités: assistance dans les centres de soins résidentiels et les structures pour personnes avec un handicap en complément des activités organisées par le personnel fixe, et notamment le fait de tenir compagnie aux personnes, de les aider lors d'activités et d'excursion ;
- 17.** Accueil de bébés et jeunes enfants et accueil extrascolaire d'enfants scolarisés selon les modalités et critères de qualité à élaborer par chaque Communauté.

I.1.3. CONDITIONS

Le travail associatif est uniquement applicable dans la mesure où le travailleur associatif exerce une activité professionnelle habituelle et à titre principal³ en tant que :

- *salarie*, en ayant une affectation totale au minimum équivalente à 4/5^e d'un travail à temps plein d'une personne de référence du secteur dans lequel le 4/5^e est presté et ce, durant le trimestre de référence T-3 précédant le début de l'affectation en tant que travailleur associatif (et dans la mesure où les prestations prises en compte ne constituent pas des prestations assimilées d'interruption partielle de la carrière ou de crédit-temps dans un système avec intervention de l'ONEm ou du service régional compétent).



Remarque : pour satisfaire à cette affectation minimale de 4/5^e d'un emploi à temps plein d'une personne de référence, le calcul du trimestre T-3 tient compte de toutes les périodes rémunérées par l'employeur et de plusieurs périodes de suspension du contrat de travail non rémunérées par l'employeur, telles que :

- absence sans maintien de la rémunération pour incapacité de travail ou par suite de congé prophylactique
- éloignement complet du travail en tant que mesure de protection de la maternité
- repos de maternité
- congé de maternité converti
- congé de paternité ou de naissance
- congé d'adoption
- devoirs civiques sans maintien de la rémunération
- fonction de juge social
- obligations de milice
- mandat public
- chômage temporaire.

En outre, il est également tenu compte des jours couverts par une rémunération reportée payée par les départements d'enseignement des Communautés pour les travailleurs temporaires ou, pour les personnes qui ne peuvent pas en bénéficier, par les allocations de chômage payées par l'ONEm avec dispense de recherche d'emploi durant les vacances d'été.

Il n'est par contre pas tenu compte, dans ce cadre, des prestations fournies dans le cadre d'un flexi-job, en tant qu'apprenti, en tant qu'étudiant,...

- *statutaire (ou assimilé)*, en ayant, durant le trimestre de référence T-3 précédant le début de l'affectation en tant que travailleur associatif, une occupation totale au minimum égale à 4/5^e d'une désignation à temps plein, ou, si les prestations concernent l'enseignement de jour ou de soirée, une occupation totale au minimum égale à 8/10^e de l'horaire prévu pour l'obtention d'une rémunération complète
- *indépendant*, dans le cadre de laquelle, pour le trimestre de référence T-3 qui précède le début de l'occupation en tant que travailleur associatif, des cotisations provisoires de sécurité sociale au moins égales au minimum dû par un travailleur indépendant à titre principal sont dues ou, le cas échéant, des cotisations provisoires de sécurité sociale inférieures à ce minimum, pour autant que ledit travailleur indépendant soit censé avoir payé une cotisation au moins égale à celle due par un travailleur indépendant à titre principal.

 **Remarques :**

- a) la condition d'affectation à 4/5^e au cours du trimestre de référence T-3 ne s'applique pas si le travailleur était pensionné au trimestre de référence T-2 ou si les prestations sont fournies dans le cadre d'un trajet de service citoyen pour les jeunes agréé par l'organisme d'accréditation défini par décret.
- b) la fourniture de prestations dans le cadre du travail associatif **n'est pas autorisée** (nonobstant le respect de la condition concernant le trimestre de référence en tant que salarié, indépendant ou statutaire) :
 - si l'organisation et le travailleur associatif concerné étaient liés par un contrat de travail, une affectation statutaire ou un contrat d'entreprise au cours d'une période d'un an précédant le début des prestations en matière de travail associatif, ainsi que si le travailleur associatif était employé par l'organisation dans le cadre d'un contrat conclu en application de la loi du 24 juillet 1987 sur le travail temporaire, le travail intérimaire et la mise de travailleurs à la disposition d'utilisateurs

 **Remarque :** cette interdiction ne s'applique toutefois pas si, au cours de la même période, un contrat de travail au sens de titre VII de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail ("le contrat d'occupation d'étudiants") liait l'organisation et le travailleur associatif impliqué, ou si le contrat de travail a pris fin à la suite d'une mise à la pension. Elle ne s'applique pas non plus aux personnes qui, au cours de la même période, ont fourni des prestations en étant liée à l'association par un contrat de travail conclu en application de l'article 17 de l'arrêté royal du 28 novembre 1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.

- si le travailleur associatif remplace un travailleur qui était actif au sein de la même unité technique de l'entreprise au cours des quatre trimestres précédant la conclusion du contrat en matière de travail associatif.

I.1.4. MONTANT DE L'INDEMNITÉ DE TRAVAIL ASSOCIATIF⁴

Les parties impliquées dans le travail associatif peuvent convenir d'une indemnité pour le travail associatif. Cette indemnité couvre aussi toutes les indemnités visant le remboursement de frais ou de déplacements.

Le montant de cette indemnité ne peut pas excéder, *par année civile*, le montant de base de 3.830 EUR (montant indexé : 6.250 EUR⁵).

L'indemnité perçue dans le cadre du travail associatif, l'indemnité perçue dans le cadre du service occasionnel entre les citoyens et l'indemnité perçue dans le cadre de l'économie collaborative ne peuvent également pas, conjointement, excéder ce montant.

L'indemnité perçue dans le cadre du travail associatif et l'indemnité perçue dans le cadre du service occasionnel entre les citoyens ne peuvent conjointement pas excéder, *par mois civil*, 1/12^e de ce même montant de base de 3.830 EUR (montant indexé : 520,83 EUR⁶).

 **Remarque :** ce montant mensuel peut être augmenté par arrêté royal pour les revenus de certaines catégories de travail associatif. Le montant de la majoration ne peut toutefois pas excéder 1/12^e du montant maximal par année civile.

À partir du 1^{er} janvier 2019, le montant mensuel est augmenté pour les catégories suivantes (montant indexé : 1.041,66 EUR (soit 520,83 EUR x 2))⁷:

- animateur, chef, moniteur ou coordinateur qui dispense une initiation sportive et/ des activités sportives
- entraîneur sportif, professeur de sport, coach sportif, coordinateur des sports pour les jeunes, arbitre sportif, membre du jury, steward, responsable du terrain ou du matériel, signaleur aux compétitions sportives.

Le montant maximal annuel précité reste toutefois d'application.

I.1.5. CONTRAT ÉCRIT (OU ÉLECTRONIQUE) EN MATIÈRE DE TRAVAIL ASSOCIATIF ET DÉCLARATION ÉLECTRONIQUE DU TRAVAIL ASSOCIATIF

Au plus tard au moment du commencement effectif du travail associatif, le travailleur associatif et l'organisation concluent un **contrat écrit (ou électronique)**, qui comprend un certain nombre de dispositions minimales⁸, notamment :

- la mention "contrat en matière de travail associatif"
- l'objet du contrat avec une description générale des activités visées
- la durée de contrat définie avec un maximum d'un an
- l'indemnité (éventuelle) pour le travail associatif
- ...

Le **modèle de contrat standard pour le travail associatif** est déterminé dans l'annexe à l'arrêté royal du 15 octobre 2018 fixant le modèle de contrat standard pour le travail associatif en exécution de l'article 5 de la loi du 18 juillet 2018 relative à la relance économique et au renforcement de la cohésion sociale (publié au M.B. du 07.11.2018).

4. Art. 12 de la loi du 18.07.2018.

5. Montant applicable pour l'année 2019.

6. Montant applicable pour l'année 2019.

7. Cf. l'A.R. du 21.12.2018 pris en exécution de l'art. 12, § 3, al. 2 de la loi du 18.07.2018 relative à la relance économique et au renforcement de la cohésion sociale (publié au M.B. du 10.01.2019).

8. Art. 5 de la loi du 18.07.2018.

Ce modèle de contrat standard pour le travail associatif est joint en annexe à la présente circulaire (annexe 1)⁹.

Si le contrat en matière de travail associatif n'a pas été conclu au début de l'exécution des prestations, l'activité ne peut pas être considérée comme du travail associatif. La personne qui effectue cette activité ne peut, dans ce cas, pas être considérée comme un travailleur associatif.

L'organisation qui fait appel à un travailleur associatif doit en outre utiliser un **système électronique** qui enregistre et tient à jour, pour chacune de ces personnes, le moment exact du début et de la fin de la prestation ainsi que le montant de l'indemnisation y liée¹⁰.

I.2. Conséquences pour l'assurance indemnités des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants

Les articles 15 et 16 de la loi du 18 juillet 2018 de relance économique et au renforcement de la cohésion sociale insèrent, respectivement dans le cadre du régime des travailleurs salariés et dans le cadre du régime des travailleurs indépendants, un nouvel alinéa, entre les alinéas 2 et 3 de l'article 100, § 1^{er} de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et de l'article 19 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 :

• Modification de l'article 100, § 1^{er} de la loi coordonnée du 14 juillet 1994

“Le travail associatif au sens du chapitre 1^{er} du titre 2 de la loi du 18 juillet 2018 relative à la relance économique et au renforcement de la cohésion sociale, n'est pas considéré comme une activité à condition que le médecin-conseil constate que ces activités sont compatibles avec l'état général de santé de l'intéressé et que ces activités constituent une poursuite pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif, qui avait déjà été conclu et était déjà effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail.”

• Modification de l'article 19 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971

“Le travail associatif au sens du chapitre 1^{er} du titre 2 de la loi du 18 juillet 2018 relative à la relance économique et au renforcement de la cohésion sociale, n'est pas considéré comme une activité professionnelle à condition que le médecin-conseil constate que ces activités sont compatibles avec l'état général de santé de l'intéressé et que ces activités constituent une poursuite pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif, qui avait déjà été conclu et était déjà effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail.”

I.2.1. NOTION D' “ACTIVITÉ” / “ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE”

A. Si l'activité consiste en la poursuite pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif, qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail **et** si le médecin-conseil constate que cette activité est compatible avec l'état général de santé de l'intéressé, l'activité n'est pas considérée comme une “activité” au sens de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou comme une “activité professionnelle” au sens de l'article 19, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

Les autres critères relatifs à la reconnaissance de l'incapacité de travail (comme par ex., pour un travailleur salarié, la réduction de la capacité de gain à un tiers ou moins suite à l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels, la cessation de toute autre activité sauf moyennant autorisation du médecin-conseil) restent d'application.

9. Non publiée ici.

10. Art. 19 de la loi du 18.07.2018 ; cf. aussi l'A.R. du 15.10.2018 portant exécution des art. 19 et 25 de la loi du 18.07.2018 relative à la relance économique et au renforcement de la cohésion sociale (publié au M.B. du 07.11.2018).

Un titulaire salarié exerçant une activité dans le cadre du travail associatif (compatible avec son état général de santé), mais dont la capacité de gain n'est plus suffisamment réduite (au sens de l'art. 100, § 1^{er} de la loi coordonnée précitée), devrait par conséquent être jugé apte à travailler.

B. Si l'activité ne consiste pas en la poursuite pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif, qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail¹¹, l'activité sera considérée comme une "activité" au sens de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou comme une "activité professionnelle" au sens de l'article 19, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 et *devra donc faire l'objet d'une demande d'autorisation auprès du médecin-conseil* dans le cadre du régime des travailleurs salariés (art. 100, § 2 de la loi coordonnée précitée) ou du régime des travailleurs indépendants (art. 23bis de l'A.R. précité – autorisation **préalable** en vue d'une reprise d'une activité sans objectif de réinsertion complète), suivant le cas.



Remarques :

- s'il s'agit d'un titulaire reconnu en incapacité de travail dans le régime des travailleurs indépendants, il ne peut entamer le travail associatif qu'*après* avoir obtenu l'autorisation du médecin-conseil (caractère préalable de l'autorisation)
- si le titulaire reconnu en incapacité de travail renouvelle le contrat en matière de travail associatif (même dans les mêmes conditions), il ne s'agit plus de la poursuite pure de l'exécution d'un contrat *arrivant à échéance* en matière de travail associatif. Dans une telle situation de renouvellement du contrat en matière de travail associatif, l'intéressé devra toujours demander l'autorisation au médecin-conseil afin qu'il puisse exercer le travail associatif durant la période d'incapacité de travail.

I.2.2. CONSTATATIONS CONCERNANT LA COMPATIBILITÉ D'UNE ACTIVITÉ DANS LE CADRE DU TRAVAIL ASSOCIATIF AVEC L'ÉTAT GÉNÉRAL DE SANTÉ DU TRAVAILLEUR ASSOCIATIF

Le médecin-conseil juge si l'activité associative exercée par l'intéressé est compatible (ou non) avec l'état général de santé de celui-ci.

Bien que la notion d'incompatibilité ne soit pas clairement définie, on pourrait sous-entendre que l'activité ne peut être exercée si elle représente un éventuel danger pour l'état général de santé de l'intéressé.

I.2.2.1. Quand la compatibilité doit elle être constatée ?

La disposition réglementaire concernée ne précise pas que cette constatation doit être faite par le médecin-conseil avant la poursuite effective pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif, qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécutée avant le début de l'incapacité de travail.

L'intéressé pourrait donc continuer à poursuivre cette activité après le début de l'incapacité de travail, après quoi le médecin-conseil pourrait encore se prononcer sur l'éventuelle incompatibilité avec l'état général de santé de l'intéressé.

11. Cf. dans ce cadre, l'art. 4, § 4 de la loi du 18.07.2018 qui prévoit que les "conditions minimales d'occupation" pendant le trimestre de référence (le respect de cette condition est également possible si l'exécution du contrat de travail est suspendue en raison d'une incapacité de travail) ne portent pas atteinte à la législation en vigueur en matière d'incapacité de travail.

En vue de la sécurité juridique, il est néanmoins conseillé que l'intéressé sollicite du médecin-conseil qu'il se prononce quant à la compatibilité *avant qu'il* ne continue à poursuivre effectivement l'activité dans le cadre du travail associatif (et ce, afin d'éviter que l'exercice du travail associatif ne soit éventuellement qualifié comme l'exercice d'une activité non autorisée¹² parce que ce travail associatif ne serait finalement pas compatible avec l'état de santé de l'assuré).

À cette fin, il est prévu un formulaire spécifique de déclaration (joint en annexe à la présente circulaire (annexe 2))¹³ qui comporte deux volets :

- *le travailleur associatif* complète lui-même le 1^{er} volet (les données d'identification et la déclaration que le travail associatif a déjà, ou non, été effectivement poursuivi avant la demande)
- *l'organisation auprès de laquelle le travail associatif est exercé* complète le 2^e volet (confirmation que le travail associatif a déjà été effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail).

En outre, l'intéressé ajoute en annexe une copie de son contrat en matière de travail associatif. Sur base de ce contrat, le médecin-conseil peut vérifier quel type de travail associatif l'intéressé exerce (comptabilité avec l'état général de santé) et si ce travail associatif constitue bien la poursuite pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif, qui avait déjà été conclu avant le début de l'incapacité de travail.

Toute cessation d'activité doit également être signalée. Ce formulaire doit être classé dans le dossier médical et administratif de l'intéressé au siège de la mutualité.

1.2.2.2. Décisions possibles du médecin-conseil après la réception du formulaire spécifique de déclaration

A. Le médecin-conseil peut constater que l'activité que l'intéressé souhaite continuer à poursuivre ou a déjà poursuivie *constitue bien la poursuite pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail* et peut, en fonction de la nature de l'activité et de l'état général de santé de l'intéressé, juger que l'activité de travail associatif *est compatible avec l'état général de santé de celui-ci*. Le médecin-conseil peut convoquer l'intéressé à un examen médical, sauf si les pièces du dossier médical sont concluantes, ou justifie un examen à une date ultérieure (cf. analogie avec l'art. 16, al. 2, du règlement des indemnités du 16.04.1997 (régime des travailleurs salariés) ou l'art. 23bis, al. 3, de l'A.R. du 20.07.1971 (régime des travailleurs indépendants)).

La décision positive du médecin-conseil vaut pour la durée restant à courir du contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif.

B.1. Si le médecin-conseil constate que l'activité que l'intéressé souhaite continuer à poursuivre ou a déjà poursuivie *ne constitue pas la poursuite pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail*, l'activité doit être considérée comme une "activité" au sens de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou comme une "activité professionnelle" au sens de l'article 19, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 et le dossier doit être examiné sous l'angle de l'article 100, § 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou de l'article 23bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (cf. *supra*, l.2.1.B ; si l'activité a déjà été exercée par l'intéressé, il y a lieu de faire application de l'art. 230, § 2bis ou § 2ter de l'A.R. du 03.07.1996 pour les travailleurs salariés et l'article 23ter de l'A.R. du 20.07.1971 pour les travailleurs indépendants).

12. Cf. art. 101 de la loi coordonnée (régime des travailleurs salariés) et art. 23ter de l'A.R. du 20.07.1971 (régime des travailleurs indépendants).

13. Non publiée ici.

B.2. Si le médecin-conseil constate que l'activité que l'intéressé souhaite continuer à poursuivre ou a déjà poursuivie constitue la poursuite pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail, mais qu'elle *n'est pas compatible avec l'état général de santé de celui-ci*, l'activité doit être considérée comme une "activité" au sens de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou comme une "activité professionnelle" au sens de l'article 19, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

B.2.1. Conséquences dans le cadre du régime salarié si l'intéressé a déjà poursuivi le travail associatif :

Le cas échéant, l'intéressé peut sous certaines conditions maintenir le bénéfice des indemnités **pour la période qui précède** la date de prise d'effet de la décision relative à la non compatibilité :

- si l'intéressé a sollicité du médecin-conseil qu'il se prononce quant à la compatibilité avant de reprendre l'exercice de ladite activité mais n'a pas attendu sa décision pour reprendre l'exercice effectif de cette activité, dans cette situation, pour la période qui précède la date de prise d'effet de la décision négative rendue par le médecin-conseil, le titulaire peut maintenir le bénéfice de ses indemnités calculées conformément à la règle de cumul visée à l'article 230, § 1^{er}ter de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (pas de réduction des indemnités – 1^{re} phase *cf. infra*) – application de l'article 230, § 2^{ter}, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 **par analogie**
- si l'intéressé a sollicité du médecin-conseil qu'il se prononce quant à la compatibilité, **au plus tard**, le 14^e jour à dater de la reprise de l'activité précitée, dans cette situation, pour la période qui précède la date de prise d'effet de la décision négative rendue par le médecin-conseil, le titulaire maintient le bénéfice de ses indemnités (calculées conformément à la règle de cumul visée à l'art. 230, § 1^{er}ter de l'A.R. du 03.07.1996 (pas de réduction des indemnités – 1^{re} phase *cf. infra*)), moyennant une réduction de 10 % (à dater de la reprise de l'activité jusque et y compris le jour de l'envoi du formulaire ou de la remise de ce formulaire à la mutualité) – application de l'article 230, § 2^{ter}, alinéa 1^{er} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 **par analogie**
- si l'intéressé a déjà exercé l'activité avant de solliciter la décision du médecin-conseil quant à la compatibilité et ce durant plus de 14 jours à dater de la reprise de l'activité précitée, c'est la procédure applicable dans le cadre de l'article 101 de la loi coordonnée précitée, dans le cas d'une activité non autorisée qui devra être appliquée à partir du premier jour de la reprise jusqu'à la date à laquelle la décision du médecin-conseil sort ses effets – application de l'article 230, § 2^{ter}, alinéa 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 **par analogie**.
Cette procédure s'applique également lorsque l'intéressé dépasse les montants seuils d'indemnités autorisés (*cf. supra, l.1.4.*) sans **jamais** avoir sollicité l'autorisation du médecin-conseil. Dans cette situation il ne s'agit donc plus d'un travail associatif, mais d'une activité qui aurait du nécessiter l'autorisation du médecin-conseil.

Les principes susvisés ne sont toutefois pas applicables si l'intéressé a effectué le travail associatif non compatible avec son état général de santé dès le 1^{er} jour de son incapacité de travail (dans cette situation, une reconnaissance de l'incapacité de travail n'est pas possible – absence de cessation de toutes activités à la date de début de l'incapacité de travail).

B.2.2. Conséquences dans le cadre du régime indépendant si l'intéressé a déjà poursuivi le travail associatif :

La situation de l'intéressé doit faire l'objet de la procédure applicable dans le cadre de l'article 23^{ter} de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, dans le cas d'une activité non autorisée.

Cette procédure s'applique également lorsque l'intéressé dépasse les montants seuils d'indemnités autorisés (cf. *supra*, I.1.4.). Dans cette situation il ne s'agit donc plus d'un travail associatif, mais d'une activité qui aurait dû nécessiter l'autorisation préalable du médecin-conseil.

L'article 23^{ter} précité n'est pas applicable si l'intéressé a effectué le travail associatif non compatible avec son état général de santé dès le 1^{er} jour de son incapacité de travail (dans cette situation, une reconnaissance de l'incapacité de travail n'est pas possible – absence de cessation de toutes activités à la date de début de l'incapacité de travail).

C. Le formulaire spécifique de déclaration (à remplir d'une part, par le travailleur associatif, et d'autre part, par l'organisation auprès de laquelle le travail associatif est exercé ; cf. *supra*, I.2.2.1.) prévoit aussi un volet par lequel le médecin-conseil peut faire part de sa décision concernant la compatibilité ou l'incompatibilité du travail associatif avec l'état général de santé du titulaire.

I.2.3. CUMUL DES INDEMNITÉS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET DES INDEMNITÉS PERÇUES DANS LE CADRE DU TRAVAIL ASSOCIATIF

A. Si l'activité consiste en la poursuite pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif, qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail **et** si le médecin-conseil constate que l'activité est compatible avec l'état général de santé de l'intéressé, l'activité ne doit pas être considérée comme une "activité" au sens de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou comme une "activité professionnelle" au sens de l'article 19, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (cf. *supra*, I.2.1.A).

Étant donné qu'il ne s'agit pas d'une "activité (professionnelle)" (autorisée), le cumul des indemnités perçues dans le cadre de l'exercice du travail associatif et des indemnités d'incapacité est autorisé (aucune interdiction de cumul, sous réserve de ne pas dépasser les montants seuils dont question au point I.1.4. ; dans cette situation il ne s'agit donc plus d'un travail associatif, mais d'une activité nécessitant l'autorisation du médecin-conseil).

B. Si l'activité ne consiste pas en la poursuite pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif, qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail, l'activité dans le cadre du travail associatif sera considérée comme une activité au sens de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou comme une "activité professionnelle" au sens de l'article 19, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 et devra donc faire l'objet d'une demande d'autorisation auprès du médecin-conseil (cf. *supra*, I.2.1.B).

B.1. Règle de cumul applicable en cas d'exercice d'une activité autorisée dans le cadre du régime des travailleurs salariés

Il y aura lieu de faire application du régime visé à l'article 230, § 1^{er} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. En effet, l'exécution du travail associatif n'est pas un travail autorisé par lequel le titulaire relève, d'une manière ou d'une autre, du champ d'application de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs (cf. art. 230, § 1^{er} de l'A.R. du 03.07.1996).

Pour l'application de l'article 230, § 1^{er}ter précité sont considérés comme "revenu professionnel" découlant de l'activité autorisée, tout revenu visé à l'article 17, § 1^{er}, 5^o, à l'article 23, § 1^{er}, 1^o, 2^o et 4^o, ou à l'article 90, alinéa 1^{er}, 1^o au 2^o et 12^o, du Code des impôts sur les revenus 1992 qu'un titulaire obtient par l'exercice d'une activité personnelle, ainsi que toute indemnité, allocation ou rente accordée en remplacement de ces revenus.

Si les indemnités perçues dans le cadre du travail associatif n'excèdent pas le plafond mensuel applicable et le plafond annuel visés à la loi du 18 juillet 2018 précitée, ces indemnités seront considérées comme des *revenus divers* sur le plan fiscal (cf. l'art. 90, al. 1^{er}, 1^oquater du Code des impôts sur les revenus 1992) qui constituent donc un "revenu professionnel" découlant de l'activité autorisée.

Cette règle de cumul prévoit trois phases :

- *phase 1* : les six premiers mois couverts par l'autorisation du médecin-conseil : le titulaire conserve l'intégralité du montant de ses indemnités d'incapacité de travail
- *phase 2* : à partir du premier jour du septième mois de la période couverte par l'autorisation du médecin-conseil jusqu'au 31 décembre de la troisième année civile qui suit l'année au cours de laquelle l'activité a débuté : la mutualité réduit forfaitairement de 10 % les indemnités
- *phase 3* : à partir du 1^{er} janvier de la quatrième année civile qui suit celle où l'activité a débuté : durant cette phase, le montant réel des "revenus professionnels" obtenus par l'exercice de l'activité autorisée joue un rôle. La mutualité compare le montant des "revenus professionnels" obtenus pendant la première année civile complète qui suit l'année civile où l'activité a débuté avec un plafond de revenus déterminé.
Vu le montant annuel maximal des indemnités de travail associatif, il n'y aura jamais de dépassement du plafond si l'intéressé n'exerce que le travail associatif. Le montant des indemnités ne devra donc pas être diminué et il n'y aura pas de suspension de l'octroi des indemnités.

B.2. Règle de cumul applicable en cas d'exercice d'une activité autorisée dans le cadre du régime des travailleurs indépendants

Il y a en principe lieu de faire application du régime visé à l'article 28bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 qui prévoit trois phases :

- *phase 1* : les six premiers mois couverts par l'autorisation du médecin-conseil : le titulaire conserve l'intégralité du montant de ses indemnités d'incapacité de travail
- *phase 2* : à partir du premier jour du septième mois de la période couverte par l'autorisation du médecin-conseil jusqu'au 31 décembre de la troisième année civile qui suit l'année au cours de laquelle l'activité a débuté : la mutualité réduit forfaitairement de 10 % les indemnités
- *phase 3* : à partir du 1^{er} janvier de la quatrième année civile qui suit celle où l'activité a débuté : durant cette phase, le montant réel des 'revenus professionnels' obtenus par l'exercice de "l'activité professionnelle" autorisée joue un rôle.

Dans le cadre de la règle de cumul applicable durant la phase 3, on entend par "l'activité professionnelle" toute activité qui peut, en fonction du cas, générer un revenu visé à l'article 23, § 1^{er}, 1^o, 2^o ou 4^o, du Code des impôts sur les revenus 1992 (qualification fiscale prépondérante ; il s'agit des *revenus professionnels*, notamment des bénéfices, des profits et des rémunérations), et toute activité similaire exercée à l'étranger ou pour une organisation internationale ou supranationale.

