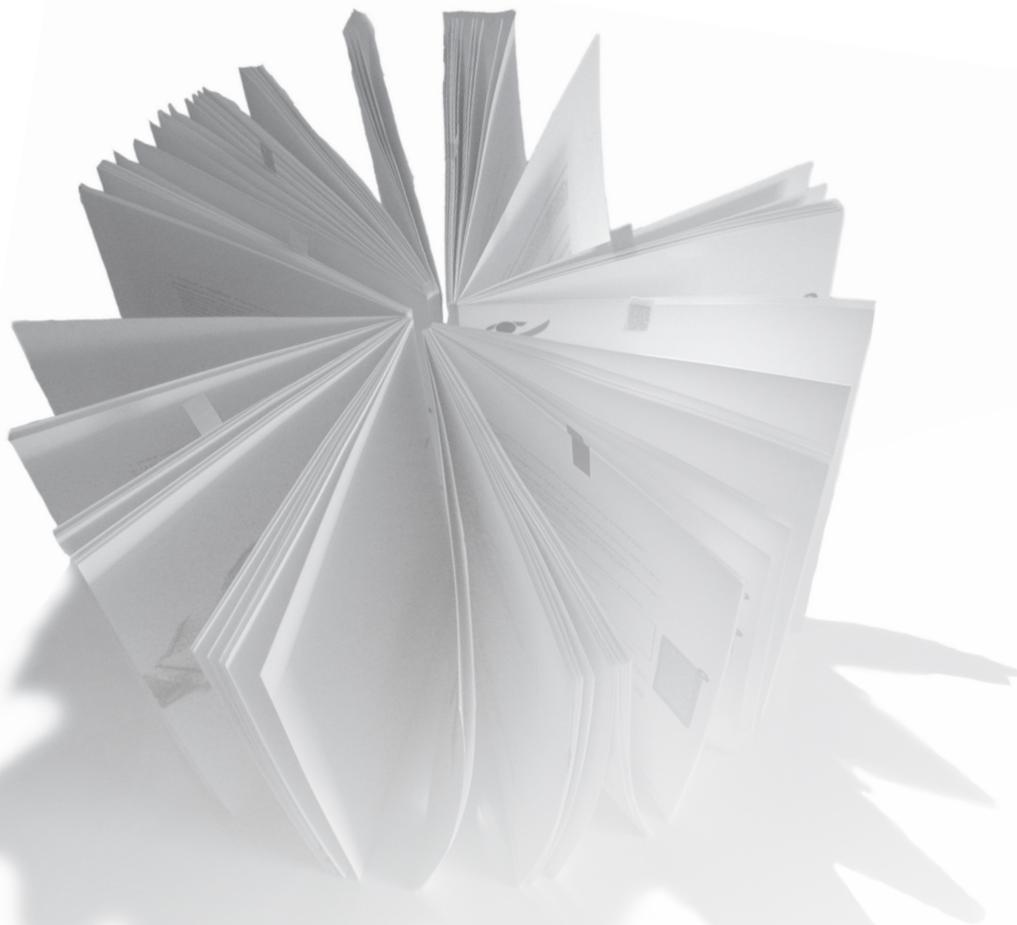


1<sup>re</sup> Partie

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



## 2<sup>ième</sup> trimestre 2022

1. Loi		
Moniteur belge	Date	Titre
12.04.2022 – Édition 1	23.03.2022	Loi modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les élections médicales

### Résumé des modifications

Les élections médicales qui déterminent la représentation syndicale des médecins au sein de l'Institut national de l'Assurance Maladie-Invalidité seront désormais organisées tous les cinq ans. Elles étaient jusqu'à présent organisées tous les quatre ans. Les prochaines élections médicales auront lieu en 2023 et non en 2022.

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
13.04.2022	15.03.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte entre autre les modifications suivantes :

- dispositions communes : il n'y a pas de période de référence applicable pour les ménages dont un membre est, au moment de l'introduction de la demande :
  - => un agent de services public mis en disponibilité pour cause de maladie ou d'infirmité
  - => un militaire placé en retrait temporaire d'emploi pour motifs de santé.
- mesure du handicap d'un enfant : la décision de constatation de l'incapacité physique ou mentale d'au moins 66 % prise par un médecin exerçant dans l'arrondissement d'une entité fédérée est désormais aussi reconnue, à condition qu'elle remplisse les critères énoncés dans la loi générale relative aux allocations familiales
- plafonds pris en considération : de base, le plafond de revenus applicable dans le cadre de l'arrêté modifié est fixé à 15.986,16 EUR augmenté de 2.959,47 EUR par personne supplémentaire présente dans le ménage.  
Une nouveauté est que l'enfant inscrit en qualité d'enfant à charge dans le ménage d'un de ses parents augmente le plafond de revenus applicable du ménage de son autre parent du même montant de 2.959,16 EUR. Ceci, à condition qu'il y cohabite dans le cadre d'un hébergement partagé à raison d'au minimum deux jours par semaine en moyenne.

Différentes modalités sont fixées afin de prouver cette cohabitation ainsi que les revenus de l'enfant. Des règles sont également établies en cas de fin d'inscription de l'enfant à charge dans le ménage d'un de ces parents.

Les plafonds sont aussi augmentés pour les années 2022 à 2024. Les montants de 15.986,16 EUR et 2.959,47 EUR sont modifiés comme suit :

- => 844,65 EUR et 3.118,40 EUR à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022
- => 291,03 EUR et 3.201,04 EUR à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023
- => 749,24 EUR et 3.285,87 EUR à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Moniteur belge	Date	Titre
13.04.2022	15.03.2022	Arrêté royal fixant la date d'entrée en vigueur de l'article 48 de la loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, et modifiant l'article 252 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal insère un alinéa entre les alinéas 1<sup>er</sup> et 2 de l'article 252 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, rédigé comme suit :

“Par dérogation à l'alinéa précédent, lorsqu'un enfant visé à l'article 123, alinéa 1<sup>er</sup>, 3, a), né dans un hôpital, n'est inscrit auprès d'aucun organisme assureur 45 jours après sa naissance, la mutualité l'inscrit d'office, au plus tard dans un délai de 20 jours après réception du formulaire, conforme au modèle figurant à l'annexe III, établi et communiqué par l'hôpital à la mutualité de la personne qui a mis l'enfant au monde, à charge de la personne désignée dans le formulaire. La mutualité inscrit l'enfant après avoir vérifié la filiation selon l'information visée à l'article 3, alinéa 1<sup>er</sup>, 16°, de la loi du 8 août 1983 organisant un Registre national des personnes physiques et à condition que le titulaire ait effectivement droit aux soins de santé.”

Moniteur belge	Date	Titre
19.04.2022	24.03.2022	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1 <sup>er</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal supprime le chapitre sur les prestations de santé pour lesquelles l'application du régime du tiers payant est interdite. Cette modification a un effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2022, avec pour conséquence la possibilité d'appliquer le tiers payant à tous les assurés sociaux à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Dans certaines situations, l'application du régime du tiers payant reste obligatoire. À ces situations, s'ajoutent les prestations de santé à distance, pour lesquelles l'application du régime du tiers payant devra être obligatoirement appliqué. L'arrêté royal introduit également la possibilité d'identifier l'assuré social via ltsme dans le cadre du régime du tiers payant.

Moniteur belge	Date	Titre
02.05.2022	20.03.2022	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne l'accréditation des praticiens de l'art dentaire, l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

Le praticien de l'art dentaire doit remettre sa demande d'accréditation au Groupe de Direction Promotion de la qualité de l'art dentaire dans la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars de l'année suivant l'année au cours de laquelle la prime a été proméritee, via l'application en ligne que l'INAMI met à disposition à cet effet (à partir du 01.01.2023).

Moniteur belge	Date	Titre
02.05.2022	18.04.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal prévoit notamment à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022 les modifications réglementaires suivantes dans le cadre de l'exercice d'une activité visée à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> à 7<sup>o</sup> de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 (activités spécifiques dans le secteur socioculturel et le secteur sportif) pendant la période d'incapacité de travail reconnue dans l'assurance indemnités des travailleurs salariés :

- la rémunération perçue pour l'exercice de l'activité visée à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> à 7<sup>o</sup> de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 le premier jour de l'incapacité de travail à condition que cette activité constitue la poursuite pure de l'exécution d'un contrat qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail, est cumulable avec l'indemnité d'incapacité de travail. Elle n'est en effet pas considérée comme une rémunération
- le travailleur incapable de travailler doit en principe communiquer la reprise du travail à l'organisme assureur et demander l'autorisation au médecin-conseil au plus tard le premier jour ouvrable précédant cette reprise du travail afin de pouvoir exercer l'activité pendant l'incapacité de travail.  
Si le titulaire déclare la "reprise" d'une activité visée à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, alinéa premier, 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> à 7<sup>o</sup> inclus de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 qu'il a exercée pendant une période d'incapacité de travail en exécution d'un contrat déjà conclu avant le début de l'incapacité de travail et effectivement exécuté, à son organisme assureur dans un délai d'un mois à compter de la déclaration de l'incapacité de travail, et introduit une demande d'autorisation d'exercer cette activité pendant l'incapacité de travail, les formalités sont censées avoir été accomplies le premier jour ouvrable qui précède la reprise du travail.  
Le médecin-conseil dispose alors d'un délai de trente jours ouvrables à compter de la déclaration de la reprise de travail et de la demande d'autorisation pour prendre sa décision
- dans le cadre de la règle de cumul applicable lorsqu'une activité autorisée est exercée qui ne donne pas lieu à un assujettissement à la "loi ONSS" du 27 juin 1969 (cf. art. 230, § 1<sup>er</sup> de l'A.R. du 03.07.1996), il n'est pas tenu compte des revenus découlant d'une activité visée à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, alinéa premier, 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> à 7<sup>o</sup> inclus de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969. Concrètement, ceci implique donc que la règle de cumul graduelle visée à l'article 230, § 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 n'est pas d'application (un cumul total entre les indemnités d'incapacité de travail et la rémunération perçue est toujours autorisée).

