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

3e trimestre 2020

1. Loi

Moniteur belge	Date	Titre
02.07.2020	24.06.2020	Loi du 24 juin 2020 octroyant un complément temporaire aux indemnités d'incapacité primaire

Résumé des modifications

Cette loi prévoit l'octroi d'une indemnité d'incapacité primaire supplémentaire à tous les titulaires (liés par un contrat de travail ou assimilés) reconnus comme étant en incapacité de travail, au plus tôt, à partir du 1er mars 2020 et dont le montant de la rémunération perdue est inférieure à 132,9990 EUR.

Cette indemnité d'incapacité primaire supplémentaire est octroyée pour chaque jour au cours duquel ces titulaires ont effectivement droit à l'indemnité d'incapacité primaire. Elle est toutefois refusée pour la période d'incapacité de travail au cours de laquelle le travailleur perçoit effectivement un complément ou une avance à charge de l'employeur conformément à la convention collective de travail n° 12*bis* ou n° 13*bis*.

Au plus tard trois mois à compter du premier jour du mois qui suit celui de la publication de la loi du 24 juin 2020 au Moniteur belge, les organismes assureurs paient l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire pour la période d'incapacité primaire qui précède la date de paiement (le paiement doit donc avoir lieu, au plus tard, le 01.10.2020).

Moniteur belge	Date	Titre
31.08.2020	31.07.2020	Loi modifiant l'arrêté royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 25 ans, afin d'étendre les remboursements préférentiels à toutes les femmes

Résumé des modifications

Cette loi étend l'intervention spécifique dans le coût des contraceptifs, actuellement prévue pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 25 ans, aux femmes bénéficiant d'une intervention majorée.

Moniteur belge	Date	Titre
31.08.2020	09.08.2020	Loi modifiant l'arrêté royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 25 ans afin d'accroître l'accessibilité financière des femmes ayant recours à la contraception d'urgence

Résumé des modifications

La loi autorise le pharmacien à appliquer le tiers payant dans le cadre de la délivrance de la pilule du lendemain. Ainsi, les femmes ne devront pas avancer le montant d'une contraception d'urgence.

2. Arrêtés royaux modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Moniteur belge	Date	Titre
10.07.2020 – Édition 1	24.06.2020	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 8 novembre 1998 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour certains produits de soins à domicile des bénéficiaires souffrant d'une affection grave, visés à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment pour certains produits d'alimentation particulière

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 5, § 1er, de l'arrêté royal du 8 novembre 1998 :

- au troisième alinéa, les mots "à la fois" sont insérés entre les mots "sur des tests" et les mots "histologiques et sérologiques"
- le quatrième alinéa est remplacé.

3. Arrêtés royaux du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge	Date	Titre
10.07.2020 – Édition 1	03.07.2020	Arrêté royal modifiant les dispositions transitoires de l'arrêté royal du 9 avril 2020 modifiant l'article 29 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 modifie l'article 2, § 2, 2°, de l'arrêté royal du 9 avril 2020 modifiant l'article 29 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
13.07.2020 – Édition 1	03.07.2020	Arrêté royal modifiant l'article 11, § 4, 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 la modification suivante à l'article 11, § 4, 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 :

- Le libellé de la prestation 355552-355563 est complété par les mots "ou la mise en place d'un cathéter veineux central inséré par voie périphérique (PICC)".

Moniteur belge	Date	Titre
15.07.2020	06.07.2020	Arrêté royal modifiant l'article 20, § 1er, 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 :

- la sixième règle d'application qui suit la prestation 470713-470724 est remplacée
- la septième règle d'application qui suit la prestation 470713-470724 est abrogée.

Moniteur belge	Date	Titre
14.08.2020 – Édition 1	16.07.2020	Arrêté royal modifiant l'article 27 de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 21 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 :

- modifie le paragraphe 1er
- abroge les mots "de stomie et" au paragraphe 2, alinéa 3
- complète le paragraphe 2 par un alinéa
- remplace le paragraphe 9
- abroge les mots "soins de stomie et" au paragraphe 10
- insère un § 12*quater* après le paragraphe 12*ter*
- complète le paragraphe 25, alinéa 4, par le 8.

Moniteur belge	Date	Titre
14.08.2020 – Édition 1	31.07.2020	Arrêté royal portant des mesures pour la rééducation post-COVID-19 et pour la surveillance particulière dans les unités COVID-19 des services de gériatrie isolés et des services spécialisés isolés pour traitement et réadaptation

Résumé des modifications

L'arrêté royal vise à régulariser l'ensemble des mesures adoptées et déjà mises en oeuvre pour des raisons de santé publique et de continuité des soins ainsi qu'afin de limiter la rétroactivité de celles-ci et de garantir la sécurité juridique pour l'ensemble des acteurs impliqués au quotidien dans la lutte contre la pandémie.

4. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
01.07.2020 – Édition 1	24.06.2020	Arrêté royal fixant le montant destiné au paiement des indemnités prévues dans l'accord social qui a trait au secteur des soins de santé, qui a été conclu par le gouvernement fédéral en 2005 avec les organisations concernées représentatives des employeurs et des travailleurs, pour autant qu'il concerne le parrainage et la mesure de congé supplémentaire à partir de l'année calendrier 2020

Résumé des modifications

Le montant est fixé pour l'année 2020 à 19.688.058 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
01.07.2020 – Édition 1	24.06.2020	Arrêté royal fixant pour l'année calendrier 2020 les montants des interventions pour les mesures prévues dans les accords sociaux qui ont trait au secteur des soins de santé et qui ont été conclus par le gouvernement fédéral les 1er mars 2000, 28 novembre 2000, 26 avril 2005, 18 juillet 2005, 4 février 2011, 25 février 2011 et 24 octobre 2012 avec les organisations concernées représentatives des employeurs et des travailleurs et des mesures prévues dans le plan d'attractivité de la profession de praticien de l'art infirmier prévu dans les accords du 4 mars 2010 et du 17 mars 2010, pour autant qu'elles concernent des travailleurs occupés dans le secteur des soins à domicile, dans les maisons médicales et par la Croix-Rouge

Résumé des modifications

Le montant, visé à l'article 191, alinéa 1er, 5°*ter*, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est fixé pour 2020 à 114.676.379 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
08.07.2020	06.07.2020	Arrêté royal en exécution de l'article 6, alinéa 2, de la loi du 7 mai 2020 portant des mesures exceptionnelles dans le cadre de la pandémie COVID-19 en matière de pensions, pension complémentaire et autres avantages complémentaires en matière de sécurité sociale

Résumé des modifications

En vertu de cet arrêté royal, la pension de retraite et la pension de survie dans le régime des travailleurs salariés, le régime des travailleurs indépendants et le régime des fonctionnaires peuvent être cumulées sans aucune restriction avec l'indemnité d'incapacité primaire et l'indemnité d'invalidité, pour autant que celle-ci soit relative à la période du 1er mars 2020 au 31 août 2020 inclus et que l'incapacité de travail soit due au coronavirus COVID-19 (prolongation de la période).

Moniteur belge	Date	Titre
29.07.2020	20.07.2020	Arrêté royal portant exécution des articles 47, § 1er et 51, § 5 de l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé

Résumé des modifications

L'arrêté royal introduit un nouveau mode de rémunération, de facturation et de paiement à partir du 27 juillet 2020. L'activité dans les centres de tri et de collecte sera rémunérée par un taux horaire fixe qui diffère selon la qualification du prestataire de soins. Le nombre d'heures pouvant être facturées pour la coordination médicale, l'activité des médecins (examens physiques, prélèvements), le soutien infirmier et le soutien administratif a été augmenté. Ce nombre d'heures maximum varie selon que le centre de triage propose aussi la fonction de prélèvement ou non.

Il est désormais possible de transmettre les données pour le paiement des activités via une application en ligne.

Moniteur belge	Date	Titre
07.09.2020	22.08.2020	Arrêté royal concernant le montant à charge des frais d'administration de l'INAMI destiné au financement du Centre fédéral d'expertise des soins de santé en 2020

Résumé des modifications

Le montant à charge des frais d'administration de l'INAMI destiné au financement du Centre fédéral d'expertise des soins de santé est fixé à 18,863 millions d'EUR en 2020.

Moniteur belge	Date	Titre
23.09.2020	15.09.2020	Arrêté royal portant octroi, suite à la pandémie COVID-19, d'une indemnité de crise supplémentaire à certains travailleurs indépendants et conjoints aidants reconnus en incapacité de travail

Résumé des modifications

En vertu de cet arrêté royal, une indemnité de crise supplémentaire est octroyée :

- à certains indépendants cohabitants sans charge de famille qui sont reconnus en incapacité de travail durant au moins huit jours (au plus tôt) à partir du 1er mars 2020
- aux indépendants cohabitants sans charge de famille qui doivent cesser l'activité autorisée pendant leur incapacité de travail durant, au minimum, sept jours civils consécutifs (au plus tôt) à partir du 1er mars 2020.

Cette indemnité de crise supplémentaire n'est plus octroyée pour la période d'incapacité de travail qui se situe après le 31 décembre 2020.

Via l'octroi de cette indemnité de crise supplémentaire, le montant journalier total du revenu de remplacement lié à l'incapacité de travail de ces titulaires sera égal au montant mensuel, évalué en jours ouvrables, de la prestation financière dans le cadre du droit passerelle (de crise) pour un indépendant sans charge de famille (soit 49,68 EUR = 1291,69 EUR /26).

Au plus tard trois mois à compter du premier jour du mois qui suit celui de la publication de cet arrêté royal du 15 septembre 2020 au Moniteur belge, les organismes assureurs paient l'indemnité de crise supplémentaire pour la période d'incapacité de travail qui précède la date de paiement (le paiement doit donc avoir lieu, au plus tard, le 01.01.2021).

5. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
13.07.2020 – Édition 1	06.07.2020	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 à l’intitulé “C.1.4 Implant de l’oreille moyenne” :

- la prestation 172336-172340 et ses modalités de remboursement est supprimée
- les prestations suivantes et leurs modalités de remboursement sont ajoutées :

  => “181274-181285 Partie implantable d’un implant actif de l’oreille moyenne”, dans le cas d’une perte auditive de perception ;

  => “181296-181300 Partie implantable d’un implant actif de l’oreille moyenne”, dans le cas d’une perte auditive mixte ;

  => “181311-181322 Partie implantable d’un implant actif de l’oreille moyenne”, dans le cas d’une perte auditive de transmission ;

  => “181333-181344 Processeur vocal d’un implant actif de l’oreille moyenne”.

- le libellé de la prestation 172351-172362 est remplacé par “Remplacement du processeur vocal d’un implant actif de l’oreille moyenne”
- la prestation “181355-181366 Remplacement anticipé du processeur vocal d’un implant actif de l’oreille moyenne” et ses modalités de remboursement est ajoutée
- le libellé de la prestation 172373-172384 est remplacé par : “Remplacement de la partie à implanter d’un implant actif de l’oreille moyenne”
- la prestation “181370-181381 Remplacement anticipé de la partie à implanter d’un implant actif de l’oreille moyenne” et ses modalités de remboursement est ajoutée
- la condition de remboursement C- § 09 est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
13.07.2020 – Édition 1	06.07.2020	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" 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 à l'intitulé "L.9 Implants d'ancrage et de fixation pour tissus mous" :

- la prestation 169411-169422 et ses modalités de remboursement sont remplacées
- la prestation 169433-169444 et ses modalités de remboursement sont supprimées
- la prestation 170855-170866 et ses modalités de remboursement sont remplacées par "170855-170866 Ancre pour fixation de déchirures du ménisque utilisée lors de la prestation 277653-277664 ou 300414-300425 de la nomenclature"
- la prestation 170870-170881 et ses modalités de remboursement sont supprimées
- la prestation 169455-169466 et ses modalités de remboursement sont remplacées par ce "169455-169466 Système d'interférence pour fixation intraosseuse d'un tendon ou d'un ligament dans un tunnel
- les prestations 169470-169481, 169492-169503 et 169514-169525 et leurs modalités de remboursement sont supprimées
- les prestations suivantes et leurs modalités de remboursement sont ajoutées :
  => "180935-180946 Système d'ancrage ou à visser pour réparation fonctionnelle des ligaments et tendons (à l'exception des implants pour la plastie d'un ou des ligaments croisés du genou, systèmes d'interférence pour fixation intraosseuse d'un tendon ou d'un ligament dans un tunnel, ancres et agrafes), pour l'ensemble des composants, par point de fixation ;

  => "180891-180902 Ensemble d'implants pour la plastie du ligament croisé antérieur du genou, utilisé lors de la prestation 277351-277362 ou 294114-294125 de la nomenclature ;

  => "180913-180924 Ensemble d'implants pour la plastie du ligament croisé postérieur du genou, utilisé lors de la prestation 277351-277362 ou 294114-294125 de la nomenclature.

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes aux Listes nominatives, jointes comme annexe 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 :

- dans la liste des "Implants de l'arthroscopie", les listes nominatives associées aux prestations 169411-169422, 169433-169444, 170855-170866, 170870-170881, 169455-169466, 169470-169481, 169492-169503 et 169514-169525 sont supprimées

- une nouvelle liste nominative 38201 associée à la prestation 180935-180946 est ajoutée et jointe comme annexe à l'arrêté.

Moniteur belge	Date	Titre
14.07.2020	06.07.2020	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er 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
20.07.2020	12.07.2020	5 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er 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 :

- au chapitre I de l'annexe I
- à l'annexe I
- au chapitre IV*bis* de l'annexe II
- supprime le §20008 du chapitre II de l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
20.07.2020	14.07.2020	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er 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
27.07.2020	17.07.2020	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er 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 au chapitre IV, § 9340000 et au § 700000 de l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
21.08.2020 – Édition 1	17.08.2020	4 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er 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
16.09.2020	17.08.2020	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er 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

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications au chapitre I de l'annexe I et à l'annexe I et IV.

Moniteur belge	Date	Titre
18.09.2020 – Édition 1	11.09.2020	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er 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 au chapitre I de l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
18.09.2020 – Édition 1	15.09.2020	4 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er 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.

6. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
13.07.2020 – Édition 1	27.04.2020	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes à l'annexe 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, concernant la procédure de demande d'un implant actif de l'oreille moyenne :

- le formulaire C-Form-I-07 auquel il est fait référence au chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" de la Liste, est modifié
- les formulaires C-Form-I-13 et C-Form-I-14, auxquels il est fait référence au même chapitre, sont ajoutés.

7. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge
13.07.2020 – Édition 1

Règle interprétative pour le remboursement de la nutrition parentérale pour les bénéficiaires non hospitalisés :

Question :

Une autorisation de remboursement pour la nutrition parentérale à domicile peut-elle être prolongée si le patient ne nécessite plus que des poches d'électrolytes ?

Réponse :

Les patients qui disposent d'une autorisation de remboursement pour la nutrition parentérale à domicile, conformément à l'arrêté royal du 20 juillet 2007, peuvent obtenir une prolongation de cette autorisation de remboursement de la nutrition parentérale à domicile dans le cas où ils ne reçoivent plus/ne doivent plus recevoir que des poches d'électrolytes.

Pour les demandes de prolongation, le médecin spécialiste introduit une demande sur base du modèle repris en annexe de l'arrêté royal du 20 juillet 2007. Si le patient ne nécessite plus que des poches d'électrolytes, le médecin sélectionne, dans la rubrique `type de poches', le type de poches que le patient utilisait auparavant.

Les patients qui ne disposent pas d'une autorisation de remboursement pour la nutrition parentérale à domicile, conformément à l'arrêté royal du 20 juillet 2007, ne peuvent pas obtenir une autorisation pour le remboursement des électrolytes seuls.

La suppression de la règle interprétative entre en vigueur le 1er mai 2020.

8. Avis et protocole

Moniteur belge	Date	Titre
02.07.2020	26.06.2020	Convention nationale logopèdes. - Organismes assureurs 2020-2021. - Conseil des ministres. - 26 juin 2020. - Notification point 29

Résumé des modifications

Une nouvelle convention signée entre les logopèdes et les organismes assureurs couvre la période du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2021.

Cette convention apporte les nouveautés suivantes :

- indexation des prestations à partir du 1er avril 2020
- adaptation des honoraires :

  => séance de 30 minutes : à partir du 1er août 2020 : augmentation des honoraires à 26,50 EUR et à partir du 1er novembre 2020 : augmentation des honoraires à 28 EUR si l'objectif budgétaire fixé pour 2021 le permet
  => autres prestations : ajustement proportionnel.

- Le Comité de l'assurance demande au ministre des Affaires sociales de créer un groupe de travail au sein de la Conférence interministérielle santé publique en vue de contrôler l'offre de logopèdes. Ce groupe de travail est chargé de formuler des propositions concrètes d'ici le 30 septembre 2020.

Moniteur belge	Date	Titre
16.07.2020	10.07.2020	Avenant PSY / 2019*ter* à la Convention nationale du 16 novembre 2018 entre les établissements et services psychiatriques et les organismes assureurs. - Conseil des ministres du 10 juillet 2020. - Notification point 19

Résumé des modifications

L'avenant apporte les modifications suivantes :

- Un article 6*bis* est ajouté comme suit:

"§ 1er. Suite à l'épidémie covid-19 et en dérogation à l'article 6, §§ 1 et 2, l'hospitalisation partielle peut être poursuivie par l'hôpital au domicile du patient au moyen de contacts téléphoniques, de communications vidéo à distance (cryptées de "bout en bout"), d'appels vidéo ou de visites à domicile. L'hôpital continue d'assurer l'organisation de la continuité des soins.

§ 2. L'accessibilité (téléphonique et en ligne) de l'hôpital de jour à domicile est garantie au moins entre 9 heures et 17 heures les jours ouvrables. L'accessibilité (téléphonique et en ligne) de l'hôpital de nuit à domicile est garantie au moins entre 19 heures et 6 heures le lendemain.

Pendant les heures d'ouverture de l'hôpital de jour/de nuit, chaque patient peut, à tout moment, prendre contact de sa propre initiative.

§ 3. Sauf disposition contraire du médecin traitant et superviseur, la fréquence du nombre de journées de traitement est maintenue au niveau qui précède le 14 mars 2020 sur base hebdomadaire. Si le médecin superviseur et traitant, dans le cadre du contexte clinique, décide d'opter pour une autre fréquence, cette décision ainsi que la nécessité thérapeutique sous-jacente sont consignées dans le dossier du patient.

Les jours de traitement au moins un contact avec le patient est nécessaire (par téléphone, communication vidéo, appels vidéos ou à travers la visite à domicile). Si davantage de contacts s'avèrent nécessaires, le nombre de contacts sera ajusté en conséquence.

Si le patient ne peut être joint malgré de multiples tentatives par téléphone/en ligne, l'hôpital contactera le patient par d'autres moyens.

Les interventions à destination des patients en hospitalisation de jour (par téléphone, communication vidéo à distance, appels vidéos, visite à domicile, etc.) sont consignées dans le dossier du patient.

§ 4. Ce n'est que pour les patients en hospitalisation partielle à domicile pour lesquels l'hôpital poursuit la délivrance de médicaments à partir de l'hôpital que l'hôpital peut porter en compte au patient le forfait médicaments comme prévu à l'article 8, § 4.

§ 5. Pour les patients en hospitalisation partielle à domicile, aucune des prestations 101135, 101894, 101916, 101931, 101953 et 101975 ne peut être attestée à l'exception du 101916 pour les patients dont un traitement psychothérapeutique régulier en dehors des heures de présence à l'hôpital était en cours avant les mesures."

- Un § 1/*bis* à l'article 7 est ajouté comme suit :

"§ 1/*bis* Suite à l'épidémie covid-19 et en dérogation aux dispositions du § 1er, une postcure de rééducation peut avoir lieu par le biais d'une séance individuelle de 45 minutes au moyen de communications vidéo à distance ou d'appels vidéo (cryptés de "bout en bout"), ou, si les options précédentes ne sont pas possibles pour le patient, au moyen de contacts téléphoniques. Les séances doivent être dispensées par l'équipe thérapeutique de l'hôpital.

Les sessions individuelles peuvent être facturées maximum 1 fois par jour calendrier et maximum 3 fois par semaine calendrier. Le forfait est de 40 EUR par session.".

Moniteur belge	Date	Titre
04.09.2020	28.08.2020	Avenant PSY/2019*quater* à la Convention nationale du 16 novembre 2018 entre les établissements et services psychiatriques et les organismes assureurs. - Conseil des ministres du 28 août 2020. - Notification point 27

Résumé des modifications

L'avenant apporte les modifications suivantes :

- Un article 6*ter* est ajouté libellé comme suit:

"§ 1er. Si pour des raisons organisationnelles ou architecturales, l'hôpital est dans l'incapacité de réaliser la prise en charge de tous les patients en hospitalisation partielle pendant minimum 7 heures avec le respect des règles de distanciation imposées pour enrayer l'épidémie covid-19, en dérogation à l'article 6, § 1er, la durée de l'hospitalisation partielle peut être limitée à minimum 3 heures. Ceci permet de diviser en deux le groupe de patients qui doit être traité en un jour.

La durée de la présence dans l'hôpital de jour doit être évaluée par patient. Pour des patients ayant besoin de plus de 3 heures d'hospitalisation, l'hôpital est tenu de le rendre possible.

§ 2. Si le médecin superviseur et/ou traitant décide, dans le cadre du contexte clinique, de modifier la fréquence ou la durée des jours de traitement, cette décision et la motivation thérapeutique sous-jacente sont notées dans le dossier du patient.

§ 3. L'intervention pour cette forme adaptée d'hospitalisation partielle couvre aussi la continuité des soins à distance par l'équipe de l'hôpital pendant les jours d'absence et toutes les interventions correspondantes (e.a. contacts avec le patient, son contexte, autres prestataires de soins externes autour du patient,...) réalisées aussi bien les jours de présence que les jours d'absence.