Si les indemnités perçues dans le cadre du travail associatif n'excèdent pas le plafond mensuel applicable et le plafond annuel visés à la loi du 18 juillet 2018 précitée, ces indemnités sont considérées comme des *revenus divers* sur le plan fiscal (cf. l'art. 90, al. 1^{er}, 1^oquater du Code des impôts sur les revenus 1992).

La règle de cumul n'est donc pas applicable, **durant sa phase 3**, en cas d'exercice du travail associatif avec l'autorisation du médecin-conseil.

Section II : Services occasionnels entre les citoyens

II.1. Dispositions générales

II.1.1. DÉFINITION

Les **services occasionnels** entre les citoyens concernent toute activité¹⁴:

- a) réalisée dans les limites du chapitre 2 du titre 2 de la loi du 18 juillet 2018 relative à la relance économique et au renforcement de la cohésion sociale contre indemnité ;
- b) réalisée au profit d'une ou plusieurs personnes physiques, autre(s) que celle qui effectue l'activité et avec laquelle ou avec la société de laquelle l'intéressé n'est pas lié par un contrat de travail, une occupation statutaire ou un contrat d'entreprise ;
- c) réalisée par une personne physique qui exerce également une activité professionnelle à titre habituel et principal telle que définie à l'article 21 de cette loi du 18 juillet 2018 ;
- d) qui ne repose pas sur une simple participation aux activités ;
et pour autant que cela concerne des bénéfices ou profits qui, en dehors de l'exercice d'une activité professionnelle, découlent de services, autres que les services qui génèrent exclusivement des revenus soumis à l'impôt conformément aux articles 7, 17 ou 90, alinéa 1^{er}, 5^o, du Code des impôts sur les revenus 1992, qui sont fournis par le contribuable lui-même à des tiers.

II.1.2. ACTIVITÉS POSSIBLES DANS LE CADRE DU SERVICE OCCASIONNEL ENTRE LES CITOYENS

Les **prestations** qui peuvent être effectuées entre les citoyens dans le cadre des services occasionnels tels que visés au présent chapitre sont les suivantes¹⁵:

1. dans le respect de la législation communautaire : garde d'enfants, garde, services d'assistance familiale, accueil extrascolaire et accueil pendant les congés scolaires, organisé dans une habitation privée ou non privée ;
2. dans le respect des règlements concernant les exigences de qualité en vue de l'exécution à titre professionnel de ces activités: l'aide et l'assistance aux personnes nécessitant des soins (repris dans la version néerlandaise du texte comme "zorg voor zorgbehoevende personen") ;
3. cours particuliers, cours de musique, de dessin, de bricolage ou de technique dans l'habitation privée de l'enseignant ou dans l'habitation du donneur d'ordre ;

14. Art. 20 de la loi du 18.07.2018.

15. Art. 20 de la loi du 18.07.2018.

4. cours de sport ;
5. petits travaux d'entretien à l'habitation ou autour d'elle ;
6. aide administrative et aide ponctuelle lors de problèmes informatiques (IT), à l'exclusion d'une comptabilité professionnelle ;
7. entretien de tombes et autres lieux de mémoire ;
8. aide aux personnes lors de tâches ménagères occasionnelles ou petites dans l'habitation de l'utilisateur, à l'exception du ménage régulier, sachant que l'aide lorsqu'on effectue un grand nettoyage ou lorsque l'on vide une habitation est autorisée ;
9. aide et soutien aux et transport de personnes: accompagner et tenir compagnie à l'utilisateur et aux membres de la famille (à des rendez-vous, des activités ou à son domicile) ;
10. surveillance de biens immobiliers ;
11. la prise en charge, garde et promenade d'animaux.

Ces activités ne peuvent être exercées que par un **prestataire de services occasionnel**. En effet, il s'agit de toute personne physique réalisant une des activités susvisées en dehors de toute activité indépendante et qui ne se livre pas à de la concurrence déloyale ou n'y contribue pas vis-à-vis de l'employeur auprès duquel il est employé ou des employeurs auprès desquels il est employé.

II.1.3. CONDITIONS

Les services occasionnels entre les citoyens sont uniquement applicables dans la mesure où le prestataire de services occasionnels exerce une activité professionnelle habituelle et à titre principal¹⁶ en tant que :

- *salarié*, en ayant une affectation totale au minimum équivalente à 4/5^e d'un travail à temps plein d'une personne de référence du secteur dans lequel le 4/5^e est presté et ce, durant le trimestre de référence T-3 précédant le début de l'affectation en tant que prestataire de services occasionnels (et dans la mesure où les prestations prises en compte ne constituent pas des prestations assimilées d'interruption partielle de la carrière ou de crédit-temps dans un système avec intervention de l'ONEm ou du service régional compétent).



Remarque: pour satisfaire à cette affectation minimale de 4/5^e d'un emploi à temps plein d'une personne de référence, le calcul du trimestre T-3 tient compte de toutes les périodes rémunérées par l'employeur et de plusieurs périodes de suspension du contrat de travail non rémunérées par l'employeur, telles que :

- absence sans maintien de la rémunération pour incapacité de travail ou par suite de congé prophylactique
- éloignement complet du travail en tant que mesure de protection de la maternité
- repos de maternité
- congé de maternité converti
- congé de paternité ou de naissance
- congé d'adoption
- devoirs civiques sans maintien de la rémunération
- fonction de juge social
- obligations de milice
- mandat public
- chômage temporaire.

16. Art. 21 de la loi du 18.07.2018.

En outre, il est également tenu compte des jours couverts par une rémunération reportée payée par les départements d'enseignement des Communautés pour les travailleurs temporaires ou, pour les personnes qui ne peuvent pas en bénéficier, par les allocations de chômage payées par l'ONEm avec dispense de recherche d'emploi durant les vacances d'été.

Il n'est par contre pas tenu compte, dans ce cadre, des prestations fournies dans le cadre d'un flexi-job, en tant qu'apprenti, en tant qu'étudiant,...

- *statutaire (ou assimilé)*, en ayant, durant le trimestre de référence T-3 précédant le début de l'affectation en tant que prestataire de services occasionnels, une occupation totale au minimum égale à 4/5^e d'une désignation à temps plein, ou, si les prestations concernent l'enseignement de jour ou de soirée, une occupation totale au minimum égale à 8/10^e de l'horaire prévu pour l'obtention d'une rémunération complète
- *indépendant*, dans le cadre de laquelle, pour le trimestre de référence T-3 qui précède le début de l'occupation en tant que prestataire de services occasionnels, des cotisations provisoires de sécurité sociale égales au minimum dû par un travailleur indépendant à titre principal sont dues ou, le cas échéant, des cotisations provisoires de sécurité sociale inférieures à ce minimum, pour autant que ledit travailleur soit censé avoir payé une cotisation au moins égale à celle due par un travailleur indépendant à titre principal.



Remarque : la condition d'affectation à 4/5^e au cours du trimestre de référence T-3 ne s'applique pas si l'employé était pensionné au trimestre de référence T-2.

II.1.4. MONTANT DES INDEMNITÉS POUR LES SERVICES OCCASIONNELS ENTRE LES CITOYENS¹⁷

Les parties impliquées dans les services occasionnels entre les citoyens peuvent convenir d'une indemnité pour les services occasionnels entre les citoyens.

Le montant de cette indemnité ne peut pas excéder, *par année civile*, le montant de base de 3.830 EUR (montant indexé : 6.250 EUR¹⁸).

L'indemnité perçue dans le cadre du travail associatif, l'indemnité perçue dans le cadre du service occasionnel entre les citoyens et l'indemnité perçue dans le cadre de l'économie collaborative ne peuvent également pas, conjointement, excéder ce montant.

L'indemnité perçue dans le cadre du travail associatif et l'indemnité perçue dans le cadre du service occasionnel entre les citoyens ne peuvent conjointement pas excéder, *par mois civil*, 1/12^e de ce même montant de base de 3.830 EUR (montant indexé : 520,83 EUR¹⁹), le cas échéant, majoré pour certaines catégories du travail associatif (*cf. supra, I.1.4.*).

II.1.5. DÉCLARATION ÉLECTRONIQUE DES SERVICES OCCASIONNELS ENTRE LES CITOYENS

Le prestataire de services occasionnel doit utiliser **un système électronique** qui enregistre et tient à jour, pour chaque personne pour laquelle il fournit des services occasionnels, le moment exact du début et de la fin de la prestation ainsi que le montant de l'indemnisation y liée.²⁰

17. Art. 24 de la loi du 18.07.2018.

18. Montant applicable pour l'année 2019.

19. Montant applicable pour l'année 2019.

20. Art. 25 de la loi du 18.07.2018 ; cf. aussi l'A.R. du 15.10.2018 portant exécution des art. 19 et 25 de la loi du 18.07.2018 relative à la relance économique et au renforcement de la cohésion sociale (publié au M.B. du 07.11.2018).

II.2. Conséquences pour l'assurance indemnités des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants

II.2.1. NOTION D' "ACTIVITÉ" / "ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

S'agissant d'une "activité" au sens de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et d'une "activité professionnelle" au sens de l'article 19, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, il y a *toujours* lieu de faire application du système de l'activité autorisée par le médecin-conseil dans le cadre du régime des travailleurs salariés (art. 100, § 2 de la loi coordonnée du 14.07.1994) ou du régime des travailleurs indépendants (art. 23bis de l'A.R. du 20.07.1971 – autorisation **préalable** en vue d'une reprise d'une activité sans objectif de réinsertion complète), suivant le cas, si le titulaire reconnu incapable souhaite exercer des services occasionnels entre les citoyens durant son incapacité de travail.

II.2.2. CUMUL DES INDEMNITÉS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET DES INDEMNITÉS PERÇUES DANS LE CADRE DU SERVICE OCCASIONNEL ENTRE LES CITOYENS

Il y aura lieu de faire application de l'article 230, § 1^{er}ter de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 pour les travailleurs salariés et de l'article 28bis, (§ 2) de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 pour les travailleurs indépendants (cf. *supra*, I.2.3.B. ; les indemnités perçues dans le cadre du service occasionnel entre les citoyens sont considérées comme des revenus divers sur le plan fiscal (cf. l'art. 90, al. 1^{er}, 1^oter du Code des impôts sur les revenus 1992)).

Section III: Entrée en vigueur

Cette circulaire produit ses effets à partir du **1^{er} janvier 2019**.
La circulaire O.A. n° 2018/339 du 10 décembre 2018 est abrogée.



Circulaire O.A. n° 2019/111 – 249/34 – 484/8 du 22 mars 2019.

V. Repos de maternité des travailleuses indépendantes et des conjointes aidantes

I. Dispositions modificatrices

Suite à l'arrêté royal du 13 mai 2016 modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants (publié au M.B. du 23.05.2016), certaines dispositions de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 ont été adaptées afin d'offrir à la travailleuse indépendante et la conjointe aidante la possibilité de prendre un repos de maternité plus long, de la manière la plus souple possible, à partir du *1^{er} janvier 2017*.

- tout d'abord, **le repos de maternité passe de 8 semaines** (9, en cas de naissance multiple) **à 12 semaines** (13, en cas de naissance multiple). Cet allongement ne concerne cependant que la période facultative du repos de maternité, la période obligatoire comptant toujours 3 semaines (à savoir la semaine qui précède l'accouchement et les 2^{es} semaines qui suivent l'accouchement)
- ensuite, **le délai endéans lequel le repos postnatal facultatif doit être pris passe de 21 à 36 semaines** (et prend cours le premier jour suivant les deux semaines de repos postnatal obligatoire).

La travailleuse indépendante conserve la faculté de faire commencer son repos prénatal à partir de la troisième semaine qui précède la date présumée de l'accouchement

- ensuite, **la travailleuse a la possibilité, durant la période facultative de son repos de maternité, d'exercer son activité professionnelle habituelle à mi-temps**

Dans ce cas, le montant forfaitaire de l'indemnité hebdomadaire sera réduit de moitié et la période facultative comprendra au maximum 18 semaines de repos de maternité à mi-temps (ou 20 sem. quand une naissance multiple est prévue). Le délai endéans lequel le repos postnatal facultatif à mi-temps doit être pris reste fixé à 36 semaines (et prend cours 1^{er} jour suivant les 2 sem. de repos postnatal obligatoire).

Cette possibilité de repos à mi-temps existe également dans le cadre de la prolongation du repos de maternité liée à l'hospitalisation de l'enfant. Dans ce cas, la durée de la prolongation comprendra au maximum 48 semaines de repos de maternité à mi-temps.

La travailleuse devra donc communiquer à sa mutualité le nombre de semaines durant lesquelles elle souhaite prendre son repos facultatif complet et/ou à mi-temps ainsi que la ou les période(s) précise(s) (de 7 jours calendriers) de ce repos.

L'arrêté royal du 25 janvier 2019 modifiant l'article 96 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants (publié au M.B. du 04.02.2019) prévoit qu'à partir du *1^{er} janvier 2019*, le paiement des allocations de repos de maternité a lieu obligatoirement plus tôt et sur base mensuelle.

II. Principes généraux

Les titulaires qui satisfont aux conditions d'assurance requises (voir stage et maintien de l'assurabilité dans le cadre de l'incapacité de travail), sont bénéficiaires du droit à l'allocation forfaitaire de maternité (complète ou réduite de moitié, le cas échéant) à condition :

- qu'elles aient mis fin à leur activité professionnelle habituelle ainsi qu'à toute autre activité professionnelle pendant les semaines de repos de maternité obligatoires d'une part et, d'autre part, durant les semaines facultatives de repos de maternité au cours desquelles elles optent pour le repos complet
- qu'elles s'engagent à ne pas dépasser le mi-temps dans le cadre de leur activité professionnelle habituelle pendant les semaines facultatives de repos de maternité au cours desquelles elles optent pour le repos à mi-temps.

2.1. Période de repos de maternité

1)

- **repos de 12 semaines** (13 sem. en cas de naissance multiple) composé de : 3 semaines obligatoires et 9 facultatives (3 sem. obligatoires et 10 sem. facultatives en cas de naissance multiple)
- repos débute au plus tôt 3 semaines avant la date présumée de l'accouchement et au plus tard une semaine avant la date présumée de l'accouchement
- le jour de l'accouchement est considéré comme étant le premier jour du repos postnatal
- la travailleuse a la possibilité, dans le cadre d'un repos à mi-temps (cf. infra) ou d'un repos complet, d'alterner la prise de semaines postnatales facultatives avec des périodes de reprise complète – à prendre néanmoins dans un **déla i maximum de 36 semaines** à compter du premier jour suivant les deux semaines de repos postnatal obligatoire.

2) Si la travailleuse prolonge son repos de maternité via les semaines durant lesquelles **son enfant a été hospitalisé** (max. 24 sem. ininterrompues de repos complet de maternité), le délai de 36 semaines dont question au point précédent débutera à l'échéance des semaines de prolongation liées à l'hospitalisation de l'enfant.

3) **La travailleuse a également la possibilité d'exercer, par périodes de 7 jours calendriers, son activité professionnelle habituelle à mi-temps durant la période facultative de son repos de maternité** – soit 18 semaines de repos de maternité à mi-temps (20 en cas de naissance multiple) à prendre, au plus tôt, 3 semaines avant la date présumée de l'accouchement et dans un délai maximum de 36 semaines à compter du premier jour suivant les deux semaines de repos postnatal obligatoire.

En ce qui concerne le repos prénatal, les possibilités suivantes s'offrent à la travailleuse indépendante :

Repos prénatal	
Deux semaines facultatives	Semaine obligatoire
Deux semaines repos mi-temps	Repos total
Deux semaines repos complet	Repos total
1 semaine repos mi-temps 1 semaine repos complet	Repos total

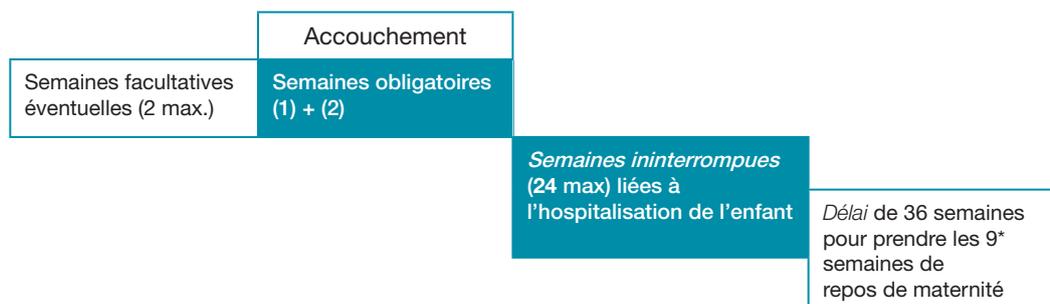
4) Elle dispose également de cette possibilité de prise du repos à mi-temps pour les semaines de prolongation liées à l'hospitalisation de son enfant (max. 48 sem. *ininterrompues* de repos de maternité à mi-temps) - le délai de 36 semaines dont question au point précédent débutera alors à l'échéance des semaines de prolongation liées à l'hospitalisation de l'enfant.

Concrètement,

1)



2)



3)



4)



* Dont il conviendra de déduire les semaines prénatales facultatives (complètes ou à mi-temps) éventuellement prises.

2.2. Accouchement prématuré et tardif

2.2.1. ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

Si l'accouchement a lieu avant la date fixée par le médecin, la période de repos obligatoire de deux semaines après l'accouchement devra être prolongée par, le cas échéant, la semaine complète de repos prénatal obligatoire non encore prise *ou* le solde de la semaine prénatale (obligatoire) de repos complet que la travailleuse indépendante titulaire n'a pas pris en raison de l'accouchement prématuré, de sorte qu'elle puisse bénéficier d'une période de repos ininterrompue d'au moins trois semaines.

Cette semaine de repos prénatal obligatoire non prise ou ce solde d'une semaine prénatale (obligatoire) de repos complet devront être pris immédiatement après les deux semaines de repos postnatal obligatoire.

Dès lors, dans cette situation :

- le point de départ du délai de 36 semaines se situera à l'échéance de cette période de repos obligatoire et donc pas à l'échéance des deux semaines de repos postnatal obligatoire
- en cas d'hospitalisation du nouveau-né (cf. infra point 2.3.), le point de départ de la période de prolongation du repos liée à l'hospitalisation de l'enfant se situera à l'échéance de cette période de repos obligatoire et donc pas à l'échéance des deux semaines de repos postnatal obligatoire.

Vu la possibilité de prise à mi-temps du repos de maternité, il y a lieu de prévoir que la travailleuse puisse, *en cas d'accouchement prématuré ayant eu lieu au cours d'une semaine prénatale facultative prise à mi-temps*, reporter la prise de la partie de la semaine de repos mi-temps non prise à un moment qui lui convient (dans le respect du délai de 36 sem.) et non devoir obligatoirement prendre le restant de cette semaine immédiatement après la période obligatoire de repos complet ininterrompue de trois semaines.

La travailleuse devra également informer préalablement sa mutualité du moment auquel elle souhaite prendre le solde de cette semaine de repos à mi-temps.

Si la mutualité est informée tardivement par l'intéressée, le paiement pourra avoir lieu (sur base des documents transmis tardivement par cette dernière) mais sera alors lui aussi plus tardif.



Exemple : X est enceinte et la date présumée de l'accouchement est le 25 janvier 2019. Elle décide de prendre les deux semaines de repos prénatal facultatif à mi-temps (04.01.2019 – 17.01.2019). La date réelle de l'accouchement est le 14 janvier 2019. Tenant compte de cet accouchement prématuré, il y a un report de la partie de la semaine de repos à mi-temps non prise (4 jours calendriers) à un moment ultérieur qui se situe dans le délai de 36 semaines (04.02.2019 – 13.10.2019).

2.2.2. ACCOUCHEMENT TARDIF

Si la travailleuse indépendante titulaire accouche après la date fixée par le médecin, sa période de repos prénatal est prolongée jusqu'à la date effective de l'accouchement.

Dans cette hypothèse d'accouchement tardif, l'intéressée est encore obligée de se reposer pendant les deux premières semaines après l'accouchement (voir la période de repos postnatal obligatoire), même si elle a déjà pris plus d'une semaine de repos de maternité à ce moment. Cette période peut (facultatif) encore être prolongée du solde de 12 (13) semaines qui n'a pas été pris avant l'accouchement.

Le solde éventuel d'une semaine incomplète de repos prénatal obligatoire devra être pris immédiatement après les deux semaines de repos postnatal obligatoire.

Dès lors, dans cette situation :

- le point de départ du délai de 36 semaines se situera à l'échéance de cette période de repos obligatoire et donc pas à l'échéance des deux semaines de repos postnatal obligatoire
- en cas d'hospitalisation du nouveau-né (cf. infra point 2.3.), le point de départ de la période de prolongation du repos liée à l'hospitalisation de l'enfant se situera à l'échéance de cette période de repos obligatoire et donc pas à l'échéance des deux semaines de repos postnatal obligatoire.

2.3. Hospitalisation du nouveau-né

Lorsque le nouveau-né doit rester à l'hôpital après les sept jours suivant sa naissance, le repos postnatal peut être prolongé de la durée égale au nombre de semaines **complètes** d'hospitalisation de l'enfant dépassant les sept premiers jours. La durée de la prolongation ne peut pas être supérieure à 24 semaines.

La prolongation doit immédiatement intervenir après la fin des deux semaines de repos postnatal obligatoire (voir aussi la situation d'un accouchement prématuré ou tardif – cf. point 2.2.).

Le repos postnatal facultatif qui peut être fractionné par l'intéressée en périodes de 7 jours civils, au cours d'une période de 36 semaines suivant les deux semaines de repos postnatal obligatoire, commence dans ce cas, le premier jour suivant la fin de la période de prolongation consécutive à l'hospitalisation du nouveau-né. La période maximale de 36 semaines est alors prolongée du nombre de semaines de prolongation consécutive à l'hospitalisation du nouveau-né.

2.4. Décès de la mère

Si la mère décédée n'a pas pu prendre complètement les 12 (ou 13) semaines de repos de maternité (complet ou à mi-temps), la personne¹ qui accueille, après le décès de la mère, l'enfant dans son ménage peut prétendre à un congé à concurrence de la partie non prise (en raison du décès de la mère) du repos postnatal. Il doit s'agir en l'occurrence de semaines **complètes** de repos de maternité non prises.

1. Attention !!! Seul un titulaire dans le cadre de l'assurance indemnités et maternité des travailleurs indépendants, satisfaisant aux conditions d'assurabilité, telles qu'elles sont mentionnées dans l'A.R. du 20.07.1971, peut prétendre à ce congé.

Cette personne peut également choisir de prendre la partie non prise du repos de maternité (suite au décès de la mère) **à mi-temps ou de façon complète** (repos complet). Sauf s'il ne restait à la mère qu'une semaine de repos mi-temps (dans cette hypothèse la personne concernée par la reprise du repos restant ne pourra prendre qu'une semaine de repos mi-temps).

 **Exemple** : Y accouche le 25 janvier 2019 et bénéficie par conséquent d'un repos postnatal obligatoire jusqu'au 7 février 2019. Avant l'accouchement, elle n'a pris que la semaine prénatale obligatoire. Elle décide de prendre toutes les semaines de repos postnatal facultatif de manière ininterrompue :

- 2 semaines de repos complet (08.02.2019 – 21.02.2019)
- 14 semaines de repos à mi-temps (22.02.2019 – 30.05.2019).
- dans l'hypothèse où elle décèderait le 6 mars 2019 : la personne qui accueille l'enfant peut prétendre à 6 semaines de repos complet. Il peut aussi prendre (une partie de) ce solde (de 6 sem. de repos complet) à mi-temps (au max. 12 sem. de repos à mi-temps)
- dans l'hypothèse où elle décèderait le 13 mars 2019 : la personne qui accueille l'enfant peut prétendre à 5 semaines de repos complet et une semaine de repos à mi-temps. Il peut aussi prendre (une partie de) ce solde de 5 semaines de repos complet à mi-temps (au max. 10 sem. de repos à mi-temps).

III. Formalités à remplir pour l'octroi des allocations de maternité

Pour pouvoir prétendre aux allocations de maternité, la titulaire doit introduire une demande auprès de sa mutualité (soit en l'envoyant par la poste, soit en la déposant contre accusé de réception) en mentionnant ce qui suit :

- la date présumée de l'accouchement
- s'il s'agit ou non d'une naissance multiple
- le nombre de semaines du repos facultatif complet ou à mi-temps qu'elle désire prendre, ainsi que la (les) période(s) (avant ou après l'accouchement) au cours desquelles elle souhaite prendre ce repos.

Il doit toujours s'agir d'une ou de plusieurs période(s) de sept jours calendrier.

La titulaire peut, même après avoir introduit sa demande, encore modifier le nombre de semaines de repos facultatif qu'elle désire prendre et/ou le moment auquel elle souhaite prendre ces semaines. Dans ce cas, elle est cependant tenue d'en informer au préalable sa mutualité.

À la demande, il y a lieu de joindre un certificat médical indiquant la date présumée de l'accouchement et s'il s'agit d'une naissance multiple (voir le formulaire de demande *en annexe*).²

Après l'accouchement, la titulaire doit remettre un extrait de l'acte de naissance à sa mutualité ou un certificat médical attestant l'accouchement.

2. Non publiée ici.

Ces formalités permettront à la mutualité de déterminer, sur la base de la date réelle de l'accouchement, la période exacte du repos obligatoire ainsi que la fin de la période de congé de maternité ; elles lui permettront aussi de contrôler si l'assurée sociale n'a pas :

- exercé une activité professionnelle pendant la période de repos obligatoire ainsi que pendant les périodes de repos complet de maternité choisies par l'intéressée elle-même
- dépasser le mi-temps dans le cadre de son activité professionnelle habituelle pendant les semaines au cours desquelles elle opte pour le repos à mi-temps.

Si la titulaire souhaite bénéficier d'une prolongation de son repos postnatal en cas d'hospitalisation de son enfant plus de sept jours après sa naissance, elle doit en informer sa mutualité dans les deux semaines suivant la naissance de l'enfant. Elle communique en même temps à sa mutualité le nombre de semaines de prolongation et lui remet à cet effet une attestation de l'établissement hospitalier qui mentionne, entre autres, la durée de l'hospitalisation du nouveau-né.

Si la durée réelle de l'hospitalisation ne correspond pas à la durée indiquée sur l'attestation susmentionnée, la titulaire est tenue de remettre à sa mutualité, à la fin de la période de prolongation, une nouvelle attestation de l'établissement hospitalier confirmant que l'enfant est resté hospitalisé pendant la prolongation et mentionnant également la durée réelle de l'hospitalisation.

IV. Allocation de maternité

4.1. Montant

L'allocation de maternité est une allocation forfaitaire qui s'élève à³ :

- 484,90 EUR par semaine de repos **complet** de maternité prise
- 242,45 EUR par semaine de repos **à mi-temps** de maternité prise.

4.2. Indexation

Le montant de l'allocation de maternité est lié à l'indice des prix.