En outre, cet arrêté royal remplace dans l'arrêté royal du 3 juillet 1996 la référence à "l'arrêté ministériel du 13 mars 2020 portant des mesures d'urgence pour limiter la propagation du coronavirus COVID-19 et par tout autre arrêté ministériel ultérieur portant des mesures d'urgence" par la référence à "l'arrêté royal du 28 octobre 2021 portant les mesures de police administrative nécessaires en vue de prévenir ou de limiter les conséquences pour la santé publique de la situation d'urgence épidémique déclarée concernant la pandémie de coronavirus COVID-19" (adaptation formelle).

Cette référence est reprise à l'article 225 (vérification de la situation familiale) et l'article 230, § 1<sup>ter</sup> (règle de cumul en cas d'activité autorisée durant l'incapacité de travail) de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 et est liée à la neutralisation des compensations financières allouées par les régions, les communautés, les provinces ou les communes pour des conséquences économiques ou sociales rencontrées suite à l'application de l'arrêté royal du 28 octobre 2021 précité. Étant donné la loi du 14 août 2021 relative aux mesures de police administrative lors d'une situation d'urgence épidémique, les mesures particulières de COVID-19 ont été finalement déterminées par arrêté royal.

Moniteur belge	Date	Titre
06.05.2022 – Édition 1	24.03.2022	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 26 novembre 2006 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant l'intervention personnelle des bénéficiaires qui consultent un médecin spécialiste après avoir été envoyés par un médecin de médecine générale

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal introduit une diminution du ticket modérateur pour certaines prestations lorsque le bénéficiaire a été envoyé par un médecin généraliste.

Moniteur belge	Date	Titre
06.05.2022 – Édition 1	27.03.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- le point 2, B, b, du chapitre V de l'annexe à l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix, est remplacé par les dispositions suivantes : "il a conclu un contrat trajet de soins pour le diabète de type 2 qui est valable à la date de la prescription visée au point 4.2, B ou qui entre en vigueur dans les 3 mois qui suivent cette date"

- le point 4.2, C du chapitre V de l'annexe au même arrêté est complété par les dispositions suivantes : "Pour un bénéficiaire pour lequel le contrat trajet de soins entre en vigueur dans un délai maximum de 3 mois qui suit la date de la prescription, un maximum de 5 prestations d'éducation peut être remboursé à partir de la date de la prescription jusqu'à la date de l'entrée en vigueur du contrat trajet de soins. Les prestations d'éducation qui sont réalisées pendant cette période de 3 mois maximum comptent également dans le nombre maximum de prestations d'éducation remboursables prévu au présent point C."

Moniteur belge	Date	Titre
09.06.2022 – Édition 2	18.05.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 26 janvier 2021 portant exécution de l'article 37, § 16 <i>bis</i> , alinéa 1 <sup>er</sup> , 3 <sup>o</sup> , et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les oxyconcentrateurs pour l'oxygénothérapie pendant la crise du COVID-19

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 6 de l'arrêté royal du 26 janvier 2021 portant exécution de l'article 37, § 16*bis*, alinéa 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les oxyconcentrateurs pour l'oxygénothérapie pendant la crise du COVID-19 :

- les mots "et cesse d'être en vigueur le 31 décembre 2021" sont remplacés par "et cesse d'être en vigueur le 31 décembre 2022".

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

Moniteur belge	Date	Titre
05.04.2022	15.03.2022	Arrêté royal modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 8, § 12, 2<sup>o</sup> 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 § 2, l'alinéa 3 est remplacé par ce qui suit : "Les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup>*bis* et 4<sup>o</sup> et les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers visées à la rubrique III du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup>*bis* peuvent être exécutées en cas d'urgence sur base d'une prescription formulée oralement, communiquée par téléphone, par radiophonie ou par webcam par le praticien visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>. Le praticien confirme la prescription par écrit dans les meilleurs délais et au plus tard après 5 jours calendrier qui suivent la prescription formulée oralement ci-dessus."

- au § 12, 2<sup>o</sup>, l'alinéa 3 est remplacé par un nouvel alinéa rédigé comme suit: "La période de 6 mois d'activité décrite à l'alinéa précédent n'est pas requise dans le chef d'une nouvelle équipe structurelle dans les cas suivants :
  - en cas de fusion de différentes équipes structurelles, lorsqu'il est déjà satisfait aux conditions d'intégration d'aides-soignants dans le chef de chacune des équipes structurelles qui fusionnent
  - en cas de scission d'une équipe structurelle, lorsqu'il est déjà satisfait aux conditions d'intégration d'aides-soignants dans le chef de la nouvelle équipe structurelle qui apparaît suite à la scission."

Moniteur belge	Date	Titre
02.05.2022	10.04.2022	Arrêté royal modifiant l'article 30 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 au C, 2.2.2. Lentilles de contact à caractère optique, de l'article 30 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 4. de l'alinéa 1<sup>er</sup>, est remplacé par "4. amétropie d'au moins -/+ 7,75 dioptries."
- à l'alinéa 3, les mots "L'amétropie d'au moins -/+ 8,25 dioptries" sont remplacés par les mots "L'amétropie d'au moins -/+ 7,75 dioptries".

Moniteur belge	Date	Titre
23.05.2022 – Édition 1	18.04.2022	Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
01.07.2022 – Édition 1	18.04.2022	Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. - <i>Corrigendum</i>

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 7 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 § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, IV. est remplacé par ce qui suit : IV. Prestations effectuées aux bénéficiaires hospitalisés
- au § 11, les 15<sup>e</sup>, 16<sup>e</sup> et 17<sup>e</sup> alinéas sont remplacés.

Moniteur belge	Date	Titre
23.05.2022 – Édition 1	20.04.2022	Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace les 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> alinéas de l'article 7, § 11, 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
25.05.2022	10.04.2022	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 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
16.08.2022	10.04.2022	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 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. - <i>Erratum</i>

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 5 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 § 2 est modifié comme suit :
  - => dans la rubrique "Parodontologie" à la prestation 301254-301265 la règle d'application prévue à l'alinéa 3 est remplacée ;
  - => dans la rubrique "Parodontologie" les règles d'applications relatives aux prestations 301276-301280, 301291-301302, 301313-301324, 301335-301346, 301350-301361 prévues aux deux derniers alinéas sont remplacées ;
  - => dans la rubrique "Parodontologie" à la prestation 301372-301383 à la règle d'application prévue au premier alinéa est inséré le mot "antérieure" entre les mots "prestation" et "de nettoyage" ;
- au § 3 de la rubrique "Orthodontie" le libellé de la prestation 305572-305583 est remplacée.

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 6 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 § 4<sup>quater</sup> est modifié comme suit : les mots "371151-371162, 301151-301162, 301173-301184, 371195-371206, 301195-301206 et 301210-301221" sont supprimés entre les mots "304931-304942" et les mots "pour les soins"

- le § 6 est modifié comme suit :
  - => le deuxième alinéa du point 2.2. est remplacé ;
  - => le troisième alinéa du point 3.1.2 est remplacé ;
  - => après le 3.1.2. est inséré le point 3.1.3 ;
  - => le point 3.2 est supprimé ;
  - => le point 4.1.3. est modifié ;
  - => le point 4.2. est remplacé ;
  - => au quatrième alinéa du point 4.3.1. sont insérés les mots “de l’interruption” entre les mots “l’annonce” et “ne peut” ;
  - => au point 4.3.2., premier alinéa, sont insérés les mots “de l’interruption” entre les mots “l’annonce” et “doit” ;
  - => au point 4.4.1. au premier alinéa est insérée la phrase “selon les modalités prévues au point 4.2.” après le mot “bénéficiaire” ;
  - => au point 4.4.1.2. la deuxième phrase est remplacée comme suit : “Cette pathologie doit être apparue, soit pendant la période de validité de 24 mois civils à partir de la date du code 305572-305583 ou 305690-305701 qui se poursuit au-delà du 15<sup>e</sup> anniversaire, soit pendant la période de 24 mois civils précédant le 15<sup>e</sup> anniversaire du bénéficiaire”.
  - => les points 6.4. et 6.5. sont remplacés ;
  - => un point 6.6 est inséré.

Moniteur belge	Date	Titre
25.05.2022	18.04.2022	Arrêté royal modifiant l’annexe de l’arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d’assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L’arrêté royal apporte les modifications suivantes à l’article 9 a), § 5 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 :

- l’alinéa 8 est remplacé par : “422951 Surveillance et soins postnatals pendant le 5<sup>e</sup> jour suivant le jour de l’accouchement, à domicile, pendant un jour ouvrable V 28”
- un alinéa est inséré entre les alinéas 8 et 9 et rédigé comme suit: “422995 Surveillance et soins postnatals pendant le 5<sup>e</sup> jour suivant le jour de l’accouchement, à domicile, durant le week-end ou un jour férié V 28”
- l’alinéa 40 est remplacé par ce qui suit : “Les prestations 422796, 423791, 422774, 423776, 422914, 422936, 422951, 422995, 422435, 428492, 428514, 422450, 428654, 428676, 422472, 428691 et 428713 visent l’examen postnatal de la mère et de l’enfant (anamnèse, évaluation clinique, mesure et suivi des paramètres nécessaires, et autres observations). De ces observations et du plan de soins, un compte-rendu écrit sera noté dans le dossier de la bénéficiaire. Dans des cas exceptionnels, par exemple dans les situations suivantes: lors de l’hospitalisation, de l’abandon ou du décès (in utero ou périnatal) de l’enfant, il est admis que l’enfant ne puisse pas être présent lors de ces prestations. Si la motivation de cette absence est clairement mentionnée dans le dossier, la sage-femme peut attester ces prestations pour des soins prodigués à la mère, même en l’absence de l’enfant.”