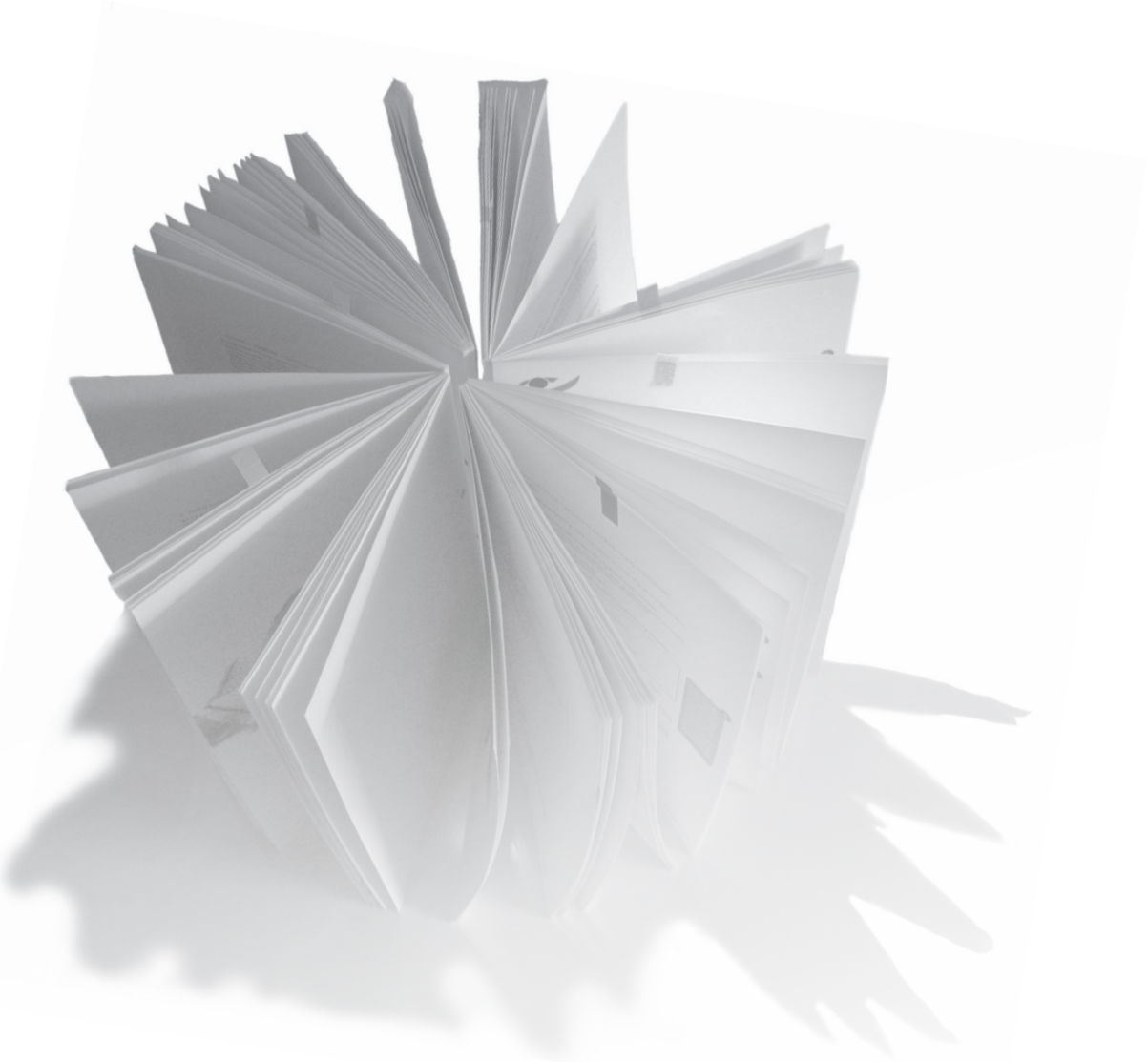
cet égard, toutes les interventions vis-à-vis du patient ou son contexte sont notées dans le dossier du patient et l'ensemble des activités se fait en exécution d'un plan de traitement.

§ 4. L'intervention personnelle forfaitaire pour les médicaments, comme définie à l'article 8, § 4, est d'application.

§ 5. Pour les patients en hospitalisation partielle, aucune des prestations 101135, 101872, 101894, 101916, 101931, 101953 et 101975 ne peut être attestée pour les jours facturés."

- l'article 7 § 1er/*bis* de la même convention nationale reste d'application durant la période du 1er juillet jusqu'au 31 décembre 2020.

2e Partie
Questions et réponses parlementaires



I. INAMI

SECM - Procédures - Inspecteurs - Juridictions administratives - Indépendance - Pouvoir judiciaire - Mécanismes de protection pour les dispensateurs de soins - Accès au dossier - Recours

Question n° 101 posée le 9 novembre 2020 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Monsieur le Représentant ANSEEUW[1]

Nous recevons de mauvais échos quant aux procédures appliquées par les inspecteurs et les juridictions administratives du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM). Pas plus tard qu'en juin 2020, Me Van Meirhaegue a par exemple envoyé un courrier au président de la Chambre concernant cette problématique, auquel elle n'a reçu jusqu'à présent aucune autre réponse qu'un simple accusé de réception. En conséquence, nous aimerions vous soumettre les questions suivantes.

1. Alors qu'en droit pénal ou qu'en matière d'inspection du travail, l'enquête est souvent ou peut être menée par une autre instance (parquet, auditorat du travail), ce n'est pas le cas pour le SECM. Les inspecteurs sociaux comme les juges des juridictions administratives du SECM travaillent pour la même organisation. Cela peut-il avoir une incidence négative sur l'indépendance des juridictions administratives du SECM ?

2. Dans les autres branches du droit, il existe en outre certains droits et mécanismes de protection dont le dispensateur de soins ne peut pas faire usage de la même manière devant les juridictions administratives du SECM. Par exemple, le dispensateur de soins n'a accès au dossier de l'enquête que lorsque l'affaire est portée devant les juridictions administratives. Lorsqu'il reçoit une invitation à procéder au remboursement, le dispensateur de soins n'est pas autorisé à consulter le dossier. Cette consultation est pourtant autorisée pendant le déroulement de l'enquête de l'inspection du travail et dans le cadre d'une instruction moyennant l'introduction d'une demande d'accès au dossier ou de copie du dossier. La possibilité d'accéder au dossier doit-elle être étendue dans le cas du dispensateur de soins ?

3. Conformément à l'article 142, § 1er de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, le remboursement doit dans différents cas correspondre au dommage financier subi par l'assurance soins de santé. Ce principe est logique et important mais il peut prêter à confusion. En effet, si les soins étaient réellement nécessaires et devaient de toute façon être facturés et que cet état de fait peut être prouvé mais que certaines exigences d'ordre plutôt technico-administratif n'ont pas été satisfaites (p. ex., si certains aspects du dossier infirmier n'ont pas été complétés), peut-on parler de dommage financier pour l'assurance soins de santé ? Le principe susmentionné peut-il dès lors être appliqué dans ce cas ? Qu'en est-il en pratique ? Une amende administrative doit-elle alors également être infligée ?

1. Bulletin n° 033, Chambre, session ordinaire 2020-2021, p. 91.

Réponse

Les juridictions administratives auxquelles vous faites référence ne sont pas les juridictions administratives du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Elles sont présidées par des magistrats du pouvoir judiciaire.

1. La jurisprudence constante du Conseil d'État, l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 31 janvier 2019, n° 15/2019, numéros de rôle 6777 et 6778 et la décision de la Cour européenne des droits de l'homme du 18 décembre 2018, n° 52691/13, Depraetere c. Belgique confirment tous que les juridictions administratives mentionnées à l'article 144 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (loi SSI) sont des juridictions indépendantes et impartiales.

   Conformément à l'article 144, § 2 et § 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (loi SSI), la Chambre de première instance et la Chambre de recours ont une compétence de pleine juridiction pour l'examen des dossiers relevant de leur compétence.

   Un recours contre une décision de la Chambre de première instance est possible devant la Chambre de recours. La décision de la Chambre de recours peut ensuite faire l'objet d'un recours en cassation devant le Conseil d'État.

2. Vous savez que seules les situations similaires doivent être traitées de façon égale. Une différence de traitement entre différentes procédures peut dès lors se justifier.

   Les missions du SECM figurent à l'article 139, quatrième alinéa de la loi SSI susvisée. Le personnel d'inspection du SECM est composé d'inspecteurs sociaux au sens de l'article 16, 1° du Code pénal social. Les inspecteurs sociaux du SECM établissent les infractions décrites à l'article 73*bis* de la loi SSI auxquelles les mesures de l'article 142, § 1er de la loi SSI peuvent être liées.

   La Chambre de recours a déjà examiné la comparaison que vous tentez de faire entre l'inspection du travail et une instruction judiciaire et a elle-même statué, entre autres, que la différence essentielle dans le type d'infraction (administrative ou pénale) faisant l'objet d'une enquête, d'un constat ou d'une procédure ne permet pas de faire une comparaison (CR 08.05.2020, NB-008-18 ; CR 08.06.2020, NB-001-19 ; CR 08.06.2020, NB-002-19).

3. La tenue d'un dossier infirmier minimal n'est pas considérée comme une obligation technico-administrative mais comme une valeur ajoutée de fond dans les soins dispensés aux patients. En outre, une condition de remboursement implique qu'aucun frais ne peut être attesté si la condition n'est pas remplie.

   La compétence du SECM, telle que décrite à l'article 139, quatrième alinéa, 3° de la loi SSI, vise à sauvegarder les intérêts de l'assurance soins de santé. Si les prestations ne sont pas attestées conformément, l'assurance maladie subit un désavantage financier même s'il s'agit de prestations qui ont été exécutées.

   Lorsqu'un dispensateur de soins doit rembourser un montant indûment attesté, il s'agit d'une mesure de réparation (C. const. 31.01.2019, n° 15/2019, nos de rôle 6777 et 6778 ; C.E. (7e Ch.) 29.01.2018, n° 240.601). Les organes compétents décident indépendamment si, outre le remboursement, il est également nécessaire d'infliger une amende administrative. Cette évaluation doit être faite au cas par cas, en tenant compte des circonstances concrètes du dossier. Si, par exemple, un dispensateur de soins de santé se voit notifier le même type d'infraction pour la troisième fois, il est probable qu'une évaluation plus stricte s'ensuivra que pour un dispensateur de soins de santé pour qui une infraction est constatée pour la première fois.

II. Contrôles du SECM

Enquêtes - Procès-verbaux d'audition - Erreurs et négligences - Charge de la preuve - Pouvoir judiciaire - Recours

Question n° 102 posée le 9 novembre 2020 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par Monsieur le Représentant ANSEEUW [1]

Nous recevons de mauvais échos quant aux contrôles effectués par les inspecteurs et les juridictions administratives du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM). En juin 2020, Me Van Meirhaeghe a par exemple envoyé un courrier au président de la Chambre concernant cette problématique, auquel elle n'a reçu jusqu'à présent aucune autre réponse qu'un simple accusé de réception. En conséquence, nous aimerions vous soumettre les questions suivantes.

1. Les procès-verbaux de constat dressés par les inspecteurs du SECM contiendraient des erreurs telles que des données inexactes sur les assurés ainsi que des montants à rembourser incorrects. Il y aurait également des erreurs notamment dans les dates et heures indiquées dans les procès-verbaux d'audition. Le contenu des procès-verbaux ne serait pas non plus conforme à la réalité : un entretien de deux heures tient par exemple sur une seule page A4. Les décisions du fonctionnaire dirigeant ou des juridictions administratives seraient parfois un copier-coller de décisions antérieures.

a) Avez-vous connaissance de l'existence de telles négligences ? Pouvez-vous confirmer qu'il y a effectivement des négligences ? À quelle fréquence ces négligences se produisent-elles ?

b) Les informations relatives à la qualité des procès-verbaux et à la fréquence des erreurs et des négligences sont-elles contrôlées ou répertoriées d'une manière ou d'une autre ? Dans la négative, prévoyez-vous de le faire ?

c) Alors qu'on accepte de telles négligences de la part de l'instance de contrôle même si elles sont avérées et pointées du doigt, les dispensateurs de soins sont quant à eux tenus de respecter une multitude d'obligations administratives et sont passibles de sanctions en cas de non-respect. Considérez-vous qu'on peut parler de déséquilibre ?

2. Le SECM a recours à l'audition de dispensateurs de soins et de patients dans le cadre de ses enquêtes. Toutefois, les patients ne sont souvent pas suffisamment compétents sur le plan médical pour comprendre les soins médicaux administrés dans tous leurs détails et leurs spécificités techniques.

a) Si ces patients reviennent par la suite sur leurs déclarations, les juridictions administratives du SECM basent-elles toujours leur décision sur les déclarations réfutées par les patients, en l'absence d'autres preuves pouvant étayer ces déclarations antérieures ? Dans l'affirmative, pour quelles raisons une déclaration réfutée peut-elle encore être utilisée lors de la prise de la décision ? À quelle fréquence une telle situation se produit-elle ?

1. Bulletin n° 033, Chambre, session ordinaire 2020-2021, p. 94.

b) Ne s'agit-il pas d'un renversement de la charge de la preuve (même d'une charge de la preuve impossible) lorsque le procès-verbal de constat basé sur les déclarations de ces patients a une force probante particulière et que très souvent manifestement, le fait d'apporter des déclarations modifiées par ces mêmes patients ne constitue pas un moyen de preuve suffisant pour réfuter le constat ayant une force probante particulière ?

Réponse

Les juridictions administratives auxquelles vous faites référence ne sont pas les juridictions administratives "du" Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Elles sont présidées par des magistrats, qui relèvent donc du pouvoir judiciaire.

La jurisprudence constante du Conseil d'État, l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 31 janvier 2019, n° 15/2019, numéros de rôle 6777 et 6778 et la décision de la Cour européenne des droits de l'homme du 18 décembre 2018, n° 52691/13, Depraetere c. Belgique confirment tous que les juridictions administratives mentionnées à l'article 144 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (loi SSI) sont des juridictions indépendantes et impartiales.

Conformément à l'article 144, § 2 et § 3 de la loi SSI, la Chambre de première instance et la Chambre de recours ont une compétence de pleine juridiction pour l'examen des dossiers relevant de leur compétence. Il n'est pas de ma compétence d'interpréter la jurisprudence de ces juridictions indépendantes et impartiales.

Un recours contre une décision de la Chambre de première instance est possible devant la Chambre de recours. La décision de la Chambre de recours peut ensuite faire l'objet d'un recours en cassation devant le Conseil d'État.

1. a) Les inspecteurs sociaux du SECM travaillent avec beaucoup de précision et de soin. Les griefs éventuels qui ne correspondent pas à la réalité sont facilement détectables pour le dispensateur de soins concerné grâce à l'établissement transparent d'un procès-verbal de constatation et, le cas échéant, ils seront rectifiés immédiatement. En cas de doute ou d'ambiguïté, c'est toujours le dispensateur de soins qui obtient gain de cause.

   Les procès-verbaux d'audition ne reprennent chaque mot de la personne auditionnée que si ce choix est fait par celle-ci. Les dispositions pertinentes sur le procès-verbal d'audition et le procès-verbal de constatation figurent dans les articles 62 à 64 du Code pénal social.

   Les juridictions administratives apprécient de manière autonome le contenu des procès-verbaux d'audition. Si elles estiment qu'un grief est prouvé sur la base d'un procès-verbal d'audition, cela relève de leur pouvoir discrétionnaire. Si elles estiment qu'un procès-verbal d'audition contient des inexactitudes qui affectent le contenu de la déclaration, elles ne retiendront pas le grief.

   b) La qualité des procès-verbaux d'audition est élevée. 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. Compte tenu de l'implication financière, les dispensateurs de soins concernés remarquent rapidement les erreurs éventuelles. Les dossiers ou enquêtes qui n'ont pas été qualitativement constitués ne résisteraient pas aux juridictions administratives.

   c) Le SECM fait des choix quotidiens quant aux enquêtes à lancer. Il est impossible pour le SECM de contrôler tous les frais attestés par l'ensemble des dispensateurs de soins de santé. La tenue d'un dossier infirmier minimal n'est pas considérée comme une obligation administrative mais comme une valeur ajoutée importante dans les soins dispensés aux patients.

Lorsqu'un dispensateur de soins doit rembourser un montant indûment attesté, il ne s'agit pas d'une sanction mais d'une mesure de réparation (C. const., 31.01.2019, n° 15/2019, nos de rôle 6777 et 6778 ; C.E. (7e Ch.) 29.01.2018, n° 240.601). Les erreurs éventuelles sont immédiatement corrigées par le gestionnaire du dossier/l'inspecteur social lui-même après une simple notification au dispensateur de soins.

2. Dans le cas des praticiens de l'art infirmier à domicile qui, par exemple, attestent systématiquement des prestations non exécutées, une audition est nécessaire afin de connaître le nombre de visites et le type d'actes infirmiers qui y sont posés. Les questions possibles sont les suivantes : Combien de fois par semaine l'infirmier se rend-il/elle sur place ? L'infirmier à domicile vous lave-t-il/elle ou le faites-vous vous-même ?

   a) La pleine compétence des juridictions administratives implique une appréciation au fond tant des faits que du droit. Je répète qu'elles jugent de manière indépendante et impartiale tous les éléments du dossier, en ce compris les procès-verbaux d'audition et tout document éventuel ajouté ultérieurement par le dispensateur de soins.

   b) Le procès-verbal de constatation n'est ni une décision exécutoire, ni un acte administratif. Pour obtenir un titre exécutoire, le SECM devra toujours s'adresser à l'organe compétent à cet effet.

III. Pauvreté

Inégalités de santé en Belgique - Accès financier aux soins de santé - Frais à charge du patient - Garanties au sein de notre système de santé - Plan d'action pour l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé

Question n° 137 posée le 12 novembre 2020 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par Madame la Représentante THÉMONT[1]

En Belgique, environ 600.000 personnes vivent dans la pauvreté. Cette situation contraint de nombreux citoyens à reporter des soins par manque de moyens. Les enfants sont les plus durement touchés par cette réalité, puisque 44 % de ceux ayant moins de 16 ans et vivant dans des familles précarisées n'ont pas eu accès aux soins qu'ils nécessitaient.

Ces difficultés ont un impact considérable sur l'espérance de vie de nos citoyens : Ri de Ridder, président de Médecins du Monde Belgique, affirme que "une femme de 25 ans ayant un niveau très élevé d'éducation vivra en moyenne jusqu'à 74 ans en bonne santé. Pour une femme peu qualifiée, cette moyenne descendra à 60 ans, ce qui signifie qu'elle sera confrontée à des problèmes de santé avant d'atteindre l'âge de la pension".

En 2008, seuls 1,4 % des citoyens disposant des revenus les plus bas ne pouvaient subvenir à leurs dépenses de base. En 2016, selon la Commission européenne, ce chiffre s'élevait à 7,9 %.

Quels facteurs pourraient expliquer le fait que, en Belgique, le nombre de personnes obligées de reporter des soins augmente, alors qu'il est possible d'observer une tendance inverse dans d'autres pays européens ?

Réponse

Il est impossible de supprimer complètement les inégalités de santé, mais des soins de santé efficaces et de qualité peuvent contribuer à les réduire.

L'égalité n'est toutefois pas davantage observée en ce qui concerne l'accès et le recours aux soins de santé. Les inégalités de recours aux soins qui sont dues à des besoins médicaux différents sont généralement considérées comme justifiées. En revanche, les inégalités liées à des différences de revenus, d'éducation, de situation professionnelle, d'environnement, d'origine, de littératie en santé, etc. sont considérées comme injustifiées ou "inéquitables".

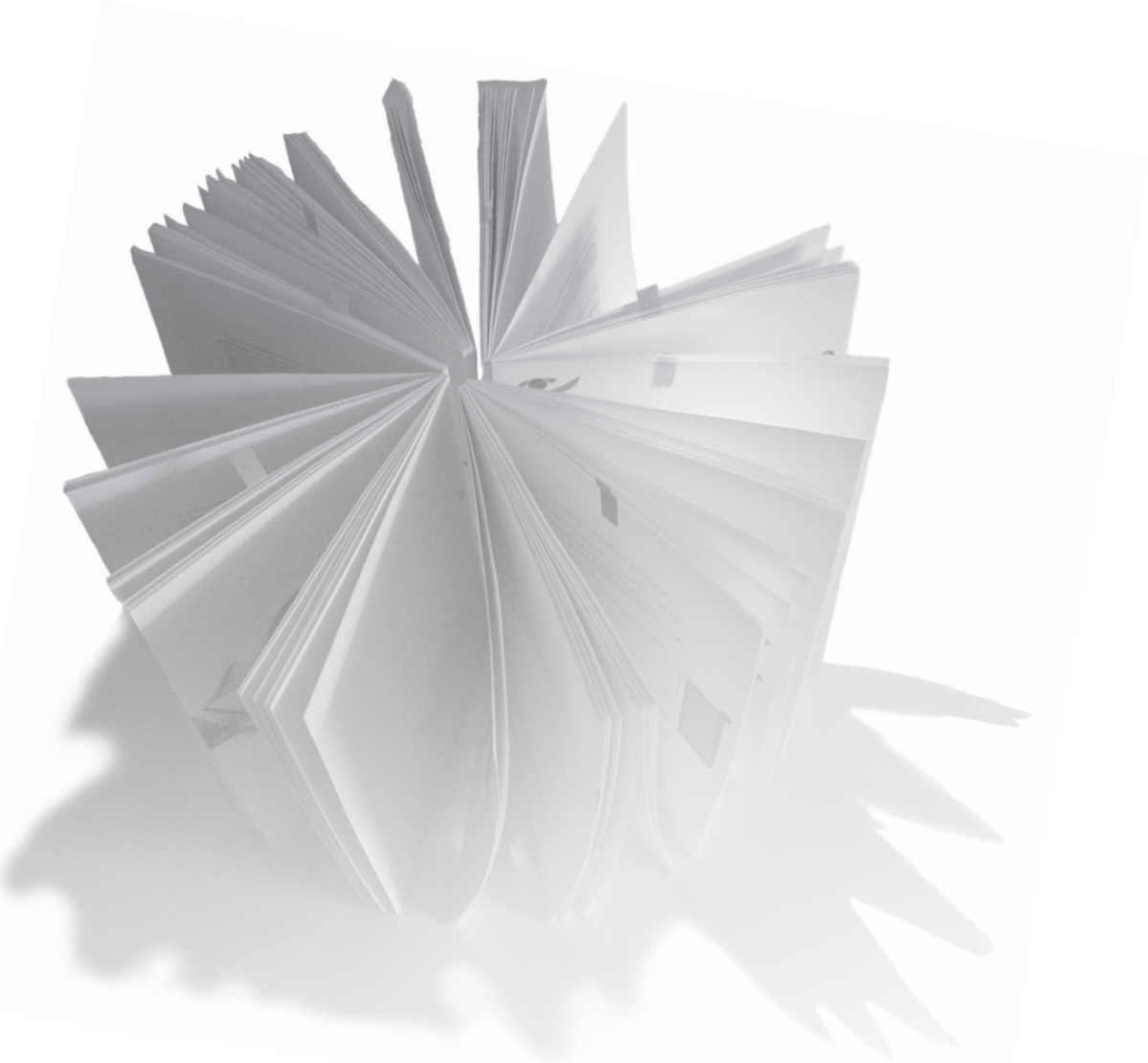
1. Bulletin n° 032, Chambre, session ordinaire 2020-2021, p. 365.