Le montant accordé à la titulaire est le montant tel qu'il est adapté au premier jour de chaque semaine de repos de maternité complet ou à mi-temps.

4.3. Date de paiement

Un *premier versement* a lieu au plus tard le trentième jour calendrier à compter du premier jour du repos de maternité pour chaque semaine de repos de maternité échue au moment de ce paiement (dans la mesure où l'intéressée répond aux conditions requises d'assurabilité et que la mutualité dispose des documents requis).

Par la suite, la mutualité paye l'allocation de maternité *mensuellement* pour chaque semaine de repos de maternité échue au moment de ce paiement durant la période qui commence l'antépénultième jour ouvrable de chaque mois civil et prend fin le cinquième jour calendrier du mois civil qui suit (= date ultérieure).

Si la mère vient à décéder et vu le caractère forfaitaire de l'allocation de maternité (montant fixe hebdomadaire), le paiement des allocations de maternité est arrêté dès le premier jour de la semaine suivant la semaine du décès.

Il n'y a donc pas de délai endéans lequel la travailleuse doit communiquer à sa mutualité son planning. Cependant, si la travailleuse souhaite faire débiter son repos de maternité et l'indemnisation qui en découle, il va de soi - et c'est dans son intérêt - qu'elle doit en avertir sa mutualité et lui transmettre les documents requis, le plus tôt possible et en principe avant de débiter concrètement sa période de repos (complet et/ou à mi-temps) de repos de maternité. En effet, plus tôt la mutualité dispose de l'information et des documents requis, plus tôt la mutualité peut procéder à l'indemnisation des périodes de repos de maternité.

Dès lors, si la travailleuse venait à informer et à transmettre tardivement ces documents à sa mutualité, et néanmoins débiter son repos de maternité (période facultative) 3 semaines avant la date présumée de l'accouchement, les indemnités pourront lui être payées malgré le retard pris par la travailleuse dans la transmission des documents requis.

Néanmoins, la travailleuse devra être consciente du fait que si la mutualité est informée tardivement, le paiement sera lui aussi plus tardif.

En outre, si la travailleuse souhaite modifier son planning, elle devra préalablement communiquer les modifications souhaitées à son O.A.. En cas de communication tardive, l'O.A. pourra indemniser la travailleuse malgré le retard pris par la travailleuse dans la transmission des documents requis.

Néanmoins la travailleuse devra être consciente du fait que si l'O.A. est informé tardivement, le paiement sera lui aussi plus tardif.

V. Situations spéciales

5.1. Mutation

La situation peut se produire que la titulaire indépendante change de mutualité au cours d'une période ininterrompue de repos de maternité ou entre deux périodes de repos de maternité, vu la possibilité d'une prise fractionnée du repos postnatal facultatif.

C'est toujours la mutualité à laquelle l'intéressée est affiliée **le premier jour** de chaque semaine de repos de maternité, selon le cas, complet ou mi-temps, qui paie l'indemnité de maternité pour cette semaine de repos de maternité (y compris la semaine de repos de maternité au cours de laquelle la mutation a lieu; la mutation prend toujours effet le premier jour d'un trimestre).

5.2. Maternité et incapacité de travail

Rappel des principes :

- une période d'incapacité de travail primaire ou d'invalidité coïncidant avec la période théorique de repos obligatoire de 3 semaines (1 sem. avant et 2 sem. après l'accouchement) sera **automatiquement** convertie en une période de repos de maternité
- vu la possibilité d'une prise fractionnée des semaines de repos postnatal facultatif, une période d'incapacité de travail primaire ou d'invalidité coïncidant avec les semaines susmentionnées ne sera convertie en repos de maternité que **si l'intéressée en a adressé la demande à sa mutualité**

- **les périodes d'incapacité de travail primaire ou d'invalidité sont, comme dans le régime des travailleurs salariés, suspendues pendant la période de repos de maternité**
- une travailleuse indépendante reconnue en incapacité de travail ne recevra, pendant les semaines de son repos de maternité, que des allocations de maternité (voir l'interdiction de cumul d'indemnités de maladie et d'allocations de maternité)
- les allocations allouées pour la période de repos de maternité dans le cadre du régime des travailleurs indépendants sont diminuées du montant des indemnités auxquelles la titulaire aurait pu prétendre dans le cadre du régime des travailleurs salariés (règle de la différence).

5.2.1. QUID EN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL DÉCLARÉE PAR LA TRAVAILLEUSE AU COURS D'UNE SEMAINE DE REPOS DE MATERNITÉ MI-TEMPS ?

Différentes situations sont concernées :

- La période d'incapacité de travail ne dépasse pas le délai de carence :
Ces courtes incapacités ne sont, la plupart du temps, pas déclarées.
- La période d'incapacité dépasse le délai de carence et vient à coïncider avec des semaines *planifiées ininterrompues* de repos de maternité mi-temps (grâce au certificat d'incapacité de travail on sait que l'incapacité de travail va durer) :

| Semaine de repos mi-temps |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Décl. IT | IT | Fin délai de carence | | | | | |

Dans cette hypothèse, la mutualité devra interroger la travailleuse car celle-ci a deux options :

- “valider” son incapacité de travail et reporter à plus tard ses semaines restantes de repos de maternité (après la fin de son et incapacité de travail, dans le respect du délai de 36 sem.)
- “postposer” le début de son incapacité de travail et prendre des semaines de repos complet de maternité.

En effet, les périodes d'incapacité de travail primaire ou d'invalidité sont, comme dans le régime des travailleurs salariés, suspendues pendant la période de repos de maternité. De plus, la travailleuse étant en incapacité, il ne lui est plus possible de bénéficier du repos mi-temps.

Si la travailleuse choisit la première option, son incapacité de travail débutera le 1^{er} jour de la semaine qui suit la semaine de repos mi-temps au cours de laquelle l'incapacité de travail aura été déclarée.



Attention : la date de début de l'incapacité de travail correspondra au 1^{er} jour qui suit la semaine de repos mi-temps au cours de laquelle l'incapacité de travail a été déclarée.

- **En outre, seule cette date pourra être communiquée comme référence dans les flux IDES et IFW, étant donné que c'est uniquement cette date qui déterminera le point de départ de la période non indemnisable et de la période d'invalidité⁴ (la date figurant sur le certificat médical n'est pas effective étant donné la déclaration de l'incapacité de travail en période de repos de maternité – l'incapacité de travail est immédiatement suspendue).**

Concernant la semaine de repos mi-temps au cours de laquelle l'incapacité de travail a été déclarée, il y aura lieu d'indemniser la travailleuse en repos mi-temps. Cette solution ne pourrait avoir un impact financier négatif sur l'intéressée que dans l'hypothèse où cette dernière serait considérée comme :

- titulaire ayant charge de famille et que l'incapacité de travail aurait débuté le 1^{er} ou le 2^e jour de la semaine de repos mi-temps (en effet, l'indemnisation maternité : 242,45 EUR est < à l'indemnisation incapacité : 299,25 EUR et 359,10 EUR, soit 59,85 EUR x 5 ou 6 jours (à partir du 01.03.2019 : 301,30 EUR et 361,56 EUR, soit 60,26 EUR x 5 ou 6 jours))

OU

- titulaire isolée et que l'incapacité de travail aurait débuté le 1^{er} jour de la semaine de repos mi-temps (en effet, l'indemnisation maternité : 242,45 EUR est < à l'indemnisation incapacité : 287,34 EUR, soit 47,89 EUR x 6 jours (à partir du 01.03.2019 : 289,32 EUR, soit 48,22 EUR x 6 jours).

Si la travailleuse choisit la seconde option, son repos complet débutera le 1^{er} jour de la semaine qui suit la semaine de repos mi-temps (au cours de laquelle l'incapacité de travail avait initialement été déclarée). L'incapacité de travail ne débiterait alors qu'à l'échéance des semaines de repos complet de maternité.



Attention : la date de début de l'incapacité de travail correspondra au 1^{er} jour qui suit la période de repos complet.

- **En outre, seule cette date pourra être communiquée comme référence dans les flux IDES et IFW, étant donné que c'est uniquement cette date qui déterminera le point de départ de la période non indemnisable et de la période d'invalidité⁵ (la date figurant sur le certificat médical n'est pas effective étant donné la déclaration de l'incapacité de travail en période de repos de maternité – l'incapacité de travail est immédiatement suspendue).**

* Comment la mutualité contacte-t-elle l'intéressée pour examiner avec elle les options dont elle dispose, lorsque cette dernière est hospitalisée ?

Il y a en tout cas lieu, dans cette situation, après la semaine de repos à mi-temps, de considérer la travailleuse en incapacité de travail (présomption d'incapacité de travail en cas d'hospitalisation) et de contacter la travailleuse afin d'examiner avec elle les deux options dont elle dispose (cf. supra).

C. La période d'incapacité dépasse le délai de carence et vient à coïncider avec des semaines planifiées et fractionnées de repos de maternité mi-temps (grâce au certificat d'incapacité de travail on sait que l'incapacité de travail va durer) :

Semaine de repos mi-temps	Travail						
Décl. IT	IT	Fin délai de carence					

4. Sous réserve d'éventuelles nouvelles périodes de repos de maternité survenant au cours cette incapacité de travail et suspendant à nouveau le cours de celle-ci.

5. Sous réserve d'éventuelles nouvelles périodes de repos de maternité survenant au cours cette incapacité de travail et suspendant à nouveau le cours de celle-ci.

À noter tout d'abord que dans cette hypothèse, l'incapacité de travail débutera le 1^{er} jour de la semaine qui suit la semaine de repos mi-temps au cours de laquelle l'incapacité de travail aura été déclarée.



Attention : la date de début de l'incapacité de travail correspondra au 1^{er} jour qui suit la semaine de repos mi-temps au cours de laquelle l'incapacité de travail a été déclarée.

- En outre, seule cette date pourra être communiquée comme référence dans les flux IDES et IFW, étant donné que c'est uniquement cette date qui déterminera le point de départ de la période non indemnisable et de la période d'invalidité⁶ (la date figurant sur le certificat médical n'est pas effective étant donné la déclaration de l'incapacité de travail en période de repos de maternité – l'incapacité de travail est immédiatement suspendue).**

En outre, la mutualité devra proposer à la travailleuse de convertir les semaines d'incapacité de travail coïncidant avec des semaines de repos mi-temps en semaine de repos complet **ou** postposer la prise de son repos de maternité à la fin de son incapacité de travail (dans le respect du délai de 36 sem.).

5.2.2. QUID EN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL DÉCLARÉE PAR LA TRAVAILLEUSE LA VEILLE DU DÉBUT D'UNE SEMAINE DE REPOS MI-TEMPS ?

- A.** La période d'incapacité dépasse le délai de carence et vient à coïncider avec des semaines planifiées ininterrompues de repos de maternité mi-temps (grâce au certificat d'incapacité de travail on sait que l'incapacité de travail va durer) :

La travailleuse devra faire un choix entre les deux options décrites supra **(5.2.1.B.)**.

- B.** La période d'incapacité dépasse le délai de carence et vient à coïncider avec des semaines *planifiées* et *fractionnées* de repos de maternité mi-temps – grâce au certificat d'incapacité de travail on sait que l'incapacité de travail va durer et dépasser la période planifiée de repos mi-temps:

La travailleuse devra faire un choix entre les deux options décrites supra **(5.2.1.C.)**.

5.2.3. QUID SI LA TRAVAILLEUSE EST EN INCAPACITÉ DE TRAVAIL LA VEILLE DU DÉBUT DE SON REPOS DE MATERNITÉ ET QU'ELLE SOLLICITE LA PRISE D'UN REPOS DE MATERNITÉ À MI-TEMPS ?

Il y aura lieu de considérer que son incapacité de travail a pris fin la veille du début du repos de maternité. En effet, pour prendre du repos de maternité à mi-temps, la travailleuse doit être apte ; ne pas être considérée comme incapable de travailler au sens des articles 19 ou 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

5.2.4. QUID SI LA TRAVAILLEUSE EST EN PÉRIODE DE REPRISSE D'UNE ACTIVITÉ AUTORISÉE LA VEILLE DU DÉBUT DE SON REPOS DE MATERNITÉ ET QU'ELLE SOLLICITE LA PRISE D'UN REPOS DE MATERNITÉ À MI-TEMPS ?

La prise du repos de maternité à mi-temps est possible pour autant qu'elle respecte le prescrit de l'autorisation de reprise de l'activité donnée par le médecin-conseil. Il doit bien entendu s'agir de l'activité professionnelle exercée par la travailleuse avant le début de son repos de maternité et pour laquelle elle a reçu l'autorisation du médecin-conseil, et non d'une nouvelle activité professionnelle.

6. Sous réserve d'éventuelles nouvelles périodes de repos de maternité survenant au cours cette incapacité de travail et suspendant à nouveau le cours de celle-ci.

Il y a également lieu de préciser que dans le cadre d'une autorisation donnée sur base de l'article 23 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, la période de repos de maternité prise à mi-temps ne sera pas prise en considération pour déterminer la date de fin de la période maximale de 6 mois d'autorisation.

5.2.5. QUID SI LA TRAVAILLEUSE, DONT L'INVALIDITÉ A PRIS FIN PEU DE TEMPS AVANT LE DÉBUT DE SON REPOS DE MATERNITÉ, DÉCLARE UNE RECHUTE (INCAPACITÉ DE TRAVAIL DÉCLARÉE DANS LES 3 MOIS DE LA FIN DE L'INVALIDITÉ) AU COURS D'UNE SEMAINE DE REPOS MI-TEMPS OU AU COURS D'UNE SEMAINE DE TRAVAIL (EN CAS DE FRACTIONNEMENT) ?

La mutualité devra proposer à la travailleuse de convertir les semaines d'incapacité de travail coïncidant avec des semaines de repos mi-temps en semaine de repos complet **ou** postposer la prise de son repos de maternité à la fin de son incapacité de travail (dans le respect du délai de 36 sem.).

En l'absence de fractionnement (incapacité de travail déclarée au cours d'une semaine de repos mi-temps – semaines de repos mi-temps ininterrompues), la travailleuse devra faire un choix entre les deux options décrites supra (5.2.1.B.).

5.2.6. RISQUE DE "DOUBLE MATERNITÉ" ?

Le délai endéans lequel les semaines de repos postnatal facultatif peuvent être prises ayant été rallongé (21 à 36 sem.) et les semaines de repos de maternité pouvant être prises à mi-temps, la probabilité qu'une travailleuse débute un second repos de maternité alors que le premier n'a pas encore pris fin augmente. Il y aura lieu pour la mutualité, dans cette hypothèse, de communiquer à la Direction finances et statistiques du Service des indemnités (DFS) que les périodes de repos de maternité se rapportent à deux risques différents (deux maternités différentes) afin que la DFS fasse elle-même **manuellement** le nécessaire dans le programme IFW.



Attention : Dans cette situation, une semaine de repos de maternité ne peut être liée qu'à un seul des deux repos d'accouchement. Pas de cumul d'indemnisation; la travailleuse ne pourrait pas être indemnisée pour deux repos différents au cours de la même semaine.



Exemple : Vu la date présumée de l'accouchement pour son premier enfant (25.01.2019), Z débute son congé de maternité le 18 janvier 2019 (début de la sem. de repos prénatal obligatoire). Elle accouche le 25 janvier 2019 et le nouveau-né est hospitalisé durant une période ininterrompue de 26 semaines. Elle décide de prendre *la période maximale de repos postnatal facultatif à mi-temps*. Elle accouche d'un deuxième enfant le 15 août 2020 (la date présumée = la date réelle).

- période de repos de maternité obligatoire de trois semaines (premier enfant) : 18 janvier 2019 – 7 février 2019
- période de repos postnatal facultatif suite à l'hospitalisation : une prolongation de 48 semaines de repos à mi-temps : 8 février 2019 – 9 janvier 2020
- période de repos postnatal facultatif qui débute à l'échéance des semaines de prolongation liées à l'hospitalisation de son enfant : elle dispose d'un délai de 36 semaines pour prendre ces dix-huit semaines de repos à temps partiel (10.01.2020 – 17.09.2020).

Dans l'hypothèse où elle n'aurait pas encore épuisé toute la période de repos de maternité liée à son premier enfant avant le 25 juillet 2020 (vu la possibilité d'alterner des sem. de repos (à mi-temps) avec des périodes de travail) :

- vu l'accouchement de son deuxième enfant le 15 août 2020, elle ne peut pas prendre des semaines de repos liées au premier enfant pendant la période à partir du 8 août 2020 jusqu'au 28 août 2020 (c'est le repos obligatoire lié à son deuxième enfant)
- au cours de la période de repos prénatal facultatif (théorique) lié au deuxième enfant (25.07.2020 – 07.08.2020) qui chevauche la période de repos postnatal facultatif (théorique) liée au premier enfant, elle peut uniquement prendre des semaines **liées à un seul des deux repos** (choix de la titulaire)
- pendant la période de repos postnatal facultatif (théorique) liée au deuxième enfant (à partir du 29.08.2020) qui chevauche la période de repos postnatal facultatif (théorique) liée au premier enfant (29.08.2020 – 17.09.2020), elle peut uniquement prendre des semaines **liées à un seul des deux repos** (choix de la titulaire).

VI. Entrée en vigueur

Ces modifications produisent leurs effets à partir du **1^{er} janvier 2019** et s'appliquent à chaque repos de maternité qui débute à partir de cette date.

Les circulaires O.A. suivantes sont abrogées :

- la circulaire O.A. n° 2016/379 - 483/3 du 22 décembre 2016
- la circulaire O.A. n° 2018/99 - 483/4 du 27 mars 2018.
-  Circulaire O.A. n° 2019/117 – 483/5 du 26 mars 2019.

VI. Congé parental d'accueil en faveur des titulaires indépendants – Arrêté royal du 23 mars 2019 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation de congé parental d'accueil en faveur des travailleurs indépendants

La loi du 6 septembre 2018 modifiant la réglementation en vue de renforcer le congé d'adoption et d'instaurer le congé parental d'accueil – telle que modifiée, avant son entrée en vigueur, par la loi du 21 décembre 2018 portant des dispositions diverses en matière sociale (publiée au M.B du 17.01.2019) – prévoit qu'une allocation de congé parental d'accueil est accordée une seule fois en faveur des travailleurs indépendants qui accueillent un enfant mineur dans leur famille à l'occasion d'un placement de longue durée (insertion d'un nouveau § 4 dans l'art. 18^{bis} de l'A.R. n° 38 du 27.07.1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants).

L'arrêté royal du 23 mars 2019 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation de congé parental d'accueil en faveur des travailleurs indépendants (publié au M.B du 04.04.2019 ; *date d'entrée en vigueur* : le **01.01.2019**) détermine les modalités d'octroi de cette allocation de congé parental d'accueil.

La présente circulaire définit le congé parental d'accueil dans le cadre du secteur des indemnités des travailleurs indépendants.

I. Congé parental d'accueil - Généralités

Chaque travailleur indépendant qui est désigné comme parent d'accueil et qui dans le cadre d'un placement familial de longue durée, accueille un enfant mineur dans sa famille, peut, sous certaines conditions, prétendre à une **allocation de congé parental d'accueil**.

Le **placement familial de longue durée** est le placement à propos duquel il est clair dès le début que l'enfant séjournera au minimum six mois au sein de la même famille d'accueil auprès des mêmes parents d'accueil.

Dans l'hypothèse où l'enfant venait à quitter le ménage avant la fin du congé parental d'accueil planifié (en raison par ex., d'un appel interjeté par les parents ou d'un échec du placement dans la famille), le droit au congé parental d'accueil et son indemnisation prendront fin le premier jour de la semaine qui suit la semaine au cours duquel l'enfant a quitté la famille d'accueil (s'agissant d'indemnités payées hebdomadairement) et ce, peu importe que le placement ait atteint ou non 6 mois au moment du départ de l'enfant.

I.1. Durée de la période du congé parental d'accueil

Le travailleur indépendant qui est désigné comme parent d'accueil et qui dans le cadre d'un placement familial de longue durée, accueille un enfant mineur dans sa famille, a droit une seule fois, pour prendre soin de cet enfant, à un congé parental d'accueil pendant **une période de (max.) six semaines, indépendamment de l'âge de l'enfant**.

Le droit au congé parental d'accueil s'ouvre une seule fois *pour l'accueil d'un même enfant*, même si cet enfant venait éventuellement à être placé plusieurs fois dans la même famille dans le cadre de divers placements de longue durée.

En outre, **ce congé parental d'accueil de (max.) six semaines par parent d'accueil est allongé de la manière suivante** (pour l'unique parent d'accueil ou un des deux parents d'accueil en 2019 et 2020 et pour l'unique parent d'accueil ou pour les deux parents d'accueil ensemble, tenant compte de la répartition éventuelle de ces semaines supplémentaires entre eux à partir de 2021)*:

- 1) d'une semaine à partir du 1^{er} janvier 2019 ;
- 2) de deux semaines à partir du 1^{er} janvier 2021 ;
- 3) de trois semaines à partir du 1^{er} janvier 2023 ;
- 4) de quatre semaines à partir du 1^{er} janvier 2025 ;
- 5) de cinq semaines à partir du 1^{er} janvier 2027.

Le droit à cette semaine supplémentaire ou à ces semaines supplémentaires s'ouvre chaque fois pour les congés parental d'accueil qui débutent au plus tôt à partir de l'entrée en vigueur de l'allongement concerné.

 * *S'il y a deux parents d'accueil, ceux-ci se répartissent ces semaines supplémentaires entre eux (cf. aussi infra, II.3.), pour lesquelles, le cas échéant, il est tenu compte du droit au congé parental d'accueil de l'autre parent d'accueil visé à l'article 30^{sexies} de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail (dans ce dernier cas particulier, il s'agit de la situation dans laquelle l'un des parents d'accueil est un travailleur salarié et l'autre parent d'accueil est un travailleur indépendant).*

En résumé :

Semaines supplémentaires à répartir entre les parents d'accueil	Maximum si un parent d'accueil	Maximum (par famille) si deux parents d'accueil
À partir du 1 ^{er} janvier 2019 (1 semaine)	6 + 1 = 7 semaines	6 + 6 + 1 = 13 semaines
À partir du 1 ^{er} janvier 2021 (2 semaines)	6 + 2 = 8 semaines	6 + 6 + 2 = 14 semaines
À partir du 1 ^{er} janvier 2023 (3 semaines)	6 + 3 = 9 semaines	6 + 6 + 3 = 15 semaines
À partir du 1 ^{er} janvier 2025 (4 semaines)	6 + 4 = 10 semaines	6 + 6 + 4 = 16 semaines
À partir du 1 ^{er} janvier 2027 (5 semaines)	6 + 5 = 11 semaines	6 + 6 + 5 = 17 semaines

La durée maximale du congé parental d'accueil est doublée lorsque l'enfant mineur est atteint :

- d'une incapacité physique ou mentale de 66 % au moins

ou

- d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 4 points sont octroyés dans le pilier 1 de l'échelle médico-sociale, au sens de la réglementation relative à la constatation des affections qui ont des conséquences pour l'enfant sur le plan de l'incapacité physique ou mentale ou sur le plan de l'activité et de la participation, ou pour son entourage familial

ou

- d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 9 points sont octroyés dans l'ensemble des trois piliers de l'échelle médico-sociale, au sens de la réglementation relative à la constatation des affections qui ont des conséquences pour l'enfant sur le plan de l'incapacité physique ou mentale ou sur le plan de l'activité et de la participation, ou pour son entourage familial.

La durée maximale du congé parental d'accueil est allongée de deux semaines par parent d'accueil en cas d'accueil simultané de plusieurs enfants mineurs.



Remarque : dans le cas où le travailleur indépendant choisit de ne pas prendre le nombre maximal de semaines prévues dans le cadre du congé parental d'accueil, *celle-ci doit être au moins d'une semaine ou un multiple d'une semaine.*



Exemples :

- 1) En 2019, deux parents d'accueil (A et B) accueillent un enfant mineur handicapé dans le cadre d'un placement familial de longue durée. Leur congé parental d'accueil prend cours le 15 avril 2019.

=> Ils ont en principe droit, chacun, à 6 semaines (maximum) de base et, en outre, un des deux parents d'accueil peut prendre la semaine supplémentaire. Les deux parents d'accueil décident que le parent d'accueil A prend cette semaine supplémentaire. S'agissant de l'accueil d'un enfant handicapé, la durée (maximale) du congé parental d'accueil à laquelle chaque parent d'accueil a droit, peut être doublée.

La durée maximale du congé parental d'accueil est pour :

- le parent d'accueil A : de 14 semaines (= $(6 + 1) \times 2$)
- le parent d'accueil B : de 12 semaines (= (6×2)).

- 2) En 2019, deux parents d'accueil (A et B) accueillent simultanément deux enfants mineurs, dont un est handicapé dans le cadre d'un placement familial de longue durée. Leur congé parental d'accueil prend cours le 15 avril 2019.

=> Ils ont en principe droit, chacun, à 6 semaines (maximum) de base et, en outre, un des deux parents d'accueil peut prendre la semaine supplémentaire. Les deux parents d'accueil décident que c'est le parent d'accueil A qui prend cette semaine supplémentaire. L'un des deux enfants accueillis étant handicapé, la durée (maximale) du congé parental d'accueil à laquelle chaque parent d'accueil a droit, peut être doublée. Enfin, ils ont également droit, chacun, à deux semaines supplémentaires étant donné qu'il s'agit de l'accueil simultané de plusieurs enfants mineurs.

La durée maximale du congé parental d'accueil est pour :

- le parent d'accueil A : de 16 semaines (= $((6 + 1) \times 2) + 2$)
- le parent d'accueil B : de 14 semaines (= $(6 \times 2) + 2$).

I.2. Point de départ de la période de congé parental d'accueil

La période de congé parental d'accueil prend cours à la date choisie par le travailleur indépendant, mais en tout cas au plus tôt le jour de l'inscription de l'enfant à la résidence principale du parent d'accueil et au plus tard *douze* mois après cette inscription.

II. Congé parental d'accueil et assurance indemnités

II.1. Conditions d'assurabilité

II.1.1. QUALITÉ DE TITULAIRE

Le congé parental d'accueil est accordé à tout titulaire indépendant visé à l'article 3 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants. Il n'est dès lors pas nécessaire que le titulaire se trouve dans une période d'activité pour pouvoir prétendre au congé parental d'accueil.

En outre, le congé parental d'accueil n'interrompt pas une période d'incapacité primaire ou d'invalidité (art. 4, § 2, al. 2, de l'A.R. du 23.03.2019 précité).

II.1.2. CONDITIONS D'ASSURANCE

Afin de pouvoir prétendre à l'allocation de congé parental d'accueil, le titulaire doit remplir les conditions normales d'assurabilité dans le cadre de l'assurance indemnités en faveur des travailleurs indépendants (l'art. 4, § 2, al. 1^{er}, de l'A.R. du 23.03.2019 précité renvoie aux art. 14 à 18 de l'A.R. du 20.07.1971 précité).