Moniteur belge	Date	Titre
24.06.2022	06.06.2022	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 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
26.07.2022	06.06.2022	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 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. - <i>Erratum</i>

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 5 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 § 1 est modifié comme suit :
  - => dans la rubrique "consultations", dans le libellé de la prestation 371033-371044, les mots "demandée par un médecin" sont supprimés ;
  - => dans la rubrique "traitements préventifs", le libellé de la prestation 371615-371626 est remplacé ;
  - => dans la rubrique "traitements préventifs", le libellé de la prestation 371571-371582 est remplacé ;
  - => dans la rubrique "traitements préventifs", l'alinéa "L'intervention de l'assurance n'est due que pour une seule des prestations 371615-371626 ou 371571-371582 par semestre civil." est supprimé ;
  - => dans la rubrique "parodontologie" à la prestation 371254-371265 dans la règle d'application prévue au premier alinéa, les mots "et/ou implants" sont insérés entre les mots "naturelles" et "est" ;
  - => les prestations de la rubrique "extractions" sont remplacées ;
  - => dans la rubrique "soins besoins particulier", dans le libellé de la prestation 379514-379525, sont insérés les mots "et/ou les prestations de nettoyage prophylactique" entre les mots "extractions" et "chez" ;
- le § 2 est modifié comme suit :
  - => dans la rubrique "consultations", dans le libellé de la prestation 301033-301044, les mots "demandée par un médecin" sont supprimés ;
  - => dans la rubrique "traitements préventifs", dans la prestation 301593-301604, le "67<sup>e</sup>" est remplacé par "80<sup>e</sup>" ;
  - => dans la rubrique "parodontologie" à la prestation 301254-301265 dans la règle d'application prévue au premier alinéa, les mots "et/ou implants" sont insérés entre les mots "naturelles" et "est" ;
  - => dans la rubrique "parodontologie", la prestation "Détartrage sous-gingival, avec surfaçage radiculaire si nécessaire, à l'aveugle, par quadrant et une fois toutes les trois années civiles, à partir du 18<sup>e</sup> jusqu'au 55<sup>e</sup> anniversaire", est modifiée ;

=> dans la rubrique “parodontologie” à la prestation 301372-301383, dans la règle d’application prévue au premier alinéa, les mots “ou de détartrage sous-gingival” sont supprimé entre les mots “détartrage” et “a été” et sont remplacés par les mots “, de détartrage sous-gingival ou un examen buccal annuel” ;

=> la rubrique “extractions” est remplacée ;

=> dans la rubrique “soins besoins particulier”, dans le libellé de la prestation 309514-309525 sont insérés les mots “et/ou les prestations de nettoyage prophylactique” entre les mots “extractions” et “chez” ;

- le § 4, relatif aux suppléments d’honoraires pour prestations urgentes est modifié comme suit :
  - => le libellé de la prestation 389631-389642 est remplacé comme suit : “Honoraires complémentaires pour une prestation 374975-374986, 374872-374883, 304975-304986, 304872-304883, 304990-305001, 304916-304920, 377274-377285, 307274-307285, 371195-371206, 301195-301206 et 301210- 301221, par prestation” ;
  - => le libellé de la prestation 389653-389664 est remplacée comme suit : “Honoraires complémentaires pour une prestation 377031-377042, 307031-307042, 375130-375141, 305130-305141, 375152-375163, 305152-305163 ou 317192-317203, par prestation”.

L’arrêté royal apporte les modifications suivantes à l’article 6 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 § 1*bis* est supprimé
- au § 2*bis*, l’alinéa suivant est supprimé “Les actes préventifs effectués lors d’un examen buccal annuel 301593-301604 n’entrent pas en ligne de compte comme condition de remboursement pour la prestation examen buccal parodontal et/ou le détartrage sous-gingival.”
- le § 3*bis* est modifié comme suit :
  - => au premier alinéa la prestation “301173-301184” est supprimée et la prestation “304894-304905” est supprimée et est remplacée par la prestation “304990 305001” ;
  - => l’alinéa “Pour les prestations 371151-371162, 301151-301162 et 301173-301184 le bénéficiaire doit être, au moment de l’extraction, sous traitement d’anticoagulant oral et/ou parentéral et/ou souffrir d’hémophilie. Les données le démontrant doivent être conservées par le praticien dans le dossier du patient et peuvent être demandées pour consultation par le médecin conseil.” est supprimé
- le § 3*quater* est modifié comme suit :
  - => au deuxième alinéa, les prestations “371151-371162, 301151-301162, 301173-301184” sont supprimées ;
  - => après le premier alinéa est inséré un nouvel alinéa mentionnant “Les prestations d’honoraires complémentaires pour suture de plaie peuvent être uniquement portées en compte si elles sont cumulées avec les prestations 374975-374986, 374872-374883, 374754-374765, 374776-374780, 304975-304986, 304872-304883, 304990-305001, 304916-304920, 304754-304765, 304776-304780 et s’il n’y a pas de cumul avec une prestation chirurgicale de l’article 14 l) dans le même champ opératoire.” ;

- l'alinéa 1<sup>er</sup> du § 4<sup>quater</sup> est modifié comme suit :
  - => les mots suivants "et les prestations 371696-371700, 371711-371722, 371733-371744, 371755-371766, 371770-371781, 301696-301700, 301711-301722, 301733-301744, 301755-301766, 301770-301781" sont insérés entre les mots "extractions" et "à l'exception" ;
  - => les prestations "374931-374942, 304931-304942, 371151-371162, 301151-301162, 301173-301184, 371195-371206, 301195-301206 et 301210-301221" sont supprimées ;
  - => les prestations "375130-375141, 305130-305141, 375152-375163, 305152-305163" sont insérées entre les mots "303774-303785" et "pour" ;
- le § 18 est modifié comme suit :
  - => au deuxième alinéa, les prestations "371151-371162, 301151-301162, 301173-301184" sont supprimés entre les prestations "301136-301140" et "371195-371206" et les prestations "374931-374942, 304931-304942" sont supprimées entre les prestations "304776-304780" et "308512-308523" ;
  - => au deuxième alinéa, les prestations "374850-374861, 304850-304861" sont remplacées par les prestations "374975-374986, 304975-304986" ;
  - => au deuxième alinéa, la prestation "304894-304905" est remplacée par les prestations "304990-305001" ;
  - => au deuxième alinéa, les prestations "375130-375141, 305130-305141, 375152-375163, 305152-305163" sont insérées entre les prestations "304776-304780" et "308512-308523" ;
  - => au troisième alinéa, les prestations "371151-371162, 301151-301162, 301173-301184" sont supprimés entre les prestations "301136-301140" et "371195-371206" ;
- dans l'article 6, est inséré un § 20, mentionnant : "§ 20 Toutes les prestations de l'article 5 de la nomenclature doivent être effectuées conformément aux critères prévus aux articles 14, 17 et 19 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé. Lorsqu'une prestation de l'article 5 de la nomenclature est effectuée en dehors d'un cabinet fixe, cette information doit être indiquée à l'aide d'un pseudocode attesté selon les modalités prévues à l'article 23 § 7 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994."

## 4. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
04.04.2022	23.03.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal n° 21 du 14 mai 2020 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie COVID-19

### Résumé des modifications

L'arrêté royal abroge l'article 22 qui permettait, pendant la période de crise liée au COVID-19, aux infirmiers à domicile de ne pas lire l'eID de leurs patients pour vérifier leur identité si ceci constitue un risque pour leur santé ou celle des patients.

Moniteur belge	Date	Titre
05.04.2022	05.03.2022	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux sages-femmes pour l'utilisation de la télématique et pour la gestion électronique des dossiers médicaux

#### Résumé des modifications

L'intervention annuelle pour les primes 2021 et 2022 s'élève à 800 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
15.04.2022 – Édition 1	24.03.2022	Arrêté royal 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, et pour les femmes ayant droit à une intervention majorée

#### Résumé des modifications

Tant l'intitulé que le corps du texte de l'arrêté royal du 16 septembre 2013 ont été adaptés. Le mot "femme" a été systématiquement remplacé par le terme "bénéficiaire". Le remboursement des contraceptifs ne sera plus limité aux seules femmes mais s'adresse désormais à toute personne sans distinction de genre, s'il répond aux conditions de ce remboursement.

Moniteur belge	Date	Titre
06.05.2022 – Édition 1	20.04.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 février 2007 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des médecins

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal introduit les modifications suivantes :

- l'article 3, est complété par les paragraphes 5 et 6, rédigés comme suit :  
 "§ 5. Pour l'année 2021, le montant de base visé au § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, est fixé à 118.561,78 EUR et le montant complémentaire est fixé à 79,79 EUR par vote valable émis  
 § 6. Pour l'année 2022, le montant de base visé au § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, est fixé à 123.882,13 EUR et le montant complémentaire est fixé à 83,17 EUR par vote valable émis."
- Dans l'article 5, § 1<sup>er</sup>, le 1<sup>o</sup> est remplacé par ce qui suit :  
 "1<sup>o</sup> 75 % du montant, avant le 31 mars de l'année concernée et en ce qui concerne les années 2015 et 2016, dans les trente jours qui suivent l'entrée en vigueur des montants visés à l'article 3, § 2, et en ce qui concerne les années 2019 et 2020, dans les trente jours qui suivent l'entrée en vigueur du montant visé à l'article 3, § 4, et en ce qui concerne l'année 2021, dans les trente jours qui suivent l'entrée en vigueur du montant visé à l'article 3, § 5."