L'accès financier aux soins de santé dépend très largement des frais qui restent à charge du patient. Ceux-ci sont déterminés par les décisions concernant : 1) les conditions pour être couvert par l'assurance maladie obligatoire, 2) le niveau des tickets modérateurs, 3) l'importance des supplément d'honoraires et 4) les soins de santé non remboursés. Cependant, d'autres facteurs peuvent également intervenir tels que la disponibilité des prestataires de soins dans le système de santé, les coûts que les patients doivent avancer avant remboursement, et les coûts non liés directement aux soins de santé (p. ex. les frais de transport) ou encore les coûts d'opportunité d'accès aux services de santé (p. ex., le temps passé en dehors du travail).

Cependant, plusieurs garanties existent au sein de notre système de santé qui visent à réduire les inégalités dans l'accès et l'utilisation des soins. Pensez simplement au maximum à facturer, au système de tiers payant, au rôle des maisons médicales, etc.

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité a confié à l'Observatoire social européen (OSE) la mission de préparer un Plan d'action pour l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé en Belgique. En vue de définir la portée du Plan d'action et ses priorités, un groupe de pilotage est mis sur pied. Le SPF Santé publique fait également partie de ce groupe de pilotage.

3e Partie
Directives de l'INAMI



I. Repos de maternité et congé de maternité converti dans le régime des travailleurs salariés

L'assurance **maternité des travailleurs salariés a notamment pour objet de réglementer les conditions** dans lesquelles, en cas de grossesse et d'accouchement, le repos de maternité est accordé aux titulaires visés à l'article 86, § 1er, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, et de garantir à ces titulaires un revenu de remplacement pendant cette période de repos de maternité.

I. Champ d'application personnel : qualité de titulaire du droit aux indemnités de maternité pour cause de repos de maternité

En application de l'article 112 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, les bénéficiaires du droit à l'indemnité de maternité pour cause de repos de maternité sont les titulaires visées à l'article 86, § 1er, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 qui ont droit à des indemnités d'incapacité de travail.

Sont visées en particulier :

1° les travailleuses assujetties au secteur des indemnités en vertu de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, à savoir les travailleuses qui sont liées par un contrat de travail ou qui travaillent dans des conditions similaires, y compris les travailleuses qui bénéficient d'une indemnité à la suite :

i. de la rupture irrégulière du contrat de travail ;
ii. de la rupture unilatérale du contrat de travail pour les délégués du personnel ;
iii. de la rupture unilatérale du contrat de travail pour les délégués syndicaux ;
iv. de la cessation du contrat de travail de commun accord ;
v. de l'éviction du représentant de commerce visée à l'article 101 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail ;
vi. d'une convention conclue soit au début ou durant l'exécution du contrat de travail, soit dans un délai de douze mois après la fin du contrat de travail, sur la base de laquelle le travailleur s'engage à ne pas débaucher de personnel ou de cocontractants indépendants de l'ancien employeur, soit en son propre nom et pour son propre compte, soit au nom et pour le compte d'un ou plusieurs tiers, et/ou s'engage à ne pas exercer d'activités similaires à celles qu'il exerçait chez son ancien employeur, soit en exploitant lui-même une entreprise, soit en entrant en service auprès d'un employeur concurrent.

Remarque : Les apprenties telles que déterminées en exécution de l'article 1er, § 1er, alinéa 3, de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs sont, jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle elles atteignent l'âge de 18 ans, considérées comme des travailleuses assujetties au secteur indemnités de l'assurance obligatoire maladie-invalidité (ces titulaires ne paient aucune cotisation pour le secteur des indemnités)

2° les travailleuses visées au 1° qui interrompent le travail, ou ne reprennent pas le travail, afin de prendre un repos au plus tôt à partir du cinquième mois de grossesse ;

3° les travailleuses en chômage contrôlé ;

4° les travailleuses qui, au cours d'une période d'incapacité de travail ou de protection de la maternité, telle qu'elle est définie dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994, perdent leur qualité de titulaire du droit aux indemnités visée au 1°, ci-dessus ;

5° à l'expiration de la période d'assurance continuée, visée à l'article 32, alinéa premier, 6°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, les travailleuses ayant eu la qualité de titulaire visée au 1°, 2° ou 3°, à condition qu'elles se soient trouvées dans une période de protection de la maternité au plus tard le premier jour ouvrable suivant l'expiration de la période d'assurance continuée ;

6° à la fin de la période maximale qui a donné lieu au paiement d'une allocation de transition prévue dans la législation sur les pensions, les personnes qui se trouvent dans une période de protection de la maternité, au plus tard le premier jour ouvrable après la fin de ladite période couverte par l'allocation de transition.

Remarque : l'indemnité de maternité est donc également accordée aux titulaires dont le repos de maternité commence au cours d'une période d'incapacité de travail (incapacité primaire ou invalidité), qu'elles soient ou non déjà liées par un contrat de travail.

II. Conditions d'assurabilité à remplir pour l'octroi des indemnités de maternité

2.1. Accomplir un stage ou être dispensé de l'accomplissement d'un stage

Pour pouvoir prétendre aux indemnités de maternité, la titulaire doit accomplir un **stage** *de six mois* au cours duquel elle doit prouver un "volume de travail" et un montant salarial suffisants sur lequel les cotisations de sécurité sociale sont retenues (voir art. 116/1 de la loi coordonnée du 14.07.1994).

En ce qui concerne ce "volume de travail", une travailleuse salariée à temps plein doit prouver, durant ce stage, 120 jours de travail ou jours assimilés à des jours de travail sur la base de l'article 203/1 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Une travailleuse saisonnière, une travailleuse intermittente ou une travailleuse à temps partiel visée à l'article 202 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 doit prouver durant ce stage 400 heures de travail ou heures assimilées à des heures de travail. Toutefois, la période de référence est étendue à un maximum de dix-huit mois pour les travailleuses saisonnières, les travailleuses intermittentes et les travailleuses à temps partiel qui, en raison de leur régime de travail, ne sont pas en mesure d'accomplir leur stage dans les six mois.

Outre la condition de "volume de travail" (sur la période de référence), l'intéressée doit également justifier d'un certain montant minimum de salaire sur lequel les cotisations de sécurité sociale ont été retenues (art. 286 et ss de l'A.R. du 03.07.1996). Si l'intéressée ne justifie pas du salaire (minimum) requis, elle peut "régulariser" sa situation en versant des cotisations complémentaires à sa mutualité.

Dans certaines situations, une **dispense de stage** ou un **stage réduit** s'applique :

- en ce qui concerne la **dispense de stage**, les dispositions relatives à la dispense de stage pour le droit à des indemnités d'incapacité de travail (voir l'art. 205, § 1 er, § 3/1 et § 6, de l'A.R. du 03.07.1996) s'appliquent *dans les mêmes conditions* pour le droit à des indemnités de maternité. Toutefois, si un stage doit être accompli plus tôt ou si, conformément à l'article 205, § 1er, 5°, 6° et 7°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, une période donnée est assimilée à l'accomplissement du stage, un stage de six mois (au lieu de 12 mois) sera pris en compte (voir art. 205/1, § 1er, de l'A.R. du 03.07.1996)
- dans les situations suivantes, un **stage réduit** s'applique :
  - *article 205/1, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996* : le stage est réduit à un mois comprenant au moins vingt jours de travail ou assimilés pour la titulaire qui, ayant cessé de se trouver dans une des situations visées à l'article 86, § 1er, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, après avoir accompli le stage visé ci-dessus ou en avoir été dispensée, se trouve à nouveau assujettie à la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, pour autant que l'interruption qui ne peut être fractionnée : 1° ait pour but, suivant une déclaration écrite du titulaire, de lui permettre de se consacrer à l'éducation d'un enfant vivant sous son toit, personne à charge soit du titulaire lui-même, soit de la personne à charge de laquelle ce titulaire a été inscrit pendant l'interruption susvisée, en application des dispositions de l'article 123, 1 et 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 ; 2° se situe dans la période de trois ans qui suit la date de naissance de l'enfant. Cette période de trois ans est doublée lorsqu'il s'agit d'un enfant bénéficiant de l'allocation supplémentaire pour enfants handicapés, octroyée en application de la législation relative aux allocations familiales pour travailleurs salariés ou de celle relative aux allocations familiales pour travailleurs indépendants. Lorsqu'une nouvelle naissance survient avant la fin de l'interruption, celle-ci peut être prolongée, sans pouvoir dépasser respectivement les trois ou les six années suivant la date de cette nouvelle naissance. Les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel visés à l'article 202 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 accomplissent le stage réduit s'ils totalisent, au cours d'une période d'un mois, soixante-sept heures de travail ou assimilées. La période de référence est toutefois prolongée jusqu'à trois mois au maximum pour les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel qui, en raison de leur régime de travail, se trouvent dans l'impossibilité d'accomplir leur stage réduit en un mois.

  - *article 205/1, § 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996* : le stage est réduit à trois mois comprenant au moins soixante jours de travail ou assimilés pour la titulaire qui, ayant cessé de se trouver dans une des situations visées à l'article 86, § 1er, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, après avoir accompli le stage visé ci-dessus ou en avoir été dispensé, se trouve à nouveau assujettie à la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs si, dans l'intervalle, elle a été constamment membre effectif ou personne à charge d'une mutualité, en qualité d'assurée libre, pour les prestations de maternité.

Les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel visés à l'article 202 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 accomplissent le stage réduit s'ils totalisent au cours d'une période de trois mois, deux cents heures de travail ou assimilées. La période de référence est toutefois prolongée jusqu'à neuf mois au maximum pour les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel qui, en raison de leur régime de travail, se trouvent dans l'impossibilité d'accomplir leur stage réduit dans les trois mois.

Remarque : le renvoi *aux prestations en matière de maternité* doit être compris dans le cadre de l'assurance complémentaire (ex. : une "prime de naissance" à l'occasion de la naissance d'un enfant).

- *article 206/1 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996* : le stage est réduit à trois mois comprenant au moins soixante jours de travail ou assimilés en faveur de la personne qui acquiert la qualité de titulaire au sens de l'article 86, § 1er, 1°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, à condition qu'elle acquiert ladite qualité au plus tard le trentième jour après avoir perdu la qualité de titulaire dans le régime des travailleurs indépendants (voir l'art. 3 de l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants) et qu'elle ait accompli le stage prévu dans ledit régime ou en a été dispensée. Les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel visés à l'article 202 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 accomplissent le stage réduit s'ils totalisent, au cours d'une période de trois mois, deux cents heures de travail ou assimilées. La période de référence est toutefois prolongée jusqu'à neuf mois au maximum pour les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel qui, en raison de leur régime de travail, se trouvent dans l'impossibilité d'accomplir leur stage réduit dans les trois mois.

2.2. Maintien du droit aux indemnités

- Si l'intéressée est dispensée du stage ou si elle a accompli le stage (réduit), elle conserve en principe le droit aux indemnités jusqu'à la fin du troisième trimestre suivant le trimestre au cours duquel elle est devenue titulaire (avec dispense de stage ou pour un stage réduit) ou jusqu'à la fin du trimestre suivant celui au cours duquel elle a accompli le stage et que les cotisations sociales nécessaires ont été versées (art. 116/2 de la loi coordonnée du 14.07.1994 et art. 204, §§ 2 et 3 de l'A.R. du 03.07.1996)

- En règle générale, une titulaire maintient le droit aux indemnités à condition que, pour les deuxième et troisième trimestres précédant le début de la période de repos de maternité, elle conserve la qualité de titulaire visée à l'article 86, § 1er, de la loi coordonnée pendant 120 jours ouvrables. Une travailleuse saisonnière, une travailleuse intermittente ou une travailleuse à temps partiel visée à l'article 202 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 doit prouver, durant les deuxième et troisième trimestres précédant le début de la période de repos de maternité, 400 heures de travail ou heures assimilées à des heures de travail (art. 116/3 de la loi coordonnée du 14.07.1994 et art. 207/1, al. 1er, de l'A.R. du 03.07.1996).
  Outre la condition "volume de travail" (pour les trimestres de référence), l'intéressée doit également justifier d'un certain montant minimum de salaire sur lequel les cotisations de sécurité sociale ont été retenues (art. 286 et ss de l'A.R. du 03.07.1996). Si l'intéressée ne justifie pas du salaire (minimum) requis, elle peut "régulariser" sa situation en versant des cotisations de sécurité sociale complémentaires à sa mutualité.

  Si une travailleuse saisonnière, une travailleuse intermittente ou une travailleuse à temps partiel visée à l'article 202 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 ne peut justifier de 400 heures (ou d'un certain montant minimum de salaire), les trois trimestres précédant immédiatement le trimestre au cours duquel commence la période de repos de maternité peuvent être pris en compte. Dans ce cas, l'intéressée doit justifier du montant du salaire requis au cours de ces trimestres et il ne doit pas y avoir eu d'interruption dans sa qualité de titulaire pendant plus de trente jours (voir art. 207/1, al. 2, de l'A.R. du 03.07.1996).

2.3. Application de la "règle des trente jours"

En outre, les indemnités pour repos de maternité ne sont dues à la titulaire qu'à la condition qu'aucune période continue de plus de trente jours ne se soit écoulée entre la date du début du repos de maternité et le dernier jour d'une période pendant laquelle elle disposait de la qualité de titulaire visée à l'article 86, § 1er, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, ou était reconnue comme incapable de travailler au sens de cette loi coordonnée, ou se trouvait en période de protection de la maternité au sens de l'article 114*bis* de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ("écartement du travail") (voir art. 116 et 131 de la loi coordonnée du 14.07.1994).

III. Périodes de repos de maternité

La période de repos de maternité comprend :

- une période de repos prénatal et
- une période de repos postnatal.

Tant le repos prénatal que le repos postnatal comprennent une partie obligatoire et une partie facultative.

3.1. Repos prénatal

3.1.1. DURÉE

Conformément à l'article 114, alinéa premier, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, le repos prénatal débute, à la demande de la titulaire, au plus tôt à partir de la sixième semaine qui précède la date présumée de l'accouchement ou de la huitième semaine, lorsqu'une naissance multiple est prévue.

En outre, la titulaire doit cesser tout travail ou interrompre le chômage contrôlé à partir du septième jour précédant la date présumée de l'accouchement. La semaine qui précède la date présumée de l'accouchement constitue donc un repos prénatal obligatoire.[1]
Si l'accouchement se produit après la date prévue par le médecin, le repos prénatal est prolongé jusqu'à la date réelle de l'accouchement.

La date présumée de l'accouchement est prise en compte pour déterminer le début de la période de repos prénatal.

3.1.2. INCAPACITÉ DE TRAVAIL OU ÉCARTEMENT COMPLET JUSQU'À LA SEMAINE PRÉCÉDANT LA DATE PRÉSUMÉE DE L'ACCOUCHEMENT - ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ OU TARDIF

3.1.2.a) Incapacité de travail

- Accouchement prématuré

La semaine précédant la date présumée de l'accouchement est une semaine de repos obligatoire.

1. Ce caractère obligatoire est également prévu par la loi sur le travail du 16.03.1971. Conformément aux dispositions de l'art. 39, al. 2, de la présente loi, la travailleuse ne peut effectivement plus travailler à partir du 7e jour précédant la date présumée de l'accouchement. Cette période est donc couverte par une interdiction de travailler, de même que la période de neuf semaines suivant l'accouchement.

Si l'intéressée est incapable de travailler avant cette semaine de repos prénatal obligatoire et qu'elle accouche prématurément par rapport à la date présumée, une conversion (du solde) de la semaine précédant la date réelle de l'accouchement en repos de maternité est possible, à condition cette période ne soit pas couverte par le salaire garanti ou le complément ou l'avance versés conformément à la convention collective de travail n° 12*bis* ou n° 13*bis*. Le maintien du salaire garanti, du complément (en combinaison avec les indemnités d'incapacité de travail) ou de l'avance précités étant en effet dans l'intérêt financier de la travailleuse.

- Accouchement tardif

La semaine précédant la date présumée de l'accouchement est une semaine de repos obligatoire.

Si l'intéressée est incapable de travailler avant cette semaine de repos prénatal obligatoire et qu'elle accouche tardivement par rapport à la date présumée, une régularisation de la période de repos de maternité se situant avant la semaine précédant la date réelle de l'accouchement n'est pas possible.

En effet, conformément à l'article 39, alinéa 2 de la loi sur le travail du 16 mars 1971, la travailleuse ne peut effectuer aucun travail à partir du septième jour qui précède la date présumée de l'accouchement. Dès lors, étant donné cette interdiction de travail, la période d'incapacité de travail sera donc toujours suspendue une semaine avant la date présumée de l'accouchement.

3.1.2.b) Ecartement total du travail

- Accouchement prématuré

La semaine précédant la date présumée de l'accouchement est une semaine de repos obligatoire.

Si l'intéressée est en écartement total avant cette semaine de repos prénatal obligatoire et qu'elle accouche prématurément par rapport à la date présumée, une régularisation de la période d'écartement du travail en repos de maternité (pour la semaine qui précède la date réelle de l'accouchement – semaine prénatale non reportable) n'est pas dans l'intérêt (financier) de la travailleuse étant donné que le montant de l'indemnité de maternité octroyé dans le cadre de l'écartement total (78,237 %) est plus élevé que le montant de l'indemnité de maternité octroyé dans le cadre du repos de maternité (75 %, à dater du 31e jour de repos de maternité). En effet, en cas de régularisation, la période de repos de maternité serait plus longue et la période d'écartement du travail plus courte. Néanmoins, le montant total d'indemnités octroyées (pour la période d'écartement du travail et de repos de maternité) serait au final moins élevé et donc moins intéressant financièrement pour la travailleuse.

- Accouchement tardif

La semaine précédant la date présumée de l'accouchement est une semaine de repos obligatoire.

Si l'intéressée est en écartement total avant cette semaine de repos prénatal obligatoire et qu'elle accouche tardivement par rapport à la date présumée, une régularisation de l'indemnisation de l'écartement total et du repos de maternité en fonction de la date réelle de l'accouchement (c.-à-d., une indemnisation jusqu'à la semaine précédant la date réelle de l'accouchement) n'est pas possible.
En effet, conformément à l'article 39, alinéa 2 de la loi sur le travail du 16 mars 1971, la travailleuse ne peut effectuer aucun travail à partir du septième jour qui précède la date présumée de l'accouchement. Dès lors, étant donné cette interdiction de travail, le risque spécifique d'exposition aux agents, procédés ou conditions de travail qui justifie la mesure de protection de maternité prise par l'employeur n'est donc plus présent. La mesure de protection de maternité prend donc toujours fin (au plus tard) une semaine avant la date présumée de l'accouchement.

3.2. Repos postnatal

3.2.1. LA PÉRIODE OBLIGATOIRE DE REPOS POSTNATAL
(art. 114, al. 2, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

Le repos postnatal obligatoire s'étend sur une période de neuf semaines à compter du jour de l'accouchement.

Remarque : en cas de naissance de jumeaux à des dates différentes, la période de repos postnatal est déterminée sur la base de la date réelle du deuxième accouchement.

La période de neuf semaines commence à courir le jour après le jour de l'accouchement lorsque la travailleuse a entamé sa journée de travail le jour de l'accouchement.
Puisqu'il est expressément stipulé "lorsque la travailleuse a commencé le travail", cette disposition particulière ne s'applique que s'il y a accouchement prématuré un jour où la travailleuse a accompli un travail normal ou a commencé le travail, mais a dû le quitter prématurément en raison de son accouchement imminent. Cette règle dérogatoire ne peut s'appliquer en cas de naissance prématurée un jour où la travailleuse aurait normalement dû travailler, mais n'a pas commencé le travail en raison de la suspension prévue de l'exécution de son contrat de travail (par ex. en raison d'un congé annuel ou du chômage économique) et accouche au cours de la journée de suspension prévue de l'exécution de son contrat de travail.

3.2.2. LA PÉRIODE FACULTATIVE DE REPOS POSTNATAL : LA PROLONGATION DU REPOS POSTNATAL

Différentes situations, toujours à la demande de la titulaire, peuvent entraîner une prolongation du repos postnatal après la période obligatoire de neuf semaines :

- du travail (ou période assimilée à du travail) ou du chômage contrôlé (ou période assimilée à du chômage contrôlé) pendant la période théorique de repos prénatal facultatif
- une naissance multiple
- l'hospitalisation du nouveau-né.

3.2.2.a) Travail (ou période assimilée) ou chômage contrôlé pendant la période théorique de repos prénatal facultatif

La période de repos postnatal obligatoire de neuf semaines peut être prolongée de la période pendant laquelle la titulaire a continué le travail ou le chômage contrôlé de la sixième à la deuxième semaine y incluse précédent l'accouchement et de la huitième à la deuxième semaine y incluse en cas de naissance multiple (voir art. 114, al. 2, de la loi coordonnée du 14.07.1994).