 **Remarque :** si la date de début du congé parental d'accueil est proche de la date d'introduction de la demande, la mutualité vérifie à ce moment s'il remplit les conditions d'assurabilité (mêmes trimestres de référence). Si la date de début du congé parental d'accueil est trop éloignée, la mutualité doit ("re") vérifier au début du congé parental d'accueil si le titulaire répond encore aux conditions d'assurabilité.

II.2. Condition relative à la cessation de l'activité professionnelle (art. 3, § 3 de l'A.R. du 23.03.2019 précité)

Le travailleur indépendant ne peut exercer, à titre personnel, aucune activité professionnelle pendant toute la période de congé parental d'accueil (ni comme travailleur indépendant, ni dans une autre qualité).

II.3. Procédure à suivre pour l'obtention de l'allocation de congé parental d'accueil (art. 6 de l'A.R. du 23.03.2019 précité)

Pour bénéficier de l'allocation de congé parental d'accueil, le travailleur indépendant doit introduire sa demande auprès de sa mutualité.

Un modèle de demande est annexé à la présente circulaire.

L'enfant placé dans le cadre du placement familial de longue durée tel que visé à l'article 1^{er}, d) de l'arrêté royal du 23 mars 2019 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation de congé parental d'accueil en faveur des travailleurs indépendants, doit faire partie du ménage du travailleur indépendant, ce que prouvera la donnée "lieu principal de résidence" du Registre national (donnée visée à l'art. 3, al. 1^{er}, 5°, de la loi du 08.08.1983 organisant un registre national des personnes physiques). Si ces données ne sont pas encore disponibles, le titulaire doit remettre un document à sa mutualité prouvant l'inscription de l'enfant dans le registre de la population ou dans le registre des étrangers de la commune où il réside.

Le travailleur indépendant mentionne ses données d'identification et les données d'identification de l'enfant accueilli dans la demande (cf. *les rubr. 1 et 2 du modèle de demande*).



Remarque : s'il accueille plusieurs enfants simultanément, il ne doit pas compléter la rubrique 2, mais uniquement l'annexe relative à l'accueil simultané jointe au modèle de demande.

La demande doit indiquer, en nombre de semaines, la période du congé parental d'accueil (cf. *la rubr. 3 du modèle de demande*).

Le travailleur indépendant ajoute à sa demande **les documents nécessaires suivants** (cf. *la rubr. 4 du modèle de demande*) :

- une copie du document attestant du placement de l'enfant mineur chez lui conformément à la réglementation applicable en matière d'aide à la jeunesse et de protection de la jeunesse (les 3 modèles d'attestation¹ – Fédération Wallonie-Bruxelles, Communauté germanophone et Communauté flamande – sont joints à la présente circ.)
- *s'il s'agit d'un enfant recueilli handicapé*, un document attestant que l'enfant est atteint d'une incapacité physique ou mentale de 66 % au moins ou d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 4 points sont octroyés dans le pilier 1 de l'échelle médico-sociale (réglementation relative à la constatation de l'incapacité physique ou mentale de l'enfant), ou d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 9 points sont octroyés dans l'ensemble des trois piliers de l'échelle médico-sociale (réglementation relative à la constatation de l'incapacité physique ou mentale de l'enfant).

Lorsqu'il y a deux parents d'accueil, la demande du travailleur indépendant qui utilise le droit aux semaines supplémentaires (allongement de la période de base de six semaines), doit aussi comporter une **déclaration sur l'honneur** attestant, selon le cas,

- de la répartition de ces semaines entre les deux parents d'accueil (possible, au plus tôt, à partir du 01.01.2021)
- ou
- de l'attribution de cette semaine (avant le 01.01.2021) ou de ces semaines (au plus tôt à partir du 01.01.2021) au seul parent d'accueil qui utilise ce droit.
(cf. *la rubrique 5 du modèle de demande joint à la présente circulaire* ; applicable aux congés parental d'accueil qui débutent avant le 01.01.2021).

II.4. L'allocation de congé parental d'accueil (art. 7 de l'A.R. du 23.03.2019 précité)

Le montant forfaitaire de l'allocation de congé parental d'accueil s'élève à 484,90 EUR pour chaque semaine prise par le titulaire (montant de base: 346,31 EUR).²

Ce montant est lié aux variations de l'indice santé.

1. Non publiés ici.

2. Montants d'application au 01.01.2019.

L'allocation de congé parental d'accueil est payée en une fois au plus tard un mois après la date de début du congé parental d'accueil et ce même lorsque le congé parental d'accueil se prolonge sur une période de plus d'un mois (lorsque le travailleur indépendant prend plus de 4 semaines de congé parental d'accueil).

En cas de décès du titulaire au cours du congé parental d'accueil, il y aura lieu de récupérer les indemnités afférentes à la période postérieure à la date du décès. Néanmoins, s'agissant d'indemnités hebdomadaires, en cas de décès au cours d'une semaine, les indemnités seront récupérées à partir du premier jour de la semaine qui suit la semaine de congé parental d'accueil au cours de laquelle le titulaire est décédé.

En cas de décès de l'enfant accueilli au cours du congé parental d'accueil, il y aura lieu de récupérer les indemnités afférentes à la période postérieure à la date du décès (fin du droit au congé parental d'accueil et à son indemnisation). Néanmoins, s'agissant d'indemnités hebdomadaires, en cas de décès de l'enfant accueilli au cours d'une semaine, les indemnités seront récupérées à partir du premier jour de la semaine qui suit la semaine de congé parental d'accueil au cours de laquelle l'enfant est décédé. Au cours de la semaine précitée, le travailleur indépendant ne pourra exercer, à titre personnel, aucune activité professionnelle (ni comme travailleur indépendant, ni dans une autre qualité), au même titre que durant toute la période de congé parental d'accueil.

II.5. Cumul (art. 4, § 2, al. 2 et 3, de l'A.R. du 23.03.2019 précité)

Durant la période de congé parental d'accueil le titulaire indépendant ne peut prétendre aux indemnités d'incapacité primaire, ni aux indemnités d'invalidité accordées en vertu de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 précité.

Au cours de la période de congé précitée, l'allocation de congé parental d'accueil est diminuée du montant des indemnités auxquelles le titulaire peut prétendre en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ("titulaire avec une double qualité").

III. Entrée en vigueur

Cette circulaire produit ses effets le **1^{er} janvier 2019** et s'applique aux demandes introduites à partir de cette date auprès des mutualités et pour autant que le congé parental d'accueil prenne court au plus tôt à partir de cette date.



Circulaire O.A. n° 2019/125 – 47bis/11 du 5 avril 2019.

VII. Congé parental d'accueil en application de l'article 30^{sexies} de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail

La loi du 6 septembre 2018 modifiant la réglementation en vue de renforcer le congé d'adoption et d'instaurer le congé parental d'accueil prévoit une seule fois un droit au congé parental d'accueil pour le travailleur qui accueille un enfant mineur dans sa famille dans le cadre d'un placement familial de longue durée pour prendre soin de cet enfant (publiée au M.B du 26.09.2018 ; *date d'entrée en vigueur* : le **01.09.2019**). Il s'agit d'un nouveau risque social indemnisé par le secteur des indemnités.

Cette loi du 6 septembre 2018 a été modifiée, avant son entrée en vigueur, par la loi du 21 décembre 2018 portant des dispositions diverses en matière sociale (publiée au M.B du 17.01.2019 ; *date d'entrée en vigueur de ces modifications*: le 31.12.2018).

Le droit au congé parental d'accueil est prévu à l'article 30^{sexies} de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail.

Ensuite l'arrêté royal du 23 mars 2019 modifiant, en ce qui concerne le renforcement du congé d'adoption et l'instauration du congé parental d'accueil, 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, a été publié au Moniteur belge du 4 avril 2019 (*date d'entrée en vigueur* : le **01.01.2019**).

La présente circulaire définit le congé parental d'accueil et précise les mesures d'exécution prises dans le cadre du secteur des indemnités des travailleurs salariés.

I. Congé parental d'accueil - Généralités

Chaque travailleur qui est désigné comme parent d'accueil a le droit de s'absenter du travail pour l'accueil d'un ou de plusieurs enfants mineurs dans sa famille dans le cadre d'un placement familial de longue durée (art. 30^{sexies} de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail).

Le **placement familial de longue durée** est le placement à propos duquel il est clair dès le début que l'enfant séjournera au minimum six mois au sein de la même famille d'accueil auprès des mêmes parents d'accueil.

Dans l'hypothèse où l'enfant venait à quitter le ménage avant la fin du congé parental d'accueil planifié (en raison par ex., d'un appel interjeté par les parents ou d'un échec du placement dans la famille), le droit au congé parental d'accueil et son indemnisation prendront fin le lendemain du jour au cours duquel l'enfant a quitté la famille d'accueil et ce, peu importe que le placement ait atteint ou non 6 mois au moment du départ de l'enfant.

Le droit au congé parental d'accueil s'ouvre *une seule fois* pour l'accueil d'un même enfant, même si cet enfant venait éventuellement à être placé plusieurs fois dans la même famille dans le cadre de divers placements de longue durée.

I.1. Durée de la période du congé parental d'accueil

Suite à la loi du 6 septembre 2018 précitée, le travailleur qui est désigné comme parent d'accueil et qui dans le cadre d'un placement familial de longue durée, accueille un enfant mineur dans sa famille, a droit une seule fois, pour prendre soin de cet enfant, à un congé parental d'accueil pendant une période de **(max.) six semaines, indépendamment de l'âge de l'enfant**.

En outre, **ce congé parental d'accueil de (max.) six semaines par parent d'accueil est allongé de la manière suivante** (pour l'unique parent d'accueil ou un des deux parents d'accueil en 2019 et 2020 et pour l'unique parent d'accueil ou pour les deux parents d'accueil ensemble, tenant compte de la répartition éventuelle de ces semaines supplémentaires entre eux à partir de 2021)*:

- 1) d'une semaine à partir du 1^{er} janvier 2019 ;
- 2) de deux semaines à partir du 1^{er} janvier 2021 ;
- 3) de trois semaines à partir du 1^{er} janvier 2023 ;
- 4) de quatre semaines à partir du 1^{er} janvier 2025 ;
- 5) de cinq semaines à partir du 1^{er} janvier 2027.

Le droit à cette semaine supplémentaire ou à ces semaines supplémentaires s'ouvre, chaque fois, lorsqu'il est satisfait de manière cumulative à deux conditions :

- 1) le travailleur salarié introduit sa demande auprès de l'employeur, au plus tôt à partir de la date d'entrée en vigueur de l'allongement concerné (à savoir le 01.01.2019, 01.01.2021, 01.01.2023, 01.01.2025 et 01.01.2027).

Dans ce cadre, il faut remarquer que le travailleur qui souhaite faire usage du droit au congé parental d'accueil doit en avertir par écrit son employeur, en principe, au moins un mois à l'avance. Ce délai peut toutefois être réduit d'un commun accord entre l'employeur et le travailleur. La notification de l'avertissement se fait

- par lettre recommandée
- ou
- par la remise d'un écrit dont le double est signé par l'employeur au titre d'accusé de réception.

- 2) le congé parental d'accueil demandé peut uniquement prendre cours, au plus tôt, à partir de cette même date.

 * Si la famille d'accueil comprend deux personnes, qui sont désignées ensemble comme parent d'accueil de l'enfant, ceux-ci se répartissent ces semaines supplémentaires entre eux (cf. aussi *infra*, II.2.), pour lesquelles, le cas échéant, il est tenu compte du droit au congé parental d'accueil de l'autre parent d'accueil visé à l'article 18bis, § 4, de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants (dans ce dernier cas particulier, il s'agit de la situation dans laquelle l'un des parents d'accueil est un travailleur salarié et l'autre parent d'accueil est un travailleur indépendant).

En résumé :

Semaines supplémentaires à répartir entre les parents d'accueil	Maximum si un parent d'accueil	Maximum (par famille) si deux parents d'accueil
À partir du 1 ^{er} janvier 2019 (1 semaine)	6 + 1 = 7 semaines	6 + 6 + 1 = 13 semaines
À partir du 1 ^{er} janvier 2021 (2 semaines)	6 + 2 = 8 semaines	6 + 6 + 2 = 14 semaines
À partir du 1 ^{er} janvier 2023 (3 semaines)	6 + 3 = 9 semaines	6 + 6 + 3 = 15 semaines
À partir du 1 ^{er} janvier 2025 (4 semaines)	6 + 4 = 10 semaines	6 + 6 + 4 = 16 semaines
À partir du 1 ^{er} janvier 2027 (5 semaines)	6 + 5 = 11 semaines	6 + 6 + 5 = 17 semaines

La durée maximale du congé parental d'accueil est doublée lorsque l'enfant mineur est atteint :

- d'une incapacité physique ou mentale de 66 % au moins

ou

- d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 4 points sont octroyés dans le pilier 1 de l'échelle médico-sociale, au sens de la réglementation relative à la constatation des affections qui ont des conséquences pour l'enfant sur le plan de l'incapacité physique ou mentale ou sur le plan de l'activité et de la participation, ou pour son entourage familial

ou

- d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 9 points sont octroyés dans l'ensemble des trois piliers de l'échelle médico-sociale, au sens de la réglementation relative à la constatation des affections qui ont des conséquences pour l'enfant sur le plan de l'incapacité physique ou mentale ou sur le plan de l'activité et de la participation, ou pour son entourage familial.

La durée maximale du congé parental d'accueil est allongée de deux semaines par parent d'accueil en cas d'accueil simultané de plusieurs enfants mineurs.



Remarque : dans le cas où le travailleur salarié choisit de ne pas prendre le nombre maximal de semaines prévues dans le cadre du congé parental d'accueil, *celle-ci doit être au moins d'une semaine ou un multiple d'une semaine.*

**Exemples :**

- 1) En 2019, deux parents d'accueil (A et B) accueillent un enfant mineur handicapé dans le cadre d'un placement familial d'une longue durée. Leur congé parental d'accueil prend cours le 15 avril 2019.

=> Ils ont en principe droit, chacun, à 6 semaines (max.) de base et, en outre, un des deux parents d'accueil peut prendre la semaine supplémentaire. Les deux parents d'accueil décident que le parent d'accueil A prend cette semaine supplémentaire. S'agissant de l'accueil d'un enfant handicapé, la durée (maximale) du congé parental d'accueil à laquelle chaque parent d'accueil a droit, peut être doublée.

La durée maximale du congé parental d'accueil est pour :

- le parent d'accueil A : de 14 semaines (= (6 + 1) x 2)
- le parent d'accueil B : de 12 semaines (= (6 x 2)).

2) En 2019, deux parents d'accueil (A et B) accueillent simultanément deux enfants mineurs, dont un est handicapé dans le cadre d'un placement familial d'une longue durée. Leur congé parental d'accueil prend cours le 15 avril 2019.

=> Ils ont en principe droit, chacun, à 6 semaines (max.) de base et, en outre, un des deux parents d'accueil peut prendre la semaine supplémentaire. Les deux parents d'accueil décident que c'est le parent d'accueil A qui prend cette semaine supplémentaire. L'un des deux enfants accueillis étant handicapé, la durée (max.) du congé parental d'accueil à laquelle chaque parent d'accueil a droit, peut être doublée. Enfin, ils ont également droit, chacun, à deux semaines supplémentaires étant donné qu'il s'agit de l'accueil simultané de plusieurs enfants mineurs.

La durée maximale du congé parental d'accueil est pour :

- le parent d'accueil A : de 16 semaines (= ((6 + 1) x 2) + 2)
- le parent d'accueil B : de 14 semaines (= (6 x 2) + 2).

I.2. Point de départ de la période de congé parental d'accueil

La période de congé parental d'accueil prend cours à la date choisie par le travailleur salarié, mais en tout cas dans les *douze* mois qui suivent l'inscription de l'enfant comme faisant partie du ménage du travailleur dans le registre de la population ou dans le registre des étrangers de sa commune de résidence.

I.3. Situation spécifique – Décès de l'enfant accueilli au cours du congé parental d'accueil

En cas de décès de l'enfant accueilli au cours du congé parental d'accueil, le droit au congé et son indemnisation prendront fin le lendemain du jour au cours duquel l'enfant est décédé.

II. Congé parental d'accueil et secteur des indemnités

II.1. Conditions relatives à la qualité de titulaire

II.1.1. NOTION DE TRAVAILLEUR SALARIÉ

a) L'intéressé ne peut prétendre aux indemnités de congé parental d'accueil qu'à la condition qu'il soit toujours lié par un contrat de travail. Le travailleur qui bénéficie d'une indemnité en cas de rupture du contrat de travail ne peut donc pas prétendre aux indemnités.

Il doit par conséquent s'agir d'un travailleur visé à l'article 86, § 1^{er}, 1^o, a), de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, à l'exclusion du travailleur qui bénéficie d'une indemnité pour rupture du contrat de travail visée audit article.

Un chômeur contrôlé ne peut pas non plus prétendre aux indemnités de congé parental d'accueil.



Exception : le travailleur à temps partiel volontaire et le travailleur à temps partiel avec maintien des droits visés à la réglementation du chômage (il s'agit aussi des chômeurs contrôlés) peuvent par contre demander un congé parental d'accueil étant donné qu'ils sont liés par un contrat de travail (cf. aussi *infra*, II.3.2.2).

- b) Un agent contractuel des Services publics peut lui aussi prétendre au congé parental d'accueil. Si cet agent, conformément à la réglementation sur les congés qui lui est applicable, a droit à la rémunération pour plus de trois jours, il n'a droit aux indemnités de congé parental d'accueil que pour le solde du congé (en application de l'art. 103, § 1^{er}, 1^o, de la loi coordonnée le 14.07.1994).

II.1.2. CONDITIONS D'ASSURABILITÉ

Il ne suffit pas que l'assuré social soit lié par un contrat de travail. L'intéressé doit en outre satisfaire aux conditions d'assurabilité en vigueur dans le cadre de l'assurance maternité.

En ce qui concerne en particulier le *stage*, il doit donc accomplir un stage de **six** mois dans lequel il doit prouver 120 jours de travail ou jours assimilés (travailleur à temps plein) ou 400 heures de travail ou heures assimilées (travailleur à temps partiel), et il y a lieu de satisfaire aux conditions de rémunération.

 **Remarque :** les jours couverts par une indemnité allouée durant le congé parental d'accueil sont assimilés à des jours de travail dans le cadre de l'examen des conditions d'assurabilité.

II.2. Procédure à suivre pour l'obtention des indemnités de congé parental d'accueil (art. 10 et art. 52sexies, § 3, du Règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, § 1^{er}, 5^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994)

Le parent d'accueil doit introduire une demande auprès de sa mutualité.
Un modèle de demande est annexé à la présente circulaire.

L'enfant placé dans le cadre du placement familial de longue durée tel que visé à l'article 30sexies, § 6, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail doit faire partie du ménage du travailleur, ce que prouvera la donnée "lieu principal de résidence" du Registre national (donnée visée à l'art. 3, al. 1^{er}, 5^o, de la loi du 08.08.1983 organisant un registre national des personnes physiques). Si ces données ne sont pas encore disponibles, le titulaire doit remettre un document à sa mutualité prouvant l'inscription de l'enfant dans le registre de la population ou dans le registre des étrangers de la commune où il réside.

Le travailleur salarié mentionne ses données d'identification et les données d'identification de l'enfant accueilli dans la demande (cf. *les rubr. 1 et 2 du modèle de demande*).

 **Remarque :** s'il accueille plusieurs enfants simultanément, il ne doit pas compléter la rubrique 2, mais uniquement l'annexe relative à l'accueil simultané jointe au modèle de demande.

La demande doit indiquer, en nombre de semaines, la période du congé parental d'accueil (cf. *la rubr. 3 du modèle de demande*).

Le travailleur salarié ajoute à sa demande **les documents nécessaires suivants** (cf. *la rubr. 4 du modèle de demande*) :

- une copie du document attestant du placement de l'enfant mineur chez lui conformément à la réglementation applicable en matière d'aide à la jeunesse et de protection de la jeunesse (cf. *les 3 modèles d'attestation* – Fédération Wallonie-Bruxelles, Communauté germanophone et Communauté flamande – joints à la présente circulaire)

- s'il s'agit d'un enfant recueilli handicapé, un document attestant que l'enfant est atteint d'une incapacité physique ou mentale de 66 % au moins ou d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 4 points sont octroyés dans le pilier 1 de l'échelle médico-sociale (réglementation relative à la constatation de l'incapacité physique ou mentale de l'enfant), ou d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 9 points sont octroyés dans l'ensemble des trois piliers de l'échelle médico-sociale (réglementation relative à la constatation de l'incapacité physique ou mentale de l'enfant).

Lorsqu'il y a deux parents d'accueil, la demande du travailleur salarié qui utilise le droit aux semaines supplémentaires (allongement de la période de base de six sem.), doit aussi comporter une **déclaration sur l'honneur** attestant, selon le cas,

- de la répartition de ces semaines entre les deux parents d'accueil (possible, au plus tôt, à partir du 01.01.2021 !)

ou

- de l'attribution de cette semaine (avant le 01.01.2021) ou de ces semaines (au plus tôt à partir du 01.01.2021) au seul parent d'accueil qui utilise ce droit.
(cf. *la rubr. 5 du modèle de demande joint à la présente circulaire* ; applicable aux demandes de congé parental d'accueil introduites auprès de l'employeur avant le 01.01.2021 et aux congés parental d'accueil qui débutent avant le 01.01.2021).

L'employeur du travailleur salarié communique la date à laquelle ce travailleur salarié l'a averti de la prise de congé parental d'accueil (cf. *la rubr. 6 du modèle de demande*).

Après réception de la demande, la mutualité transmet à l'intéressé une feuille de renseignements (*volet à compléter par le titulaire* de l'Annexe III du Règlement du 16.04.1997 sur les indemnités) qu'il doit compléter et renvoyer signée à sa mutualité. Si l'employeur n'a pas opté pour l'envoi électronique de la feuille de renseignements (ZIMA 001) et qu'il ne peut être identifié par la mutualité, l'assuré devra faire compléter cette feuille par l'employeur (*volet à compléter par l'employeur* de l'Annexe III du Règlement du 16.04.1997 sur les indemnités) et la renvoyer à la mutualité.

Si l'employeur n'a pas envoyé d'avis de reprise du travail par voie électronique à la mutualité (ZIMA 006), l'intéressé doit renvoyer cet avis (cf. Annexe VIII du Règlement du 16.04.1997 sur les indemnités) dans les huit jours qui suivent la fin du congé parental d'accueil, à la mutualité (art. 18, al. 1^{er}, du Règlement du 16.04.1997 sur les indemnités).

II.3. Calcul du montant de l'indemnité de congé parental d'accueil (art. 223quinquies de l'A.R. du 03.07.1996)

Les indemnités de congé parental d'accueil s'élèvent à 82 % de la rémunération journalière moyenne de l'intéressé. Le plafond barémique maximum est applicable (art. 87, al. 1^{er}, de la loi coordonnée le 14.07.1994 et art. 212 de l'A.R. du 03.07.1996).

L'article 52quinquies, § 3, du Règlement du 16 avril 1997 sur les indemnités prévoit que la rémunération perdue est fixée conformément aux articles 23 à 28 de ce Règlement.

La rémunération est fixée de la même manière qu'en cas d'incapacité de travail, compte tenu donc du nombre de jours de travail dans une semaine de six jours.

Le plafond barémique étant applicable, le montant de l'indemnité doit le cas échéant être limité au montant de l'indemnité maximale.

Le montant de l'indemnité maximale s'élève par conséquent, en fonction d'une semaine de six jours, à 116,8729 EUR (= 82 % de 142,5279 EUR).

II.3.1. EXEMPLE : EMPLOYÉ AVEC RÉMUNÉRATION MENSUELLE FORFAITAIRE

L'intéressé travaille à **temps plein** (5 jours/sem.) et perçoit une rémunération mensuelle forfaitaire de 3.500 EUR.

Rémunération journalière moyenne : $(3.500 \text{ EUR} / 26) = 134,6154 \text{ EUR}$

Montant de l'indemnité de congé parental d'accueil : $134,6154 \text{ EUR} \times 82 \% = 110,3846 \text{ EUR}$
(= 110,38 EUR)

=> Montant inférieur à l'indemnité maximale : 110,3846 EUR est inférieur à 116,8729 EUR

II.3.2. CAS PARTICULIERS

II.3.2.1. Travailleur ayant repris une activité en tant que travailleur salarié avec l'accord du médecin-conseil (art. 100, § 2, de la loi coordonnée le 14.07.1994 et art. 230 de l'A.R. du 03.07.1996)

L'intéressé est lié par un contrat de travail qui fixe les conditions et le volume de l'activité. En fonction de cela, l'intéressé a droit aux trois jours de congé parental d'accueil, payés par l'employeur ; la période restante du congé parental d'accueil est prise en charge par la mutualité.

Les indemnités sont calculées sur la base de la rémunération de l'activité autorisée. Le montant des indemnités de congé parental d'accueil doit également être pris en considération comme "revenu professionnel" pour l'application de l'article 230, § 1^{er} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. En effet, dans ce cadre il y a lieu d'entendre par "revenu professionnel" tout revenu visé à l'article 17, § 1^{er}, 5^o ou à l'article 23, § 1^{er}, 4^o, du Code des impôts sur les revenus de 1992 qu'un titulaire se procure par une activité personnelle, ainsi que toute indemnité, allocation ou rente compensant la perte de ce revenu...



Exemple :

L'intéressé est reconnu en incapacité de travail à partir du 1^{er} octobre 2018 et peut prétendre à une indemnité d'incapacité de travail qui s'élève à **78,46 EUR**.

Cf. Montant de la rémunération mensuelle forfaitaire pour un mois de travail normal à temps plein (38 h./sem. (facteur S)): 3.400 EUR.

Montant de l'indemnité d'incapacité de travail : $(3.400 \text{ EUR} / 26) = 130,7692 \text{ EUR} \times 60 \% = 78,4615 \text{ EUR}$.

Il a repris une activité autorisée comme employé à mi-temps le 1^{er} février 2019 (19 h./sem. (facteur Q) – 5 demi-jours/sem.). La rémunération mensuelle forfaitaire pour un mois de travail adapté à mi-temps est de 1.700 EUR. L'intéressé est désigné comme parent d'accueil et accueille, dans le cadre d'un placement familial de longue durée, un enfant de 4 ans dans sa famille qui est inscrit dans le registre de la population à son adresse le 15 mars 2019. L'intéressé prend les 7 semaines de congé parental d'accueil à partir du 18 mars 2019 jusqu'au 5 mai 2019. Les trois jours du 18 mars 2019 au 20 mars 2019 (du lundi au mercredi) ont été payés par l'employeur. Les jours restants du mois de mars 2019 sont payés par la mutualité.