Moniteur belge	Date	Titre
16.05.2022	24.03.2022	Arrêté royal portant exécution de l'article 42, alinéa 1 <sup>er</sup> , de la loi du 13 juin 2021 portant des mesures de gestion de la pandémie COVID-19 et d'autres mesures urgentes dans le domaine des soins de santé

### Résumé des modifications

L'arrêté royal règle l'intervention pour les médecins pour les examens physiques dans les centres de triage et de prélèvement visés dans le titre 4, chapitre 2 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, pour la période du 23 mars 2020 au 26 juillet 2020 inclus.

Pour la détermination de l'intervention pour les médecins, il est tenu compte d'un montant de 80,34 EUR par heure prestée. Pendant le week-end ou un jour férié, ce montant s'élève à 119,94 EUR par heure. Cette allocation peut être facturée pour un maximum de 12 heures par jour.

Moniteur belge	Date	Titre
08.06.2022 – Édition 2	12.05.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

### Résumé des modifications

L'arrêté royal prévoit notamment, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022 (à l'exception de l'art. 3, 1<sup>o</sup> qui produit ses effets le 29.10.2021 – *cf. infra* l'adaptation formelle), les modifications réglementaires suivantes dans le cadre de l'exercice d'une activité visée à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> à 7<sup>o</sup> de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 (activités spécifiques dans le secteur socioculturel et le secteur sportif) pendant la période d'incapacité de travail reconnue dans l'assurance indemnités des travailleurs indépendants :

- une activité visée à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> à 7<sup>o</sup> de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969, effectuée le premier jour de l'incapacité de travail, n'est pas considérée comme une activité professionnelle à condition que l'activité constitue la poursuite pure de l'exécution d'un contrat qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail
- le titulaire qui a effectué, durant la période d'incapacité de travail, une activité visée à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> à 7<sup>o</sup> de "l'arrêté ONSS", en exécution d'un contrat qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail, dispose d'un délai d'un mois à compter de la déclaration de l'incapacité de travail pour introduire une demande d'autorisation. Le médecin-conseil doit rendre sa décision au plus tard le trentième jour ouvrable à dater de la demande d'autorisation. Le titulaire qui se voit notifier une décision de refus d'octroi de l'autorisation de reprise de cette activité en raison de la non-compatibilité avec son état de santé général ou une décision qui met fin à l'incapacité de travail parce qu'il ne répond pas aux conditions de l'article 19 ou 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, bénéficie, pour la période qui précède la date de prise d'effet des décisions susvisées, des indemnités calculées conformément à l'article 28*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971
- dans le cadre de la règle de cumul applicable lorsqu'une activité autorisée est exercée (*cf. art. 28bis* de l'A.R. du 20.07.1971), cette activité est considérée comme une activité non rémunérée à caractère non professionnel (pas d'impact).

L'arrêté royal remplace dans l'arrêté royal du 20 juillet 1971 la référence à "l'arrêté ministériel du 13 mars 2020 portant des mesures d'urgence pour limiter la propagation du coronavirus COVID-19 et par tout autre arrêté ministériel ultérieur portant des mesures d'urgence" par la référence à "l'arrêté royal du 28 octobre 2021 portant les mesures de police administrative nécessaires en vue de prévenir ou de limiter les conséquences pour la santé publique de la situation d'urgence épidémique déclarée concernant la pandémie de coronavirus COVID-19" (adaptation formelle).

Cette référence est reprise à l'article 28*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (règle de cumul en cas d'activité autorisée durant l'incapacité de travail) et est liée à la neutralisation des compensations financières allouées par les régions, les communautés, les provinces ou les communes pour des conséquences économiques ou sociales rencontrées suite à l'application de l'arrêté royal du 28 octobre 2021 précité. Étant donné la loi du 14 août 2021 relative aux mesures de police administrative lors d'une situation d'urgence épidémique, les mesures particulières de COVID-19 ont été finalement déterminées par arrêté royal.

Moniteur belge	Date	Titre
22.06.2022	06.06.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 30 septembre 2020 fixant une intervention financière temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé dans les coûts des mesures de protection spécifiques et du matériel, dans le cadre de la pandémie COVID-19

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 3 :

- la première phrase est complétée par les mots " , et pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2021 jusqu'au 31 mars 2022, à 1,25 EUR par contact-patient"
- la deuxième phrase est complétée par les mots " , et pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2021 au 31 mars 2022, à 10,00 EUR par contact-patient".

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 4 :

- dans l'alinéa 1<sup>er</sup>, la première phrase est complétée par les mots "et, pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2021 au 31 décembre 2021, au plus tard le 31 juillet 2022 et, pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 mars 2022, au plus tard le 30 septembre 2022"
- dans l'alinéa 1<sup>er</sup>, la deuxième phrase est complétée par les mots "et, pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2021 au 31 décembre 2021, au 28 février 2022 et, pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 mars 2022, au 31 mai 2022"
- le deuxième alinéa est complété par les phrases suivantes :  
"pour être éligible à l'intervention financière visée à l'article 2 pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2021 au 31 décembre 2021, un numéro de compte doit être enregistré pour le dispensateur de soins visé à l'article 2 au plus tard le 30 juin 2022 dans l'application web de l'INAMI prévue à cet effet. Pour être éligible à l'intervention financière visée à l'article 2 pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 mars 2022, un numéro de compte doit être enregistré pour le dispensateur de soins visé à l'article 2 au plus tard le 31 août 2022 dans l'application web de l'INAMI prévue à cet effet."

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 5 :

- la première phrase du paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 2, sont apportées les modifications suivantes :
  - => est complétée par les mots “, et pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2021 jusqu'au 31 mars 2022, à 250 EUR par mois” ;
  - => l'alinéa est complété par la phrase suivante : “En ce qui concerne les maisons médicales où plus de 2000 bénéficiaires sont inscrits, pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2021 au 31 mars 2022, s'ajoute à ce montant de 250 EUR par mois, une intervention de 0,50 EUR par mois par bénéficiaire inscrit au-delà de ce nombre”.
- au paragraphe 2, sont apportées les modifications suivantes :
  - => l'alinéa 2 est complété par la phrase suivante : “Pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2021 au 31 mars 2022, l'intervention financière visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> équivaut à 50 EUR par mois durant lequel des prestations remboursables ont été fournies.” ;
  - => l'alinéa 3 est complété par les phrases suivantes : “Pour être éligible à l'intervention financière visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2021 au 31 décembre 2021, un numéro de compte doit être enregistré pour le dispensateur de soins visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> au plus tard le 30 juin 2022 dans l'application web de l'INAMI prévue à cet effet. Pour être éligible à l'intervention financière visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 mars 2022, un numéro de compte doit être enregistré pour le dispensateur de soins visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> au plus tard le 31 août 2022 dans l'application web de l'INAMI prévue à cet effet.”
- au paragraphe 4, sont apportées les modifications suivantes :
  - => les mots “31 août 2021” sont remplacés par les mots “28 février 2022” ;
  - => la première phrase est complétée par les mots “et, pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2021 au 31 décembre 2021, au plus tard le 31 juillet 2022 et, pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 mars 2022, au plus tard le 30 septembre 2022”.

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 5/1 :

- dans le paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 2, les mots “et pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2021 au 31 décembre 2021, au plus tard le 30 juin 2022, et pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 mars 2022, au plus tard le 31 août 2022,” sont insérés entre les mots “au plus tard le 31 janvier 2022,” et les mots “une facture papier”
- le paragraphe 2, alinéa 2, est complété par les phrases suivantes : “À partir du 31 mai 2022, et au plus tard pour le 30 juin 2022, une seule demande peut être effectuée par unité d'établissement, pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2021 au 31 décembre 2021, au moyen de l'application web visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>. À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2022 et au plus tard le 31 août 2022, une demande peut être effectuée par unité d'établissement pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 mars 2022 au moyen de l'application web visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>.”

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 7 :

- les mots “au 30 juin 2021” sont remplacés par les mots “au 31 mars 2022”.

Moniteur belge	Date	Titre
24.06.2022	06.06.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 28 juin 2016 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour prestations dentaires

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 3 :
  - => au 1<sup>er</sup> alinéa, 3<sup>o</sup> le numéro de code “304931-304942” est supprimé ;
  - => au 1<sup>er</sup> alinéa, 3<sup>o</sup> les numéros de code “305130-305141 et 305152-305163” sont insérés après le code “307031-307042” ;

=> au 1<sup>er</sup>, alinéa, 7<sup>o</sup> le numéro de code “304850-304861” est remplacé par le numéro de code “304975-304986” ;  
 => au 1<sup>er</sup> alinéa, 7<sup>o</sup> le numéro de code “304894-304905” est remplacé par le numéro de code “304990-305001” ;  
 => au 1<sup>er</sup> alinéa, le 22<sup>o</sup> est supprimé.

- Dans l'article 5 :

=> au 1<sup>er</sup> alinéa, les prestations “371151-371162 et 374931-374942” sont supprimés ;  
 => au 1<sup>er</sup> alinéa, le numéro de code “374850-374861” est remplacé par le numéro de code “374975-374986” ;  
 => au 1<sup>er</sup> alinéa, les numéros de code “375130-375141 et 375152-375163” sont insérés entre la prestation “374776-374780” et la prestation “374975-374986” adaptée par le présent arrêté.

## 5. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
11.04.2022	30.03.2022	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
20.04.2022	14.04.2022	3 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
29.04.2022	14.04.2022	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 - <i>Erratum</i>
11.05.2022	14.04.2022	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 - <i>Erratum</i>

### Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
20.05.2022	12.05.2022	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 et II.