Remarque : si les jumeaux naissent à des dates différentes, la période de repos postnatal peut être prolongée de la période pendant laquelle la titulaire a continué le travail ou le chômage contrôlé de la huitième à la deuxième semaine y incluse précédant la date effective du premier accouchement. La fin du repos prénatal est déterminée, dans cette situation, en fonction de la date réelle du premier accouchement.

Les jours au cours desquels la travailleuse s'absente du travail afin de se soumettre aux examens médicaux prénataux sont considérés comme des jours de travail si ceux-ci ne peuvent avoir lieu en dehors des heures de travail (voir art. 39*bis* de la loi sur le travail du 16.03.1971) et peuvent donc être pris en compte dans le cadre de la prolongation de la période de neuf semaines de repos postnatal obligatoire.

Les périodes suivantes peuvent, sur la base de l'article 220 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, *être assimilées à une période durant laquelle la titulaire a continué à travailler* pour la prolongation du repos postnatal :

1° les périodes de vacances légales, en ce compris la période couverte par le traitement différé accordé aux enseignantes temporaires ou intérimaires après la fin du contrat de travail ou de la désignation à titre temporaire, les périodes de vacances en vertu d'une convention collective de travail rendue obligatoire, les périodes de vacances complémentaires et les périodes de vacances supplémentaires ;

2° la période pendant laquelle est exercée la fonction de juge social ;

3° les jours de petits chômages ;

4° les jours pour raisons impérieuses avec maintien de la rémunération et les jours de congé pour raisons impérieuses sans maintien de la rémunération ;

5° les jours d'absence avec rémunération journalière garantie ;

6° les périodes d'accident technique se produisant dans l'entreprise, (à partir du 01.03.2020) de chômage temporaire par suite de force majeure, de chômage temporaire par suite d'un accident technique, de chômage temporaire par suite d'intempéries et de chômage temporaire par suite de manque de travail résultant de causes économiques, ainsi que (à partir du 01.03.2020) les périodes de suspension totale de l'exécution du contrat et de régime de travail à temps réduit visées aux articles 77/1 à 77/8 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail ;

7° la période de fermeture de l'entreprise à titre de protection de l'environnement ;

8° les jours fériés pendant le contrat de travail, les jours de remplacement d'un jour férié et les jours fériés ou jours de remplacement durant une période de chômage temporaire ;

9° pour la titulaire qui travaille alternativement en régime de cinq et de six jours, le jour de la semaine du régime de cinq jours qui aurait normalement été travaillé s'il s'était agi d'une semaine du régime de six jours ;

10° les jours de repos compensatoire ;

11° les jours de vacances et les jours fériés légaux des gardiens et gardiennes d'enfants sans accueil d'enfants, visés à l'article 203, alinéa 4, 14. de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 ;

12° les périodes pendant lesquelles la travailleuse a exercé une ou plusieurs activités durant une période de protection de la maternité visée à l'article 114bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou a repris une ou plusieurs activités durant son incapacité de travail, dans les conditions fixées à l'article 100, § 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ;

13° (à partir du 01.03.2020) les jours d'incapacité de travail tels que définis à l'article 100, § 1er de la loi coordonnée ;

14° (à partir du 01.03.2020) la période d'éloignement complet du travail en tant que mesure de protection de la maternité.

Il s'agit d'une *énumération limitative* si bien qu'il ne peut donc être tenu compte, par exemple d'une période couverte par une indemnité de rupture irrégulière du contrat de travail ou d'une période de congé éducatif à partir de la sixième semaine jusqu'à la deuxième semaine y incluse précédant l'accouchement (ou à partir de la 8e semaine jusqu'à la 2e semaine y incluse précédant l'accouchement, en cas de naissance multiple).

En ce qui concerne les périodes de *chômage contrôlé* (cf. art. 246 de l'A.R. du 03.07.1996), il convient de souligner que, bien que la période au cours de laquelle la titulaire bénéficie d'une allocation d'interruption de carrière complète constitue une période de chômage contrôlé (pour le secteur des indemnités, certes, à l'unique condition que l'intéressée dispose, avant l'interruption de la carrière professionnelle, de la qualité de titulaire au sens de l'art. 86, § 1er, de la loi du 14.07.1994), cette assimilation ne peut être prise en compte pour la prolongation du repos de maternité (cf. art. 246, al. 2, de l'A.R. du 03.07.1996).

Remarque : la période de repos prénatal obligatoire, c'est-à-dire la semaine précédant la date de l'accouchement, ne peut cependant pas être prise en considération pour la prolongation du repos postnatal obligatoire.
Cela signifie donc que si l'enfant naît prématurément (à savoir avant la date initialement prévue par le médecin), les jours pendant lesquels l'intéressée a continué de travailler ou est demeurée chômeuse contrôlée dans la période de sept jours précédant la date réelle de l'accouchement ne peuvent être reportés et pris au terme de la période de repos postnatal obligatoire[2].

Exemple

Une titulaire doit en principe accoucher le 18 juillet 2020 (date présumée).
Elle interrompt ses activités à partir du 11 juillet 2020 (donc 7 jours avant la date présumée de l'accouchement).
Elle accouche (plus tôt) le 15 juillet 2020.
La période de repos prénatal se situe du 11 juillet 2020 au 14 juillet 2020 inclus. La titulaire peut reporter la période au cours de laquelle elle a continué à travailler à partir de la sixième semaine précédant son accouchement. Cette période doit néanmoins d'abord être réduite à concurrence de la période correspondant au nombre de jours au cours desquels elle a continué à travailler au cours de la période des sept jours précédant son accouchement (à partir du 08.07.2020 jusqu'au 10.07.2020 inclus).
La période (totale) du repos de maternité s'étend donc du 11 juillet 2020 jusqu'au 20 octobre 2020 inclus et compte par conséquent 14 semaines et 4 jours.

3.2.2.b) Naissance multiple

La période de neuf semaines de repos postnatal obligatoire peut être prolongée d'une période de maximum deux semaines en cas de naissance multiple (cf. art. 114, al. 3, de la loi coordonnée du 14.07.1994).

3.2.2.c) Hospitalisation de l'enfant nouveau-né

Lorsque l'enfant nouveau-né doit rester hospitalisé après les sept premiers jours à compter de sa naissance, la période de repos postnatal peut être prolongée d'une durée égale à la période d'hospitalisation de l'enfant qui excède ces sept premiers jours. La durée de cette prolongation ne peut excéder vingt-quatre semaines (cf. art. 114, al. 5, de la loi coordonnée du 14.07.1994).

2. L'art. 39, al. 3, de la loi sur le travail du 16.03.1971 dispose que "Cette période (c.-à-d. la période qui peut être reportée) est, en cas de naissance prématurée, réduite du nombre de jours pendant lesquels elle a travaillé au cours de la période de 7 jours qui précèdent l'accouchement".

Vu le passage "Lorsque l'enfant nouveau-né doit rester hospitalisé après les sept premiers jours à compter de sa naissance", la prolongation du repos postnatal doit être autorisée dans tous les cas où le bébé a été hospitalisé ou est hospitalisé dans la période des sept jours après sa naissance et si l'enfant demeure également hospitalisé après cette période de sept jours. Et ce quel que soit le motif de l'hospitalisation et sans distinction entre les enfants né à l'hôpital et ceux nés ailleurs (par ex. dans le cadre d'un accouchement à domicile).

Il doit s'agir d'une *période d'hospitalisation ininterrompue* du nouveau-né (sauf dans le cas d'une situation de "force majeure", par exemple si l'enfant est rentré à la maison entre deux périodes d'hospitalisation du fait que l'admission dans un hôpital vers lequel l'enfant a été renvoyé pour la poursuite de son traitement n'était pas possible immédiatement).

L'admission du nouveau-né dans un **centre de rééducation fonctionnelle** peut être assimilée à une prolongation d'hospitalisation (des traitements de rééducation fonctionnelle peuvent, dans la pratique, être organisés tant au sein qu'en dehors d'un établissement hospitalier) si cette admission suit, le cas échéant, *immédiatement* le séjour dans un établissement hospitalier (naissance) et si l'enfant demeure dans ce centre de rééducation fonctionnelle de manière *ininterrompue*.

! Situations particulières :

- cette prolongation du repos postnatal pour cause d'hospitalisation du nouveau-né demeure possible si l'enfant décède au cours de cette hospitalisation. Même si l'enfant décède après avoir quitté l'hôpital, la possibilité de prolonger le repos postnatal subsiste
- en cas de naissance multiple, le repos postnatal peut également être prolongé en fonction de la durée de l'hospitalisation d'un seul des nouveau-nés.

3.2.3. LA PÉRIODE FACULTATIVE DU REPOS POSTNATAL : LA CONVERSION DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF EN JOURS DE CONGÉ DE REPOS POSTNATAL

Lorsque la travailleuse peut prolonger le repos de maternité obligatoire de neuf semaines par une période d'au moins deux semaines, les deux dernières semaines de cette période facultative de repos de maternité peuvent être, à sa demande, convertie en jours de congé de repos postnatal. L'employeur doit, en fonction du nombre de jours prévus dans la grille horaire de la travailleuse, convertir cette période en jours de congé de repos postnatal. La travailleuse doit prendre ces jours de congé de repos postnatal, selon un planning qu'elle aura proposé, dans les huit semaines à compter de la fin de la période ininterrompue de repos postnatal (cf. art. 114, al. 6, de la loi coordonnée du 14.07.1994).

Pour plus d'informations concernant les jours de congé de repos postnatal à prendre et l'indemnisation de ces jours par l'assurance maternité, nous renvoyons à la Circulaire O.A. n° 2009/435 - 47/5)[3] du 5 novembre 2009.

IV. Cessation de toute activité pendant le repos de maternité

La mutualité peut uniquement prendre en considération les périodes de repos de maternité à condition que la titulaire ait cessé toute activité ou interrompu le chômage contrôlé (cf. art. 115 de la loi du 14.07.1994).

3. Publiée dans le B.I. 2009/3-4.

Cette condition est identique à celle définie à l'article 100, § 1er, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 pour la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail et dont le contenu a été précisé par la jurisprudence. Ainsi, la Cour de cassation a déclaré, dans un arrêt du 18 mai 1992, qu'il fallait entendre par "travail" toute activité à caractère productif effectuée dans le cadre de relations sociales, et ce, même si elle est accomplie sans rémunération au titre de service d'amis.

Remarque : la condition de cessation de toute activité n'est pas applicable dans les situations limitatives suivantes :

- pendant la période au cours de laquelle la titulaire fait usage de la possibilité de prendre des jours de congé de repos postnatal (cf. également le p. 3.2.3 précédent)
- pendant la période de prolongation du repos de maternité par des périodes au cours desquelles la travailleuse a exercé une activité pendant une période d'écartement partiel du travail ou repris une activité adaptée avec l'autorisation du médecin-conseil pendant son incapacité de travail conformément aux conditions visées à l'article 100, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, de la sixième semaine, ou huitième semaine en cas de naissance multiple, jusqu'à la deuxième semaine y incluse précédant l'accouchement.

V. Droit au repos de maternité et aux indemnités de maternité : notion d'"accouchement" et durée requise de la grossesse d'au moins 180 jours en cas d'enfant né sans vie

Les périodes de repos pré- et postnatal ne peuvent être prises par une titulaire qu'à la condition qu'elle ait "accouché". Il est question d'un accouchement dès qu'un enfant naît vivant (ou viable), quelle que soit la durée de la grossesse.

En revanche, si l'enfant est mort-né, il y a seulement un droit au repos de maternité et à l'octroi des indemnités de maternité en cas de grossesse d'une durée d'au moins 180 jours.[1]

En cas d'enfant mort-né avant la fin du délai de 180 jours de grossesse, il faut considérer qu'il s'agit d'une fausse-couche et des indemnités d'incapacité de travail peuvent, le cas échéant, être octroyées à la titulaire si celle-ci remplit les conditions de l'article 100, § 1er, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

VI. Formalités

6.1. Demande de repos prénatal

La titulaire (chômeuse ou travailleuse) qui souhaite prendre un repos prénatal doit en faire la demande à sa mutualité en joignant à cet effet un certificat médical mentionnant la date présumée de son accouchement au terme du repos prénatal demandé.
Le cas échéant, une sage-femme peut également rédiger ce certificat.

4. Cf. l'art. 39, al. 2, de la loi sur le travail du 16.03.1971 ("Lorsque la travailleuse accouche d'un enfant sans vie, l'interruption de travail est octroyée pour autant que la grossesse ait duré un minimum de 180 jours à dater de la conception.") et l'art. 114, al. 4, de la loi coordonnée du 14.07.1994. ("Lorsque la titulaire accouche d'un enfant sans vie, les al. 1er à 3 s'appliquent, pour autant que la grossesse ait duré un minimum de 180 jours à dater de la conception.").

Aucun délai n'est prévu pour la délivrance de ce certificat.

Si l'intéressée envoie uniquement à sa mutualité un certificat médical du médecin mentionnant la date présumée de l'accouchement, ce certificat fait office de demande d'octroi d'indemnités de maternité dans le cadre du repos de maternité et l'intéressée devra être considérée comme ayant rempli les conditions de l'article 114, alinéa premier, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.
La mutualité peut, sur la base de la feuille de renseignements (cf. infra), vérifier quand l'intéressée a effectivement interrompu le travail ou quel était le dernier jour de chômage contrôlé.

Dès que la mutualité a connaissance du début du repos de maternité, elle envoie à la titulaire un exemplaire de la feuille de renseignements (volet titulaire). Simultanément, selon le cas, l'employeur ou son mandataire seront invités à envoyer la feuille de renseignements indemnités (ZIMA 001) par voie électronique et/ou l'organisme de paiement des allocations de chômage sera prié d'envoyer une feuille de renseignements électronique (L500).

6.2. Document justificatif à produire après l'accouchement

(art. 49, § 1er du Règlement des indemnités du 16.04.1997)

La titulaire transmet dès que possible à sa mutualité la preuve attestant l'accouchement (déclaration médicale confirmant l'accouchement ou un extrait d'acte de naissance).

6.3. Prolongation du repos postnatal pour cause d'hospitalisation du nouveau-né

(art. 49, § 2 du Règlement des indemnités du 16.04.1997)

Au terme de la période de son repos postnatal, la titulaire remet à sa mutualité une attestation de l'établissement hospitalier certifiant que les conditions sont remplies pour bénéficier de la prolongation du repos postnatal à la suite de l'hospitalisation du nouveau-né et mentionnant la durée de cette hospitalisation.

Le cas échéant, la titulaire transmet à sa mutualité, au terme de la prolongation, une nouvelle attestation de l'établissement hospitalier indiquant qu'au cours de cette prolongation, le nouveau-né est demeuré hospitalisé et mentionnant la durée de cette hospitalisation.

6.4. Situation particulière : repos de maternité pris en cas d'enfant né sans vie

La titulaire qui accouche d'un enfant sans vie a droit à une indemnité de repos de maternité si la grossesse a duré au moins 180 jours.
Pour bénéficier du repos de maternité, l'intéressée doit remettre à sa mutualité *un acte d'enfant né sans vie.*

Remarque : un acte d'enfant né sans vie peut, sur demande, également être établi si la grossesse a duré moins de 180 jours, plus particulièrement si la grossesse a duré entre 140 et 179 jours (cf. art. 58, § 2, du Code civil).
La mutualité doit donc toujours *procéder à une vérification de la durée de la grossesse* mentionnée sur l'acte d'enfant né sans vie (mention obligatoire) avant d'octroyer les indemnités de maternité. En cas de durée de la grossesse entre 140 et 179 jours, l'intéressée n'ouvre en effet pas de droit au repos de maternité et à l'octroi d'indemnités de maternité.

6.5. Déclaration de reprise du travail ou preuve de reprise du chômage contrôlé

Au terme du repos de maternité, une déclaration de reprise du travail ou une preuve de chômage contrôlé doit toujours être transmise à la mutualité (art. 49, § 1er, al. 2, et § 2, al. 3, du Règlement des indemnités du 16.04.1997).

VII. Montant des indemnités de maternité et montant de la rémunération perdue devant être pris en considération pour le calcul des indemnités de maternité

7.1. Montant des indemnités de maternité

7.1.1. PRINCIPE :

Le montant des indemnités de maternité est fixé à 79,5 % de la rémunération perdue et limité au plafond salarial pris en compte pour le calcul des indemnités d'incapacité de travail, pendant les 30 premiers jours du repos de maternité, et à 75 % de la rémunération perdue à partir du 31e jour de cette période (cf. art. 216, 1er al., de l'A.R. du 03.07.1996).

7.1.2. EXCEPTIONS

7.1.2.a) Les titulaires visés à l'article 86, § 1er, 1°, a) et b), de la loi coordonnée du 14 juillet 1994

Les titulaires qui ressortissent au secteur des indemnités en vertu de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, à savoir en particulier les titulaires qui sont liées par un contrat de travail ou qui travaillent dans des conditions similaires, ainsi que celles qui interrompent le travail ou ne le reprennent pas, pour se reposer au plus tôt à partir du cinquième mois de grossesse, ont droit à une indemnité de maternité égale à 82 % de leur rémunération perdue non plafonnée, pendant les trente premiers jours de la période du repos de maternité (cf. art. 216, al. 2, de l'A.R. du 03.07.1996).

À partir du trente et unième jour de cette période, ces titulaires ont droit à une indemnité de maternité égale à 75 % de leur rémunération perdue limitée au plafond salarial pris en compte pour le calcul des indemnités d'incapacité de travail.

Remarque : le pourcentage précis qui doit être appliqué pendant les trente premiers jours de la période de repos de maternité est déterminé par la qualité que la titulaire *à la date du début du repos de maternité.*
Une travailleuse liée par un contrat de travail pour une durée déterminée aura donc droit à une indemnité de maternité égale à 82 % de son salaire non plafonné pendant les trente premiers jours du repos de maternité, même si son contrat de travail devait prendre fin au cours de cette période.

Situations spécifiques :

- *Titulaires ayant reçu une indemnité de rupture de contrat de travail :*
  en principe, ces titulaires peuvent aussi prétendre à une indemnité de maternité de 82 % au terme de la période couverte par cette indemnité de rupture de contrat de travail pour les jours restants de la période que constituent les trente premiers jours du repos de maternité.
  Le montant de l'indemnité de maternité est en effet déterminé par la qualité qu'a la titulaire à la date de début du repos de maternité, et les titulaires qui ont bénéficié d'une indemnité de rupture de contrat de travail ont, en cette qualité, droit au pourcentage majoré de 82 %, conformément à l'article 216, alinéa 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 pendant la période qui n'est pas visée dans l'article 103, § 1er, 1° ou 3°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994

- *Titulaires en incapacité de travail primaire ou en invalidité :*
  les titulaires en incapacité de travail primaire ou en invalidité qui, au début de la période de repos de maternité, sont toujours liées par un contrat de travail, ont également droit au pourcentage fixé à l'article 216, alinéa 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (82 % de la rémunération non plafonnée pendant les 30 premiers jours de la période de repos de maternité).

Remarques :

- si ces titulaires ne sont plus liées par un contrat de travail au début du repos de maternité, elles ont droit à une indemnité de maternité fixée à 79,5 % de la rémunération plafonnée pendant les trente premiers jours du repos de maternité et à 75 % de la rémunération plafonnée à partir du trente et unième jour de cette période

- l'indemnité de maternité pour les titulaires reconnues en état d'incapacité de travail ne peut être inférieure à l'indemnité d'incapacité de travail à laquelle elles auraient eu droit si elle n'avaient pas été en repos de maternité (mesure de garantie visée à l'art. 113, al. 5, de la loi coordonnée du 14.07.1994). En ce qui concerne les titulaires invalides, pour cette comparaison, il y a lieu de tenir compte du "montant net" de l'indemnité d'invalidité, c'est-à-dire après la retenue (éventuelle) de 3,5 % pour le secteur des pensions.

7.1.2.b) Les titulaires en chômage complet contrôlé

Les titulaires en chômage complet contrôlé peuvent prétendre à une indemnité de base et à une indemnité complémentaire (cf. art. 217 de l'A.R. du 03.07.1996) :

- ***indemnité de base :*** les titulaires en chômage complet contrôlé ont droit à une indemnité de base s'élevant à 60 % de la rémunération perdue plafonnée. Le montant de cette indemnité est cependant égal à celui de l'allocation de chômage à laquelle les titulaires précitées auraient pu prétendre si elles ne s'étaient pas trouvées dans une période de protection de la maternité ("mesure d'alignement"). Cette mesure d'alignement cesse de s'appliquer dès qu'une période de six mois est écoulée, compte tenu de la durée de la période de protection de la maternité et de la période d'incapacité de travail qui la précède immédiatement

- ***indemnité complémentaire :*** les titulaires en chômage complet contrôlé ont droit, en outre, à une indemnité complémentaire s'élevant à 19,5 % de la rémunération perdue plafonnée pendant les trente premiers jours de la période de protection de la maternité et à 15 % de la même rémunération perdue plafonnée, à partir du trente et unième jour de cette période.

Remarque : la "mesure d'alignement" ne s'applique pas à cette indemnité complémentaire !

Remarque : précision concernant l'application de la "mesure d'alignement" visée à l'article 217 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 :

Il y a lieu de déduire de la formulation du texte de l'article 217, alinéa 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 ("et de la période d'incapacité de travail qui la précède immédiatement") qu'en cas de brève interruption (moins de 14 jours) entre l'incapacité de travail et le début du repos de maternité, la mesure d'alignement est bel et bien toujours applicable pendant le repos de maternité (dans ce cas, l'incapacité de travail ne peut en effet pas être prise en compte dans le calcul du délai de 6 mois visé à l'art. 217 de l'A.R. du 03.07.1996 parce qu'elle ne précède pas "immédiatement" le repos de maternité).

En revanche, s'il s'agit d'une interruption de moins de quatorze jours entre deux périodes d'incapacité de travail (situation de rechute) et si la dernière période d'incapacité de travail se termine le jour précédant le début du repos de maternité, la "mesure d'alignement" n'est cependant pas applicable dès qu'une période de six mois est écoulée si on tient compte de la durée des périodes d'incapacité de travail avant le début du repos de maternité.