Montant de l'indemnité de congé parental d'accueil :

$(1.700 \text{ EUR} / 26) = 65,3846 \text{ EUR} \times 82 \% = 53,6154 \text{ EUR} = \mathbf{53,62 \text{ EUR}}$.

Montant de l'indemnité d'incapacité de travail durant le congé parental d'accueil :

Toutes les heures de congé parental d'accueil non rémunérées prises dans le cadre de l'activité autorisée (déclarées sous le code prestation indicatif "52") sont des heures assimilées pour la détermination de la fraction d'occupation (application de la règle de cumul visée à l'art. 230, § 1^{er} de l'A.R. du 03.07.1996). Elles doivent donc être prises en considération comme des heures de travail prestées dans le cadre l'activité autorisée.

Vu qu'il a repris le travail à mi-temps (ou à 50 %), ses indemnités sont réduites de 30 % (= la partie de la fraction d'occupation qui dépasse 1/5 temps ou 20 %), soit $78,4615 \text{ EUR} \times 0,7 = 54,9231 \text{ EUR} = \underline{\underline{54,92 \text{ EUR}}}$.

Pour les jours de congé parental d'accueil pris dans le cadre de l'exécution de l'activité autorisée, il peut cumuler les indemnités de congé parental d'accueil avec les indemnités d'incapacité de travail (par ex. : pour le jeudi 21.03.2019, il perçoit une indemnité d'incapacité de travail de 54,92 EUR **et** une indemnité de congé parental d'accueil de 53,62 EUR).

II.3.2.2. Travailleur à temps partiel volontaire ou travailleur à temps partiel avec maintien des droits qui peut prétendre à l'allocation de garantie de revenus

Pour les jours de congé parental d'accueil pour lesquels l'intéressé conserve le droit à l'allocation de garantie de revenus, l'intéressé peut uniquement prétendre à l'indemnité de congé parental d'accueil, calculée sur la base de la rémunération découlant de son activité (art. 242, § 2, de l'A.R. du 03.07.1996).

II.4. Feuille de renseignements indemnités papier (volet employeur)

Conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 1^{er} mars 2019 portant exécution de certaines dispositions de l'article 30^{sexies} de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail en matière de congé parental d'accueil (publié au M.B. du 18.03.2019), le travailleur a droit au cours des trois premiers jours du congé parental d'accueil au maintien de sa rémunération normale à charge de l'employeur.

 **Remarque :** étant donné que cet arrêté royal du 1^{er} mars 2019 est entré en vigueur le jour de sa publication au Moniteur belge (soit le 18.03.2019), la mutualité indemniserait également les trois premiers jours (des périodes de congé parental d'accueil) qui se situent avant le 18 mars 2019.

 **Exemple :** un travailleur (régime de travail : 6 jours/sem. (lundi-samedi)) prend 6 semaines de congé parental d'accueil à partir du 16 mars 2019. Étant donné la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 1^{er} mars 2019, la mutualité indemniserait le samedi 16 mars 2019 et l'employeur uniquement le lundi 18 mars 2019.

L'employeur (ou son mandataire) doit mentionner les jours de congé parental d'accueil dans la grille de la rubrique 16 de la feuille de renseignements. Il convient de renseigner tout d'abord les jours payés par l'employeur à l'aide du code nature du jour "1", et d'indiquer ensuite les autres jours à l'aide du code nature du jour "6.11".

Si l'employeur doit payer la rémunération pour un jour férié se situant dans la période de quatorze jours suivant le début du congé parental d'accueil, le code nature du jour "1" ou le code nature du jour "4" devra, selon le cas, être mentionné.

La rubrique 16 mentionne les autres rubriques (rubr. 7 à 17) qui doivent encore être complétées par l'employeur (ou son mandataire).

Le montant de la rémunération perdue peut être déterminé sur la base des données complétées dans la rubrique 14, et servira de base au calcul de l'indemnité de congé parental d'accueil.

II.5. Mutation

En cas de mutation, chaque mutualité paiera les indemnités de congé parental d'accueil pour les jours situés dans la période d'affiliation du membre à la mutualité concernée.

III. Entrée en vigueur

Cette circulaire produit ses effets le **1^{er} janvier 2019** et ne s'applique qu'aux demandes de congé parental d'accueil introduites auprès de l'employeur à partir du 1^{er} janvier 2019 et pour autant que le congé parental d'accueil concerné ne débute, au plus tôt, qu'à partir du 1^{er} janvier 2019.



Remarque : tenant compte du critère susvisé concernant la demande de congé parental d'accueil introduite auprès de l'employeur, le modèle de formulaire de demande (*cf. supra, II.2*) contient aussi un volet à remplir par l'employeur dans lequel il devra mentionner la date de la demande de congé parental d'accueil.



Circulaire O.A. n° 2019/126 – 47bis/12 du 5 avril 2019.

VIII. Loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires (M.B. du 29.08.2005, p. 37.309) - Conséquences pour l'assurance indemnités des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants

La loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires a été publiée au Moniteur belge du 29 août 2005.

Cette loi est entrée en vigueur le 1^{er} août 2006 (voir art. 2 de la loi du 07.03.2006 modifiant la loi du 03.07.2005 relative aux droits des volontaires et la loi du 27.12.2005 portant des dispositions diverses, publiée au M.B. du 13.04.2006).

Elle a entre-temps été modifiée, en dernier lieu par la loi du 1^{er} mars 2019 modifiant la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires et à d'autres dispositions légales en matière de volontariat (publiée au M.B. du 11.04.2019).

La présente circulaire a pour objectif d'expliquer certains aspects du cadre réglementaire régissant le volontariat de même que les possibilités éventuelles, pour un travailleur salarié et un travailleur indépendant, d'exercer une telle activité au cours d'une période d'incapacité de travail.

I. Dispositions générales

1.1. Loi relative aux droits des volontaires – Définitions

L'article 3 de la loi du 3 juillet 2005 définit ce qu'il faut entendre par :

- **volontariat** : il s'agit de toute activité exercée sans rétribution ni obligation par une personne physique (y compris la personne chargée d'un mandat ou qui est membre d'un organe de gestion dans une organisation) au profit d'une ou de plusieurs personnes (autres que celle qui exerce l'activité), d'un groupe ou d'une organisation ou encore de la collectivité dans son ensemble et qui est organisée par une organisation (en dehors du cadre familial ou privé).
Il faut enfin que, l'activité ne soit pas exercée dans le cadre d'un contrat de travail, d'un contrat de services ou d'une désignation en tant qu'agent statutaire
- **organisation** : toute association de fait ou personne morale de droit public ou privé, sans but lucratif, qui fait appel à des volontaires, étant entendu que, par association de fait, il y a lieu d'entendre toute association dépourvue de la personnalité juridique et composée de deux ou plusieurs personnes qui organisent, de commun accord, une activité en vue de réaliser un objectif désintéressé, excluant toute répartition de bénéfices entre ses membres et administrateurs, et qui exercent un contrôle direct sur le fonctionnement de l'association.

1.2. L'obligation d'information

Aux termes de l'article 4 de la loi du 3 juillet 2005, l'organisation est tenue d'informer le volontaire, avant que celui-ci n'entame son activité, des 5 points suivants :

- a) du but désintéressé et du statut juridique de l'organisation ; s'il s'agit d'une association de fait, de l'identité du ou des responsables de l'association ;
- b) du contrat d'assurance qu'elle a conclu pour volontariat ; s'il s'agit d'une organisation qui n'est pas civilement responsable, au sens de l'article 5 de la loi du 3 juillet 2005, du dommage causé par un volontaire, du régime de responsabilité qui s'applique pour le dommage causé par le volontaire et de l'éventuelle couverture de cette responsabilité au moyen d'un contrat d'assurance ;
- c) des aspects d'assurance résiduelles qui ne relèvent pas du point b) ;
- d) du versement éventuel d'un défraiement pour le volontariat et, le cas échéant, de la nature de ce défraiement et des cas dans lesquels il est versé ;
- e) du fait que le volontaire est tenu à un devoir de discrétion et, si d'application, au secret professionnel visé à l'article 458 du Code pénal, tout en tenant compte des causes de justification légale en ce qui concerne le secret professionnel.

1.3. Les défraiements perçus dans le cadre du volontariat

L'article 10 de la loi du 3 juillet 2005 spécifie que le caractère non rémunéré du volontariat n'empêche pas que le volontaire **puisse être défrayé par l'organisation des frais qu'il a supportés pour celle-ci**.

Le volontaire n'est plus tenu de prouver la réalité et le montant des frais pour autant que le total des indemnités perçues ne dépasse pas les montants repris ci-après :

- 24,79 EUR par jour, soit 34,71 EUR à partir du 1^{er} janvier 2019
- 991,57 EUR par an, soit 1388,40 EUR à partir du 1^{er} janvier 2019.

Ces montants sont liés à l'indice pivot 103,14 (base 1996 = 100) et varient comme prévu par la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants (il y a donc une liaison de ces montants aux fluctuations de l'indice-santé).

Si le montant total des défraiements perçus d'une ou de plusieurs organisations excède **ces montants seuils**, ceux-ci peuvent uniquement être considérés comme un remboursement des frais que le volontaire a supportés pour l'organisation ou pour les organisations **si le volontaire peut prouver**, sur la base de documents probants, **la réalité et le montant de ces frais**.

Le montant des frais ne peut être plus élevé que les montants fixés conformément à l'arrêté royal du 13 juillet 2017 fixant les allocations et indemnités des membres du personnel de la fonction publique fédérale.

L'activité ne peut être considérée comme volontariat si un des montants seuils précités a été dépassé et si la preuve de ces frais ne peut être apportée.

Dans le chef du volontaire, il est interdit de combiner le défraiement forfaitaire et celui des frais réels.

 **Exception :** *il est toutefois possible de combiner le défraiement forfaitaire et le remboursement des frais réels de déplacement pour maximum 2.000 kilomètres par an par volontaire. Le montant maximum qui peut être alloué annuellement par volontaire pour l'utilisation du transport en commun, du véhicule personnel ou de la bicyclette, ne peut dépasser 2.000 fois l'indemnité kilométrique fixée à l'article 74 de l'arrêté royal du 13 juillet 2017 personnel de la fonction publique fédérale.*

Cette limite de 2.000 kilomètres ne s'applique pas aux activités de transport régulier de personnes. Lorsque plusieurs activités sont exercées, la limite de 2.000 kilomètres peut uniquement être dépassée pour les kilomètres parcourus dans le cadre de l'activité de transport régulier de personnes.

En ce qui concerne l'utilisation du véhicule personnel, ces frais réels de déplacement sont fixés conformément aux dispositions de l'article 74 du même arrêté royal du 13 juillet 2017. Les frais réels de déplacement liés à l'utilisation d'une bicyclette, sont fixés conformément aux dispositions de l'article 76 du même arrêté royal du 13 juillet 2017.

Les cadeaux, tels que définis à l'article 19, § 2, 14^o, de l'arrêté royal du 28 novembre 1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, ne sont pas pris en considération pour déterminer les défraiements forfaitaires et réels pour les volontaires. Il s'agit *par exemple* des cadeaux suivants :

- a) les cadeaux en nature, en espèces ou sous forme de bons de paiement, dénommés chèques-cadeaux, si leur montant annuel total ne dépasse pas 40 EUR par volontaire et 40 EUR par enfant à charge du volontaire et s'ils sont distribués à l'occasion des fêtes de la Saint-Nicolas, de Noël ou du Nouvel-An ;
- b) les cadeaux en espèces ou sous forme de chèques-cadeaux, remis à un volontaire lorsqu'il reçoit une distinction honorifique, si leur montant annuel total ne dépasse pas 120 EUR par volontaire ;
- c) les cadeaux en nature, en espèces ou sous forme de chèques-cadeaux remis à un volontaire à l'occasion de son mariage ou de l'accomplissement de la déclaration de cohabitation légale pour autant que le montant octroyé ne dépasse pas 245 EUR par volontaire.

Les défraiements perçus par le volontaire ne sont ni cessibles ni saisissables (art. 1410, § 2, al. 1^{er}, 12^o du C. jud.).

Le volontaire peut renoncer à l'insaisissabilité et à l'incessibilité des défraiements (art. 1410, § 2, al. 2, du C. jud.).

II. Conséquences pour l'assurance indemnités des travailleurs salariés et pour l'assurance indemnités des travailleurs indépendants

L'article 15 de la loi du 3 juillet 2005 relative aux volontaires insère un alinéa entre l'alinéa 1^{er} et l'alinéa 2 de l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée de 14 juillet 1994 :

“Le travail volontaire au sens de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires n'est pas considéré comme une activité, à condition que le médecin-conseil constate que cette activité est compatible avec l'état général de santé de l'intéressé.”

L'article 1^{er} de l'arrêté royal du 29 juin 2007 modifiant, en ce qui concerne la notion d'incapacité de travail, l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants insère un alinéa entre l'alinéa 1^{er} et l'alinéa 2 de l'article 19 de l'arrêté royal précité du 20 juillet 1971 :

“Le travail volontaire au sens de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires n'est pas considéré comme une activité professionnelle, à condition que le médecin-conseil constate que cette activité est compatible avec l'état général de santé de l'intéressé.”

2.1. Notion d'“activité”/“activité professionnelle”

Si l'activité dans le cadre du volontariat répond aux critères de la loi du 3 juillet 2005 **et** si le médecin-conseil constate que cette activité est compatible avec l'état général de santé de l'intéressé, l'activité n'est plus considérée comme une activité au sens de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou comme une “activité professionnelle” au sens de l'article 19, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

Les autres critères relatifs à la reconnaissance de l'incapacité de travail (comme par ex., pour un travailleur salarié, la réduction de la capacité de gain à un tiers ou moins suite à l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels, la cessation de toute autre activité sauf moyennant autorisation du médecin-conseil) restent d'application.

Un titulaire salarié exerçant une activité dans le cadre du volontariat (compatible avec son état général de santé), mais dont la capacité de gain n'est plus suffisamment réduite (au sens de l'art. 100, § 1^{er} de la loi coordonnée précitée), devrait par conséquent être jugé apte à travailler.

2.2. Constatations concernant la compatibilité d'une activité dans le cadre du volontariat avec l'état général de santé du volontaire

Le médecin-conseil juge si le volontariat est compatible (ou non) avec l'état général de santé de celui-ci.

Bien que la notion d'incompatibilité ne soit pas clairement définie, on pourrait sous-entendre que l'activité ne peut être exercée si elle représente un éventuel danger pour l'état général de santé de l'intéressé.

2.2.1. QUAND LA COMPATIBILITÉ DOIT-ELLE ÊTRE CONSTATÉE ?

Il n'est pas précisé que cette constatation doit être faite par le médecin-conseil avant le début du travail volontaire. L'intéressé pourrait donc exercer cette activité, après quoi le médecin-conseil pourrait encore se prononcer sur l'éventuelle incompatibilité avec l'état général de santé de l'intéressé.

En vue de la sécurité juridique, il est néanmoins conseillé que l'intéressé sollicite du médecin-conseil qu'il se prononce quant à la compatibilité *avant qu'il* n'exerce effectivement l'activité dans le cadre du travail volontaire (et ce, afin d'éviter que l'exercice du volontariat ne soit éventuellement qualifié comme l'exercice d'une activité non autorisée¹ parce que ce travail volontaire ne serait finalement pas compatible avec l'état de santé de l'assuré).

1. Cf. art. 101 de la loi coordonnée (régime des travailleurs salariés) et art. 23^{ter} de l'A.R. du 20.07.1971 (régime des travailleurs indépendants).

2. Non publiée ici.

À cette fin, il est prévu un formulaire spécifique de déclaration (joint *en annexe* à la présente circ.²) où l'assuré doit mentionner un certain nombre d'informations concernant son activité volontaire (ex. nom de l'organisation ou nom du responsable de l'association de fait, adresse, nature de l'activité, "volume de travail",...).

Le titulaire est en outre tenu de signaler toute modification concernant ces données (par ex. une autre activité, une modification du volume de travail) à sa mutualité. Toute cessation d'activité doit également être signalée.

L'intéressé ne doit pas compléter cette déclaration annuellement, mais uniquement lorsque le médecin-conseil tranche sur la compatibilité ou l'incompatibilité du volontariat avec l'état général de santé de l'intéressé.

Cette note doit être classée dans le dossier médical et administratif de l'intéressé au siège de la mutualité.

2.2.2. DÉCISIONS POSSIBLES DU MÉDECIN-CONSEIL APRÈS LA RÉCEPTION DU FORMULAIRE SPÉCIFIQUE DE DÉCLARATION

A. Le médecin-conseil peut, en fonction de la nature de l'activité et de l'état général de santé de l'intéressé, juger que l'activité de travail volontaire *est compatible avec l'état général de santé de celui-ci*. Le médecin-conseil peut convoquer l'intéressé à un examen médical, sauf si les pièces du dossier médical sont concluantes, ou justifient un examen à une date ultérieure (cf. analogie avec l'art. 16, al. 2, du règlement des indemnités du 16.04.1997 (régime des travailleurs salariés) ou l'art. 23bis, al. 3, de l'A.R. du 20.07.1971 (régime des travailleurs indépendants)).

La décision positive du médecin-conseil vaut pour une durée déterminée ou aussi longtemps qu'il ne prend pas de nouvelle décision.

B. Si le médecin-conseil constate que l'activité que l'intéressé souhaite entamer ou a déjà entamée, *n'est pas compatible avec l'état général de santé de celui-ci*, l'activité doit être considérée comme une "activité" au sens de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou comme une "activité professionnelle" au sens de l'article 19, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

B.1. Conséquences dans le cadre du régime salarié si l'intéressé a déjà entamé le volontariat

Le cas échéant, l'intéressé peut sous certaines conditions maintenir le bénéfice des indemnités **pour la période qui précède** la date de prise d'effet de la décision relative à la non compatibilité :

- si l'intéressé a sollicité du médecin-conseil qu'il se prononce quant à la compatibilité avant de reprendre l'exercice de ladite activité mais n'a pas attendu sa décision pour reprendre l'exercice effectif de cette activité, dans cette situation, pour la période qui précède la date de prise d'effet de la décision négative rendue par le médecin-conseil, le titulaire peut maintenir le bénéfice de ses indemnités – application de l'article 230, § 2^{ter}, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 **par analogie**

- si l'intéressé a sollicité du médecin-conseil qu'il se prononce quant à la compatibilité, **au plus tard**, le 14^e jour à dater de la reprise de l'activité précitée, dans cette situation, pour la période qui précède la date de prise d'effet de la décision négative rendue par le médecin-conseil, le titulaire maintient le bénéfice de ses indemnités, moyennant une réduction de 10 % (à dater de la reprise de l'activité jusques et y compris le jour de l'envoi du formulaire ou de la remise de ce formulaire à la mutualité) – application de l'article 230, § 2^{ter}, alinéa 1^{er} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 **par analogie**
- si l'intéressé a déjà exercé l'activité avant de solliciter la décision du médecin-conseil quant à la compatibilité et ce durant plus de 14 jours à dater de la reprise de l'activité précitée, c'est la procédure applicable dans le cadre de l'article 101 de la loi coordonnée précitée, dans le cas d'une activité non autorisée qui devra être appliquée à partir du premier jour de la reprise jusqu'à la date à laquelle la décision du médecin-conseil sort ses effets – application de l'article 230, § 2^{ter}, alinéa 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 **par analogie**.
Cette procédure s'applique également lorsque l'intéressé dépasse les montants seuils du défraiement autorisé (sans justification des frais), **sans** jamais avoir sollicité l'autorisation du médecin-conseil. Dans cette situation il ne s'agit donc plus du volontariat, mais d'une activité qui aurait du nécessiter l'autorisation du médecin-conseil.

Les principes susvisés ne sont toutefois pas applicables si l'intéressé a effectué le volontariat non compatible avec son état général de santé dès le 1^{er} jour de son incapacité de travail (dans cette situation, une reconnaissance de l'incapacité de travail n'est pas possible – absence de cessation de toutes activités à la date de début de l'incapacité de travail).

B.2. Conséquences dans le cadre du régime indépendant si l'intéressé a déjà entamé le volontariat

La situation de l'intéressé doit faire l'objet de la procédure applicable dans le cadre de l'article 23^{ter} de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, dans le cas d'une activité non autorisée.

Cette procédure s'applique également lorsque l'intéressé dépasse les montants seuils des défraiements autorisés (sans justification des frais). Dans cette situation il ne s'agit donc plus du volontariat, mais d'une activité qui aurait du nécessité l'autorisation préalable du médecin-conseil.

L'article 23^{ter} précité n'est pas applicable si l'intéressé a effectué le volontariat non compatible avec son état général de santé dès le 1^{er} jour de son incapacité de travail (dans cette situation, une reconnaissance de l'incapacité de travail n'est pas possible – absence de cessation de toutes activités à la date de début de l'incapacité de travail).

2.3. Cumul des indemnités d'incapacité de travail et des défraiements perçus dans le cadre du volontariat

Si le médecin-conseil constate que le travail volontaire est compatible avec l'état général de santé de l'intéressé, l'activité ne doit pas être considérée comme une "activité" au sens de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou comme une "activité professionnelle" au sens de l'article 19, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

3. Publiée dans le B.I. n° 2017/3.

4. Non publiée ici.

Le cumul des défraiements perçus dans le cadre de l'exercice du travail volontaire et des indemnités d'incapacité est autorisé (aucune interdiction de cumul, sous réserve de prouver le montant réel des défraiements si ceux-ci dépassent les montants dont question au pt. 1.3.).

2.4. Situation particulière : exercer une activité dans le cadre des services d'échanges locaux (SEL et LETS)

En ce qui concerne l'exercice d'une activité dans le cadre des services d'échanges locaux (SEL ou LETS) durant la période d'incapacité de travail (cf. la circ. O.A. n° 2017/199 – 249/27³ du 27.06.2017 pour une définition des services d'échanges locaux), le service accepte que la procédure telle que fixée pour le volontariat visé à la loi du 3 juillet 2005 soit appliquée.

Le titulaire doit donc compléter le formulaire spécifique de déclaration (joint *en annexe*⁴ à la présente circulaire).

Pour la description de l'activité, l'intéressé(e) doit clairement mentionner qu'il s'agit d'une activité en SEL ou en LETS.

III. Entrée en vigueur

Cette circulaire entre en vigueur **le 21 avril 2019** (soit 10 jours après la publication de la loi du 01.03.2019 modifiant la loi du 03.07.2005 relative aux droits des volontaires et à d'autres dispositions légales en matière de volontariat au M.B. du 11.04.2019).

La circulaire O.A. n° 2007/46 – 47^{ter}/1⁵ du 9 février 2007 est abrogée.



Circulaire O.A. n° 2019/133 – 47^{ter}/2 du 16 avril 2019.

IX. Droit aux indemnités d'incapacité de travail après l'âge légal de la pension – Régime des travailleurs salariés

Au Moniteur belge du 19 avril 2019, la loi du 7 avril 2019 relative aux dispositions sociales de l'accord pour l'emploi a été publiée.

Le Chapitre 7 ("Droit aux indemnités d'incapacité de travail en cas de poursuite de l'activité en tant que travailleur salarié après avoir atteint l'âge légal de la pension") de cette loi du 7 avril 2019 prévoit que les travailleurs salariés qui ont continué à travailler après l'âge légal de la pension (actuellement 65 ans) peuvent prétendre aux indemnités d'incapacité de travail durant les six premiers mois de l'incapacité primaire à condition qu'ils n'aient pas encore effectivement bénéficié de leur pension de retraite ou de tout autre avantage tenant lieu de pareille pension (modification de l'art. 108, 2^o et 3^o de la loi coordonnée le 14.07.1994).

Cette mesure entre en vigueur le **1^{er} mai 2019** (soit le 1^{er} jour du mois qui suit celui de la publication de la loi du 07.04.2019 précitée au M.B.) et s'applique aux incapacités de travail qui débutent à partir de cette date.

I. Conditions à remplir

Pour les incapacités de travail qui débutent à partir du 1^{er} mai 2019, le droit aux indemnités d'incapacité de travail est ouvert **durant les six premiers mois de la période d'incapacité primaire**, à partir du 1^{er} jour du mois qui suit celui au cours duquel l'âge légal de la pension est atteint, au titulaire :

- visé à l'article 86, § 1^{er}, 1^o, a), de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, à l'exclusion du travailleur qui bénéficie d'une indemnité suite à la rupture du contrat de travail.
Il s'agit donc d'un travailleur assujetti à l'assurance obligatoire indemnités, en vertu de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.
Dès que le titulaire n'est plus assujetti à l'assurance obligatoire indemnités (cf. la fin du contrat de travail), il n'a plus droit aux indemnités d'incapacité de travail durant la période qui se trouve après le dernier jour du mois au cours duquel l'âge légal de la pension est atteint
- qui n'a bénéficié à quelque titre que ce soit, d'une pension de vieillesse, de retraite, d'ancienneté ou de tout autre avantage tenant lieu de pareille pension, accordé soit par un organisme de sécurité sociale belge ou étranger, soit par un pouvoir public, par un établissement public ou d'utilité publique.

Les conditions précitées sont **cumulatives**.

 **Remarque** : si le travailleur est à nouveau reconnu incapable en dehors du délai de rechute visé à l'article 87, alinéa 4 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994¹, il ouvre un nouveau droit aux indemnités d'incapacité primaire durant au maximum six mois.

 **Exemple** : un travailleur atteint l'âge de 65 ans le 15 mai 2019 et il décide de ne pas encore prendre sa pension de retraite à partir du 1^{er} juin 2019.

Il est incapable de travailler à partir du 1^{er} juillet 2019 jusqu'au 20 septembre 2019. L'intéressé pourra être indemnisé à partir du 1^{er} juillet 2019 (sauf pour la période éventuelle couverte par le salaire garanti) jusqu'au 20 septembre 2019.

Il est à nouveau incapable de travailler à partir du 15 janvier 2020. L'intéressé pourra à nouveau être indemnisé à partir du 15 janvier 2020 (sauf pour la période éventuelle couverte par le salaire garanti) jusqu'au 14 juillet 2020, au plus tard (et pour autant qu'il reste reconnu en incapacité de travail durant cette période).

II. Impact sur la règle de cumul visée à l'article 235, § 1^{er} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996

L'article 235, § 1^{er} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 prévoit que, sans préjudice des dispositions de la législation en matière de pension de retraite et de survie, le titulaire, qui peut faire valoir ses droits à quelque titre que ce soit à une pension de vieillesse, de retraite, d'ancienneté ou à tout autre avantage tenant lieu de pareille pension, accordée soit par un organisme de sécurité sociale belge ou étranger, soit par un pouvoir public, par un établissement public ou d'utilité publique, peut prétendre respectivement, selon qu'il a ou non des personnes à charge, un montant égal à la différence entre 150 ou 125 % de l'indemnité d'incapacité de travail, fixée pour le titulaire ayant des personnes à charge, et le montant de la pension ou de l'avantage en tenant lieu, évalué en jours ouvrables, sans pouvoir dépasser le montant journalier de l'indemnité qui lui serait alloué s'il n'y avait pas de cumul.