Moniteur belge	Date	Titre
20.04.2022	14.04.2022	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques

### Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
25.04.2022 – Édition 2	19.04.2022	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" 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
12.05.2022	19.04.2022	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexe 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. - <i>Erratum</i>

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la Liste, jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs :

- au point "F.1.7. Assistance cardiaque", les prestations suivantes et leurs modalités de remboursement sont ajoutées comme suit :
  - => 181473-181484 Matériel d'assistance ventriculaire de type implantable utilisé pour une primo-implantation en cas de "destination therapy" ;
  - => 181554-181565 Ensemble de matériel pour le remplacement d'assistance ventriculaire de type implantable utilisé en cas de "destination therapy" ;
  - => 183610 Tous les accessoires nécessaires pour faire fonctionner correctement le matériel pour assistance ventriculaire en cas de "destination therapy" pour un bénéficiaire ambulatoire durant la première année de son assistance ;

=> 183632 Tous les accessoires nécessaires pour faire fonctionner correctement le matériel pour assistance ventriculaire en cas de “destination therapy” pour un bénéficiaire ambulatoire après la première année de son assistance.

- la condition de remboursement F- § 27 est ajoutée.

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes à la Liste nominative “Matériel d'assistance ventriculaire”, 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,:

- la prestation 181473-181484 est ajoutée et est liée à la liste nominative 36803
- la prestation 181554-181565 est ajoutée et est liée à la liste nominative 36803.

Moniteur belge	Date	Titre
18.05.2022	24.03.2022	Arrêté ministériel modifiant le chapitre “F. Chirurgie thoracique et cardiologie” de la liste jointe comme annexe 1 <sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au chapitre “F. Chirurgie thoracique et cardiologie” de la Liste, jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs :

- au point “F.1.11 Autres disposables lors d'une intervention sur le coeur”, le libellé de la prestation 172594-172605 en néerlandais est remplacé par «Sonde voor eenmalig gebruik voor de peroperatieve behandeling van voorkamerfibrillatie»
- les modifications suivantes sont apportées à la condition de remboursement F- § 20 :
  - => dans le texte en néerlandais, le premier alinéa et le point “1. Criteria betreffende de verplegingsinrichting” sont remplacés ;
  - => Le point “2. Critères concernant le bénéficiaire” est remplacé ;
  - => Le point “5.2. Autres règles” est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
27.04.2022	19.04.2022	Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 30 septembre 2020 fixant l'intervention complémentaire de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés, cancéreux et dans le cadre de la rééducation fonctionnelle en cas de transport en ambulance en raison de mesures sanitaires prises dans le cadre de la pandémie COVID-19

### Résumé des modifications

L'intervention financière temporaire dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés, cancéreux et dans le cadre de la rééducation fonctionnelle en cas de transport en ambulance en raison de mesures sanitaires prises dans le cadre de la pandémie COVID-19 est prolongée jusqu'au 30 juin 2022 inclus pour les voyages effectués entre le 1<sup>er</sup> juillet 2021 et le 31 mars 2022.

Moniteur belge	Date	Titre
16.05.2022	22.04.2022	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "H. Gynécologie" de la liste jointe comme annexe 1 <sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au chapitre "H. Gynécologie" de la Liste, jointe comme annexe 1<sup>re</sup> 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 :

- l'intitulé "H.1 Glande mammaire", est remplacé par "H.1 Sein"
- à l'ancien point "H.1 Glande mammaire", devenant le point "H.1 Sein", la prestation "182836-182840 Marqueur pour les tissus mous, qui n'est pas un fil et n'utilise pas de radio-isotopes, permettant un placement à long terme et qui est retiré chirurgicalement avec le tissu cible" et ses modalités de remboursement sont ajoutées
- le libellé de la prestation 161991-162002 est remplacé par "Marqueur sous forme de fil, en métal ou synthétique, pour les tissus mous qui marque le tissu cible et le canal de ponction, et qui est retiré chirurgicalement avec le tissu cible"
- la condition de remboursement H- § 06 qui correspond aux prestations 182836-182840 et 161991-162002 est insérée.

Moniteur belge	Date	Titre
18.05.2022	19.04.2022	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au chapitre "E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive" de la Liste, jointe comme annexe 1<sup>re</sup> 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 :

- au point "E.8 Neurostimulation", les modifications suivantes sont apportées :
  - => le libellé des prestations 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646, 157710-157721 sont remplacés ;
  - => les prestations 182733-182744, 182755-182766, 182770-182781, 182792-182803, 182814-182825 et les modalités de remboursement sont ajoutées ;
- la condition de remboursement E- § 04 est remplacé.

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, les modifications suivantes sont apportées à la Liste nominative 319 relative aux "Stimulateurs et électrodes pour stimulation du nerf sacré" jointe comme annexe au présent arrêté :

- le libellé des prestations 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646, 157710-157721 est remplacé
- une nouvelle liste nominative 31905 associée aux prestations 182733-182744, 182755-182766 et 182792-182803 est ajoutée
- une nouvelle liste nominative 31906 associée aux prestations 182770-182781 et 182814-182825 est ajoutée.

Moniteur belge	Date	Titre
18.05.2022	21.04.2022	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe comme annexe 1 <sup>re</sup> 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 la Liste, jointe comme annexe 1<sup>re</sup> 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 :

- au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie", les modifications suivantes sont apportées au point "F.5 Thorax et paroi thoracique : Divers" :
  - => le libellé de la prestation 160392-160403 est remplacé ;
  - => les prestations 182350-182361 et 182372-182383 et leurs modalités de remboursement sont ajoutées.
- au chapitre "L. Orthopédie et traumatologie", les modifications suivantes sont apportées :
  - => l'intitulé "L.3.4.3 Plaque d'ostéosynthèse à localisation anatomique", est remplacé ;
  - => à l'ancien point "L.3.4.3 Plaque d'ostéosynthèse à localisation anatomique", devenant le point "L.3.4.3 Implant d'ostéosynthèse à localisation anatomique", les prestations 182394-182405, 182416-182420, 182431-182442 et 182453-182464 et leurs modalités de remboursement sont ajoutées ;
  - => la condition de remboursement L- § 34 qui correspond aux prestations 182394-182405 et 182416-182420 est insérée ;
  - => la condition de remboursement L- § 35 qui correspond aux prestations 182431-182442 et 182453-182464 est insérée.

Moniteur belge	Date	Titre
18.05.2022	22.04.2022	Arrêté ministériel modifiant le chapitre “L. Orthopédie et traumatologie” de la liste comme annexe 1 <sup>re</sup> à l’arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d’intervention de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

### Résumé des modifications

L’arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au chapitre “L. Orthopédie et traumatologie” de la Liste, jointe comme annexe 1<sup>re</sup> 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 :

- l’intitulé “L.12. Ligament artificiel” est complété par la prestation 182490-182501 et ses modalités de remboursement
- la condition de remboursement L- § 33 qui correspond à la prestation précitée est insérée.

Moniteur belge	Date	Titre
03.06.2022	21.04.2022	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 au chapitre “L. Orthopédie et traumatologie” de la Liste, jointe comme annexe 1<sup>re</sup> 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 :

- au point “L.2.2.3 Cheville” :
  - => les prestations 167414-167425, 167436-167440, 167451-167462, 167473-167484, 167495-167506, 167510-167521 et 167532-167543 et leurs modalités de remboursement sont supprimées ;
  - => les sous-divisions “L.2.2.3.1 Tibial”, “L.2.2.3.2 Talaire” et “L.2.2.3.3 Accessoires pour prothèses de cheville” sont supprimées ;
  - => les prestations 182652-182663, 182674-182685, 182696-182700 et 182711-182722 et leurs modalités de remboursement sont ajoutées.
- à la condition de remboursement L- § 16 :
  - => à l’intitulé “Prestations liées :”, les prestations 167414-167425, 167436-167440, 167451-167462, 167473-167484, 167495-167506, 167510-167521 et 167532-167543 sont supprimées et les prestations 182652-182663, 182674-182685, 182696-182700 et 182711-182722 sont ajoutées ;
  - => le point “2. Critères concernant le bénéficiaire” est remplacé.

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, les modifications suivantes sont apportées à la Liste nominative "Prothèses de cheville" :

- la liste nominative 34101 associée à la prestation 167414-167425 est supprimée
- la liste nominative 34102 associée à la prestation 167436-167440 est supprimée
- la liste nominative 34103 associée à la prestation 167451-167462 est supprimée
- la liste nominative 34104 associée à la prestation 167473-167484 est supprimée
- la liste nominative 34105 associée à la prestation 167495-167506 est supprimée
- la liste nominative 34106 associée à la prestation 167510-167521 est supprimée.

## 6. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
18.05.2022	23.03.2022	Règlement modifiant, en ce qui concerne la déclaration de l'incapacité de travail, le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, § 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Dans le cadre de l'itération 1 du projet "Mult-eMediatt" (projet d'informatisation du certificat d'incapacité de travail), ce règlement modifie le règlement des indemnités du 16 avril 1997 dans ce sens qu'avec le consentement du titulaire en incapacité de travail, le médecin traitant peut aussi envoyer d'une manière électronique le certificat d'incapacité de travail à l'organisme assureur.

Ce mode de transmission est toutefois encore limité à

- la déclaration des incapacités de travail dont la durée dépasse quatorze jours
- la déclaration des prolongations d'incapacité de travail
- la déclaration des rechutes en incapacité de travail.

Le certificat d'incapacité de travail (papier/électronique) doit contenir les données d'identification du patient et du prestataire de soins, les données substantielles et les données spécifiques au cas d'espèce (données dont la liste est reprise à la nouvelle Annexe I du règlement des indemnités du 16.04.1997).

Moniteur belge	Date	Titre
18.05.2022	28.03.2022	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

### Résumé des modifications

À l'annexe du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, le formulaire E-Form-I-04 concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre "E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive" de la liste, est ajouté et le formulaire E-Form-II-02, auquel il est fait référence au même chapitre, est modifié.