Le même raisonnement vaut d'ailleurs en cas de repos de maternité précédant une incapacité de travail (cf. art. 211, § 2, al. 2, de l'A.R. du 03.07.1996).

7.1.2.c) Travailleuse à temps partiel avec maintien des droits pouvant prétendre à une allocation de garantie de revenus

Afin de fixer le montant de l'indemnité de maternité pour cette catégorie distincte de travailleuses, il faut tenir compte de leur double qualité (travailleuse et chômeuse - cf. également art. 42, § 1er, du Règlement des indemnités du 16.04.1997) :

- composante travail

  L'intéressée peut prétendre à une indemnité de maternité s'élevant à 82 % de la rémunération perdue non plafonnée pendant les trente premiers jours et à 75 % de la rémunération perdue plafonnée à partir du 31e jour.

- composante chômage

  L'intéressée peut prétendre à une indemnité de base et à une indemnité complémentaire :

- *indemnité de base :*

  60 % de la rémunération de base chômage visée à l'article 30 du Règlement des indemnités du 16 avril 1997

  $$\times \frac{\text{allocation de garantie de revenus (montant brut)}}{\text{allocation de référence}}$$

  La "mesure d'alignement" est toutefois applicable au cours des six premiers mois :

  $$\text{allocation de chômage} \times \frac{\text{allocation de garantie de revenus (montant brut)}}{\text{allocation de référence}}$$

  * La mesure d'alignement n'est plus d'application dès qu'une période de six mois s'est écoulée compte tenu d'une période de protection de la maternité (écartement du travail) et/ou d'une incapacité de travail précédant immédiatement le repos de maternité.

- *indemnité complémentaire :*

  19,5 % (au cours des 30 premiers jours) ou 15 % (à partir du 31e jour) de la rémunération perdue chômage visée à l'article 30 du Règlement des indemnités du 16 avril 1997

  x allocation de garantie de revenus (montant brut)
  allocation de référence

Remarque : la mesure de garantie visée à l'article 42, § 1er, alinéa 2, du Règlement des indemnités du 16 avril 1997 n'est pas applicable pendant le repos de maternité (cf. art. 45, § 1er, al. 1er, du Règlement des indemnités).

7.2. Rémunération perdue

7.2.1. TITULAIRE ENGAGÉE DANS LES LIENS D'UN CONTRAT DE TRAVAIL OU DANS DES CONDITIONS SIMILAIRES ET CHÔMEUSES CONTRÔLÉES

En principe, les règles applicables dans le cadre du calcul des indemnités d'incapacité de travail pour la fixation de la rémunération perdue s'appliquent également dans le cadre du repos de maternité (cf. art. 45, § 1er, du Règlement des indemnités du 16.04.1997, qui renvoie aux art. 23 à 44 de ce Règlement).

Ainsi, en principe, le montant de la rémunération perdue à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité de maternité dans le cas d'une titulaire engagée dans les liens d'un contrat de travail ou dans des conditions similaires est :

- la rémunération perdue à laquelle elle avait droit le dernier jour du deuxième trimestre précédant le trimestre au cours duquel le repos de maternité a commencé, pourvu que l'occupation soit demeurée stable à partir du dernier jour du deuxième trimestre précédant le trimestre au cours duquel le repos de maternité a commencé jusqu'au début du repos de maternité

- la rémunération perdue à laquelle elle avait droit au début du repos de maternité en cas d'occupation instable à compter du dernier jour du deuxième trimestre précédant le trimestre au cours duquel le repos de maternité a commencé jusqu'au début du repos de maternité inclusivement.

Il convient de rappeler que, dans le cas d'une travailleuse qui a interrompu son travail ou qui n'a pas repris son travail, pour se reposer au plus tôt à partir du cinquième mois de grossesse (titulaire visée à l'art. 86, § 1er, 1°, b) de la loi coordonnée du 14.07.1994) et qui, au début de sa période de repos, remplit les conditions prévues à l'un des articles 23 à 27 du Règlement des indemnités du 16 avril 1997, la rémunération perdue est toutefois calculée comme si le repos de maternité avait commencé le premier jour de l'interruption de travail, sur la base de la rémunération journalière moyenne à laquelle elle avait droit ce jour-là (cf. art. 33, § 1er, du Règlement des indemnités du 16.04.1997).

Pour les chômeuses contrôlées, il convient de se référer en particulier aux règles visées à l'article 30 du Règlement des indemnités du 16 avril 1997.

7.2.2. GARDIENNES D'ENFANTS AVEC UN STATUT *SUI GENERIS* DANS LE SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE

Conformément à l'article 45, § 3, du Règlement des indemnités du 16 avril 1997, dans le cas d'une gardienne d'enfant affiliée à un service d'accueil agréé, la rémunération perdue sur la base de laquelle est calculée l'indemnité de maternité pour le repos de maternité correspond à 1/26e du revenu minimum mensuel moyen garanti visé à l'article 3, premier alinéa, de la convention collective de travail n° 43 du 2 mai 1998 multiplié par une fraction dont le numérateur est égal au nombre de places d'accueil pour lesquelles la gardienne d'enfant a obtenu un agrément au moment où commence la mesure de protection de la maternité et dont le dénominateur est égal au nombre maximal de places d'accueil qui peuvent être agréées en vertu de la réglementation en vigueur dans la Communauté compétente. *La capacité d'accueil théorique* est donc prise en compte.

Remarque : la réglementation **en Flandre** a toutefois été modifiée depuis le 1er avril 2014 (cf. le décret du 20.04.2012 portant organisation de l'accueil d'enfants en bas âge). Elle ne fait plus usage de la notion de "capacité agréée". On travaille maintenant avec les autorisations, ce qui signifie qu'il n'y a plus de maximum de 4 places d'accueil. Dans le cadre de "l'accueil familial", les gardiens et gardiennes d'enfants peuvent accueillir un maximum de 8 enfants.
Toutefois, la réglementation relative au calcul des indemnités de maternité pour les gardiennes d'enfants est tenue de respecter la législation ONSS où il est encore question de "places agréées" et d'une "décision d'agrément". La gardienne d'enfant qui dispose d'une autorisation pour "8 enfants" ne peut avoir qu'une "capacité agréée" de "4 enfants" au maximum pour la sécurité sociale.

7.2.3. ASSURÉE ENGAGÉE DANS LES LIENS DE PLUSIEURS CONTRATS DE TRAVAIL ET PROLONGATION DU REPOS POSTNATAL EN FONCTION DE L'EXERCICE D'UNE OU DE PLUSIEURS ACTIVITÉS PENDANT UNE PÉRIODE D'ÉCARTEMENT PARTIEL DU TRAVAIL OU UNE PÉRIODE D'ACTIVITÉ AVEC L'AUTORISATION DU MÉDECIN-CONSEIL

Si la durée du repos postnatal est prolongée à concurrence de la période pendant laquelle la travailleuse a poursuivi une ou plusieurs de ses activités durant la période de protection de la maternité visée à l'article 219*ter*, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 ("écartement partiel du travail") de la sixième semaine (ou de la 8e semaine en cas de naissance multiple) à la deuxième semaine y incluse précédant l'accouchement, l'intéressée ne peut, sur la base de l'article 218 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, prétendre à l'indemnité de maternité que pendant cette prolongation du repos postnatal au cours duquel elle a repris une ou plusieurs de ses autres activités, qu'en fonction de la ou des activités qui donnent droit à la prolongation du repos postnatal. Cette indemnité est ensuite calculée sur la base de la rémunération perdue déterminée au début de la période de repos de maternité et qui découle de la ou des activités donnant droit à la prolongation du repos postnatal (cf. art. 45, § 5, du Règlement des indemnités du 16.04.1997).
Ce principe s'applique également lorsque le repos postnatal est prolongé à concurrence de la période pendant laquelle la travailleuse a repris une ou plusieurs de ses activités durant la période de son incapacité de travail dans les conditions fixées à l'article 100, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, de la sixième semaine (ou de la 8e semaine en cas de naissance multiple) à la deuxième semaine y incluse précédant l'accouchement.

7.2.4. LE REPOS DE MATERNITÉ SUIT IMMÉDIATEMENT UNE PÉRIODE D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Si toutefois le repos de maternité est immédiatement précédé d'une incapacité de travail, sans reprise du travail entre ces deux périodes, la rémunération perdue au titre de l'assurance maternité est la même que la rémunération perdue prise en considération pour le calcul de l'indemnité d'incapacité de travail (cf. art. 45, § 4, du Règlement des indemnités du 16.04.1997).

Remarque : cette disposition ne s'applique pas lorsque les gardiennes d'enfants agréées en incapacité de travail ayant le statut *sui generis* dans le cadre du système de sécurité sociale prennent un repos de maternité.

En revanche, en ce qui concerne le plafond salarial maximum à prendre en considération (art. 212 de l'A.R. du 03.07.1996), le plafond applicable au début du repos de maternité doit être pris en compte, car ce repos de maternité constitue un nouveau risque social. Le cas échéant, l'indemnité de maternité sera donc calculée sur la base d'un plafond salarial supérieur à celui en vigueur au début de l'incapacité primaire ou de l'invalidité.

VIII. Pas de retenue de 3,5 % sur les indemnités de maternité de la titulaire invalide

Si une titulaire invalide prend un repos de maternité, la mutualité n'est pas tenue de retenir 3,5 % des indemnités de maternité au profit du secteur des pensions. Ce principe s'applique également si cette retenue est effectuée sur les indemnités d'invalidité.
L'article 134, § 1er, de la loi du 27 décembre 2006 portant des dispositions diverses prévoit qu'il est instauré une retenue de 3,5 % sur les "indemnités d'invalidité" visées à l'article 114, 6°, de la même loi. L'article 114, 6°, de cette loi du 27 décembre 2006 fait référence aux "indemnités d'invalidité" accordées en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de sante et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

> Exemple

Une travailleuse est reconnue en incapacité de travail à partir du 16 septembre 2018. En octobre 2019, elle peut prétendre à une indemnité d'invalidité comme titulaire ayant charge de famille s'élevant à 78,00 EUR (= 65 % de 120,0000 EUR correspondant à la rémunération journalière moyenne). Une retenue de 3,5 % est effectuée sur cette indemnité d'invalidité au profit du secteur des pensions (retenue complète à partir de 63,09 EUR) de sorte que l'intéressée perçoit une indemnité d'invalidité de 75,27 EUR.
Durant le repos de maternité à partir du 4 novembre 2019, cette titulaire invalide (liée par un contrat de travail) a droit à une indemnité de maternité s'élevant à 98,40 EUR (= 82 % de 120,0000 EUR) durant les trente premiers jours et ensuite à 90,00 EUR (= 75 % de 120,0000 EUR). La retenue de 3,5 % au profit du secteur des pensions n'est pas applicable.

Remarque : un précompte professionnel de 11,11 % est toutefois retenu sur cette indem nité de maternité (cf. la règle n° 2.12, B.5 de l'annexe III de l'A.R./CIR 1992).

IX. Dates de versement de l'indemnité de maternité

En vertu de l'article 47 du Règlement des indemnités du 16 avril 1997, l'indemnité de maternité est versée aux dates prévues pour le versement de l'indemnité d'incapacité primaire. L'indemnité de maternité est donc versée pour la première fois dans les 30 jours suivant la demande de repos de maternité puis au plus tard dans les cinq premiers jours du mois pour le mois précédent.
Toutefois, si l'indemnité de maternité est due à une titulaire invalide, elle est versée aux dates prévues à l'article 20, § 2, du présent Règlement pour le versement de l'indemnité d'invalidité. Dans ce cas, l'indemnité de maternité est versée au plus tôt le troisième dernier jour ouvrable du mois pour le mois en cours et au plus tard dans les cinq premiers jours du mois pour le mois précédent.

X. Dispositions générales (art. 117 de la loi coordonnée du 14.07.1994 et art. 219 de l'A.R. du 03.07.1996)

L'article 117 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 dispose ce qui suit : "Dans la mesure où il n'y est pas dérogé par les dispositions du présent titre, les dispositions des titres I, II, IV, VI à X et XII qui concernent l'assurance indemnités sont applicables en ce qui concerne l'assurance maternité. Pour l'application des dispositions prévues en matière de financement, l'indemnité de maternité est assimilée à une indemnité d'incapacité primaire, lorsque ladite indemnité est accordée à une titulaire visée à l'article 93, elle est toutefois assimilée à une indemnité d'invalidité."

Par exemple, dans l'assurance maternité, les dispositions de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 s'appliquent concernant le refus d'indemnités pendant une période couverte, par exemple, par un salaire, un pécule de vacances, l'indemnité pour rupture irrégulière du contrat de travail ou une allocation d'interruption en cas d'interruption de carrière complète (art. 103 de la loi coordonnée du 14.07.1994), la liaison à l'indice (art. 107 de la loi coordonnée du 14.07.1994), le principe de territorialité des prestations (art. 136, § 1er, de la loi coordonnée du 14.07.1994), etc.

L'article 219 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 contient également une disposition générale prévoyant que les dispositions de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 relatives à l'assurance indemnités sont déclarées applicables à l'assurance maternité, sous réserve que les sections I, II, III, IV, IV, IV*bis*, VII et VII*bis* du chapitre III du titre III dudit arrêté royal du 3 juillet 1996 ne dérogent pas à ces dispositions.

XI. Refus d'accorder les indemnités de maternité pour un jour férié indemnisé

La "période de congé de grossesse ou d'accouchement" telle que définie à l'article 12, 3°, c), de l'arrêté royal du 18 avril 1974 déterminant les modalités générales d'exécution de la loi du 4 janvier 1974 relative aux jours fériés constitue le congé de maternité effectif visé à l'article 39 de la loi sur le travail du 16 mars 1971. Concrètement, cela signifie que l'employeur doit indemniser les jours fériés légaux qui tombent dans la période de trente jours suivant la suspension du contrat de travail pour cause de repos de maternité.

Ce principe s'applique également si, avant le repos de maternité,

- l'intéressée a déjà été écartée du travail pendant une période (motifs de suspension distincts qui, successivement, ne peuvent être additionnés pour déterminer le droit à la rémunération des jours fériés). L'employeur a donc dû indemniser tous les jours fériés légaux qui tombent dans les 15 premiers jours de la suspension du contrat de travail pour écartement du travail (application de l'art. 12, 4°, a), de l'A.R. du 18.04.1974 précité : "des autres suspensions de l'exécution du contrat")
- l'intéressée s'est déjà retrouvée en incapacité de travail (motifs de suspension distincts qui, successivement, ne peuvent être additionnés pour déterminer le droit à la rémunération des jours fériés). L'employeur a donc dû indemniser tous les jours fériés légaux qui tombent dans les trente premiers jours de la suspension du contrat de travail pour incapacité de travail (application de l'art. 12, 3°, a) de l'A.R. du 18.04.1974 précité).

Pour les jours couverts par le salaire au titre du jour férié légal, l'intéressée ne peut prétendre à l'indemnité de maternité (application de l'interdiction de cumul visée à l'art. 103, § 1er, 1° de la loi coordonnée du 14.07.1994).

XII. Effet suspensif des périodes de repos de maternité sur les périodes d'incapacité de travail

Tant l'article 87, alinéa 5 ("incapacité primaire"), que l'article 93, alinéa 3 ("invalidité"), de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 prévoient que les périodes de repos de maternité qui coïncident avec une période d'incapacité primaire ou, selon le cas, d'invalidité, suspendent cette période d'incapacité primaire ou d'invalidité.

Compte tenu de l'effet suspensif d'une période de repos de maternité sur la période d'incapacité primaire, la date d'entrée en invalidité est reportée de la durée de la période de repos de maternité commençant pendant une période d'incapacité primaire, de sorte que l'intéressée puisse prétendre aux indemnités d'incapacité de travail primaire pendant une période effective de douze mois.

Nonobstant cet effet suspensif, l'intervention forfaitaire pour l'aide de tiers peut être maintenue pendant la durée du repos de maternité, à condition que l'intéressée ait déjà droit à cette indemnité au début du repos de maternité.

XIII. Congé de maternité converti : possibilité de convertir une partie du repos de maternité en congé pour un autre titulaire

13.1. Droit au congé de maternité converti et durée

L'article 114, alinéa 7, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 prévoit que, lors du décès ou de l'hospitalisation de la mère, une partie de la période de repos postnatal peut être convertie en un congé en faveur du titulaire visé à l'article 86, § 1er, qui satisfait aux conditions prévues par les articles 116/1 à 116/4 et 131, de cette loi coordonnée et à celles prévues par l'article 30, § 2, alinéas 1er à 5, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail.

Dans deux situations, le père ou le coparent (en qualité de bénéficiaire des indemnités de l'assurance maternité) de l'enfant peut prendre un congé de maternité converti :

- *lors du décès de la mère* (cf. art. 221, § 1er, de l'A.R. du 03.07.1996) :

  Le père ou le coparent (coparente) de l'enfant peut prendre un congé de maternité converti qui ne peut dépasser la période de repos postnatal que la mère n'avait pas encore prise au moment de son décès. Le jour du décès de la mère est inclus dans le repos de maternité pris par la mère.
  De plus, le nouveau-né doit avoir quitté l'hôpital

- *lors de l'admission de la mère à l'hôpital* (cf. art. 222, § 1er, de l'A.R. du 03.07.1996) :

  Le père ou le coparent (coparente) peut bénéficier d'un congé de maternité converti prenant cours au plus tôt à partir du huitième jour à compter de la naissance de l'enfant, à condition que l'hospitalisation de la mère ait une durée supérieure à sept jours et que le nouveau-né ait quitté l'hôpital. Ce congé de maternité converti expire au moment où la mère rentre à la maison. Le congé ne peut jamais dépasser la période correspondant au repos de maternité non encore épuisé par la mère au moment de son hospitalisation.

Note : la mère elle-même conserve le droit aux indemnités de maternité du fait du repos de maternité pendant cette période d'hospitalisation.

Un **ordre de priorités** a été mis en place pour la prise du congé de maternité converti. Plus spécifiquement, l'ordre de priorités suivant s'applique :

1) *le père ou la coparente dont la filiation est établie à son égard*

Si la filiation du père ou de la coparente est établie à son égard, seul le père ou la coparente de l'enfant peut prétendre au congé de maternité converti.

En l'absence d'un père ou d'une coparente dont la filiation est établie à son égard, le droit au congé de maternité converti s'ouvre successivement au

2) *travailleur qui est marié à la mère au moment de la naissance* (cette option est en principe devenue sans objet après l'entrée en vigueur de la loi du 05.05.2014 portant établissement de la filiation de la coparente) ;

3) *travailleur cohabitant légalement avec la mère*, avec lequel l'enfant a sa résidence principale et qui n'est pas uni par un lien de parenté entraînant une prohibition de mariage ;

4) *travailleur qui, pendant une période ininterrompue de trois ans précédant la naissance, cohabite de manière permanente et affective avec la mère* chez qui l'enfant a sa résidence principale et qui n'est pas uni par un lien de parenté entraînant une prohibition de mariage.

13.2. Montant de l'indemnité lors d'un congé de maternité converti

Il faut faire une distinction selon que la mère est décédée ou qu'elle a été hospitalisée :

- *lors du décès de la mère* (cf. art. 221, § 3, de l'A.R. du 03.07.1996) :

Cette indemnité est déterminée de la même manière que les indemnités de maternité mais sur la base de la rémunération perdue du père ou du coparent (coparente) en tant que travailleur salarié ou chômeur contrôlé.

Si l'intéressé est un chômeur contrôlé, le montant de son indemnité pour le congé de maternité converti est égal au montant des allocations de chômage auxquelles il aurait eu droit s'il ne se trouvait pas dans une période de congé de maternité converti ("mesure d'alignement").
Toutefois, cela signifie également que le montant de l'indemnité de congé de maternité converti pour un titulaire reconnu en incapacité de travail ne peut être inférieur au montant de l'indemnité d'incapacité de travail à laquelle il aurait eu droit s'il ne se trouvait pas dans une période de congé de maternité converti. Le cas échéant, la "mesure d'alignement" est encore d'application.

- *lors de l'hospitalisation de la mère* (cf. art. 222, § 3, de l'A.R. du 03.07.1996) :

  Le père ou le coparent (coparente) a droit à une indemnité égale à 60 % de la rémunération perdue plafonnée.

  Si l'intéressé est un chômeur contrôlé, le montant de son indemnité pour le congé de maternité converti est égal au montant des allocations de chômage auxquelles il aurait eu droit s'il ne se trouvait pas dans une période de congé de maternité converti ("mesure d'alignement").
  Toutefois, dans le cas d'un titulaire reconnu en incapacité de travail, le montant de l'indemnité ne peut être inférieur au montant de l'indemnité d'incapacité de travail à laquelle il aurait eu droit s'il ne se trouvait pas dans une période de congé de maternité converti. Le cas échéant, la "mesure d'alignement" est encore d'application.

> Exemple

Au début de son incapacité de travail le 1er avril 2019, un chômeur contrôlé peut en principe prétendre à une allocation de chômage s'élevant à 44,23 EUR (code chiffre 49 (= 73,7231 EUR); B12). Etant donné la "mesure d'alignement", son indemnité d'incapacité de travail s'élève en principe donc aussi à 44,23 EUR.
Après le décès de son épouse (le 16.09.2019) ayant accouché le 14 septembre 2019, il peut en principe prétendre à une allocation de chômage s'élevant à 50,60 EUR (indemnité minimale "cohabitant avec charge de famille"). Etant donné la "mesure d'alignement", son indemnité d'incapacité de travail s'élève en principe aussi à 50,60 EUR, mais elle est limitée à 44,23 EUR (application de la "mesure de limitation").