Vu la modification de l'article 108, 3^e de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, cette règle de cumul n'est jamais applicable à partir du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel le travailleur a atteint l'âge légal de la pension.

L'octroi des indemnités d'incapacité de travail sera donc **toujours** refusé à partir du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel le travailleur – qui a déjà effectivement fait valoir ses droits à la pension concernée – a atteint l'âge légal de la pension.

1. Si le titulaire cesse d'être en incapacité primaire au sens de l'art. 100 de la loi coordonnée le 14.07.1994, pendant une période comptant moins de 14 jours, cette période non indemnisée n'interrompt pas le cours de la période d'incapacité primaire.

III. Situation particulière : le travailleur qui n'a pas encore été reconnu incapable durant six mois au premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il a atteint l'âge légal de la pension

Le travailleur qui devient incapable de travailler avant le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il a atteint l'âge légal de la pension, peut continuer à être indemnisé à partir de ce jour pour la période de six mois restant à courir à partir de cette même date (à condition que les critères visés sous le point I. (cf. supra) soient remplis).



Exemple :

Un travailleur tombe malade le 1^{er} août 2019 et atteint l'âge de 65 ans le 15 septembre 2019. Il décide de ne pas encore prendre sa pension de retraite à partir du 1^{er} octobre 2019. L'intéressé sera indemnisé à partir du 1^{er} août 2019 (sauf pour la période éventuelle couverte par le salaire garanti) jusqu'au 30 septembre 2019 *et également* du 1^{er} octobre 2019 au 31 janvier 2020, au plus tard (et pour autant qu'il reste reconnu en incapacité de travail durant cette période).

IV. Entrée en vigueur

Cette circulaire entre en vigueur le **1^{er} mai 2019** et s'applique aux incapacités de travail qui débutent à partir de cette même date.



Circulaire O.A. n° 2019/137 – 44/255 du 24 avril 2019.

X. Congé d'adoption pour les travailleurs salariés (application de l'art. 30^{ter} de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail)

La loi du 6 septembre 2018 modifiant la réglementation en vue de renforcer le congé d'adoption et d'instaurer le congé parental d'accueil modifie l'article 30^{ter} de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail en vue de renforcer le congé d'adoption (publiée au M.B. du 26.09.2018 ; *date d'entrée en vigueur* : le **01.01.2019**).

Cette loi du 6 septembre 2018 a été modifiée, avant son entrée en vigueur, par la loi du 21 décembre 2018 portant des dispositions diverses en matière sociale (publiée au M.B. du 17.01.2019 ; *date d'entrée en vigueur de ces modifications* : le 31.12.2018).

Ensuite l'arrêté royal du 23 mars 2019 modifiant, en ce qui concerne le renforcement du congé d'adoption et l'instauration du congé parental d'accueil, 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, a été publié au M.B. du 4 avril 2019 (*date d'entrée en vigueur* : le **01.01.2019**).

En outre, la loi du 14 décembre 2018 portant des dispositions diverses relatives au travail (publiée au M.B. du 21.12.2018 ; *date d'entrée en vigueur* : le **31.12.2018**) a également déjà modifié la loi du 3 juillet 1978 précitée en vue de compléter l'article 30^{ter}, § 1^{er}, alinéa 3, afin que la durée maximale du congé d'adoption soit désormais également doublée lorsque l'enfant a une affection qui a pour conséquence qu'au moins 9 points sont octroyés dans l'ensemble des trois piliers de l'échelle médico-sociale (réglementation relative à la constatation de l'incapacité physique ou mentale de l'enfant).

Précédemment,

- 1) la loi-programme du 9 juillet 2004 a inséré une nouvelle disposition (art. 30^{ter}) dans la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, modifiant profondément la réglementation du congé d'adoption pour les travailleurs salariés du secteur privé et les agents contractuels des services publics (publiée au M.B. du 15.07.2004)
- 2) la loi du 18 mai 2006 modifiant certaines dispositions du Code civil en vue de permettre l'adoption par des personnes de même sexe (publiée au M.B. le 20.06.2006, *cf. infra*) a modifié certaines dispositions du Code civil afin de rendre l'adoption possible aux personnes du même sexe.

La présente circulaire définit le congé d'adoption et précise les mesures d'exécution prises dans le cadre du secteur des indemnités des travailleurs salariés.

I. Congé d'adoption – Généralités

Chaque travailleur a le droit de s'absenter du travail pour l'accueil d'un ou de plusieurs enfants mineurs dans sa famille dans le cadre d'une adoption (art. 30^{ter}, § 1^{er}, de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail).

L'âge de l'enfant concerné pour l'adoption doit uniquement être vérifié à la date de début du congé d'adoption (peu importe que l'enfant atteigne l'âge de 18 ans au cours du congé d'adoption).

I.1. Durée de la période du congé d'adoption

Suite à la loi du 6 septembre 2018 précitée, l'adoption d'un enfant mineur par le travailleur salarié donne désormais droit à **un congé d'adoption de (max.) six semaines, indépendamment de l'âge de l'enfant.**

En outre, **ce congé d'adoption de (maximum) six semaines par parent adoptif est allongé de la manière suivante** (pour l'unique parent adoptif ou un des deux parents adoptifs en 2019 et 2020 et pour l'unique parent adoptif ou pour les deux parents adoptifs ensemble, tenant compte de la répartition éventuelle de ces semaines supplémentaires entre eux à partir de 2021)*:

- 1) d'une semaine à partir du 1^{er} janvier 2019 ;
- 2) de deux semaines à partir du 1^{er} janvier 2021 ;
- 3) de trois semaines à partir du 1^{er} janvier 2023 ;
- 4) de quatre semaines à partir du 1^{er} janvier 2025 ;
- 5) de cinq semaines à partir du 1^{er} janvier 2027.

Le droit à cette semaine supplémentaire ou à ces semaines supplémentaires s'ouvre, chaque fois, lorsqu'il est satisfait de manière cumulative à deux conditions :

- 1) le travailleur salarié introduit sa demande auprès de l'employeur, au plus tôt à partir de la date d'entrée en vigueur de l'allongement concerné (à savoir le 01.01.2019, 01.01.2021, 01.01.2023, 01.01.2025 et 01.01.2027).

Dans ce cadre, il faut remarquer que le travailleur qui souhaite faire usage du droit au congé d'adoption doit en avertir par écrit son employeur, en principe, *au moins un mois à l'avance*. Ce délai peut toutefois être réduit d'un commun accord entre l'employeur et le travailleur. La notification de l'avertissement se fait :

- par lettre recommandée
- ou
- par la remise d'un écrit dont le double est signé par l'employeur au titre d'accusé de réception.

- 2) le congé d'adoption demandé peut uniquement prendre cours, au plus tôt, à partir de cette même date.



* S'il y a deux parents adoptifs, ceux-ci se répartissent cette semaine supplémentaire ou ces semaines supplémentaires entre eux, pour lesquelles, le cas échéant, il est tenu compte du droit au congé d'adoption de l'autre parent adoptif visé à l'article 18^{bis}, § 2, de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants (dans ce dernier cas particulier, il s'agit de la situation dans laquelle l'un des parents adoptifs est un travailleur salarié et l'autre parent adoptif est un travailleur indépendant).

abc En résumé :

Semaines supplémentaires à répartir entre les parents adoptifs	Maximum si un parent adoptif	Maximum (par famille) si deux parents adoptifs
À partir du 1 ^{er} janvier 2019 (1 semaine)	$6 + 1 = 7$ semaines	$6 + 6 + 1 = 13$ semaines
À partir du 1 ^{er} janvier 2021 (2 semaines)	$6 + 2 = 8$ semaines	$6 + 6 + 2 = 14$ semaines
À partir du 1 ^{er} janvier 2023 (3 semaines)	$6 + 3 = 9$ semaines	$6 + 6 + 3 = 15$ semaines
À partir du 1 ^{er} janvier 2025 (4 semaines)	$6 + 4 = 10$ semaines	$6 + 6 + 4 = 16$ semaines
À partir du 1 ^{er} janvier 2027 (5 semaines)	$6 + 5 = 11$ semaines	$6 + 6 + 5 = 17$ semaines

La durée maximale du congé d'adoption est doublée lorsque l'enfant mineur est atteint :

- d'une incapacité physique ou mentale de 66 % au moins

ou

- d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 4 points sont octroyés dans le pilier 1 de l'échelle médico-sociale, au sens de la réglementation relative à la constatation des affections qui ont des conséquences pour l'enfant sur le plan de l'incapacité physique ou mentale ou sur le plan de l'activité et de la participation, ou pour son entourage familial

ou

- d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 9 points sont octroyés dans l'ensemble des trois piliers de l'échelle médico-sociale, au sens de la réglementation relative à la constatation des affections qui ont des conséquences pour l'enfant sur le plan de l'incapacité physique ou mentale ou sur le plan de l'activité et de la participation, ou pour son entourage familial.

La durée maximale du congé d'adoption est allongée de deux semaines par parent adoptif en cas d'adoption simultanée de plusieurs enfants mineurs.

! **Remarque :** dans le cas où le travailleur salarié choisit de ne pas prendre le nombre maximal de semaines prévues dans le cadre du congé d'adoption, *celle-ci doit être au moins d'une semaine ou un multiple d'une semaine.*

> **Exemples :**

1) En 2019, deux parents adoptifs (A et B) adoptent un enfant handicapé. Leur congé d'adoption prend cours le 15 avril 2019.

=> Ils ont en principe droit, chacun, à 6 semaines (max.) de base et, en outre, un des deux parents adoptifs peut prendre la semaine supplémentaire. Les deux parents adoptifs décident que le parent adoptif A prend cette semaine supplémentaire. S'agissant de l'adoption d'un enfant handicapé, la durée (max.) du congé d'adoption à laquelle chaque parent adoptif a droit, peut être doublée.

La durée maximale du congé d'adoption est pour :

- le parent adoptif A : de 14 semaines (= $(6 + 1) \times 2$)
- le parent adoptif B : de 12 semaines (= (6×2)).

2) En 2019, deux parents adoptifs (A et B) adoptent simultanément deux enfants, dont un est handicapé. Leur congé d'adoption prend cours le 15 avril 2019.

=> Ils ont en principe droit, chacun, à 6 semaines (max.) de base et, en outre, un des deux parents adoptifs peut prendre la semaine supplémentaire. Les deux parents adoptifs décident que c'est le parent adoptif A qui prend cette semaine supplémentaire. L'un des deux enfants adoptés étant handicapé, la durée (max.) du congé d'adoption à laquelle chaque parent adoptif a droit, peut être doublée. Enfin, ils ont également droit, chacun, à deux semaines supplémentaires étant donné qu'il s'agit d'une adoption simultanée de plusieurs enfants mineurs.

La durée maximale du congé d'adoption est pour :

- le parent adoptif A : de 16 semaines (= ((6 + 1) x 2) + 2).
- le parent adoptif B : de 14 semaines (= (6 x 2) + 2).

I.2. Point de départ de la période de congé d'adoption

La période de congé d'adoption prend cours à la date choisie par le travailleur salarié, mais en tout cas dans les *deux mois* qui suivent l'inscription de l'enfant comme faisant partie du ménage du travailleur dans le registre de la population ou dans le registre des étrangers de sa commune de résidence. L'inscription de l'enfant marque la "date officielle d'entrée" de l'enfant dans la famille du travailleur salarié.

Toutefois, **en cas d'adoption internationale**, le congé d'adoption peut déjà prendre cours **avant l'inscription de l'enfant dans le registre concerné**, à savoir dès le lendemain de l'approbation, par l'autorité centrale communautaire compétente, de la décision de confier l'enfant à l'adoptant conformément à l'article 361-3, 5° ou l'article 361-5, 4° du Code civil, afin d'aller chercher l'enfant dans l'État d'origine en vue de son accueil effectif dans la famille.

I.3. Situation spécifique – Décès de l'enfant adopté au cours du congé d'adoption

En cas de décès de l'enfant adopté au cours du congé d'adoption, le droit au congé d'adoption visé par la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail (droit du travail) prend fin le lendemain du jour au cours duquel l'enfant est décédé.

Cependant, en cas d'accord relatif à la poursuite de la suspension de l'exécution du contrat de travail intervenu entre l'employeur et le travailleur, la mutualité peut poursuivre l'indemnisation jusqu'à la fin du congé d'adoption initialement prévu, indépendamment du décès de l'enfant.

I.4. La notion d'"adoption"

Le terme "adoption" utilisé à l'article 30^{ter} de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail vise l'adoption légale, telle que réglée par le droit civil. Seul un travailleur salarié pouvant intervenir comme adoptant dans le cadre du droit civil peut prétendre au congé d'adoption tel que régi par l'article 30^{ter} de la loi du 3 juillet 1978 précité.

Suite à la loi du 18 mai 2006 modifiant certaines dispositions du Code civil en vue de permettre l'adoption par des personnes de même sexe (publiée au M.B. du 20.06.2006), les personnes de même sexe ont depuis le 30 juin 2006 le droit légal d'adoption.

Ces personnes peuvent dès lors également prétendre au congé d'adoption, visé à l'article 30^{ter} de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail.

II. Congé d'adoption et secteur des indemnités

II.1. Conditions relatives à la qualité de titulaire

II.1.1. NOTION DE TRAVAILLEUR SALARIÉ

- a) L'intéressé ne peut prétendre aux indemnités de congé d'adoption qu'à la condition qu'il soit toujours lié par un contrat de travail. Le travailleur qui bénéficie d'une indemnité en cas de rupture du contrat de travail ne peut donc pas prétendre aux indemnités.

Il doit par conséquent s'agir d'un travailleur visé à l'article 86, § 1^{er}, 1^o, a), de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, à l'exclusion du travailleur qui bénéficie d'une indemnité pour rupture du contrat de travail visée audit article.

Un chômeur contrôlé ne peut pas non plus prétendre aux indemnités de congé d'adoption.



Exception : le travailleur à temps partiel volontaire et le travailleur à temps partiel avec maintien des droits visés à la réglementation du chômage qui ont repris le travail (il s'agit aussi des chômeurs contrôlés), peuvent par contre demander un congé d'adoption étant donné qu'ils sont liés par un contrat de travail (*cf. aussi infra, II.4.2.2*).

- b) Un agent contractuel des Services publics peut lui aussi prétendre au congé d'adoption. Si cet agent, conformément à la réglementation sur les congés qui lui est applicable, a droit à la rémunération pour plus de trois jours, il n'a pas droit aux indemnités de congé d'adoption que pour le solde du congé (en application de l'art. 103, § 1^{er}, 1^o, de la loi coordonnée le 14.07.1994).

II.1.2. CONDITIONS D'ASSURABILITÉ

Il ne suffit pas que l'assuré social soit lié par un contrat de travail. L'intéressé doit en outre satisfaire aux conditions d'assurabilité en vigueur dans le cadre de l'assurance maternité.

En ce qui concerne en particulier le *stage*, il doit donc accomplir un stage de **six** mois dans lequel il doit prouver 120 jours de travail ou jours assimilés (travailleur à temps plein) ou 400 heures de travail ou heures assimilées (travailleur à temps partiel), et il y a lieu de satisfaire aux conditions de rémunération.



Remarque : les jours couverts par une indemnité allouée durant le congé d'adoption sont assimilés à des jours de travail dans le cadre de l'examen des conditions d'assurabilité.

II.2. Conditions relatives au principe général de territorialité dans le cadre de l'octroi des indemnités de congé d'adoption

En application du principe général de territorialité de l'octroi des indemnités visé à l'article 136, § 1^{er} de la coordonnée le 14 juillet 1994, les indemnités de congé d'adoption sont refusées lorsque le titulaire ne se trouve pas effectivement sur le territoire belge, sauf en cas d'application de l'ordre juridique international ou d'une exception explicite prévue au droit belge (*cf. l'art. 219 et l'art. 294, § 1^{er} et § 3 de l'A.R. du 03.07.1996*).

En cas d'**adoption internationale**, une exception explicite est prévue à l'article 294, § 4 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 lorsque le titulaire se trouve en dehors du territoire belge *afin d'aller chercher l'enfant dans l'État d'origine en vue de son accueil effectif dans la famille*.

Les indemnités de congé d'adoption sont donc accordées au titulaire durant son séjour dans l'État d'origine de l'enfant.

II.3. Procédure à suivre pour l'obtention des indemnités de congé d'adoption (art. 10 et art. 52 *sexies*, § 2, du Règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, § 1^{er}, 5^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994)

Le parent adoptif doit introduire une demande auprès de sa mutualité.

Un modèle de demande est annexé¹ à la présente circulaire.

Le travailleur salarié mentionne ses données d'identification et les données d'identification de l'enfant adopté dans la demande (cf. *les rubr. 1 et 2 du modèle de demande*).



Remarque: s'il adopte plusieurs enfants simultanément, il ne doit pas compléter la rubrique 2, mais uniquement l'annexe relative à l'adoption simultanée jointe au modèle de demande.

La demande doit indiquer, en nombre de semaines, la période du congé d'adoption (cf. *la rubr. 3 du modèle de demande*).

Le travailleur salarié ajoute à sa demande **les documents nécessaires suivants** (cf. *la rubr. 4 du modèle de demande*) :

- *en cas d'adoption interne* : une copie de l'attestation de l'autorité centrale communautaire compétente qui atteste qu'une procédure d'adoption de l'enfant est en cours et qu'il lui a été confié, dans ce but, en tant qu'adoptant
- *en cas d'adoption internationale*
 - 1) en cas de prise du congé d'adoption **après l'inscription de l'enfant à la résidence principale** du travailleur salarié :
 - une copie de la décision de reconnaissance de l'adoption étrangère délivrée par le Service adoption internationale du SPF Justice ou un extrait de l'acte d'adoption
 - ou, s'il ne dispose pas de l'un des deux documents précités au moment de l'inscription de l'enfant à sa résidence principale, une copie de l'attestation de l'autorité centrale communautaire compétente qui atteste qu'une procédure d'adoption de l'enfant est en cours et qu'il lui a été confié, dans ce but, en tant qu'adoptant.
 - 2) lorsque le travailleur salarié prend le congé d'adoption **avant l'inscription de l'enfant à sa résidence principale** pour pouvoir aller chercher son enfant dans l'État d'origine en vue de son accueil effectif dans la famille : une copie du document qui montre l'approbation, par l'autorité centrale communautaire compétente, de la décision de confier l'enfant à l'adoptant conformément à l'article 361-3, 5^o ou l'article 361-5, 4^o du Code civil.
- *en cas d'adoption d'un enfant handicapé*, un document attestant que l'enfant est atteint d'une incapacité physique ou mentale de 66 % au moins ou d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 4 points sont octroyés dans le pilier 1 de l'échelle médico-sociale (réglementation relative à la constatation de l'incapacité physique ou mentale de l'enfant), ou d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 9 points sont octroyés dans l'ensemble des trois piliers de l'échelle médico-sociale (réglementation relative à la constatation de l'incapacité physique ou mentale de l'enfant).

1. Non publié ici.

Lorsqu'il y a deux parents adoptifs, la demande du travailleur salarié qui utilise le droit aux semaines supplémentaires (allongement de la période de base de six semaines), doit aussi comporter une **déclaration sur l'honneur** attestant, selon le cas,

- 1) de la répartition de ces semaines entre les deux parents adoptifs (possible, au plus tôt, à partir du 01.01.2021 !);
ou
- 2) de l'attribution de cette semaine (avant le 01.01.2021) ou de ces semaines (au plus tôt à partir du 01.01.2021) au seul parent adoptif qui utilise ce droit
(cf. la rubr. 5 du modèle de demande jointe à la présente circulaire ; applicable aux demandes de congé d'adoption introduites auprès de l'employeur avant le 01.01.2021 et aux congés d'adoption qui débutent avant le 01.01.2021).

L'employeur du travailleur salarié communique la date à laquelle ce travailleur salarié l'a averti de la prise du congé d'adoption (cf. la rubr. 6 du modèle de demande).

Après réception de la demande, la mutualité transmet à l'intéressé une feuille de renseignements (*volet à compléter par le titulaire* de l'Ann. III du Règlement du 16.04.1997 sur les indemnités) qu'il doit compléter et renvoyer signée à sa mutualité. Si l'employeur n'a pas opté pour l'envoi électronique de la feuille de renseignements (ZIMA 001) et qu'il ne peut être identifié par la mutualité, l'assuré devra faire compléter cette feuille par l'employeur (*volet à compléter par l'employeur* de l'Ann. III du Règlement du 16.04.1997 sur les indemnités) et la renvoyer à la mutualité.

Si l'employeur n'a pas envoyé d'avis de reprise du travail par voie électronique à la mutualité (ZIMA 006), l'intéressé doit renvoyer cet avis (cf. Ann. VIII du Règlement du 16.04.1997 sur les indemnités) dans les huit jours qui suivent la fin du congé d'adoption, à la mutualité (art. 18, al. 1^{er}, du Règlement du 16.04.1997 sur les indemnités).

II.4. Calcul du montant de l'indemnité de congé d'adoption (art. 223^{ter} de l'A.R. du 03.07.1996)

Les indemnités de congé d'adoption s'élèvent à 82 % de la rémunération journalière moyenne de l'intéressé. Le plafond barémique maximum est applicable (art. 87, al. 1^{er}, de la loi coordonnée le 14.07.1994 et art. 212 de l'A.R. du 03.07.1996).

L'article 52^{quinquies}, § 2, du Règlement du 16 avril 1997 sur les indemnités prévoit que la rémunération perdue est fixée conformément aux articles 23 à 28 de ce Règlement.

La rémunération est fixée de la même manière qu'en cas d'incapacité de travail, compte tenu donc du nombre de jours de travail dans une semaine de six jours.

Le plafond barémique étant applicable, le montant de l'indemnité doit le cas échéant être limité au montant de l'indemnité maximale.

Le montant de l'indemnité maximale s'élève par conséquent, en fonction d'une semaine de six jours, à 116,8729 EUR (montant maximum en vigueur à partir du 01.09.2018 ; 82 % de 142,5279 EUR).

II.4.1. EXEMPLE : EMPLOYÉ AVEC RÉMUNÉRATION MENSUELLE FORFAITAIRE

L'intéressé travaille à **temps plein** (5 jours/sem.) et perçoit une rémunération mensuelle forfaitaire de 3.500 EUR.

Rémunération journalière moyenne : $(3.500 \text{ EUR} / 26) = 134,6154 \text{ EUR}$

Montant de l'indemnité de congé d'adoption : $134,6154 \text{ EUR} \times 82 \% = 110,3846 \text{ EUR}$
(= 110,38 EUR)

=> Montant inférieur à l'indemnité maximale : 110,3846 EUR est inférieur à 116,8729 EUR

II.4.2. CAS PARTICULIERS

II.4.2.1. Travailleur ayant repris une activité en tant que travailleur salarié avec l'accord du médecin-conseil (art. 100, § 2, de la loi coordonnée le 14.07.1994 et art ; 230 de l'A.R. du 03.07.1996)

L'intéressé est lié par un contrat de travail qui fixe les conditions et le volume de l'activité. En fonction de cela, l'intéressé a droit aux trois jours de congé d'adoption, payés par l'employeur ; la période restante du congé d'adoption est prise en charge par la mutualité.

Les indemnités sont calculées sur la base de la rémunération de l'activité autorisée. Le montant des indemnités de congé d'adoption doit également être pris en considération comme "revenu professionnel" pour l'application de l'article 230, § 1^{er} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. En effet, dans ce cadre il y a lieu d'entendre par "revenu professionnel" tout revenu visé à l'article 17, § 1^{er}, 5^o ou à l'article 23, § 1^{er}, 4^o, du Code des impôts sur les revenus de 1992 qu'un titulaire se procure par une activité personnelle, ainsi que toute indemnité, allocation ou rente compensant la perte de ce revenu.



Exemple :

L'intéressé est reconnu en incapacité de travail à partir du 1^{er} octobre 2018 et peut prétendre à une indemnité d'incapacité de travail qui s'élève à **78,46 EUR**.

Cf. Montant de la rémunération mensuelle forfaitaire pour un mois de travail normal à temps plein (38 h./sem. (facteur S)) : 3.400 EUR

Montant de l'indemnité d'incapacité de travail : $(3.400 \text{ EUR} / 26) = 130,7692 \text{ EUR} \times 60 \% = 78,4615 \text{ EUR}$

Il a repris une activité autorisée comme employé à mi-temps le 1^{er} février 2019 (19 h./sem. (facteur Q) – 5 demi-jours/sem.). La rémunération mensuelle forfaitaire pour un mois de travail adapté à mi-temps est de 1.700 EUR. L'intéressé adopte un enfant de 4 ans qui est inscrit dans le registre de la population à son adresse le 15 mars 2019. L'intéressé prend les 7 semaines de congé d'adoption à partir du 18 mars 2019 jusqu'au 5 mai 2019. Les trois jours du 18 mars 2019 au 20 mars 2019 (du lundi au mercredi) ont été payés par l'employeur. Les jours restants du mois de mars 2019 sont payés par la mutualité.

Montant de l'indemnité de congé d'adoption :

$(1.700 \text{ EUR} / 26) = 65,3846 \text{ EUR} \times 82 \% = 53,6154 \text{ EUR} = \mathbf{53,62 \text{ EUR}}$

Montant de l'indemnité d'incapacité de travail durant le congé d'adoption :

Toutes les heures de congé d'adoption non rémunérées prises dans le cadre de l'activité autorisée (déclarées sous le code prestation indicatif "52") sont des heures assimilées pour la détermination de la fraction d'occupation (application de la règle de cumul visée à l'art. 230, § 1^{er} de l'A.R. du 03.07.1996). Elles doivent donc être prises en considération comme des heures de travail prestées dans le cadre de l'activité autorisée.

Vu qu'il a repris le travail à mi-temps (ou à 50 %), ses indemnités sont réduites de 30 % (= la partie de la fraction d'occupation qui dépasse 1/5 temps ou 20 %), soit 78,4615 EUR x 0,7 = 54,9231 EUR = **54,92 EUR**.

Pour les jours de congé d'adoption pris dans le cadre de l'exécution de l'activité autorisée, il peut cumuler les indemnités de congé d'adoption avec les indemnités d'incapacité de travail (par ex. : pour le jeudi 21.03.2019, il perçoit une indemnité d'incapacité de travail de 54,92 EUR **et** une indemnité de congé d'adoption de 53,62 EUR).

Il.4.2.2. Travailleur à temps partiel volontaire ou travailleur à temps partiel avec maintien des droits qui peut prétendre à l'allocation de garantie de revenus

Pour les jours de congé d'adoption pour lesquels l'intéressé conserve le droit à l'allocation de garantie de revenus, l'intéressé peut uniquement prétendre à l'indemnité de congé d'adoption, calculée sur la base de la rémunération découlant de son activité (art. 242, § 2, de l'A.R. du 03.07.1996).