Moniteur belge	Date	Titre
23.05.2022 – Édition 1	28.03.2022	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes :

- l'article 6, § 1, 1°, alinéa 5 du règlement du 28 juillet 2003 est complété par la phrase suivante : "Le formulaire de notification de la dispensation de soins prévu à l'article 7, § 11, de la nomenclature doit être conforme au modèle repris à l'annexe 5c."
- dans le règlement visé à l'article 1 du présent règlement, il est inséré une annexe 5c.

Moniteur belge	Date	Titre
25.05.2022	20.12.2021	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes à l'article 24, § 1, du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonné le 14 juillet 1994 :

- le premier et le deuxième alinéa sont remplacés comme suit:

"§ 1<sup>er</sup>. Le formulaire prévu à l'annexe 60*bis*, ou son équivalent, est rédigé au plus tard au moment du début d'un traitement orthodontique de première intention visé à l'article 6, § 6, point 3 de la nomenclature, et conservé dans le dossier du patient et gardé à disposition du médecin-conseil.

Le formulaire prévu à l'annexe 60, ou son équivalent, est rédigé au plus tard au moment du début d'un traitement orthodontique régulier visé à l'article 6, § 6, point 4 de la nomenclature, et est conservé dans le dossier du patient et est gardé à disposition du médecin-conseil. Dans le cas où le traitement orthodontique régulier ne peut commencer avant le 15<sup>e</sup> anniversaire, le code de nomenclature 305572-305583 ou l'un des pseudocodes suivants sont attestés à titre de notification selon les règles prévues à l'article 6, § 6, point 4 :

- 305690-305701 Notification au moyen d'une annexe 60 ou son équivalent qui a été complétée et conservée dans le dossier du patient
- 305756-305760 Notification au moyen d'une annexe 60 "à titre conservatoire" ou son équivalent qui a été rédigée entre le 13<sup>e</sup> et le 15<sup>e</sup> anniversaire et qui est conservée dans le dossier du patient.

La notification via l'attestation des codes 305690-305701 ou 305572-305583 avant le 15<sup>e</sup> anniversaire ouvre le droit à une intervention pour un traitement orthodontique régulier pour une période de 24 mois civils suivant l'attestation de ces codes. Il est tenu compte du dernier code attesté pour la détermination de cette période de 24 mois civils.

La notification via le pseudocode 305756-305760 doit être en possession de l'organisme assureur avant le 15<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré ou durant la durée de validité de la notification effectuée via le code 305690-305701 ou 305572-305583.

Les pseudocodes 305690-305701 et 305756-305760 doivent être attestés en même temps que n'importe quelle autre prestation remboursable de l'article 5 de la nomenclature."

- Les annexes 60 et 60*bis* sont remplacées.

Moniteur belge	Date	Titre
03.06.2022	28.03.2022	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 la modification suivante 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 :

- les formulaires L-Form-I-03 et L-Form-I-04 concernant la procédure de demande auxquels il est fait référence au chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la liste, sont supprimés.

Moniteur belge	Date	Titre
24.06.2022	14.03.2022	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11 <sup>o</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

Le règlement apporte la modification suivante dans l'article 23, du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11<sup>o</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonné le 14 juillet 1994,

- est inséré un § 7 mentionnant : "§ 7. Toutes les prestations de l'article 5 de la nomenclature qui sont effectuées en dehors d'un cabinet fixe doivent être portées en compte avec un pseudocode 389933-389944 comme prévu à l'article 6 § 20 de la nomenclature des prestations de santé."

## 7. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge

05.04.2022

### Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 29, § 1<sup>er</sup>, de la nomenclature des prestations de santé

#### RÈGLE INTERPRÉTATIVE 41

##### Question

Les segments figurant sous le chapitre releveurs du pied peuvent-ils être combinés avec la prestation 646612-646623 ?

##### Réponse

Non, il n'est pas possible de cumuler l'appareil rigide, ressort ou attelle en matière plastique interne ou externe à la chaussure à appliquer à une chaussure de série, tout appareil (646612-646623) avec les segments sous la prestation 646634-646645 ou sous la prestation 646774-646785. »

La règle interprétative produit ses effets au 1<sup>er</sup> décembre 2013.

Moniteur belge

30.05.2022 – Édition 1

### Règle interprétative pour le remboursement de spécialités pharmaceutiques dont le remboursement est conditionné à l'absence de tuberculose évolutive par la réalisation d'un test de Mantoux.

##### Question

Dans quelle situation un test de Mantoux peut-il être remplacé par un test IGRA pour attester de l'absence de tuberculose évolutive lorsque le remboursement de spécialités pharmaceutiques est conditionné à la réalisation de ce test ?

##### Réponse

Si le médecin spécialiste qui introduit la demande d'autorisation pour la spécialité pharmaceutique dont le remboursement est conditionné à la réalisation d'un test de Mantoux dispose déjà d'un résultat d'un test IGRA, celui-ci peut remplacer un test de Mantoux pour exclure la présence de tuberculose évolutive.

La règle interprétative prend effet le 1<sup>er</sup> juin 2022.

## Moniteur belge

30.05.2022 – Édition 1

**Règle interprétative pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques ayant le nab-paclitaxel comme principe actif.**

## Question

Dans quelle mesure une spécialité pharmaceutique à base de nab-paclitaxel peut-elle être remboursée dans le traitement des bénéficiaires adultes atteints d'un cancer du sein triple négatif localement avancé non résécable ou métastatique, dont les tumeurs présentent une expression de PD-L1  $\geq 1\%$  et n'ayant pas précédemment reçu de chimiothérapie en situation métastatique et ceci si administrée en association avec TecentriqR (atezolizumab) 840mg ou en association avec TecentriqR 1200mg?

## Réponse

Si un patient bénéficie du remboursement pour TecentriqR 840mg ou pour TecentriqR 1200mg et les conditions de remboursement de § 9120000 (le traitement des bénéficiaires adultes atteints d'un cancer du sein triple négatif localement avancé non résécable ou métastatique, dont les tumeurs présentent une expression de PD-L1  $\geq 1\%$  et n'ayant pas précédemment reçu de chimiothérapie en situation métastatique, en association avec nab-paclitaxel) sont remplies, la spécialité à base de nab-paclitaxel est remboursable sans autorisation préalable, même si certains des critères des conditions de remboursement de la spécialité à base de nab-paclitaxel ne sont pas remplis et ceci pour une période égale à la durée de l'autorisation de remboursement de TecentriqR 840mg ou de TecentriqR 1200mg, et pour autant que la délivrance de la spécialité à base de nab-paclitaxel soit exécutée par le pharmacien hospitalier qui exécute la délivrance de TecentriqR 840mg ou de TecentriqR 1200mg.

La règle interprétative prend effet le 1<sup>er</sup> juin 2022.

## 8. Avis et protocole

Moniteur belge	Date	Titre
10.05.2022 - Édition 1	22.04.2022	Convention entre les pharmaciens et les organismes assureurs. - Conseil des Ministres - 22.04.2022. - Notification point 10

**Résumé des modifications**

Une nouvelle convention entre les pharmaciens et les organismes assureurs a été approuvée par le Conseil des ministres.

Le 25 juin 2021, la Commission de conventions entre les pharmaciens et les organismes assureurs a conclu une nouvelle convention. Celle-ci a été conclue suite :

- au nombre d'avenants (41) à la convention du 20 décembre 1995
- à l'inclusion des pharmaciens hospitaliers
- au nombre d'engagements expirés dans l'actuelle convention
- à des modifications dans d'autres réglementations.

Moniteur belge	Date	Titre
25.05.2022	20.05.2022	Convention M/22 adoptée par le Comité de l'assurance pour les kinésithérapeutes. - Notification point 15

#### Résumé des modifications

Le Comité de l'assurance a adopté une nouvelle convention M/22 pour les années 2022 et 2023.

La convention M/22 comprend les grandes lignes suivantes :

- revalorisation à partir du 1<sup>er</sup> juin 2022 des honoraires de différentes prestations
- augmentation d'environ 10 % des avantages sociaux
- maintien de la prime à la promotion de la qualité de 2.000 EUR pour les années 2022 et 2023
- initiatives concrètes dans le cadre du quintuple aim concernant notamment une nouvelle nomenclature, la pratique des kinésithérapeutes et la poursuite de la digitalisation des interactions avec les organismes assureurs
- propositions de pistes possibles pour des mesures pour les années suivantes.