À partir du 23 septembre 2019 il prend un congé de maternité converti (9 semaines) :

- *indemnisation à partir du 23 septembre 2019 jusqu'au 30 septembre 2019 :* une indemnité de base de ***50,60 EUR*** (application de la "mesure d'alignement") et une indemnité complémentaire de ***11,06 EUR*** (= 15 % de 73,7231 EUR ; son épouse a déjà pris 30 jours de repos de maternité)
- *indemnisation à partir du 1er octobre 2019 jusqu'au 24 novembre 2019 (fin de la "mesure d'alignement"):* en principe une indemnité de base de 44,2339 EUR (= 60 % de 73,7231 EUR) et une indemnité complémentaire de 11,06 EUR (= 15 % de 73,7231 EUR) ; soit, au total 55,2924 EUR.
  L'intéressé a toutefois la qualité de "travailleur régulier" et peut ainsi prétendre à une indemnité minimale de 60,86 EUR comme titulaire ayant charge de famille. Tenant compte de la mesure de garantie visée à l'article 113, alinéa 5 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, son indemnité de congé de maternité converti s'élève donc à ***60,86 EUR.***

Pour que le père ou le coparent (coparente) de l'enfant puisse bénéficier d'une indemnité pour le congé de maternité converti dans le cadre de l'assurance maternité des travailleurs salariés, il est en principe requis que les deux parents puissent être considérés comme les titulaires au sens de l'article 86, § 1er, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Si la mère est un agent statutaire (non titulaire au sens de l'art. 86, § 1er, de la loi coordonnée du 14.07.1994), l'intéressée peut néanmoins prétendre à l'indemnisation du congé de maternité converti si les conditions suivantes sont réunies de façon cumulative[5] :

- la réglementation statutaire applicable à la mère accorde ce congé de maternité converti à l'agent statutaire
- le père (le coparent(e)) a la qualité de bénéficiaire de l'assurance indemnités et les autres conditions réglementaires doivent être remplies (telles que celles visées à l'art. 114 de la loi coordonnée du 14.07.1994 et aux art. 221 et 222 de l'A.R. du 03.07.1996 (par ex., le nouveau-né doit avoir quitté l'hôpital)).

13.3. Formalités à remplir

- *lors du décès de la mère :*

  Le bénéficiaire est tenu d'introduire une demande auprès de la mutualité à laquelle il est affilié. Cette demande doit être accompagnée de l'attestation de l'établissement hospitalier indiquant que le nouveau-né a quitté l'hôpital (cf. art. 221, § 2, de l'A.R. du 03.07.1996).

  Si la filiation n'est pas établie, l'intéressé doit également présenter à la mutualité *une déclaration sur l'honneur* confirmant qu'il remplit les conditions pour bénéficier de ce congé en vertu de l'ordre de priorité prévu à l'article 30, § 2, alinéa 2, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail et, si il se trouve dans la situation visée à l'article 30, § 2, alinéa 2, 2° et 3°, de la même loi (= soit la cohabitation légale avec la mère, soit la cohabitation permanente et affective avec la mère pendant une période ininterrompue de trois ans avant la naissance), qu'il n'est pas uni par un lien de parenté entraînant une prohibition de mariage pour laquelle aucune dérogation ne peut être accordée par le Roi (art. 52*ter*, al. 2 du Règlement des indemnités du 16.04.1997).

- *lors de l'hospitalisation de la mère :*

  Le bénéficiaire est tenu d'introduire une demande auprès de la mutualité à laquelle il est affilié. Cette demande doit être accompagnée d'une attestation de l'établissement hospitalier indiquant la date à laquelle l'hospitalisation de la mère a commencé et confirmant que l'hospitalisation de la mère a une durée supérieure à sept jours et que le nouveau-né a quitté l'hôpital (cf. art. 222, § 2, de l'A.R. du 03.07.1996).

  Si la filiation n'est pas établie, l'intéressé doit également présenter à la mutualité *une déclaration sur l'honneur* confirmant qu'il remplit les conditions pour bénéficier de ce congé en vertu de l'ordre de priorité prévu à l'article 30, § 2, alinea 2, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail et, si il se trouve dans la situation visée à l'article 30, § 2, alinéa 2, 2° et 3°, de la même loi (= soit la cohabitation légale avec la mère, soit la cohabitation permanente et affective avec la mère pendant une période ininterrompue de 3 ans avant la naissance), qu'il n'est pas uni par un lien de parenté entraînant une prohibition de mariage pour laquelle aucune dérogation ne peut être accordée par le Roi (art. 52*ter*, al. 2, du Règlement des indemnités du 16.04.1997).

5. Cf. la décision du Conseil technique intermutualiste lors de sa réunion du 05.07.2000.

À la fin du congé de maternité converti, le titulaire doit fournir à sa mutualité une attestation de l'établissement hospitalier indiquant la date à laquelle l'hospitalisation de la mère a pris fin (art. 52*ter*, al. 4, du Règlement des indemnités du 16.04.1997).

En outre, à la fin de chaque congé de maternité converti, une déclaration de reprise du travail ou une preuve de chômage contrôlé doit toujours être soumise à la mutualité (art. 52*ter*, al. 3, du Règlement des indemnités du 16.04.1997).

13.4. Mutualité autorisée à verser l'indemnité de congé de maternité converti

(art. 223 de l'A.R. du 03.07.1996)

La mutualité chargée du paiement de l'indemnité de congé de maternité converti est la mutualité à laquelle est affilié le bénéficiaire qui prend le congé de maternité converti. Dans ce cas, cet organisme demandera à la mutualité de l'affiliation de la mère toutes les informations nécessaires pour déterminer la partie restante de la période de repos postnatal à compter du décès ou de l'hospitalisation de la mère.

13.5. Cumul du congé de maternité converti avec le congé de paternité ou de naissance

L'article 30, § 2, alinéa 4, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail prévoit que le droit au congé de maternité visé à l'article 39 de la loi sur le travail du 16 mars 1971 exclut, le cas échéant, le droit au congé de paternité ou de naissance du même parent.

Le travailleur qui, en application de l'article 39, alinéa 6, de la loi sur le travail du 16 mars 1971, prend le congé de maternité converti, n'a donc plus droit au congé de paternité ou de naissance. Toutefois, si l'intéressé avait précédemment pris des jours de congé de paternité ou de naissance, ces jours sont maintenus.

XIV. Entrée en vigueur

La présente circulaire produit ses effets le 1er mars 2020.

XV. Abrogation

La circulaire O.A. n° 2019/320 - 47/8[6] du 9 décembre 2019 est abrogée.

Circulaire O.A. n° 2020/204 - 47/9 du 16 juillet 2020.

6. Publiée dans le B.I. n° 2020/1.

II. L'octroi d'une indemnité de crise supplémentaire dans l'assurance indemnités en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

En vigueur à partir du 1er mars 2020 jusqu'au 31 décembre 2020

Le Moniteur belge du 23 septembre 2020 a publié l'arrêté royal du 15 septembre 2020 portant octroi, suite à la pandémie COVID-19, d'une indemnité de crise supplémentaire à certains travailleurs indépendants et conjoints aidants reconnus en incapacité de travail.

À la suite de la mesure spéciale de droit passerelle de crise introduite à la suite à la pandémie de COVID-19, qui accorde, sous certaines conditions, une allocation financière mensuelle de 1.291,69 EUR au titulaire sans personne à charge en cas de cessation de l'activité indépendante, cet arrêté royal prévoit l'octroi d'une indemnité de crise supplémentaire

- à certains titulaires cohabitants reconnus en incapacité de travail sans personne à charge, au plus tôt à partir du 1er mars 2020
- aux titulaires cohabitants reconnus en incapacité de travail sans personne à charge tenus de cesser "l'activité autorisée" pendant au moins sept jours civils consécutifs à partir du 1er mars 2020 au plus tôt.

Via l'octroi de l'indemnité de crise supplémentaire, le montant total journalier du revenu de remplacement dû à l'incapacité de travail de ces titulaires est égal au montant mensuel de l'allocation financière, évalué en jours ouvrables, visé à l'article 10, § 1er, premier alinéa, de la loi du 22 décembre 2016 instituant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants (soit le montant accordé au titulaire sans personne à charge : 49,68 EUR = 1.291,69 EUR / 26).

Cette indemnité de crise supplémentaire est accordée pour chaque jour où ces titulaires ont effectivement droit, le cas échéant, à l'indemnité d'incapacité primaire ou à l'indemnité d'invalidité.
Cela signifie qu'en cas d'incapacité de travail qui commence au plus tôt le 1er mars 2020 mais qui ne dure pas au moins huit jours, l'intéressé ne pourra pas bénéficier d'une indemnité de crise complémentaire (compte tenu de l'application de la *période de carence* dans une telle situation).

1. Groupe cible

Le groupe cible de la mesure comprend deux catégories de titulaires reconnus en incapacité de travail :

1.1. **Catégorie A :** l'incapacité de travail du titulaire cohabitant sans personne à charge à partir du 1er mars 2020 au plus tôt

Pour que l'assuré ait droit à l'indemnité de crise complémentaire, les conditions ***cumulatives suivantes*** doivent être remplies :

a) l'état d'incapacité de travail primaire de l'intéressé tel que reconnu par le médecin-conseil commence au plus tôt à partir du 1er mars 2020.

Remarques : en cas de *rechute en incapacité de travail primaire pour laquelle l'incapacité de travail initiale débute avant le 1er mars 2020,* l'intéressé n'a donc pas droit à l'indemnité de crise supplémentaire.

b) l'intéressé a la qualité de titulaire visée à l'article 3, 1° ou 4°, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

Il s'agit donc des travailleurs indépendants et des conjoints aidants qui sont soumis au statut social des travailleurs indépendants et qui ont droit à des indemnités d'incapacité de travail.
Les assurés suivants ne peuvent prétendre à l'indemnité de crise complémentaire :

- les travailleurs indépendants admis à l'assurance continuée, dans les conditions prévues en vertu de la législation relative à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants
- les travailleurs indépendants bénéficiant du maintien des droits sociaux dans le cadre du droit passerelle, visé à l'article 3, 2°, de la loi du 22 décembre 2016 instituant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants
- les travailleurs indépendants qui interrompent complètement leur activité professionnelle et qui ne sont redevables d'aucune cotisation du fait de l'exercice de soins informels.

c) l'intéressé a la qualité de titulaire cohabitant sans personne à charge.
En d'autres termes, il ne remplit pas les conditions prévues aux articles 225, 226 et 226*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 et perçoit donc une indemnité d'incapacité primaire de 38,10 EUR.

1.2. **Catégorie B :** le titulaire reconnu en incapacité de travail sans personne à charge, qui n'appartient pas à la catégorie A précitée, a dû cesser son activité avec l'autorisation du médecin-conseil pendant au moins sept jours civils consécutifs à partir du 1er mars 2020 au plus tôt

Pour que l'assuré ait droit à l'indemnité de crise supplémentaire, les conditions ***cumulatives*** suivantes doivent être remplies :

a) l'intéressé a cessé l'activité exercée avec l'autorisation du médecin-conseil en vertu de l'article 23 ou de l'article 23*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 pendant au moins sept jours civils consécutifs à partir du 1er mars 2020 au plus tôt.

L'assuré doit toujours informer par écrit la mutualité de la cessation (et, le cas échéant, de la reprise) de cette activité autorisée.
La raison exacte de l'inactivité est sans importance (comme une aggravation de l'état de santé (que ce soit ou non suite à la pandémie de COVID-19), une cessation forcée suite à l'application de l'arrêté ministériel du 13 mars 2020 et de tout autre arrêté ministériel ultérieur sur les mesures urgentes pour limiter la propagation du coronavirus COVID-19, une interruption suite à la pandémie de COVID-19 (raisons économiques) sans que cela soit obligatoire, etc.).

b) l'intéressé a la qualité de titulaire cohabitant sans personne à charge.
En d'autres termes, il ne remplit pas les conditions prévues aux articles 225, 226 et 226*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 et perçoit donc une indemnité d'incapacité primaire de 38,10 EUR ou une indemnité d'invalidité de 38,10 EUR (sans cessation de l'activité) ou de 42,60 EUR (avec cessation de l'activité) selon le cas.

Remarque : le droit à l'indemnité de crise supplémentaire d'un assuré appartenant à la catégorie A et devant interrompre l'activité autorisée pendant au moins sept jours civils consécutifs est maintenu. En effet, la condition de cessation de l'activité autorisée pendant au moins sept jours civils consécutifs ne s'applique pas dans une telle situation (puisque l'intéressé avait déjà droit à l'indemnité de crise supplémentaire avant la cessation).

2. Fixation du montant de l'indemnité de crise supplémentaire

Le montant journalier de l'indemnité de crise supplémentaire est égal à la différence entre 49,68 EUR et le montant de l'indemnité d'incapacité primaire (38,10 EUR) ou de l'indemnité d'invalidité (38,10 EUR (sans cessation de l'activité) ou 42,60 EUR (avec cessation de l'activité) auquel le titulaire a droit.

Le montant quotidien de l'indemnité de crise supplémentaire s'élève donc à :

- 49,68 EUR - 38,10 EUR = ***11,58 EUR*** (pour un titulaire reconnu en incapacité primaire ou un titulaire invalide percevant l'indemnité "sans cessation de l'activité")
- 49,68 EUR - 42,60 EUR = ***7,08 EUR*** (pour un titulaire invalide percevant l'indemnité "avec cessation de l'activité").

3. Application des règles (anti)cumul et des règles de déduction en raison d'une sanction

3.1. Règles anticumuls prévues dans l'arrêté royal du 15 septembre 2020 portant octroi, suite à la pandémie COVID-19, d'une indemnité de crise supplémentaire à certains travailleurs indépendants et conjoints aidants reconnus en incapacité de travail

L'arrêté royal du 15 septembre 2020 stipule lui-même que l'indemnité de crise supplémentaire n'est pas due pour la période pendant laquelle l'intéressé perçoit des allocations de chômage temporaires après la cessation de l'activité salariée avec l'autorisation du médecin-conseil.

3.2. Règles (anti)cumul et règles de déductions prévues dans l'arrêté royal du 20 juillet 1971

L'article 5 de l'arrêté royal du 15 septembre 2020 stipule que : *"Dans la mesure où il n'y est pas dérogé par les dispositions du présent arrêté, les dispositions du Titre Ier de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 qui concernent l'assurance indemnités, sont applicables à l'octroi de l'indemnité de crise supplémentaire visée à l'article 3"*.

Compte tenu de cette disposition, par exemple les règles déterminant l'application d'une sanction ou les règles (anti)cumul énoncées, par exemple, à l'article 28 ou à l'article 29 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 *sont également pleinement applicables à l'indemnité de crise supplémentaire.*

Cela signifie donc que, dans le cadre du paiement rétroactif de l'indemnité de crise supplémentaire, un nouveau calcul devrait être effectué, le cas échéant, en tenant compte de la règle de cumul déjà appliquée au montant de l'indemnité d'incapacité primaire ou de l'indemnité d'invalidité.

3.2.1. APPLICATION DE LA SANCTION IMPLIQUANT UNE RÉDUCTION DE 10 % DU MONTANT DE L'INDEMNITÉ POUR DÉCLARATION TARDIVE D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (ART. 58*BIS* DE L'A.R. DU 20.07.1971).

Le montant de l'indemnité de crise supplémentaire est réduit de 10 %, comme le montant de l'indemnité d'incapacité primaire ou de l'indemnité d'invalidité.

3.2.2. APPLICATION DE L'ARTICLE 28 DE L'ARRÊTÉ ROYAL DU 20 JUILLET 1971

Si l'intéressé ne bénéficie pas d'une indemnité d'incapacité primaire ou d'une indemnité d'invalidité du fait de l'application de l'article 28, § 1er, alinéa 1er, ou § 2, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, l'octroi de l'indemnité de crise supplémentaire est également refusé.

Remarque : si l'intéressé a perçu indûment des indemnités d'incapacité de travail en vertu de l'article 28, § 2, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, mais qu'il n'y a pas de récupération du montant indu parce que le paiement a été effectué avant le 29 avril 2020[1], l'indemnité de crise supplémentaire **ne peut** lui être accordée pour la période à laquelle se rapportent ces indemnités d'incapacité de travail indues !

3.2.3. APPLICATION DE L'ARTICLE 28*BIS* DE L'ARRÊTÉ ROYAL DU 20 JUILLET 1971

Principe :

revenu de remplacement découlant du travail autorisé visé à l'article 23 ou à l'article 23bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971
= revenu découlant directement du travail autorisé visé à l'article 23 ou à l'article 23bis.

=> Dans le cadre des règles de cumul visées à l'article 28*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, les revenus de remplacement découlant de l'activité autorisée sont pris en considération comme les revenus découlant directement de l'activité autorisée.

=> Pour le passage à une phase de cumul ultérieure visée à l'article 28*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, la période couverte par un revenu de remplacement est prise en considération comme une période de travail autorisé visé à l'article 23 ou à l'article 23*bis* de l'arrêté royal précité.

1. Il s'agit de la date de publication au M.B. de l'A.R. n° 13 du 27.04.2020 modifiant la loi du 23.03.2020 modifiant la loi du 22.12.2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants et introduisant les mesures temporaires suite à la pandémie de COVID-19 en faveur des travailleurs indépendants, notamment en ce qui concerne l'extension à certains travailleurs indépendants à titre complémentaire et pensionnés actifs, qui insère la disposition anticumul dans l'A.R. du 20.07.1971 (cf. art. 28, § 2, de l'A.R. du 20.07.1971).

C'est une période assimilée à une période d'activité (rémunérée).

Exception :

L'indemnité de crise supplémentaire (visée à l'article 28bis, § 5 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971[2]) accordée suite à la cessation de l'activité pendant au moins 7 jours civils consécutifs à partir du 1er mars 2020 au plus tôt
 # revenu découlant directement du travail autorisé visé à l'article 23 ou à l'article 23bis

=> Cet avantage supplémentaire n'est pas pris en considération dans le cadre des règles de cumul visés à l'article 28*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

=> Cet avantage supplémentaire n'est pas non plus pris en considération pour le passage à une phase de cumul ultérieure visée à l'article 28*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.
Ce n'est pas une période assimilée à une période d'activité (rémunérée).

3.2.4. APPLICATION DE L'ARTICLE 29 DE L'ARRÊTÉ ROYAL DU 20 JUILLET 1971

Pour l'application de la règle de la différence visée à l'article 29 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, la somme du montant de l'indemnité d'incapacité primaire ou de l'indemnité d'invalidité et du montant de l'indemnité de crise supplémentaire doit être réduite de l'avantage correspondant *par exemple à :*

- l'indemnité d'incapacité primaire (y compris l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire) ou l'indemnité d'invalidité octroyée dans le cadre du régime des travailleurs salariés
  Remarque : vu le montant minimum garanti de 61,22 EUR (somme de l'indemnité d'incapacité primaire et de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire) dans le régime des travailleurs salariés, et le montant total de 49,68 EUR (somme de l'indemnité d'incapacité primaire et de l'indemnité de crise supplémentaire) octroyé dans le régime des travailleurs indépendants, le montant qui peut encore être octroyé à l'assuré dans le cadre du régime des travailleurs indépendants sera généralement réduit à 0 EUR
- les indemnités ou les rentes suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle
- les pensions de retraite, de repos ou d'ancienneté.

Exemple 1 :

L'assuré a une double qualité (qualité de titulaire dans le régime des travailleurs salariés ET dans le régime des travailleurs indépendants). Sa rémunération perdue dans le cadre de son emploi en tant que travailleur salarié s'élève à 70,0000 EUR et il a la qualité de titulaire cohabitant sans personne à charge.

a) Montant de l'indemnité d'incapacité de travail dans le régime des travailleurs salariés :

- le montant de l'indemnité d'incapacité primaire est égal à 60 % de 70,0000 EUR = ***42,00 EUR***
- le montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire est de (10 % de 70,0000 EUR) + 5,63 EUR = 7,00 EUR + 5,63 EUR = 12,63 EUR ;
  compte tenu du minimum garanti de 61,22 EUR, cette indemnité d'incapacité primaire supplémentaire est égale à ***19,22 EUR*** (= 61,22 EUR - 42,00 EUR).

2. Cf. l'A.R. du 22.11.2020 modifiant l'article 28*bis* de l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants.

b) Montant de l'indemnité d'incapacité de travail dans le régime des travailleurs indépendants :

- le montant de l'indemnité d'incapacité primaire est de ***38,10 EUR***
- le montant de l'indemnité de crise supplémentaire est de 49,68 EUR - 38,10 EUR : ***11,58 EUR.***

c) Application de la règle de la différence visée à l'article 29, § 1er, 1°, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 :

[38,10 EUR + 11,58 EUR] - [42,00 EUR + 19,22 EUR] = 49,68 EUR - 61,22 EUR = ***< 0 EUR***
L'intéressé n'a donc pas droit à une indemnité du régime des travailleurs indépendants.

> Exemple 2 :

Un travailleur indépendant a la qualité de titulaire cohabitant sans personne à charge et perçoit une rente de 40 EUR par jour en raison d'un précédent accident du travail.

a) Montant de l'indemnité d'incapacité de travail :

- le montant de l'indemnité d'incapacité primaire est de ***38,10 EUR***
- le montant de l'indemnité de crise supplémentaire est de 49,68 EUR - 38,10 EUR = ***11,58 EUR.***

b) Application de la règle de la différence visée à l'article 29, § 1er, 2°, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 :

[38,10 EUR + 11,58 EUR] - [40,00 EUR] = 49,68 EUR - 40 EUR = ***9,68 EUR.***

4. Impact de l'octroi de l'indemnité de crise supplémentaire sur la vérification de la situation familiale du titulaire reconnu en incapacité de travail

Le montant de l'indemnité de crise supplémentaire (octroyée au titulaire cohabitant reconnu en incapacité de travail qui est lui-même reconnu en incapacité de travail dans le régime des travailleurs indépendants) n'est pas pris en compte pour la détermination de la situation familiale.

Cette neutralisation est explicitement prévue à l'article 225, § 3, alinéa 10, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.[3]

5. Impact de l'octroi de l'indemnité de crise supplémentaire sur la fixation des revenus du ménage dans le cadre des dossiers "article 22"

Le montant de l'indemnité de crise supplémentaire fait partie des revenus du ménage bruts imposables et doit donc être prise en considération pour la fixation des revenus du ménage dans le cadre des dossiers "article 22"[4].

Il faut tenir compte de la période couverte par ces indemnités de crise supplémentaires.