II.5. Feuille de renseignements indemnités papier (volet papier)

Conformément à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 21 septembre 2004 relatif au maintien de la rémunération normale à charge de l'employeur durant les trois premiers jours du congé d'adoption (publié au M.B. du 18.10.2004), le travailleur a droit au cours des trois premiers jours du congé d'adoption au maintien de sa rémunération normale à charge de l'employeur.

L'employeur (ou son mandataire) doit mentionner les jours de congé d'adoption dans la grille de la rubrique 16 de la feuille de renseignements. Il convient de renseigner tout d'abord les jours payés par l'employeur à l'aide du code nature du jour "1", et d'indiquer ensuite les autres jours à l'aide du code nature du jour "6.11".

Si l'employeur doit payer la rémunération pour un jour férié se situant dans la période de quatorze jours suivant le début du congé d'adoption, le code nature du jour "1" ou le code nature du jour "4" doit être, selon le cas, mentionné.

La rubrique 16 mentionne les autres rubriques (rubr. 7 à 17) qui doivent encore être complétées par l'employeur (ou son mandataire).

Le montant de la rémunération perdue peut être déterminé sur la base des données complétées dans la rubrique 14, et servira de base au calcul de l'indemnité de congé d'adoption.

II.6. Mutation

En cas de mutation, chaque mutualité paiera les indemnités de congé d'adoption pour les jours situés dans la période d'affiliation du membre à la mutualité concernée.

III. Entrée en vigueur

Cette circulaire produit ses effets le **31 mars 2019**.

IV. Suppression

La présente circulaire remplace la circulaire O.A. n° 2007/460² - 47bis/8) du 13 décembre 2007.



Circulaire O.A. n° 2019/145 – 47bis/13 du 2 mai 2019.

XI. Congé d'adoption en faveur des titulaires indépendants - Arrêté royal du 20 décembre 2006 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants

La loi du 6 septembre 2018 modifiant la réglementation en vue de renforcer le congé d'adoption et d'instaurer le congé parental d'accueil modifie l'arrêté royal du 20 décembre 2006 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendant (publiée au M.B. du 26.09.2018 ; *date d'entrée en vigueur* : le **01.01.2019**).

Cette loi du 6 septembre 2018 a été modifiée, avant son entrée en vigueur, par la loi du 21 décembre 2018 portant des dispositions diverses en matière sociale (publiée au M.B. du 17.01.2019 ; *date d'entrée en vigueur de ces modifications* : le 31.12.2018).

La présente circulaire définit le congé d'adoption dans le cadre du secteur des indemnités des travailleurs indépendants.

I. Congé d'adoption - Généralités

Chaque travailleur indépendant peut, sous certaines conditions, prétendre à une **allocation d'adoption à l'occasion de l'adoption d'un ou de plusieurs enfants mineurs**.

L'âge de l'enfant concerné par l'adoption doit uniquement être vérifié à la date de début du congé d'adoption (peu importe que l'enfant atteigne l'âge de 18 ans au cours du congé d'adoption).

I.1. Durée de la période du congé d'adoption

Suite à la loi du 6 septembre 2018 précitée, l'adoption d'un enfant mineur par le travailleur indépendant donne désormais droit à un congé d'adoption **de (max.) six semaines, indépendamment de l'âge de l'enfant**.

En outre, **ce congé d'adoption de (max.) six semaines par parent adoptif est allongé de la manière suivante** (pour l'unique parent adoptif ou un des deux parents adoptifs en 2019 et 2020 et pour l'unique parent adoptif ou pour les deux parents adoptifs ensemble, tenant compte de la répartition éventuelle de ces semaines supplémentaires entre eux à partir de 2021)*:

- 1) d'une semaine à partir du 1^{er} janvier 2019 ;
- 2) de deux semaines à partir du 1^{er} janvier 2021 ;
- 3) de trois semaines à partir du 1^{er} janvier 2023 ;
- 4) de quatre semaines à partir du 1^{er} janvier 2025 ;
- 5) de cinq semaines à partir du 1^{er} janvier 2027.

Le droit à cette semaine supplémentaire ou à ces semaines supplémentaires s'ouvre chaque fois pour les congés d'adoption qui débutent au plus tôt à partir de l'entrée en vigueur de l'allongement concerné.



* *S'il y a deux parents adoptifs, ceux-ci se répartissent ces semaines supplémentaires entre eux (cf. aussi infra, II.4.), pour lesquelles, le cas échéant, il est tenu compte du droit au congé d'adoption de l'autre parent adoptif visé à l'article 30^{ter} de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail (dans ce dernier cas particulier, il s'agit de la situation dans laquelle l'un des parents adoptif est un travailleur salarié et l'autre parent adoptif est un travailleur indépendant).*



En résumé :

Semaines supplémentaires à répartir entre les parents adoptifs	Maximum si un parent adoptif	Maximum (par famille) si deux parents adoptifs
À partir du 1 ^{er} janvier 2019 (1 semaine)	6 + 1 = 7 semaines	6 + 6 + 1 = 13 semaines
À partir du 1 ^{er} janvier 2021 (2 semaines)	6 + 2 = 8 semaines	6 + 6 + 2 = 14 semaines
À partir du 1 ^{er} janvier 2023 (3 semaines)	6 + 3 = 9 semaines	6 + 6 + 3 = 15 semaines
À partir du 1 ^{er} janvier 2025 (4 semaines)	6 + 4 = 10 semaines	6 + 6 + 4 = 16 semaines
À partir du 1 ^{er} janvier 2027 (5 semaines)	6 + 5 = 11 semaines	6 + 6 + 5 = 17 semaines

La durée maximale du congé d'adoption est doublée lorsque l'enfant mineur est atteint :

- d'une incapacité physique ou mentale de 66 % au moins

ou

- d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 4 points sont octroyés dans le pilier 1 de l'échelle médico-sociale, au sens de la réglementation relative à la constatation des affections qui ont des conséquences pour l'enfant sur le plan de l'incapacité physique ou mentale ou sur le plan de l'activité et de la participation, ou pour son entourage familial

ou

- d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 9 points sont octroyés dans l'ensemble des trois piliers de l'échelle médico-sociale, au sens de la réglementation relative à la constatation des affections qui ont des conséquences pour l'enfant sur le plan de l'incapacité physique ou mentale ou sur le plan de l'activité et de la participation, ou pour son entourage familial.

La durée maximale du congé d'adoption est allongée de deux semaines par parent adoptif en cas d'adoption simultanée de plusieurs enfants mineurs.



Remarque : dans le cas où le travailleur indépendant choisit de ne pas prendre le nombre maximal de semaines prévues dans le cadre du congé d'adoption, *celle-ci doit être au moins d'une semaine ou un multiple d'une semaine.*

> Exemples :

1) en 2019, deux parents adoptifs (A et B) adoptent un enfant handicapé. Leur congé d'adoption prend cours le 15 avril 2019.

=> Ils ont en principe droit, chacun, à 6 semaines (max.) de base et, en outre, un des deux parents adoptifs peut prendre la semaine supplémentaire. Les deux parents adoptifs décident que le parent adoptif A prend cette semaine supplémentaire. S'agissant de l'adoption d'un enfant handicapé, la durée (max.) du congé d'adoption à laquelle chaque parent adoptif a droit, peut être doublée.

La durée maximale du congé d'adoption est pour :

- le parent adoptif A : de 14 semaines (= $(6 + 1) \times 2$)
- le parent adoptif B : de 12 semaines (= (6×2))

2) en 2019, deux parents adoptifs (A et B) adoptent simultanément deux enfants, dont un est handicapé. Leur congé d'adoption prend cours le 15 avril 2019.

=> Ils ont en principe droit, chacun, à 6 semaines (maximum) de base et, en outre, un des deux parents adoptifs peut prendre la semaine supplémentaire. Les deux parents adoptifs décident que c'est le parent adoptif A qui prend cette semaine supplémentaire. L'un des deux enfants adoptés étant handicapé, la durée (maximale) du congé d'adoption à laquelle chaque parent adoptif a droit, peut être doublée. Enfin, ils ont également droit, chacun, à deux semaines supplémentaires étant donné qu'il s'agit d'une adoption simultanée de plusieurs enfants mineurs.

La durée maximale du congé d'adoption est pour :

- le parent adoptif A : de 16 semaines (= $((6 + 1) \times 2) + 2$)
- le parent adoptif B : de 14 semaines (= $(6 \times 2) + 2$).

I.2. Point de départ de la période de congé d'adoption

La période de congé d'adoption prend cours à la date choisie par le travailleur indépendant, mais en tout cas au plus tôt le jour de l'inscription de l'enfant à la résidence principale de l'adoptant et au plus tard deux mois après cette inscription.

L'inscription de l'enfant marque la "date officielle d'entrée" de l'enfant dans la famille du travailleur indépendant.

Toutefois, **en cas d'adoption internationale**, le congé d'adoption peut déjà prendre cours **avant l'inscription de l'enfant**, soit dès le lendemain de l'approbation, par l'autorité centrale communautaire compétente, de la décision de confier l'enfant à l'adoptant conformément à l'article 361-3, 5^o ou l'article 361-5, 4^o du Code civil, afin d'aller chercher l'enfant dans l'État d'origine en vue de son accueil effectif dans la famille.

I.3. La notion d'"adoption"

Le terme "adoption" utilisé à l'arrêté royal du 20 décembre 2006 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants vise l'adoption légale, telle que réglée par le droit civil. Seul un travailleur indépendant pouvant intervenir comme adoptant dans le cadre du droit civil peut prétendre au congé d'adoption tel que régi par l'arrêté royal du 20 décembre 2006 précité.

Suite à la loi du 18 mai 2006 modifiant certaines dispositions du Code civil en vue de permettre l'adoption par des personnes de même sexe (publiée au M.B. du 20.06.2006), les personnes de même sexe ont depuis le 30 juin 2006 le droit légal d'adoption.

Ces personnes peuvent dès lors également prétendre au congé d'adoption, visé à l'arrêté royal du 20 décembre 2006 précité.

II. Congé d'adoption et assurance indemnités

II.1. Conditions d'assurabilité

II.1.1. QUALITÉ DE TITULAIRE

Le congé d'adoption est accordé à tout titulaire indépendant visé à l'article 3 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants. Il n'est dès lors pas nécessaire que le titulaire se trouve dans une période d'activité pour pouvoir prétendre au congé d'adoption.

En outre, le congé d'adoption n'interrompt pas une période d'incapacité primaire ou d'invalidité (cf. art. 4, § 2, al. 2, de l'A.R. du 20.12.2006 précité).

II.1.2. CONDITIONS D'ASSURANCE

Afin de pouvoir prétendre à l'allocation d'adoption, le titulaire doit remplir les conditions normales d'assurabilité dans le cadre de l'assurance indemnités en faveur des travailleurs indépendants (l'art. 4, § 2, al. 1^{er}, de l'A.R. du 20.12.2006 précité renvoie aux art. 14 à 18 de l'A.R. du 20.07.1971 précité).



Remarque : si la date de début du congé d'adoption est proche de la date d'introduction de la demande, la mutualité vérifie à ce moment s'il remplit les conditions d'assurabilité (mêmes trimestres de référence). Si la date de début du congé d'adoption est trop éloignée, la mutualité doit ("re") vérifier au début du congé d'adoption si le titulaire répond encore aux conditions d'assurabilité.

II.2. Condition relative à la cessation de l'activité professionnelle (art. 3, § 3 de l'A.R. du 20.12.2006 précité)

Le travailleur indépendant ne peut exercer, à titre personnel, aucune activité professionnelle pendant toute la période de congé d'adoption (ni comme travailleur indépendant, ni dans une autre qualité).

II.3. Conditions relatives au principe général de territorialité dans le cadre de l'octroi des indemnités de congé d'adoption

En application du principe général de territorialité de l'octroi des indemnités visé à l'article 25 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 précité, les indemnités de congé d'adoption sont refusées (selon le cas, le congé d'adoption ne débutera donc pas ou prendra fin) lorsque le titulaire indépendant ne se trouve pas effectivement sur le territoire belge, sauf en cas d'application de l'ordre juridique international ou d'une exception explicite prévu au droit belge (cf. l'art. 294, § 1^{er} de l'A.R. du 03.07.1996).

1. Afin de tenir compte de la loi du 18.06.2018 portant dispositions diverses en matière de droit civil et des dispositions en vue de promouvoir des formes alternatives de résolution des litiges (*Titre II : Modernisation de l'état civil*) et de s'aligner sur les formalités administratives requises en matière de congé d'adoption dans le cadre du régime salarié, les formalités administratives requises en matière de congé d'adoption dans le cadre du régime indépendant ont été adaptées dans la présente circulaire et seront formalisées dans l'A.R. du 20.12.2006 dès que possible.

En cas **d'adoption internationale**, une exception explicite est prévue à l'article 4, § 3 de l'arrêté royal du 20 décembre 2006 précité lorsque le titulaire indépendant se trouve en dehors du territoire belge afin d'aller chercher l'enfant dans l'État d'origine en vue de son accueil effectif dans la famille. Les indemnités de congé d'adoption sont donc accordées au titulaire durant son séjour dans l'État d'origine de l'enfant.

II.4. Procédure à suivre pour l'obtention des allocations de congé d'adoption (art. 6 de l'A.R. du 20.12.2006 précité)

Pour bénéficier de l'allocation d'adoption, le travailleur indépendant doit introduire sa demande auprès de sa mutualité par courrier postal ou par dépôt d'une demande sur place, contre accusé de réception.

Un modèle de demande est annexé à la présente circulaire.

Le travailleur indépendant mentionne ses données d'identification et les données d'identification de l'enfant adopté dans la demande (cf. les rubr. 1 et 2 du modèle de demande).

! Remarque : s'il adopte plusieurs enfants simultanément, il ne doit pas compléter la rubrique 2, mais uniquement l'annexe relative à l'adoption simultanée jointe au modèle de demande.

La demande doit indiquer, en nombre de semaines, la période du congé d'adoption (cf. la rubr. 3 du modèle de demande).

La mutualité accuse réception de la demande, et, si le travailleur indépendant répond aux conditions d'assurabilité, elle l'invite à présenter les **documents nécessaires suivants**¹ :

! Remarque : le travailleur indépendant dispose toutefois de la possibilité de déjà annexer les pièces justificatives nécessaires à la demande initiale (cf. la rubr. 4 du modèle de demande), sans attendre l'invitation de la mutualité.

- *en cas d'adoption interne*
une copie de l'attestation de l'autorité centrale communautaire compétente qui atteste qu'une procédure d'adoption de l'enfant est en cours et qu'il lui a été confié, dans ce but, en tant qu'adoptant.
- *en cas d'adoption internationale*
 - 1) en cas de prise du congé d'adoption **à partir de l'inscription de l'enfant à la résidence principale** du travailleur indépendant :
 - une copie de la décision de reconnaissance de l'adoption étrangère délivrée par le Service adoption internationale du SPF Justice ou un extrait de l'acte d'adoption
 - ou, s'il ne dispose pas de l'un des deux documents précités au moment de l'inscription de l'enfant à sa résidence principale, une copie de l'attestation de l'autorité centrale communautaire compétente qui atteste qu'une procédure d'adoption de l'enfant est en cours et qu'il lui a été confié, dans ce but, en tant qu'adoptant.
 - 2) lorsque le travailleur indépendant prend le congé d'adoption **avant l'inscription de l'enfant à sa résidence principale** pour pouvoir aller chercher son enfant dans l'État d'origine en vue de son accueil effectif dans la famille : une copie du document qui montre l'approbation, par l'autorité centrale communautaire compétente, de la décision de confier l'enfant à l'adoptant conformément à l'article 361-3, 5° ou l'article 361-5, 4° du Code civil.

- *en cas d'adoption d'un enfant handicapé*

un document attestant que l'enfant est atteint d'une incapacité physique ou mentale de 66 % au moins ou d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 4 points sont octroyés dans le pilier 1 de l'échelle médico-sociale (réglementation relative à la constatation de l'incapacité physique ou mentale de l'enfant), ou d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 9 points sont octroyés dans l'ensemble des trois piliers de l'échelle médico-sociale (réglementation relative à la constatation de l'incapacité physique ou mentale de l'enfant).

Lorsqu'il y a deux parents adoptifs, la demande du travailleur indépendant qui utilise le droit aux semaines supplémentaires (allongement de la période de base de six semaines), doit aussi comporter une **déclaration sur l'honneur** attestant, selon le cas,

- 1) de la répartition de ces semaines entre les deux parents adoptifs (possible, au plus tôt, à partir du 01.01.2021 !)
ou
- 2) de l'attribution de cette semaine (avant le 01.01.2021) ou de ces semaines (au plus tôt à partir du 01.01.2021) au seul parent adoptif qui utilise ce droit
(cf. la rubr. 5 du modèle de demande jointe à la présente circulaire ; applicable aux congés d'adoption qui débutent avant le 01.01.2021).

II.5. L'allocation de congé d'adoption (art. 7 de l'A.R. du 20.12.2006 précité)

Le montant forfaitaire de l'allocation d'adoption s'élève à 484,90 EUR pour chaque semaine prise par le titulaire (montant de base : 346,31 EUR).²

Ce montant est lié aux variations de l'indice santé.

L'allocation d'adoption est payée en une fois au plus tard un mois après la date de début du congé d'adoption et ce même lorsque le congé d'adoption se prolonge sur une période de plus d'un mois (lorsque le travailleur indépendant prend plus de quatre semaines de congé d'adoption).

En cas de décès du titulaire au cours du congé d'adoption, il y aura lieu de récupérer les indemnités afférentes à la période postérieure à la date du décès. Néanmoins, s'agissant d'indemnités hebdomadaires, en cas de décès au cours d'une semaine, les indemnités seront récupérées à partir du premier jour de la semaine qui suit la semaine de congé d'adoption au cours de laquelle le titulaire est décédé.

En cas de décès de l'enfant adopté au cours du congé d'adoption, la mutualité peut poursuivre l'indemnisation jusqu'à la fin du congé d'adoption initialement prévu, indépendamment du décès de l'enfant. Il reste nécessaire que le travailleur indépendant n'exerce, à titre personnel, aucune activité professionnelle pendant cette période de congé d'adoption (ni comme travailleur indépendant, ni dans une autre qualité).

II.6. Cumul (art. 4, § 2, al. 2 et 3 de l'A.R. du 20.12.2006 précité)

Durant la période de congé d'adoption le titulaire indépendant ne peut prétendre aux indemnités d'incapacité primaire, ni aux indemnités d'invalidité accordées en vertu de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 précité.

Au cours de la période de congé précitée, l'allocation d'adoption est diminuée du montant des indemnités auxquelles le titulaire peut prétendre en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ("titulaire avec une double qualité").

III. Entrée en vigueur

Cette circulaire produit ses effets le **31 mars 2019**.

IV. Suppression

La présente circulaire remplace la circulaire O.A. n° 2019/57 – 47bis/10 du 11 février 2019.



Circulaire O.A. n° 2019/154 – 47bis/14 du 6 mai 2019.

XII. Droit aux indemnités d'incapacité de travail après l'âge légal de la pension - Régime des travailleurs indépendants

Au Moniteur belge du 6 mai 2019, l'arrêté royal du 26 avril 2019 modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants a été publié.

Cet arrêté royal modifie la réglementation de l'assurance indemnités pour les travailleurs indépendants en ce sens que les travailleurs indépendants qui ont continué à travailler après l'âge légal de la pension (actuellement 65 ans) peuvent prétendre aux indemnités d'incapacité de travail durant les six premiers mois de l'incapacité primaire à condition qu'ils n'aient pas encore effectivement bénéficié de leur pension de retraite ou de tout autre avantage tenant lieu de pareille pension (modification de l'art. 3, 1^o, a) et de l'art. 26 de l'A.R. du 20.07.1971 précité).

Cette mesure entre en vigueur le **1^{er} juin 2019** (soit le 1^{er} jour du mois qui suit celui de la publication de l'A.R. du 26.04.2019 précité au M.B.) et s'applique aux incapacités de travail qui débutent à partir de cette date.

1. Conditions à remplir

À partir du 1^{er} jour du mois qui suit celui au cours duquel l'âge légal de la pension est atteint, le droit aux indemnités d'incapacité de travail est ouvert **durant les six premiers mois de la période d'incapacité primaire**, pour le titulaire :

- visé à l'article 13, § 1^{er}, alinéa 2, de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967, à condition que le montant des cotisations sociales dues soit basé sur un revenu qui atteint au moins le montant minimum visé, selon le cas, à l'article 12, § 1^{er}, alinéa 2, ou à l'article 12, § 1^{er}ter, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal n° 38 précité.

Il s'agit donc d'un travailleur indépendant tenu au paiement de cotisations sociales (à partir du trimestre au cours duquel il atteint l'âge légal de la pension) *dont le montant atteint au moins le minimum dû par un travailleur indépendant à titre principal.*

Dès que le titulaire n'est plus assujéti au statut social des travailleurs indépendants, il n'a plus droit aux indemnités d'incapacité de travail durant la période se situant après le dernier jour du mois au cours duquel l'âge légal de la pension est atteint.

 **Remarque** : si l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI) a assimilé la période d'incapacité de travail à une période d'activité pour la constitution de droits à la pension, cela n'a pas pour effet la cessation de l'octroi des indemnités d'incapacité de travail (durant les six premiers mois d'incapacité primaire)

- qui n'a pas bénéficié, à quelque titre que ce soit, d'une pension de vieillesse, de retraite, d'ancienneté ou de tout autre avantage tenant lieu de pareille pension, accordé soit par un organisme de sécurité sociale belge ou étranger, soit par un pouvoir public, par un établissement public ou d'utilité publique.

1. Une interruption dans l'état d'incapacité de travail qui n'atteint pas quatorze jours est censée ne pas avoir interrompu le cours de la période d'incapacité primaire non indemnisable.
2. Une interruption dans l'état d'incapacité de travail qui n'atteint pas quatorze jours est censée ne pas avoir interrompu le cours de la période d'incapacité primaire indemnisable.

Les conditions précitées sont **cumulatives**.

! **Remarque :** si le travailleur indépendant est à nouveau reconnu incapable en dehors du délai de rechute visé à l'article 8, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 précité¹ et à l'article 9, § 2, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 précité², il ouvre un nouveau droit aux indemnités d'incapacité primaire durant, au maximum, six mois.

> **Exemple :** un travailleur indépendant atteint l'âge de 65 ans le 15 mai 2019 et il décide de ne pas encore prendre sa pension de retraite à partir du 1^{er} juin 2019. Il est incapable de travailler à partir du 1^{er} juillet 2019 jusqu'au 20 septembre 2019. L'intéressé pourra être indemnisé à partir du 1^{er} juillet 2019 jusqu'au 20 septembre 2019. Il est à nouveau incapable de travailler à partir du 15 janvier 2020. L'intéressé pourra à nouveau être indemnisé à partir du 15 janvier 2020 jusqu'au 14 juillet 2020, au plus tard (pour autant qu'il reste reconnu en incapacité de travail durant cette période).

II. Impact sur la règle de cumul visée à l'article 29, § 1^{er}, 5^o, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971

L'article 29, § 1^{er}, 5^o de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 prévoit que les prestations sont diminuées du montant des pensions de vieillesse, de retraite ou d'ancienneté, en ce comprises les pensions prématurées en raison d'incapacité de travail, et de tout avantage tenant lieu de pareille pension allouée soit par une institution belge ou étrangère de sécurité sociale, soit par un pouvoir public, par un établissement public ou par un établissement d'utilité publique.

Vu la modification de l'article 26 de l'arrêté royal 20 juillet 1971, cette règle de cumul n'est jamais applicable à partir du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel le travailleur indépendant a atteint l'âge légal de la pension.

L'octroi des indemnités d'incapacité de travail sera donc **toujours** refusé à partir du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel le travailleur indépendant – qui a déjà effectivement fait valoir ses droits à la pension concernée – a atteint l'âge légal de la pension.

III. Situation particulière : le travailleur indépendant qui n'a pas encore été reconnu incapable durant six mois au premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il a atteint l'âge légal de la pension

Le travailleur indépendant qui devient incapable de travailler avant le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il a atteint l'âge légal de la pension, peut continuer à être indemnisé à partir de ce jour pour la période de six mois restant à courir à partir de cette même date (à condition que les critères visés sous le point I. (cf. supra) soient remplis).

**Exemple :**

Un travailleur indépendant tombe malade le 1^{er} août 2019 et atteint l'âge de 65 ans le 15 septembre 2019. Il décide de ne pas encore prendre sa pension de retraite à partir du 1^{er} octobre 2019. L'intéressé sera indemnisé à partir du 1^{er} août 2019 jusqu'au 30 septembre 2019 *et également* du 1^{er} octobre 2019 au 31 janvier 2020, au plus tard (pour autant qu'il reste reconnu en incapacité de travail durant cette période).

IV. Entrée en vigueur

Cette circulaire entre en vigueur le **1^{er} juin 2019** et s'applique aux incapacités de travail qui débutent à partir de cette même date.



Circulaire O.A. n° 2019/173 – 484/9 du 29 mai 2019.

XIII. Preuves de qualité de titulaire visé dans l'article 32, alinéa 1^{er}, 1^o, 2^o à 6^o inclus, 7^o à 11^o, 12^o, 13^o, 14^o, 16^o et 20^o de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

1. Introduction

La présente circulaire a pour objectif de préciser sur quelles données ou pièces les organismes assureurs (O.A.) doivent se baser pour accepter l'existence des qualités de titulaire dans le régime général.

En ce qui concerne les qualités du titulaire indépendant et les qualités des personnes inscrites au Registre national, il existe des circulaires spécifiques publiées par le Service du contrôle administratif (SCA). Par conséquent, ces qualités ne sont pas traitées dans la présente circulaire.

Dans la présente circulaire, il est souvent fait référence à des échanges électroniques pour la plupart des qualités de titulaire. En règle générale, pour tous ces échanges électroniques, le principe est que, si la transmission électronique échoue, ou si les données électroniques ne peuvent pas être mises à disposition, une attestation papier est établie, avec le même contenu, par l'instance qui est responsable de l'envoi électronique des données.

2. Énumération des données et pièces qui prouvent la qualité de titulaire

2.1. La qualité de travailleur, visée à l'article 32, alinéa 1^{er}, 1^o, de la loi coordonnée susvisée

Il s'agit ici tout d'abord des travailleurs assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé, en vertu de la loi du 27 juin 1969, révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.

1. Non publiée ici.

2. Un projet est en cours, qui va permettre, à l'avenir, que les O.A. reçoivent un signal sur la base de la banque de données Dimona, pour les assurés sociaux qui obtiennent la qualité de travailleur salarié pour la première fois. En attendant, les O.A. peuvent se baser sur la consultation de la base de données Dimona, afin de prouver qu'une personne qui demande son inscription, a en effet la qualité de travailleur assujetti à la sécurité sociale.