Moniteur belge	Date	Titre
15.06.2022	10.06.2022	Convention R/22 adoptée par le Comité de l'assurance pour les logopèdes Notification point 10

#### Résumé des modifications

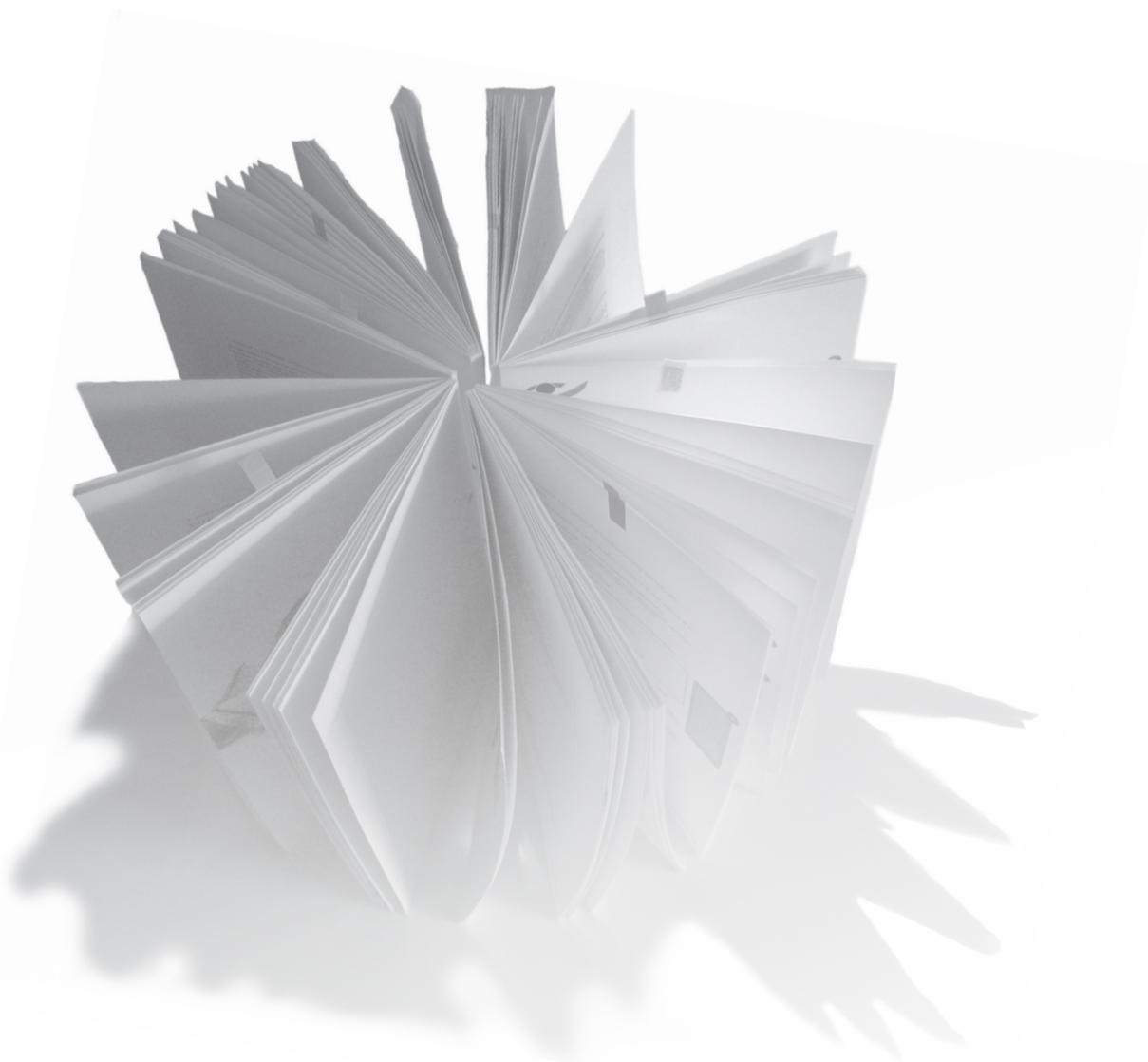
Le Comité de l'assurance a adopté une nouvelle convention R/22 pour les années 2022 et 2023.

La convention R/22 comprend les grandes lignes suivantes :

- indexation linéaire des prestations à partir du 1<sup>er</sup> juin 2022
- simplification administrative de la procédure de demande
- réforme de la nomenclature
- nombre de logopèdes.

# 2<sup>e</sup> Partie

## Jurisprudence



## I. Cour de cassation, arrêt du 19 septembre 2022

Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 100 – Évaluation de l’incapacité de travail du manœuvre non qualifié – Travaux lourds / travaux légers

*Ne justifie pas légalement sa décision l’arrêt qui considère un manœuvre non qualifié comme étant incapable de travailler, par la seule considération qu’il ne peut plus exercer un travail lourd dans une profession non qualifiée, sans examiner si le taux d’incapacité légalement requis existe aussi par rapport aux professions non qualifiées n’exigeant pas de travaux lourds.*

N° S.22.0006.F  
INAMI c./...

...

## III. La décision de la Cour

### Sur le moyen :

En vertu de l’article 100, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est reconnu incapable de travailler au sens de la loi coordonnée, le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l’aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu’ils entraînent une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu’une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l’activité professionnelle exercée par l’intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu’il a ou qu’il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

Par les constatations que le “passé scolaire” du défendeur comporte des “études primaires et trois années [d’enseignement] secondaire professionnel” et son passé professionnel, les professions d’“ouvrier restaurateur de meubles, jardinier, magasinier-chauffeur, homme à tout faire, carreleur, laveur de vitres et de voitures”, l’arrêt donne à connaître que la formation professionnelle du défendeur ne lui a pas conféré de qualification particulière et que toutes les professions qu’il a exercées comportent des travaux lourds.

L’arrêt ne justifie pas légalement sa décision que le défendeur est en incapacité de travail par la seule considération qu’il ne peut plus exercer un travail lourd dans une profession non qualifiée, sans examiner si le taux d’incapacité légalement requis existe aussi par rapport aux professions non qualifiées n’exigeant pas de travaux lourds.

Le moyen est fondé.

**PAR CES MOTIFS,  
LA COUR**

...

## II. Cour du travail d'Anvers, section Hasselt - Arrêt du 19 avril 2022

Article 109*bis* de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 -  
Article 215*quater* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 - Réin-  
sertion socioprofessionnelle - Restauration d'une capacité  
de travail initiale - Valorisation d'une capacité de travail  
potentielle - Contribution directe de la formation à l'intégration  
dans un milieu de travail - Absences de mesures ultérieures  
prises

*L'INAMI peut prendre en charge le coût d'une formation de "coach de carrière" si cette formation vise à restaurer tout ou partie de la capacité de travail initiale de l'assurée ou à valoriser sa capacité de travail potentielle. Dans les deux cas, l'objectif doit être l'intégration complète de l'assurée dans un milieu de travail.*

*Il ne suffit donc pas que la formation ait un impact positif sur le rétablissement de l'assurée et contribue ainsi à son intégration. En effet, il s'agit tout au plus d'une contribution indirecte. La formation doit directement contribuer à son intégration.*

*L'assurée n'apporte pas la preuve que la formation de "coach de carrière" restaure sa capacité de travail initiale ou valorise sa capacité de travail potentielle. De manière générale, on peut admettre que le fait de suivre la formation de "coach de carrière" puisse impliquer une plus-value sur le marché du travail. Toutefois, ce critère est trop faible. La plupart des formations impliquent probablement une plus-value sur le marché du travail, même de façon (très) indirecte. Les conditions pour une prise en charge des frais par l'INAMI sont plus strictes. Il doit y avoir une contribution directe de la formation à l'intégration.*

*L'assurée ne précise d'aucune manière ce qu'elle a entrepris avec la formation de "coach de carrière". Elle ne dit pas quelle est sa situation actuelle, par exemple si elle travaille. Elle ne démontre pas avoir tenté de chercher un emploi, aidée par cette formation, et ne produit même aucune pièce établissant qu'elle ait recherché et examiné des offres d'emploi en ce domaine. Tous ces éléments étayent le point de vue de l'INAMI que les motifs pour lesquels l'assurée a suivi la formation de "coach de carrière" sont pour le moins flous. L'absence de démarches entreprises par la suite pointe davantage un intérêt personnel que l'intention de favoriser l'intégration sur le marché du travail.*

R.G. 2021/CT/145  
INAMI c./...

## 2. Feiten en procedurele voorgaanden

1.

Mevrouw ... volgde een opleiding haartooi, zonder het diploma te behalen. Zij werkte in de horeca, in de productiesector en als helpster bij kinderopvang.

... is arbeidsongeschikt erkend sinds 31 mei 2019 en was dat minstens tot 13 juli 2021, wegens depressieve klachten, migraine, nekklachten, diverse pijnen.

Zij is aangesloten bij Ziekenfonds De Voorzorg.

De GTB<sup>1</sup> die ... begeleidt signaleert een opleiding loopbaancoach bij Syntra Limburg. Deze opleiding zou aanvangen op 18 november 2020 om te eindigen op 26 mei 2021 (stuk 2 van ...). De adviserend arts van het ziekenfonds geeft toelating om de opleiding te mogen volgen (stuk 5 van ... en administratief dossier).

... dient op 6 augustus 2020 via haar ziekenfonds bij het RIZIV<sup>2</sup> een aanvraag in tot tenlasteneming van de financiële kosten van de opleiding loopbaancoach (stuk 1 van het administratief dossier). Het advies van de sociaal deskundige is ongunstig omdat *“De opleiding is niet voldoende valoriserend om terug te keren naar de arbeidsmarkt”* (administratief dossier).

Met een brief van 11 september 2020 deelt het RIZIV aan ... mee dat de HCGRI<sup>3</sup> de aanvraag heeft geweigerd.

Deze ongunstige beslissing motiveert het RIZIV in dezelfde brief als volgt:

*“De opleiding is er niet op gericht uw initiële arbeidsgeschiktheid geheel of gedeeltelijk te herstellen of uw potentiële arbeidsgeschiktheid te valoriseren, met het oog op de volledige integratie in een arbeidsomgeving.”* (stuk 2 van het administratief dossier)

... heeft de opleiding tot loopbaancoach ondertussen afgerond (stuk 6 van ...).

2.

... is het niet eens met deze beslissing van 11 september 2020 en tekent hiertegen beroep aan met een verzoekschrift dat zij op 30 oktober 2020 neerlegt op de griffie van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Hasselt. Zij vordert met conclusie van 5 maart 2021:

- “de vordering ontvankelijk en gegrond te verklaren
- dientengevolge de bestreden beslissing te vernietigen en te zeggen voor recht dat:
  - aanlegster recht heeft op een terugbetaling van de kosten voor het volgen van haar opleiding loopbaancoach
- verweerster te veroordelen in de kosten van het geding, voor aanlegster te begroten op 131,18 EUR rechtsplegingsvergoeding”.