3. Cf. l'A.R. du 12.11.2020 modifiant l'arrêté royal du 03.07.1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14.07.1994.
4. Cf. l'application du règlement du 17.03.1999 portant exécution de l'art. 22, § 2, a, de la loi du 11.04.1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social et du règlement du 12.02.2001 portant exécution de l'art. 22, § 2, a, de la loi du 11.04.1995 visant à instituer "la Charte" de l'assuré social.

6. Retenue du précompte professionnel sur l'indemnité de crise supplémentaire

Un pourcentage **fixe** de retenue du précompte professionnel (11,11 %) est dû sur l'indemnité de crise supplémentaire (octroyée durant la période d'incapacité primaire).[5]

7. Fin de l'octroi de l'indemnité de crise supplémentaire

La réglementation actuelle ne prévoit pas d'accorder l'indemnité de crise supplémentaire (prévue dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants et des conjoints aidants) pour une période d'incapacité de travail après le 31 décembre 2020.

8. Date de versement de l'indemnité de crise supplémentaire

Au plus tard trois mois après le premier jour du mois suivant celui de la publication au Moniteur belge de l'arrêté royal du 15 septembre 2020 portant octroi, suite à la pandémie de COVID-19, d'une indemnité de crise supplémentaire à certains travailleurs indépendants et conjoints aidants reconnus en incapacité de travail, les organismes assureurs versent l'indemnité de crise supplémentaire pour la période d'incapacité primaire précédant la date de paiement.
Le paiement doit donc être effectué au plus tard le 1er janvier 2021.

Circulaire O.A. n° 2020/289 - 480/11 du 4 décembre 2020.

5. Cf. l'A.R. du 27.09.2020 modifiant l'annexe III de l'A.R./CIR 92, en matière du précompte professionnel sur les allocations légales pour incapacité primaire des travailleurs indépendants.

III. Organisation des flux de données permettant aux mutualités d'identifier les bénéficiaires potentiels de l'intervention majorée ("le flux proactif")

Cette circulaire et le document technique[1] qui l'accompagne portent sur le flux proactif 2020.

Introduction :

Cette circulaire traite de l'échange de données proactif défini à l'article 19 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance (M.B. du 29.01.2014)[2] visé à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Cet échange de données a pour but de soutenir les O.A. dans la détection de bénéficiaires potentiels à l'I.M.. Cette détection a lieu sur la base du revenu du ménage qui est demandé au SPF finances.

La circulaire fixe les modalités pour l'échange de données entre la direction contrôle et gestion des données d'accessibilité (direction ACCES) du Service du contrôle administratif (SCA) et les organismes assureurs (O.A.) dans le cadre de ce flux de détection.

En annexe à cette circulaire vous trouverez la description technique de cet échange de données ainsi que le tableau contenant l'aperçu de l'échange de données.

1. Objectif de l'échange de données proactif

Le flux proactif est un échange de données dans le cadre de l'intervention majorée de l'assurance (I.M.). Le flux proactif est prévu pour vérifier de manière standardisée si les assurés sociaux sans droit à l'I.M. auraient potentiellement droit à l'I.M.. Les personnes qui auraient potentiellement droit à l'I.M. sur la base de leur revenu demandé au SPF finances seront contactées à cet effet par leur O.A.

1. Non publiée ici.
2. A.R. modifiant l'A.R. du 15.01.2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'art. 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994 qui prévoit, entre autres, l'organisation d'un flux proactif annuel, a été publié au M.B. le 31.03.2020.

2. Description générale du processus

L'organisation du flux proactif peut se résumer à un processus en 4 phases : 3 réalisées par les organismes assureurs (O.A.) et 1 réalisée par la direction ACCES, à savoir :

- phase 1 - Sélection du groupe cible
- phase 2 - Consultation et calcul des revenus
- phase 3 - Contacts
- phase 4 - Déclarations de revenus et octroi du droit.

Afin d'identifier les bénéficiaires potentiels, les mutualités organisent un flux en collaboration avec l'INAMI et le SPF finances.

2.1. Phase 1 : Sélection du groupe cible

Le flux proactif est organisé pour vérifier si les ménages sans droit à l'I.M. ont un droit potentiel à l'I.M..

Pour vérifier si ces ménages sont éligibles à l'I.M., les O.A. dressent une liste des ménages dont au moins un des membres n'avait pas droit à l'I.M. au 1er janvier 2020.

Pour des raisons de proportionnalité et de respect de la vie privée, cette liste est limitée aux ménages qui, selon leur O.A., ont un droit potentiel à l'I.M.. Ne figurent pas dans la liste les ménages pour lesquels l'O.A. constate qu'ils ne répondraient pas aux conditions de revenus sur la base des critères de l'article 20 de l'arrêté royal. du 15 janvier 2014 (détaillé dans la circ. O.A. n° 2020/151[3]du 28.05.2020 relative à la composition du ménage dans le cadre du flux proactif de l'intervention majorée).
Sont ainsi exclus de la participation au flux proactif les ménages dont l'un des membres n'a pas répondu à une invitation visant à introduire une demande d'I.M. au cours de l'une des quatre années précédentes ou a demandé l'ouverture du droit à l'I.M. et cette demande était incomplète ou ne remplissait pas les conditions de revenus.
Idem pour les ménages dont l'O.A. sait, entre autres sur la base des bons de cotisations, qu'un ou plusieurs membres du ménage ont des revenus supérieurs au plafond applicable pour un ménage réel ou pour un ménage composé de deux titulaires et de deux personnes à charge si la mutualité en charge ne peut pas former elle-même le ménage réel.[4]

Le fait de devoir utiliser la composition du ménage, fixée à l'article 25 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014, signifie qu'il faut identifier les titulaires qui forment un ménage ensemble. Dans le cas de titulaires mariés ou cohabitant légalement, l'O.A. peut déterminer la composition du ménage sans prendre contact avec la ou les personne(s) assurée(s) en question.

3. Non publiée dans le B.I.
4. Pour le flux proactif, on utilise les revenus de deux ans auparavant. Pour le flux proactif 2020, il s'agit de l'année de revenus 2018 (voir 2.2). (Art. 19, § 2, al. 1er, A.R. 15.01.2014). Vu qu'on utilise les revenus de 2018, on utilise la moyenne des montants des revenus de l'année 2018 ainsi que les bons de cotisations 2018 pour le calcul susmentionné (circ. O.A. n° 2018/388 (non publiée dans le B.I.) du 20.12.2018). Le plafond I.M. applicable à un ménage composé de 2 titulaires et de 2 personnes à charge correspond à un montant de 29.327,67 EUR sur la base des montants de revenus 2018.

Si le ménage ne peut pas être déterminé avec certitude, on communique alors un ménage fictif pour le flux proactif si au moins un des membres du ménage ne bénéficie pas de l'intervention majorée au 1er janvier de l'année (sous réserve des exclusions prévues à l'art. 20 de l'A.R. du 15.01.2014).

Les accords concernant la composition des ménages dans le cadre du flux proactif figurent dans la circulaire O.A. n° 2020/151 du 28 mai 2020.

2.2. Phase 2 : Consultation et calcul des revenus

DESCRIPTION GÉNÉRALE DES ÉCHANGES DE DONNÉES

Les mutualités communiquent à l'INAMI la liste des ménages tels que composés au 2.1 avant le 16 avril 2020. La 2e phase du flux proactif commence ici, à savoir la phase de consultation et de calcul des revenus.

Cette phase implique 4 échanges de données : deux entre les O.A. et l'INAMI et deux entre l'INAMI et le SPF finances.

- l'envoi de la liste des ménages de l'O.A. à l'INAMI (Pro_01)
- l'envoi des numéros NISS des membres du ménage séparément par l'INAMI à la BCSS/au SPF finances (Pro_02)
- l'envoi des données sur les revenus des membres du ménage séparément par le SPF finances/la BCSS à l'INAMI (Pro_03)
- l'envoi des résultats codés de l'enquête sur les revenus de l'INAMI à l'O.A. (Pro_04)

Seul le flux Pro_01 est envoyé en une seule fois. Au cours du processus, les fichiers Pro_02, Pro_03 et Pro_04 sont échangés dans 2 envois.

Le calcul semi-automatique des revenus et la comparaison entre le revenu du ménage et le plafond I.M. a également lieu durant cette phase. Pour le flux proactif, le revenu total du ménage est calculé de la même manière que pour le suivi systématique de l'I.M. en 2020. (circ. O.A. n° 2020/118[5] du 29.04.2020).

Le processus ne prévoit pas d'échange de flux de feed-back des O.A. vers le SCA. L'INAMI analyse les résultats du flux de détection proactif en croisant le fichier proactif (Pro_01 de 2020) et le fichier photo de l'échange annuel de l'I.M. de l'année qui suit (Photo_01 de 2021).

Pro_01 : la liste des ménages

Les mutualités communiquent la liste des ménages tels que composés au 2.1 à l'INAMI avant le 16 avril 2020.

Les principales informations de ce fichier sont le numéro de demande permettant d'identifier un ménage et les numéros NISS des différents membres du ménage.

Le numéro de demande est composé des éléments organisme assureur + année + NISS demandeur. Cette année est l'année dans laquelle le fichier est transféré. Dans le cadre de cette circulaire, l'année de l'échange est l'année 2020.
Le numéro de demande ne diffère pas entre le fichier Pro_01 et le Pro_04. La raison pour laquelle le numéro de demande est une zone réservée est liée à cette stabilité. Pendant le processus, un numéro NISS peut changer, de même que l'organisme assureur. Le numéro de demande reste cependant le même.

5. Non publiée dans le B.I.

Le numéro NISS du demandeur est repris deux fois dans le fichier du flux proactif: Une fois dans le champ numéro NISS du demandeur et une fois comme membre du ménage. Le demandeur est le membre aîné du ménage.

C'est l'O.A. du demandeur, donc le membre aîné du ménage, qui communique le ménage dans le fichier Pro_01 dans le cas où il est question d'un ménage intermutualiste.

Les ménages dont le demandeur a muté le 1er avril 2020 ne doivent pas être repris dans le fichier Pro_01.

Pro_02 : Liste des numéros NISS

La demande des données sur les revenus a lieu sur la base des personnes, pas des ménages. Au sein de la direction ACCES, on retient les différents numéros NISS des membres du ménage afin d'établir une liste pour le SPF finances.

La direction fournit les numéros NISS des membres du ménage avant le 15 juin 2020 à l'administration fiscale via la Banque carrefour de la sécurité sociale (BCSS) (art. 19, § 2, al. 1er de l'A.R. du 15.01.2014).

Pro_03 : Revenus par NISS

Dans le flux proactif, les revenus de 2 années passées (taxées l'année précédente) sont demandés au SPF finances depuis la base de données TAXI-AS. Pour le flux proactif en 2020, c'est l'année de revenus 2018 avec année d'imposition 2019. (art. 19, § 2, al. 1er, A.R. du 15.01.2014).

Le SPF finances envoie à l'INAMI les données sur les revenus des numéros NISS avant le 1er octobre 2020 (art. 19, § 2, al. 1er, A.R. du 15.01.2014).
Différents revenus sont communiqués avec un code spécifique, à savoir un code IPCAL. Les revenus à prendre en considération sont les revenus bruts imposables (section 5, A.R. du 15.01.2014). Dès lors, ce sont ces codes IPCAL qu'on demande pour ces revenus. Dans le cadre du flux proactif en 2020, ces mêmes codes IPCAL sont demandés pour le contrôle systématique de l'I.M. en 2020. Ces codes IPCAL et règles de calcul sont définis dans la circulaire O.A. n° 2020/118 de 29 avril 2020 concernant le "Flux de données dans le cadre du contrôle systématique au cours de l'année 2020 du droit à l'intervention majorée".

Outre les informations sur les codes IPCAL, le SPF finances envoie aussi un code retour. Le code retour indique la disponibilité du dossier du bénéficiaire dans la banque de données TAXI-AS. Le code retour 00 indique que les données sur les revenus pour cette année de revenus et pour cette personne sont disponibles dans la banque de données et que le SPF finances les a transmises. Au moins un code IPCAL suit ce code. Les autres codes retour indiquent que les données ne sont pas (encore) disponibles dans la banque de données. Ces codes ne sont pas suivis par des codes IPCAL.

Calcul des revenus et comparaison du revenu du ménage avec le plafond I.M.

Les ménages sont regroupés suivant les informations dans le Pro_01.

D'une part, le plafond est pris en considération sur la base du nombre de membres du ménage par ménage. Ce montant est calculé en fonction de la moyenne des plafonds de revenus pour l'année 2018 reprise dans la circulaire O.A. n° 2018/388[6] du 20 décembre 2018.
D'autre part, les revenus des différents membres du ménage sont comptabilisés.

6. Non publiée dans le B.I.

Sur la base des résultats, de la comparaison entre les deux la direction ACCES vérifie ensuite si le revenu commun du ménage est supérieur ou inférieur au plafond pris en considération. Le résultat de cette comparaison est converti en un code.

Le revenu du ménage est calculé sur la base du revenu réclamé (sous forme de codes de revenu ou codes IPCAL) et selon les règles de calcul applicables pour le contrôle systématique de l'I.M. en 2020. Ces codes IPCAL et règles de calcul sont définis dans la circulaire O.A. sur le contrôle systématique 2020.

Si le revenu d'un seul membre du ménage n'est pas connu auprès du SPF finances, il est impossible de calculer le revenu total du ménage. Si les revenus inconnus sont les revenus d'un membre du ménage qui a moins de 18 ans[7], son revenu est assimilé à zéro EUR.

Dans les cas pour lesquels des données sont présentes au SPF finances en mai mais pas encore traitées, la direction ACCES renouvelle la demande au SPF finances en septembre. Si à ce moment-là, on n'obtient toujours pas de code retour 00 pour ce membre du ménage, les revenus pour cette personne sont considérés comme inconnus.

Le revenu du ménage est comparé avec le plafond de l'I.M. qui s'applique au ménage. Le plafond à prendre en considération dépend du nombre de personnes dans le ménage et est calculé suivant les principes repris dans l'article 21 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014. Pour 2018, les montants en vigueur sont ceux repris dans la circulaire O.A. n° 2018/388 du 20 décembre 2018.

Le résultat de cette comparaison entre le revenu du ménage et le plafond de l'I.M. est codé. L'O.A. concerné a été informé du résultat de cette analyse exclusivement sous la forme de ce code. Le détail des revenus n'est pas communiqué à l'O.A. De même, au sein de la direction ACCES, le calcul est effectué sous forme codée et les données sur les revenus ne sont pas conservées.
Il y a 3 codes possibles qui sont communiqués dans le fichier de réponse (Pro_04) à l'O.A. Le code indique si, selon la réponse du SPF finances, les revenus du ménage sont :

- supérieurs ou égaux au plafond du ménage : NOK
- inférieurs au plafond du ménage : OK
- inconnus : ONHOLD.

Uniquement ces codes sont envoyés à l'O.A., pas le détail des revenus ni le résultat en EUR du calcul.

Pro_04 : résultats codés de l'examen des revenus

La direction ACCES envoie les codes déjà mentionnés (OK, NOK ou ONHOLD) dans les fichiers de réponses du Pro_04.

Le Pro_04 se compose de 2 envois : le premier envoi des codes a lieu en août vers l'O.A. et le second en octobre (avant le 01.11.2020). (art. 19, § 2, al. 3, A.R. du 15.01.2014). L'O.A. transfère à son tour les informations reçues à la mutualité concernée. La mutualité a la responsabilité de contacter les familles.

7. L'âge d'un membre du ménage est évalué par rapport à la date du 1er janvier de l'année d'imposition. Sur la base de la date de naissance, nous déterminons si le membre est âgé de plus ou de moins 18 ans à la date du 1er janvier de l'année d'imposition.

La direction ACCES interroge le SPF finances une deuxième fois en septembre 2020. Si, à ce moment-là, on peut toujours obtenir des revenus pour un membre du ménage[8], les revenus du ménage sont considérés comme inconnus.

Dans le flux proactif, le code concernant le droit potentiel à l'I.M. doit toujours parvenir à l'O.A. qui a transmis le ménage dans sa liste, même s'il est question de mutation entre-temps. Ces assurés ne peuvent pas bénéficier de l'avantage de l'enquête proactive, car l'ancien O.A. ne peut plus contacter le ménage et le nouvel O.A. ignore tout de la réponse envoyée. Par ailleurs, il a été conclu qu'il était très complexe d'utiliser le filtre CIN pour cet échange de données.

Le Service du contrôle administratif transmet une seule réponse/un seul code par ménage par "demande". On n'effectue pas une nouvelle demande pour les numéros NISS pour lesquels le SPF finances a déjà rendu une réponse définitive. Nous ne recevons qu'une seule réponse "définitive et utilisable" du SPF finances par numéro NISS. Au moyen de ces informations, on crée un code unique relatif au droit potentiel à l'I.M.. Ce code unique est envoyé à l'O.A. qui a introduit la demande auprès du Service du contrôle administratif.

2.3. Phase 3 : Traitement des réponses codées par l'O.A.

L'O.A. prend contact avec le ménage dont les revenus sont inférieurs au plafond selon le calcul. Il ne le fait pas (ou de sa propre initiative) pour les ménages pour lesquels le code indique que les revenus du ménage sont égaux ou supérieurs au plafond, ou dont les revenus ne sont pas totalement connus.

Il existe des exceptions à ce principe. L'O.A. n'est pas tenu de contacter les ménages dont il sait, grâce à d'autres informations, que le plafond de revenus sera dépassé.

Il s'agit de ménages pour lesquels on constate, entre l'envoi du fichier Pro_01 et le traitement du fichier Pro_04, que :

- sur la base des bons de cotisations, un ou plusieurs membres disposent de revenus professionnels supérieurs au plafond applicable dans le cadre de ce chapitre pour un ménage existant sur la base de sa composition réelle
- la projection sur une base annuelle des bons de cotisations distincts indique que le plafond serait dépassé
- un droit a été ouvert
- une déclaration sur l'honneur (DSH) a été effectuée après l'envoi du Pro_01 sans donner lieu à une ouverture du droit pour cause de dépassement du plafond de revenus
- le demandeur a muté vers un autre O.A.
- la composition du ménage a changé (excepté si la modification concerne l'arrivée d'un enfant de moins de 16 ans pour lequel il s'agit d'une première inscription au Registre national)
- un membre du ménage est décédé
- un enfant de moins de 16 ans a quitté le ménage.

2.4. Phase 4 : Déclarations de revenus et octroi du droit

Le résultat de la phase 2 du flux proactif n'aboutit pas à une attribution automatique du droit à l'I.M.. Après avoir contacté l'assuré, l'O.A. doit procéder à une enquête sur les revenus auprès des assurés qui pourraient ouvrir un droit à l'I.M.

8. Pas de réponse avec un code retour 00.

Toutes les conditions et procédures standard telles que précisées dans la section 6 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 s'appliquent aux enquêtes sur le revenu dans le contexte du flux proactif.

Tous les ménages contactés dans le cadre du flux proactif en 2015 n'ouvrent pas effectivement un droit à l'I.M.. Les O.A. n'envoient pas de fichier de feed-back à la direction ACCES suite au fichier Pro_04 mais il y a bien un échange prévu de statistiques pour suivre les résultats du flux proactif. Ces statistiques et leur échange sont décrits dans une circulaire spécifique.

3. Délai(s) de conservation des données

Les données doivent être conservées au moins pour la durée du délai de prescription qui vaut pour la récupération des interventions. L'article 174, alinéa 1er, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, stipule que l'action en paiement de prestations de soins de santé se prescrit 2 ans à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées. Toutefois, ce genre de prescription n'est pas applicable en vertu de l'article 174, alinéa 3, dans le cas où l'octroi indu de prestations résulterait de manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité. Dans ce cas, le délai de prescription est de 5 ans. Il importe par conséquent de conserver toutes les données, y compris celles de l'administration fiscale, pour une période d'au moins 5 ans à compter de la fin du mois au cours duquel les prestations ont été remboursées pour pouvoir encore détecter et traiter les cas de fraude.
Afin de garantir le traitement correct de ces 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+6.

Remarque : bien que dans le cadre de l'utilisation de l'infrastructure «Nippin», un historique des 10 dernières années soit conservé, cela ne signifie pas que les données relatives à l'application de l'I.M. puissent effectivement encore être utilisées sur toute la durée de cette période : l'autorisation donnée par le Comité sectoriel de l'administration fédérale pour les échanges de données limite le délai de conservation à 6 ans, comme mentionné ci-dessus. Cela signifie donc que les données conservées dans l'historique des échanges de données «Nippin» ne peuvent effectivement être utilisées que pour ce délai.

4. Entrée en vigueur

La présente circulaire est applicable pour l'échange de données proactif de 2020.

Circulaire O.A. n° 2020/197 – 3991/323 du 14 juillet 2020.

IV. Élaboration des statistiques relatives aux flux de données permettant aux mutualités d'identifier les bénéficiaires potentiels de l'intervention majorée pour l'année 2020

En vigueur à partir du 10 août 2020

1. Introduction

La présente circulaire décrit les accords pratiques de la mise à disposition des statistiques relatives à l'échange de données proactif dans le cadre de l'intervention majorée (I.M.). Cet échange de données proactif est défini à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et à l'article 19 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance.

La circulaire fixe les modalités de l'élaboration des statistiques relatives à l'échange de données entre le Service du contrôle administratif (SCA) et les organismes assureurs (O.A.) dans le cadre du flux de détection d'échange de données proactif.

2. Objectif des statistiques relatives à l'échange de données proactif

La présente circulaire exécute l'article 7 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'I.M. de l'assurance. Cet article stipule que l'O.A. envoie les données concernant le flux proactif à la direction de contrôle et de gestion des données d'accessibilité (direction ACCES) du SCA. Il est en particulier question du nombre de demandes et d'octrois supplémentaires de l'I.M. à la suite de ce flux. La direction ACCES précise dans cette circulaire quelles données doivent être transmises ainsi que les règles de transmission de ces données.

Afin de suivre les résultats du flux proactif, cet échange de statistiques agrégées entre O.A. et l'INAMI a été mis en place. Ces chiffres permettent d'évaluer la mesure et son impact.