La qualité est démontrée *dès son obtention* au moyen d'une *déclaration de l'employeur* indiquant que le titulaire est un travailleur, assujetti à un ou aux deux secteurs de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en vertu de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, ou un travailleur assujetti à l'arrêté-loi du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés.

Il s'agit plus précisément du document "Preuve d'assujettissement à la sécurité sociale" complété par l'employeur ou d'une déclaration écrite de l'employeur avec mention du numéro ONSS (par laquelle l'ONSS prouve que les cotisations de sécurité sociale ont été payées). Ce document est annexé¹ à la présente circulaire.

La direction de données d'accessibilité du Service du contrôle administratif permet en outre, de prouver l'obtention de la qualité susmentionnée, *au moyen de la consultation de la banque de données Dimona* ("Dimona" est l'abréviation de "déclaration immédiate – onmiddellijke aangifte", et est la base de données auprès de l'ONSS qui contient toute entrée et sortie de service d'un travailleur²).

Dans ce cas, la déclaration de l'employeur susmentionnée n'est pas nécessaire.

Après l'obtention de la qualité, le *maintien de cette qualité ressort des données prouvant que les cotisations requises ont été payées* (art. 276, § 2, de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi coordonnée susvisée) comme le prescrit la loi précitée du 27 juin 1969. L'année suivant l'affiliation, l'O.A. reçoit un message électronique (bon de cotisation) duquel il ressort que les cotisations de sécurité sociale ont été payées. Ces données sont transmises à l'O.A. avec le flux électronique de données "A908". Les O.A. peuvent également consulter ces données dans le flux de données "L901". Si l'O.A. fait usage de la possibilité de consultation du flux "L901", il peut également se baser sur cette consultation pour prouver, d'une part, la qualité de titulaire, et, d'autre part, l'obligation de cotisation.

2.2. Les travailleurs en chômage contrôlé, visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 3^o, de la loi coordonnée susvisée

Il s'agit des travailleurs en chômage contrôlé tels que décrits plus précisément à l'article 246 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée susvisée.

Lors de l'obtention de cette qualité, celle-ci est démontrée par le flux électronique de données "A015". Ce flux, transmis aux O.A., contient le signal qu'un assuré a obtenu la qualité de chômeur contrôlé. Il s'agit d'attestations électroniques qui sont envoyées chaque mois aux O.A. dès que les assurés concernés obtiennent la qualité de chômeurs contrôlés (juste après avoir accompli leur stage d'attente ouvrant le droit au chômage).

Une fois que la qualité a été obtenue, le maintien de cette qualité ressort du flux électronique de données relatif aux attestations de chômage que les caisses de paiement des allocations de chômage transmettent aux O.A. via la Banque-carrefour de la sécurité sociale. Il s'agit du flux de données "A012".

Les attestations de chômage doivent être transmises aux O.A. sous la forme d'un envoi unique en mars/avril/mai de l'année suivant l'année de référence (différents moments en fonction des organismes de paiement des allocations de chômage) ; ensuite, des envois supplémentaires sont régulièrement effectués afin de transmettre les données entre-temps collectées (retards, corrections...).

2.3. Les travailleuses visées à l'article 32, alinéa 1^{er}, 4^o, de la loi coordonnée susvisée qui, à la suite d'une période visée au 1^o, 2^o, 3^o, 5^o ou 6^o, interrompent le travail ou ne reprennent pas le travail pour se reposer, au plus tôt à partir du cinquième mois de grossesse

L'O.A. est lui-même la source authentique des données relatives à la situation concernée, vu que la reconnaissance de la situation est faite par l'O.A. lui-même. Par conséquent, il n'est pas nécessaire de disposer de preuves externes.

2.4. Les travailleurs visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 5^o, de la loi coordonnée susvisée qui, pour mettre un terme à leur chômage, effectuent un travail domestique et qui, pour l'application de la réglementation de l'assurance chômage, conservent la qualité de salarié habituel

Au chômeur qui met un terme à son chômage, en acceptant d'effectuer à l'intervention de l'Office national de l'Emploi, un travail domestique, cet office remet, dans les deux mois suivant la fin de chaque année civile, éventuellement par l'intermédiaire de l'employeur, l'attestation de travail domestique (art. 281, § 2, de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi coordonnée susvisée).

2.5. Les travailleurs qui se trouvent dans la "période d'assurance continuée", visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 6^o, de la loi coordonnée susvisée, et décrits plus précisément aux articles 247 et suivants de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée susvisée

Les preuves sur la base desquelles l'assurance continuée peut être accordée pour les différentes situations énumérées à l'article 247 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée susvisée, sont déjà précisées à l'article 248 de ce même arrêté royal.

2.6. Les travailleurs visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 7^o et 9^o, de la loi coordonnée susvisée ayant droit à une pension de retraite en vertu de la législation relative aux pensions de retraite et de survie des travailleurs salariés, ou à une pension anticipée en vertu d'un statut particulier propre au personnel d'une entreprise ainsi que les travailleurs ayant droit à une pension de retraite du secteur public

Il s'agit ici de personnes qui bénéficient effectivement de l'une des pensions susmentionnées. L'Office national des pensions, le SPF Finances et les autres institutions qui paient les pensions du secteur public (SdPSP), établissent, au début de la pension de retraite, des déclarations (attestations soins de santé pensionnés), mentionnant notamment la date de prise de cours de la pension de retraite.

Les institutions précitées transmettent ces déclarations (attestations soins de santé pensionnés) par voie électronique, via la Banque-carrefour de la sécurité sociale (BCSS) et le Collège intermutualiste national (CIN), aux organismes assureurs auxquels les assurés sont affiliés.

Cette transmission se fait via le flux électronique "A101".

Les mêmes données sont également, et avec la même force probante, disponibles dans le flux de consultation "C101".

Comme mentionné en introduction de cette circulaire, si la transmission électronique de données ne fonctionne pas, ces institutions délivrent aux pensionnés des déclarations sur papier, qui contiennent les mêmes données que celles figurant dans le flux électronique. Ces déclarations doivent être remises par les pensionnés aux organismes assureurs auxquels ils sont affiliés. En cas de perte, la section "Données d'accessibilité administrative" du Service du contrôle administratif délivre un duplicata.

Il s'agit des types d'attestations électroniques suivants, qui reçoivent un code en fonction de la situation prouvée par ces attestations :

Le Service souligne que la distinction entre une pension inférieure à un tiers d'une carrière complète et une pension supérieure à un tiers d'une carrière complète n'a plus d'intérêt réglementaire depuis que les bénéficiaires d'une pension inférieure à un tiers d'une carrière complète n'ont plus la possibilité de s'inscrire comme personne à charge.

01	Pension de retraite + 1/3
09	Pension de retraite - 1/3

L'attestation est délivrée au moment où le dossier de pension est en ordre, ce qui est possible tant avant qu'après la date de la pension.

Le document contenant la décision de la Commission des pensions au sujet de l'octroi de la pension anticipée pour des raisons de santé ou pour cause d'inaptitude physique s'applique également à titre de preuve pour l'inscription dans la qualité de pensionné.

Cette pension doit être considérée comme une pension de retraite au sens de l'article 32, 9°, de la loi SSI et le fonctionnaire qui perçoit cette pension peut donc s'inscrire en qualité de pensionné.

Étant donné qu'aucune attestation électronique n'est actuellement disponible à ce propos dans le flux A101, le document contenant la décision de la Commission des pensions sur l'octroi de la pension anticipée pour des raisons de santé ou d'inaptitude physique peut en attendant être utilisé comme pièce justificative.

2.7. Les personnes qui, par l'octroi d'une pension de retraite ou de survie ou d'un avantage en tenant lieu, établi par ou en vertu d'une loi ou par un règlement autre que le régime de pensions des travailleurs salariés, perdent le droit à une pension visée à l'article 32, alinéa 1^{er}, 7° ou 9°, de la loi coordonnée susvisée

Cette situation est prouvée au moyen d'un message électronique, transmis dans le flux précité "A101", avec le code suivant :

69 (ONP)	Suspension du paiement de la pension dans la situation visée à l'article 32, premier alinéa, 11°, de la loi coordonnée.
----------	---

L'attestation est délivrée au moment de la suspension de la pension de retraite.

2.8. Les travailleurs visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 8^o, de la loi coordonnée susvisée ayant droit, en qualité d'ouvrier mineur, à une pension d'invalidité ou à une pension de retraite

Lors de l'octroi ou du retrait de la pension d'invalidité, la "Cellule ouvriers mineurs" du Service des indemnités envoie un message à la mutualité connue de l'intéressé. Ce modèle est joint en annexe à la présente circulaire.

2.9. Les personnes visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 10^o, de la loi coordonnée susvisée ayant droit en qualité d'agent statutaire de la Caisse de soins de santé de HR Rail, à une pension de retraite ou à une pension d'invalidité

Il s'agit de personnes qui sont obligatoirement à la Caisse de soins de santé de HR Rail, et dont la Caisse de soins de santé de HR Rail possède elle-même les données relatives au droit à la pension de retraite ou à la pension d'invalidité.

2.10. Les anciens fonctionnaires coloniaux visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 12^o

Il s'agit des personnes, déterminées par le Roi, auxquelles le décret du 4 août 1959 remplaçant le décret du 5 septembre 1955 sur l'assurance relative aux soins de santé des agents et anciens agents administratifs et militaires, des magistrats et anciens magistrats de carrière et des agents et anciens agents de l'ordre judiciaire et de la police judiciaire des parquets, était applicable avant le 1^{er} janvier 1994.

En ce qui concerne la preuve de cette qualité, l'article 128*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 renvoie déjà à l'attestation jointe en annexe II de l'arrêté royal précité.

2.11. Les personnes visées à l'article 32, alinéa 1^{er}, 13^o, qui sont inscrites au Registre national des personnes physiques et qui, en raison de leur état de santé, sont reconnues incapables d'exercer un travail lucratif

L'article 128*ter* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 établit, en exécution de la disposition légale précitée, quelles reconnaissances d'incapacité (réduction de la capacité de gain) sont visées. En fonction de l'origine de la reconnaissance de la réduction de la capacité de gain, les données de preuve suivantes sont prises en considération :

- pour la reconnaissance par le médecin-inspecteur du Service d'évaluation et de contrôle médical : l'attestation, délivrée par ce Service, relative à la reconnaissance de la réduction exigée de la capacité de gain d'au moins deux tiers
- pour les reconnaissances médicales d'enfants handicapés : les données relatives à cette reconnaissance sont communiquées aux O.A. via le flux "A652" (flux prouvant la constatation médicale d'enfant handicapé). Ces données figurent également, avec la même valeur probante, dans le flux de consultation "L652"
- pour la reconnaissance de l'incapacité dans le cadre de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées : le flux "A023" (prévu à l'origine pour les preuves analogues que des assurés remplissent les conditions médicales pour avoir droit au forfait de soins malades chroniques). Ces données se trouvent également, avec la même valeur probante, dans le flux de consultation "L023"

- toute attestation prouvant que le bénéficiaire bénéficie soit d'une allocation de remplacement de revenus, soit d'une allocation d'intégration, soit d'une allocation pour l'aide aux personnes âgées, soit le budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin en soins, est suffisante pour lui permettre d'être inscrit en qualité de titulaire handicapé. Pour bénéficier de ces allocations, la capacité de gain doit en effet être réduite à un tiers ou moins de celle d'une personne en bonne santé ou le degré d'autonomie doit être fixé à un minimum de sept points, ce qui répond aux critères de reconnaissance de la qualité de personne handicapée
- les données concernant la personne qui bénéficie d'une allocation pour personne handicapée, telles que contenues dans le flux "A003" (utilisé pour l'octroi du MAF social et de l'intervention majorée), peuvent également être utilisées par l'O.A. comme preuve de la qualité de personne handicapée.

2.12. Les étudiants visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 14^o, qui fréquentent l'enseignement du troisième niveau auprès d'un établissement de cours du jour

À l'article 128^{quater} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, le Roi fixe l'obligation à laquelle ces établissements doivent répondre pour permettre de détecter les personnes assujetties : les étudiants concernés doivent être inscrits et suivre des cours dans un établissement de cours situé en Belgique qui figure sur *une liste établie par le Service du contrôle administratif*, qui, à cet effet, collabore avec les autorités compétentes pour cet enseignement.

Le Service du contrôle administratif publie en principe chaque année, *par circulaire* aux O.A., une liste mise à jour des établissements d'enseignement supérieur.

Les étudiants *qui prouvent, au moyen d'une attestation de l'établissement concerné, qu'ils étudient, dans les conditions précitées, dans un établissement figurant sur cette liste, prouvent de la sorte la qualité de titulaire*. Ils conservent cette qualité pour toute la durée de l'année scolaire ainsi qu'à la fin de l'année scolaire, jusqu'au début de l'année scolaire suivante.

2.13. Les enfants des titulaires visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 1^o à 16^o et 21^o, orphelins de père et de mère et bénéficiant des allocations familiales

En vertu de l'article 128 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, pris en exécution de la disposition légale précitée, il s'agit des enfants ou enfants adoptés d'un titulaire ou de la personne dans l'acte de naissance desquels le nom d'un titulaire est mentionné et dont ce titulaire était, au moment de son décès, le survivant de leurs père et mère ou leur seul parent naturel.

La preuve de la qualité est fournie au moyen d'une *déclaration délivrée par l'instance qui paie les allocations familiales, indiquant que l'enfant est orphelin de père et de mère et qu'il bénéficie des allocations familiales*, ou d'une attestation délivrée par le SPF Sécurité sociale – Allocation familiales, indiquant que le titulaire est un orphelin de père et de mère handicapé, qui bénéficie d'une allocation de remplacement de revenus telle que visée dans la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées.

2.14. Les veufs et les veuves des titulaires visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 16^o, de la loi coordonnée

Le Service insiste sur le fait que la qualité de ces titulaires est basée en premier lieu sur l'*état civil de veuf ou veuve des personnes qui, au moment de leur décès, étaient titulaires au sens de l'article 32, alinéa 1^{er}, 1^o à 15^o inclus*.

La qualité de titulaire est donc obtenue indépendamment, par exemple, du bénéfice d'une pension de survie.

3. L'attestation électronique concernant le bénéfice d'une pension de survie (transmise aux O.A. via le flux de données "A101") est une indication de l'éventuelle possession de cette qualité.

4. Publiée dans le B.I. n° 2010/2-3, p. 320.

Cette qualité ressortira en premier lieu des données du Registre national et – comme déjà prévu par l'article 276, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 – de l'acte de décès, duquel il ressortira qu'il s'agit bel et bien du veuf ou de la veuve d'un(e) ancien(ne) titulaire.³

2.15. Mineurs étrangers non accompagnés, visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 2^o

Les modalités de preuve pour ces catégories spécifiques de titulaires sont déjà précisées dans la circulaire O.A. n° 2010/386⁴ - 2281/4, du 18 octobre 2010 (circulaire commune des Services du contrôle administratif et des soins de santé).

3. Entrée en vigueur

Cette circulaire remplace la circulaire O.A. n° 2018/334, et entrera en vigueur le jour de sa publication.



Circulaire O.A. n° 2019/155 – 241/10 du 7 mai 2019.

XIV. 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 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 2019.

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. 371,42 EUR s'il s'agit d'un ménage bénéficiant (potentiellement) du MAF malades chroniques.

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 maximum à facturer, les organismes assureurs 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 Service du contrôle administratif 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 477,54 EUR, les organismes assureurs communiquent les données d'identification des membres du ménage concerné au Service du contrôle administratif de l'INAMI.¹

Cette communication ne concerne que les ménages dont les membres ont atteint un montant de 477,54 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 font pas partie du ménage auquel le MAF social a été accordé).

Après avoir reçu la composition des ménages, le Service du contrôle administratif 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 Service du contrôle administratif (par exercice d'imposition et par membre du ménage) dans le Flux TAXI-AS. L'octroi du maximum à facturer se fait sur la base des revenus nets du ménage connus du SPF Finances.

Le Service du contrôle administratif totalise les revenus par ménage et les classe dans une des 5 catégories (voir circ. O.A. n° 2019/1 du 08.01.2019 - MAF. Exercice 2019 et le document technique en p. 13). Le Service du contrôle administratif 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 Service du contrôle administratif communique le montant total des revenus des autres bénéficiaires composant le ménage.

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 2019 seront arrêtés au 31 décembre 2021.

Ainsi, un(e) assuré(e) peut encore avoir droit au MAF en 2020 pour des prestations effectuées en 2019 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 feedback relatif à l'octroi du maximum à facturer : 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 feedback, 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-organismes assureurs 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 477,54 EUR (demandes)

4.1. Transmission des données

Les O.A. doivent transmettre au Service du contrôle administratif, pour le 31 mai 2019 au plus tard, leur premier flux de demandes pour l'année MAF concernée, à savoir l'année MAF 2019. Ensuite, ils envoient au moins 1 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 2019, ce sera en décembre 2020. 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 2020, l'O.A. doit le signaler au Service du contrôle administratif 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 layout décrit dans le document technique joint en annexe² 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 477,54 EUR d'interventions personnelles, les organismes assureurs 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 Service du contrôle administratif dès l'instant où le compteur des tickets modérateurs du ménage affiche un montant de 371,42 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 477,54 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 doc. technique, pp. 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 maximum à facturer 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 indiquerons 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 maximum à facturer (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 1^{er} janvier 2019".

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 1^{er} 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 1^{er} janvier 2019.

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*, § 1^{er}, de cette même loi coordonnée. Le ménage est composé, sur base des informations obtenues au Registre national des personnes physiques prises en considération au 1^{er} janvier d'une année civile pour déterminer le droit du ménage concerné au maximum à facturer 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 2019, les premières inscriptions qui font partie du ménage MAF concernent des enfants nés entre "2002 et 2019". Les premières inscriptions au Registre national nées avant ou en 2001 ne sont pas prises en considération en 2019 pour le ménage MAF.

DEMANDE DE TYPE 2

Le bénéficiaire ayant, au 1^{er} janvier 2019, sa résidence principale dans une communauté religieuse, est considéré comme constituant un ménage à lui seul. (art. 9. § 1^{er}, 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 1^{er}, 21^o, 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*, § 1^{er}, 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, § 1^{er}, 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 1^{er} janvier de l'année d'octroi du maximum à facturer. Dans cette circulaire, il s'agit donc du 1^{er} janvier 2019.

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, § 1^{er} ou de l'article 12, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 15 juillet 2002.

Article 9, § 1^{er}, alinéa 1^{er} : Le bénéficiaire a, au 1^{er} 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, § 1^{er}, 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 Service du contrôle administratif (composition du ménage, doubles demandes...)

Le Service du contrôle administratif 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 doc. technique, p. 14).

Un troisième type de doubles demandes est celui où deux O.A. différents envoient une demande identique. Ceci Cela donne lieu à la constatation 41 (voir le doc. technique, p. 14). 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 13 et 14 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 Service du contrôle administratif

6.1. Échange de données

Après que le Service du contrôle administratif 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 Service du contrôle administratif (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 doc. description L330).

6.2. Année de revenus (X-2)

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 la même année de revenu est utilisée pour tous les ménages lors de la détermination du plafond MAF pour une année MAF. Jusqu'à l'année MAF 2018 inclusivement, l'année de revenu était l'année MAF-3. À partir de l'année MAF 2019, l'année MAF-2 est utilisée comme année de revenu pour l'application du maximum à facturer revenus. (*37duodecies* de la SSI).

Pour le MAF 2019, l'année de revenus est 2017.

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

L'âge d'un membre du ménage est calculé par rapport au 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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 2019 est le revenu perçu en 2017. L'année d'imposition est l'année 2018. L'âge (\pm de 16 ans) est calculé en fonction du 1^{er} janvier 2018 (jusqu'en 2002, enfant < 16 ans ; à partir de 2001, enfant \geq 16 ans).

7. Calcul des revenus du ménage et octroi de la catégorie MAF

Le Service du contrôle administratif totalise les revenus par ménage et le revenu du ménage est classé dans une des 5 catégories (voir circ. O.A. n° 2019/1 du 08.01.2019 : MAF. Exercice 2019 et le doc. technique en p. 13). Le Service du contrôle administratif transmet les résultats codés aux organismes assureurs. Les codes indiquent le plafond du ticket modérateur applicable au ménage. Ces informations suffisent à l'organisme assureur pour octroyer correctement le droit.

D'autres informations relatives aux revenus fiscaux des intéressés ne sont pas communiquées aux organismes assureurs. 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 \neq 0), le Service du contrôle administratif 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 Service du contrôle administratif (réponses)

8.1. Transmission des données à l'organisme assureur

Le Service du contrôle administratif 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 Service du contrôle administratif 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 Service du contrôle administratif ou les codes erreur pour les erreurs syntaxiques 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 Service du contrôle administratif (pas de données fiscales mais bien composition incorrecte du ménage ou double demande).

9. Feedback des organismes assureurs

9.1. Types de feedback

L'O.A. qui gère un dossier où des données relatives aux revenus font défaut, informe le Service du contrôle administratif 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 Service du contrôle administratif 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 :

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

Le premier type de décision pour laquelle un feedback 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 feedback 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 feedback 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.

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}, § 1^{er}, de la loi].

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

9.3. Transmission des données de feedback

Pour une année MAF, les organismes assureurs doivent transmettre, entre le 1^{er} et le 31 janvier de cette même année MAF+2 et MAF+3, les fichiers de feedback au Service du contrôle administratif. Le cas échéant, les O.A. transmettent 2 fichiers de feedback distincts, un pour chaque type de décision.

Le contenu des fichiers de feedback doit être conforme au lay-out décrit dans le document technique "*Exécution du Maximum à facturer 2019 Flux O.A. <-> INAMI*". Le document technique est joint en annexe³ 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'organisme assureur 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. 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 1^{er}, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, stipule l'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance soins de santé se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées. 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 organismes assureurs 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.

 **Remarque :** 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 maximum à facturer 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.

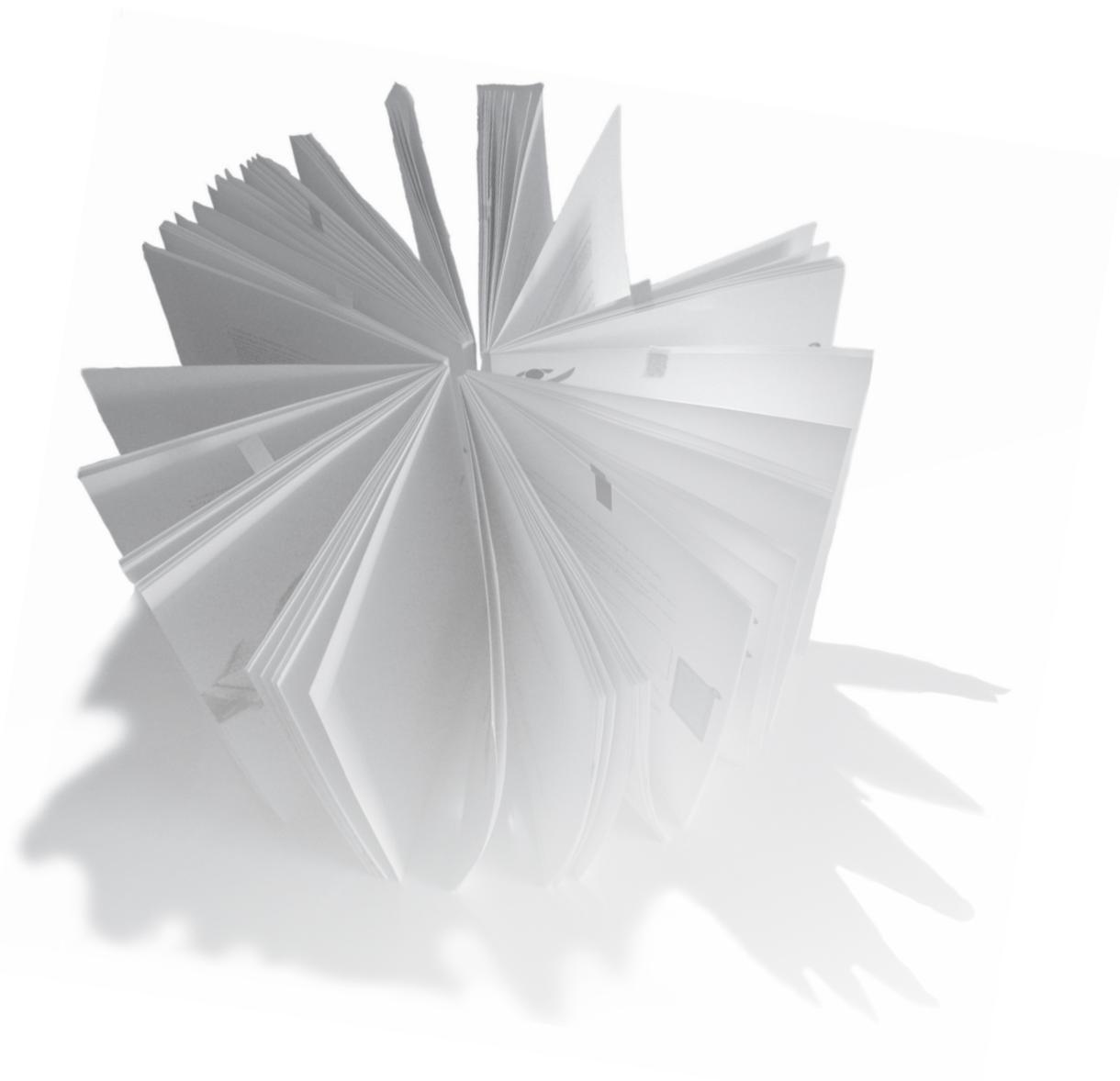
11. Dispositions générales

La présente circulaire est applicable au processus MAF revenus pour l'année MAF 2019.

 Circulaire O.A. n° 2019/156 – 3998/45 du 7 mai 2019.

4^e Partie

Données de base



Valeur minimale des documents de cotisation pour l'année 2019 - 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 1^{er} septembre 2018, et s'élève depuis cette date à 1.593,81 EUR, il convient de fixer comme suit les valeurs minimales des documents de cotisation pour l'année civile 2019 :

21 ans et plus	:	1.562,59 EUR x 4 =	6.375, 24 EUR
moins de 21 ans	:	6.250,36 EUR x 3/4 =	4.781, 43 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'EUR 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 1^{er} 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 annexe¹, 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° 2019/149 – 271/70 du 2 mai 2019.

Comité de rédaction

M. Guy Lombaerts
Mme Caroline Marthus
Mme Céline Faufeder
Mme Jolanda Gashi
Mme Charlotte Lefebre
M. Nuray Ozdemir

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726