3. Procédure technique

Tous les ans, les O.A. envoient un rapport concernant le traitement du flux proactif. C'est l'O.A. gestionnaire de l'échange de données dans le cadre du flux proactif (cf. circ. O.A. n° 2020/197[1] du 14/07/2020) qui est responsable de l'enregistrement d'un ménage et de ses membres dans ces statistiques.

Les modalités du traitement du flux proactif sont mentionnées dans la même circulaire. En résumé, les O.A. contactent les ménages dont les revenus sont, selon le calcul de la direction ACCES effectué sur la base des données de revenu du SPF finances, inférieurs au plafond I.M.. C'est-à-dire qu'ils contactent les ménages pour lesquels ils ont reçu le code réponse OK.

Les résultats de ces contacts sont présentés dans le tableau en annexe 1[1] à la présente circulaire. Ce tableau présente plutôt une image générale des résultats des contacts pris dans le cadre du flux proactif, sans donner trop de détails. Le tableau présente un aperçu du nombre de ménages contactés et du nombre d'assurés au sein de ces ménages, et indique combien d'entre eux ont ouvert le droit à l'I.M.

Pour chacun des ménages contactés, il faut ensuite tenir à jour les informations concernant les personnes qui ont ouvert le droit à l'I.M. ou celles qui ne l'ont pas ouvert. Il y a un tableau indiquant les résultats au niveau des ménages d'une part (tableau à l'annexe 2) et un tableau indiquant le nombre d'assurés individuellement d'autre part (tableau à l'annexe 3).
Les résultats dans ces tableaux sont répartis dans les 6 catégories. Les catégories indiquent si un droit à l'I.M. a été accordé ou non et pourquoi. Nous distinguons 4 motifs de refus d'octroi d'un droit à l'I.M. et 2 motifs d'octroi. Le contenu de ces 6 catégories est spécifié dans la seconde partie de la présente circulaire.

Tous les membres d'un même ménage sont dans la même catégorie dans les statistiques. Il y a une exception à cette règle, à savoir les enfants qui ont un droit automatique à l'I.M.. Ces enfants peuvent avoir ouvert un droit à l'I.M. sans que les autres membres du ménage repris dans le flux proactif aient ouvert un droit à l'I.M.

Les O.A. transmettent le rapport (composé des tableaux 1, 2 et 3)[2] contenant les statistiques du flux de données proactif au plus tard le 5 novembre de l'année suivant l'échange de données. Ainsi, les O.A. envoient les rapports pour le flux proactif 2020 d'ici le 5 novembre 2021.

Les statistiques sont envoyées par courriel (dans un fichier Excel) à l'adresse générale de la Section contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données @ sca-acces@riziv-inami.fgov.be.

Les templates des 3 tableaux[3] sont joints en annexe à la présente circulaire.

4. Explications quant au contenu

Voici les explications devant permettre le classement des ménages dans la catégorie adéquate. Cette subdivision spécifique est applicable pour les tableaux 2 et 3 joints en annexe.

1. Publiée dans ce B.I.
2. Non publiés ici.
3. Non publiés ici.

4 catégories sont prévues pour les ménages qui ont été identifiés comme bénéficiaires potentiels de l'I.M. du fait que leurs revenus dans le flux proactif étaient en deçà du plafond I.M. et qui, lors du traitement ultérieur des résultats du flux proactif n'ouvrent pas de droit à l'I.M. :

Catégorie 1
Les ménages sans droit à l'I.M. à la suite du traitement du flux proactif et à qui la déclaration sur l'honneur (DSH) n'a pas été réclamée en raison du changement de la composition du ménage

La 1re catégorie concerne les ménages qui ont été identifiés comme bénéficiaires potentiels de l'I.M. du fait que leurs revenus dans le flux proactif se situaient en deçà du plafond I.M. mais dont la composition telle que définie dans la réglementation relative à l'I.M. a entre-temps changé. Du fait de cette modification, ces ménages ne doivent plus être contactés par les O.A. conformément aux accords de la circulaire O.A. 2020/151[4] du 28 mai 2020.

La composition du ménage peut changer pour diverses raisons : par exemple un divorce ou des enfants à charge qui entre-temps sont eux-mêmes devenus titulaires. Il est également question d'un changement dans la composition du ménage lorsqu'un de ses membres décède.

Étant donné que la liste des ménages pour le flux proactif est parfois élaborée en utilisant des ménages fictifs, c'est-à-dire si le ménage ne peut être déterminé avec certitude le risque que la composition du ménage ne soit pas correcte par la suite est considérable.

Catégorie 2
Les ménages sans droit à l'I.M. à la suite du traitement du flux proactif du fait de la liberté qu'ont les O.A. de ne pas contacter des personnes sur la base d'autres données disponibles

La 2e catégorie concerne les ménages qui ont été identifiés comme bénéficiaires potentiels de l'I.M. parce que leurs revenus dans le flux proactif se situaient en deçà du plafond I.M. et dont l'O.A. dispose, sur la base d'autres informations, de données indiquant que les revenus du ménage atteignent ou dépassent le plafond I.M. Selon les accords conclus dans la circulaire O.A. n° 2020/151 du 28 mai 2020, les O.A. ne sont pas tenus de contacter ces ménages.

Les O.A. comptabilisent la valeur des bons de cotisations de tous les membres du ménage pour les ménages qu'ils doivent contacter suite aux résultats de l'enquête du SPF finances. De cette façon, l'O.A. peut vérifier si cette valeur conduit ou non à une exclusion du flux proactif. Les ménages dont un ou plusieurs membres ont, sur la base de bons de cotisations, des revenus supérieurs au plafond applicable dans le cadre du présent chapitre, à un ménage existant sur la base de sa composition du ménage réelle ne doivent pas être contactés. La projection sur une base annuelle des bons de cotisations individuels indique que le plafond serait dépassé.

Par ailleurs, sont également repris dans cette catégorie les ménages dont les membres ont muté vers un autre O.A. et qui, de ce fait, ne peuvent plus être contactés.

Catégorie 3
Les ménages sans droit à l'I.M. à la suite du traitement du flux proactif en raison d'un dépassement du plafond mentionné dans la DSH

La 3e catégorie concerne les ménages qui ont été identifiés comme bénéficiaires potentiels de l'I.M. parce que leurs revenus dans le flux proactif se situaient en deçà du plafond I.M., que les O.A. contactent et qui se présentent pour une enquête sur les revenus mais dont il s'avère que les revenus dépassent le plafond I.M.

4. Non publiée ici.

L'O.A. peut constater ce dépassement du plafond du ménage après une enquête sur les revenus. Les revenus du ménage sont déclarés via une déclaration sur l'honneur (DSH).

Catégorie 4
Les ménages sans droit à l'I.M. à la suite du traitement du flux proactif en l'absence de réaction de l'assuré ayant un droit potentiel à l'I.M.

La 4e catégorie concerne les ménages qui ont été identifiés comme bénéficiaires potentiels de l'I.M. parce que leurs revenus dans le flux proactif se situaient en deçà du plafond I.M. et pour lesquels aucun droit n'a pu être examiné ni octroyé vu l'absence de réaction lors de la demande de contact par l'O.A. Étant donné que le ménage n'a pu se présenter pour l'enquête sur les revenus, il est impossible d'octroyer un droit même si dans la pratique le ménage remplit les conditions de revenus.

De même, si une DSH n'est pas traitée par l'assuré dans le délai imparti, cet assuré doit être classé dans la catégorie 4. En effet, il est de la responsabilité de l'assuré de mener cette action jusqu'à son terme.
Un ménage qui fait une déclaration sur l'honneur incomplète ou qui dépasse le délai imparti de 2 mois pour traiter cette DSH (art. 29 de l'A.R. du 29.01.2014) fait donc également partie de cette catégorie.
Les résultats relatifs aux ménages sont présentés dans le tableau 3 et ceux relatifs au nombre d'assurés dans ces ménages dans le tableau 2.

2 catégories sont prévues pour les ménages qui ont été identifiés comme bénéficiaires potentiels de l'I.M. du fait que leurs revenus dans le flux proactif étaient en deçà du plafond I.M. et qui, lors du traitement ultérieur des résultats du flux proactif, ouvrent un droit à l'I.M. :

Catégorie 5
Ouverture du droit à l'I.M. sur la base d'une déclaration sur l'honneur (DSH)

La 5e catégorie est composée des ménages qui ont été identifiés comme bénéficiaires potentiels de l'I.M. parce que leurs revenus dans le flux proactif se situaient en deçà du plafond I.M. mais qui ont par après effectivement ouvert le droit à l'I.M. sur la base d'une enquête sur les revenus.

Ces ménages remplissent donc 3 conditions : ils figuraient dans le flux proactif, suite à ce flux ils ont bénéficié d'un droit potentiel à l'I.M.et dans le semestre visé ils ont ouvert leur droit à l'I.M. sur la base d'une enquête sur les revenus. Si ces 3 conditions sont remplies, ils doivent être classés dans cette catégorie.

Il n'est pas absolument certain que ces personnes qui ont introduit leur déclaration le fassent du fait précisément des contacts par l'O.A. dans le cadre du flux proactif.

Catégorie 6
Droit automatique à l'I.M.

La 6e catégorie est composée des ménages qui ont été identifiés comme bénéficiaires potentiels de l'I.M. parce que leurs revenus dans le flux proactif se situaient en deçà du plafond I.M. mais qui ont par après effectivement ouvert le droit à l'I.M. sur la base d'un avantage.

Si un titulaire bénéficie d'un avantage social, son ménage également bénéficie de ce droit, et, dès lors, tant la personne que le ménage doivent être repris dans les statistiques. Si une personne à charge bénéficie d'un avantage social, elle doit être reprise dans les statistiques en tant que personne. Toutefois, le ménage de ce titulaire ne doit pas être repris, pour cette catégorie, dans les statistiques par ménage sur la base de ce droit accordé à la personne à charge.

5. Entrée en vigueur

Cette circulaire entrera en vigueur le jour de sa publication.

Circulaire O.A. n° 2020/218 – 3991/325 du 10 août 2020.

V. L'utilisation inappropriée des bons de cotisations pour le calcul de la pension

Introduction : utilisation du bon de cotisations en dehors de l'assurance soins de santé et indemnités (ASSI)

Le bon de cotisations est la preuve du paiement des cotisations à la sécurité sociale pour l'ASSI. Un des principes de base de la loi relative à la protection de la vie privée[1] - plus particulièrement l'actuel règlement général sur la protection des données - est le principe de finalité ("limitation des finalités"). Ce principe implique que des données (telles que les bons de cotisations) ne peuvent être utilisées qu'aux fins pour lesquelles elles ont été légalement fournies.
Les bons de cotisations sont établis dans le but légal et réglementaire d'ouvrir des droits dans le cadre de l'ASSI. En principe, ils ne peuvent donc pas être utilisés à d'autres fins, par exemple pour le calcul des droits à la pension.

La jurisprudence confirme l'interdiction de l'usage "inapproprié" des bons de cotisations pour le calcul des droits à la pension.
La jurisprudence de cassation du 9 novembre 2009 stipule clairement ceci : "La production d'un document attestant que des cotisations ont été retenues dans un autre secteur, en l'occurrence celui de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, n'apporte pas la preuve nécessaire et suffisante que des cotisations de pension ont été retenues, en vue d'établir l'existence d'une occupation donnant ouverture au droit à la pension de retraite." et exclut l'utilisation des bons de cotisations en tant que tels de l'usage dans le cadre du calcul de la pension.

Les données manquantes peuvent avoir un impact significatif sur le calcul des droits à la pension. Souvent, il n'y a pas d'autres preuves que les bons de cotisations. Certainement pour les cotisations de sécurité sociale versées avant la numérisation de la collecte et de l'administration de la preuve des cotisations de sécurité sociale au début des années 1990.

Procédure

Pour cette raison, les institutions de sécurité sociale concernées, à savoir l'Office national de sécurité sociale (ONSS), le Service fédéral des pensions (SFP) et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), sont parvenues à un accord.

Si, pour le calcul des droits à la pension, le SFP ne dispose pas de la preuve de cotisations de sécurité sociale pour une année pour laquelle les cotisations de sécurité sociale ont été payées correctement et intégralement, il peut demander une copie du bon de cotisations à l'O.A. de la personne concernée. Dans ce cas, le SFP adressera sa question à l'INAMI

@ (sca-acces@riziv-inami.fgov.be) qui la transmettra ensuite à l'O.A. auquel l'assuré social en question était affilié pendant la période susmentionnée. En outre, l'INAMI indiquera également à quelle mutualité cet assuré social était affilié à l'époque, puisque les archives de nombreux O.A. sont gérées localement.

1. https://www.autoriteprotectiondonnees.be/reglement-general-sur-la-protection-des-donnees

Trois templates de communications standard sont joints à cette circulaire :

- communication de la direction ACCES si un O.A. demande un duplicata d'un bon de cotisations pour lequel aucune information ne peut être trouvée dans les flux BCSS concernant les bons de cotisations et que l'O.A. ne dispose pas du bon de cotisations papier
- communication de la direction ACCES si un assuré social demande un duplicata d'un bon de cotisations pour lequel aucune information ne peut être trouvée dans les flux BCSS concernant le bon de cotisations et que l'O.A. ne dispose pas du bon de cotisations papier
- communication de la mutualité si un assuré social demande une copie d'un bon de cotisations. Chaque O.A. a la possibilité d'adapter cette communication standard tant que les informations suivantes restent disponibles :
  - explication de la fonction des bons de cotisations
  - explication du principe fondamental de finalité (voir le règlement général sur la protection des données)
  - explication de l'impossibilité de délivrer des bons de cotisations pour le calcul des droits à la pension
  - citation de la possibilité pour la SFP de demander un bon de cotisation à l'O.A. comme document d'information pour soutenir la recherche de documents de preuve valables
  - coordonnées du Service fédéral des pensions.

Si l'un des affiliés d'un O.A. soupçonne que sa pension ne comprend pas les années pour lesquelles des cotisations de sécurité sociale ont été effectivement versées, nous conseillons l'O.A. concerné de recommander à cette personne de contacter le SFP.

Si l'O.A. n'as pas de bon(s) de cotisations sur support papier ou numérique, notre service ne fournira pas de "duplicata". En l'absence d'un bon de cotisations original, il ne peut être question de demande de duplicata d'un bon de cotisations car rien n'indique que ces cotisations ont effectivement été versées.

Conclusion

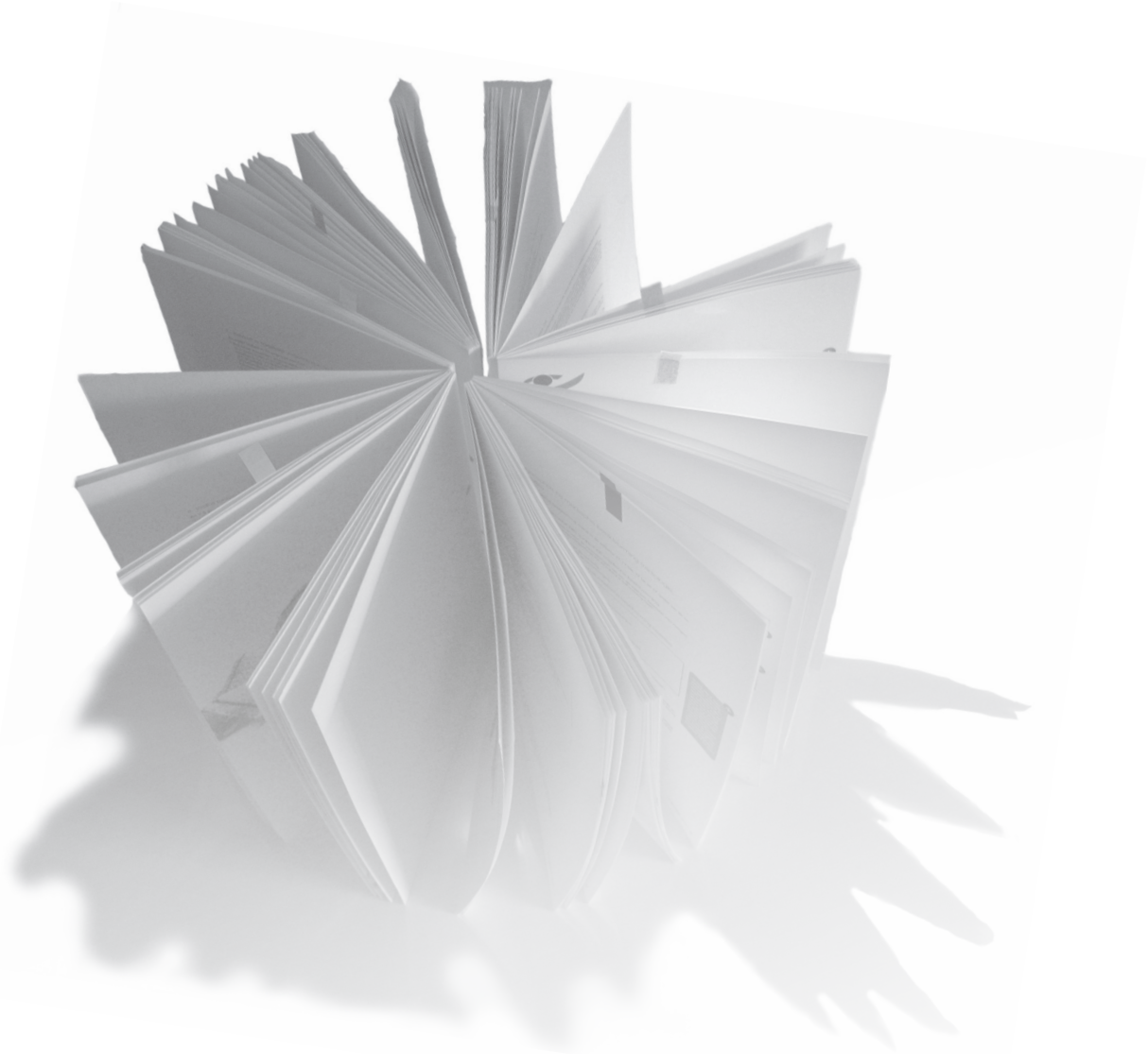
Tout cela signifie que les mutualités n'enverront plus de copie des bons de cotisations aux assurés sociaux et qu'elles n'enverront plus de demande de duplicata à la direction ACCES si elles ne disposent pas de bon(s) de cotisations.

Entrée en vigueur

Cette circulaire entrera en vigueur le jour de sa publication.

Circulaire O.A. n° 2020/250 – 260/7 du 23 octobre 2020.

4e Partie
Données de base



I. Cotisation à payer par certains titulaires

À partir du 1er janvier 2021, les taux des cotisations personnelles à payer par certains titulaires sont adaptés aux taux que l'indice des prix à la consommation a atteint au 31 octobre 2020, soit 109,64 (base 2013 = 100).

Dans les tableaux ci-joints, vous pouvez prendre connaissance de ces montants ; comme vous pouvez le constater, nous avons mentionné dans chaque tableau la référence aux textes réglementaires.

1. Cotisation d'assurance continuée

Articles 247 et 250 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

a) Cotisation par jour ouvrable :

- 21 ans et plus 1,84 EUR
- 18 à 21 ans 1,39 EUR
- 14 à 18 ans 0,92 EUR

b) Cotisation par mois civil complet (cotisation journalière x 25) :

- 21 ans et plus 46,00 EUR
- 18 à 21 ans 34,75 EUR
- 14 à 18 ans 23,00 EUR

Date d'application : 1er janvier 2021
Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100

2. Cotisation des étudiants

Article 133 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Par trimestre : 63,90 EUR

Date d'application : 1er janvier 2021
Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100

3. Cotisation pour les personnes inscrites dans le registre national des personnes physiques

Article 134 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 modifié par l'arrêté royal du 3 septembre 2000 (M.B. du 29.09.2000), portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (titulaires visés à l'art. 32, al. 1er, 15° de la loi coordonnée).

Par trimestre :

Normal :	753,75	EUR
Si revenu < au plafond des revenus annuels prévu à l'article 134, 3° alinéa de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 :	376,87	EUR
Si revenu < au montant prévu pour bénéficier de l'intervention majorée :	63,90	EUR
Si revenu < au montant annuel du minimum de moyen d'existence :	0,00	EUR
Si droit à un avantage visé dans l'article 37, § 19, alinéa 1, 1°, 2° ou 3° de la loi coordonnée :	0,00	EUR

Date d'application : 1er janvier 2021
Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100

4. Cotisation des membres des communautés religieuses

Article 136*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Par trimestre :

a) Titulaire de moins de 65 ans	96,52	EUR
b) Titulaire de plus de 65 ans	27,60	EUR

Date d'application : 1er janvier 2021
Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100

5. Cotisation de l'ancien personnel du secteur public en Afrique

Article 135 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.

Par trimestre : 43,47 EUR

Date d'application : 1er janvier 2021
Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100

Circulaire O.A. n° 2020/260 – 270/80, 273/81, 274/82, 276/131, 2790/83, 2791/80, 2792/79 et 83/501 du 6 novembre 2020.

II. Frais de transport des prématurés et nouveau-nés dont la vie est ménacée ou qui courent le risque de séquelles neurologiques permanentes - Montants à partir du 1er janvier 2021

En application de l'arrêté ministériel du 24 novembre 1998, modifiant l'arrêté ministériel du 8 janvier 1992, nous vous communiquons les montants de l'intervention pour les frais de transport des prématurés et nouveau-nés dont la vie est menacée ou qui courent le risque de séquelles neurologiques permanentes.

Les montants à partir du **1er janvier 2021** sont les suivants :

- forfait pour chaque déplacement de 10 km 62,78 EUR
- une augmentation du forfait à partir du 11e km 6,28 EUR
- une augmentation du forfait à partir du 21e km. 4,86 EUR

Circulaire O.A. n° 2020/274 – 3910/1799 du 27 novembre 2020.

Comité de rédaction

Mme Caroline Lekane
Mme Caroline Marthus
Mme Céline Faufeder
Mme Mélissa François
Mme Nuray Özdemir
Mme Charlotte Lefebre
Mme Natalia Golovneva
M. Jonathan Owczarek

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726