Het RIZIV legt geen geschreven conclusie neer bij de arbeidsrechtbank.

Met vonnis van 3 juni 2021 beslist de arbeidsrechtbank:

*“De vordering van ... ontvankelijk en gegrond.*

*Vernietigt de bestreden beslissing van 11 september 2020 en zegt voor recht dat het RIZIV de opleiding “loopbaancoach” ten laste neemt.*

1. Gespecialiseerde trajectbepalings- en begeleidingsdienst.

2. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

3. Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit. Deze raad is het orgaan van het RIZIV dat over deze aanvragen beslist.

*De rechtbank veroordeelt het RIZIV tot de kosten van het geding, begroot en vereffend op 131,18 EUR (art. 1017, tweede lid en 1018 Ger. W.).”*

Het RIZIV gaat hiermee niet akkoord en tekent op 9 juli 2021 hoger beroep aan tegen dit vonnis.

...

## 4. Beoordeling

### 1.

... maakt ten aanzien van het RIZIV aanspraak op de tenlasteneming van de financiële kosten van de opleiding loopbaancoach op basis van volgende regels:

Artikel 109bis, eerste en tweede lid van de Gecoördineerde Ziektewet<sup>4</sup>:

*“De Geneeskundige raad voor invaliditeit heeft tot taak de tenlasteneming door de uitkeringsverzekering van de programma’s inzake beroepsherscholing ten gunste van de rechthebbenden van de uitkeringsverzekering toe te staan. De voorwaarden waaronder die taak kan worden vervuld door de in artikel 153 bedoelde adviserend artsen worden bepaald door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.*

*De Koning bepaalt bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de tegemoetkomingen inzake beroepsherscholing alsook de voorwaarden waaronder en de nadere regels volgens welke deze programma’s ten laste worden genomen.*

*De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, eveneens de nadere regels volgens welke de kosten die aan de effectieve integratie van de gerechtigde in een programma van beroepsherscholing verbonden zijn, ten laste worden genomen.”*

Artikel 215quater van het Uitvoeringsbesluit van de Gecoördineerde Ziektewet<sup>5</sup>:

*“De tegemoetkomingen inzake beroepsherscholing, bedoeld in artikel 109bis, tweede lid, van de gecoördineerde wet, omvatten alle voorzieningen of diensten, die erop gericht zijn geheel of gedeeltelijk de initiële arbeidsgeschiktheid van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde te herstellen of de potentiële arbeidsgeschiktheid van deze gerechtigde te valoriseren, met het oog op de volledige integratie van de betrokkene in een arbeidsomgeving.*

*Zij omvatten met name elk onderzoek, zoals een loopbaanoriëntatie-onderzoek dat moet toelaten te bepalen of een beroepsherscholingsprogramma mogelijk en nuttig is, en elke opleiding, begeleiding of scholing die rechtstreeks bijdraagt tot de integratie, bedoeld in het eerste lid.”*

Artikel 215quinquies van het Uitvoeringsbesluit van de Gecoördineerde Ziektewet voegt hieraan toe:

*“De kosten die verbonden zijn aan de effectieve integratie van een gerechtigde na een programma van beroepsherscholing, bedoeld in artikel 109bis, derde lid, van de gecoördineerde wet, moeten rechtstreeks bijdragen tot de integratie van de betrokkene.*

*Deze kosten moeten bovendien in verhouding zijn met het te bereiken doel.*

*De tenlasteneming van deze kosten kan maximaal toegestaan worden voor een periode van zes maanden, te rekenen vanaf de maand volgend op de maand van afronding van het voormeld programma.”*

4. Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14.07.1994.

5. K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994.

2.

Het RIZIV kan dus de kosten ten laste nemen van de opleiding loopbaancoach als:

- die opleiding erop gericht is geheel of gedeeltelijk de initiële arbeidsgeschiktheid van ... te herstellen. Dit is wat het RIZIV in zijn conclusie de socioprofessionele rehabilitatie noemt
- of erop gericht is haar potentiële arbeidsgeschiktheid te valoriseren. Het RIZIV schijnt dit de socioprofessionele heroriëntering te noemen.

In beide gevallen moet het doel de volledige integratie zijn van ... in een arbeidsomgeving.

Het volstaat aldus niet dat de opleiding een positieve impact heeft op het herstel van ... en zo bijdraagt tot haar integratie. Dit is immers slechts hoogstens een indirecte bijdrage. De opleiding moet rechtstreeks bijdragen tot haar integratie.

3.

... vraagt de tenlasteneming van de kosten. Zij moet aldus aantonen dat de opleiding tot loopbaancoach voldoet aan de voorwaarden waaronder het RIZIV deze ten laste kan nemen.

Het arbeidshof beslist dat ... dat niet bewijst.

... bewijst niet dat de opleiding loopbaancoach haar initiële arbeidsgeschiktheid herstelt of haar potentiële arbeidsgeschiktheid valoriseert. Algemeen kan worden aanvaard dat het volgen van de opleiding loopbaancoach een meerwaarde kan betekenen op de arbeidsmarkt. Dat criterium is echter te zwak. De meeste opleidingen betekenen wellicht een meerwaarde op de arbeidsmarkt, zelfs (zeer) indirect. De voorwaarden voor een tenlasteneming door het RIZIV van de kosten zijn strenger. Er moet een rechtstreekse bijdrage zijn van de opleiding in de integratie. Dat bewijst ... niet voor de opleiding loopbaancoach.

... toont geen redenen aan om af te wijken van de analyse en beslissing door het RIZIV.

4.

... verduidelijkt op geen enkele wijze wat zij ondernomen heeft met de opleiding loopbaancoach. Zij vermeldt niet wat haar huidige situatie is, of zij bijvoorbeeld werkt. Zij toont niet aan dat zij pogde een tewerkstelling te zoeken, geholpen door de opleiding en legt zelfs geen stukken neer waaruit blijkt dat zij vacatures daarrond opzocht en onderzocht.

Dat alles ondersteunt het standpunt van het RIZIV dat minstens onduidelijk is om welke motieven ... de opleiding loopbaancoach volgde. Het gebrek aan nadien ondernomen stappen wijst eerder op persoonlijke interesse dan op het doel de integratie op de arbeidsmarkt te bewerkstelligen.

In de rand hiervan merkt het arbeidshof op dat ... als volgt reageerde op het bericht dat de tenlasteneming door het RIZIV was geweigerd:

*“Als ik een teruggave wou van het RIZIV dan moest ik mij volgens Dorien maar inschrijven bij de VDAB voor een opleiding met een knelpuntenberoep. Dit ga ik absoluut niet doen. [...]”*  
(stuk 4 van ...)

De reden voor haar afwijzing van elke opleiding voor een knelpuntenberoep blijft onduidelijk.

5.

De beslissing van het RIZIV van 11 september 2020 is terecht. De arbeidsrechtbank besliste anders. Het hoger beroep van het RIZIV is gegrond.

**BESLISSING,**  
**Het arbeidshof,**

Verklaart het hoger beroep ontvankelijk en gegrond.

3<sup>e</sup> Partie  
Questions et réponses  
parlementaires



## Fonds des accidents médicaux

FAM – Problèmes – Faible probabilité d’indemnisation – Communication entre le FAM et les victimes – Budget de fonctionnement du FAM – Surplus reversé à l’État – Ann Lechat – Conclusion cinglante – Fermeture du FAM – Demande de la Cour des comptes de reconsidérer la pertinence de la loi et du rôle du FAM – Plan d’action – Feuille de route – Mise en place d’une taskforce pour l’arriéré historique – Adaptation structurelle du traitement des dossiers en cours – Modification des procédures utilisées – Meilleure communication – Possibilité d’introduire des demandes par voie électronique – 10 % de 6003 demandes irrecevables – 228 récupérations auprès du dispensateur de soins ou de l’assureur – Suivi étroit et soutien de M. Jo De Cock à la réalisation du plan d’action

### Question n° 1395 posée le 22 mars 2022 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Monsieur le Représentant DE CALUWÉ<sup>1</sup>

Le 11 novembre 2020, l’émission documentaire *Pano* soulignait plusieurs problèmes du Fonds des accidents médicaux (FAM). Les décisions se font attendre pendant des années et la probabilité d’une indemnisation est minime. *Pano* a constaté que les victimes devaient attendre quatre ans en moyenne pour recevoir un avis du Fonds. Le FAM n’a encore réussi dans aucun dossier à respecter le délai promis de six mois.

La probabilité d’une indemnisation du Fonds est particulièrement faible. Dans neuf cas sur dix, les victimes reçoivent un avis négatif. Les experts et les lanceurs d’alertes ont estimé dans *Pano* que le Fonds était trop strict dans son interprétation et que cet organisme manquait de connaissances.

La communication entre le Fonds et les victimes constitue aussi un problème. En effet, les victimes reçoivent peu ou pas d’informations. Les parents de Matti, par exemple, n’ont reçu qu’un seul courrier en quatre ans alors qu’il est question d’une lésion médicale particulièrement grave. Mia Honinckx, la directrice du Fonds, a souligné que la communication pouvait être améliorée dans une large mesure.

*Pano* a également analysé le budget de fonctionnement du Fonds. En 2018, le Fonds a reçu 23 millions EUR. De ce montant, 10 millions ont été dépensés pour les indemnisations et les frais de fonctionnement. À la fin de l’année, 12,5 millions EUR ont été reversés à l’État. Il s’est avéré que ce n’était pas un événement ponctuel. Entre 2010 et 2018, un “surplus” total de 74 millions EUR a été enregistré.

1. Bulletin n° 085, Chambre, session ordinaire 2021-2022, p. 166.

Ann Lechat, une experte médicale indépendante, a personnellement tiré une conclusion cinglante dans Pano, conseillant aux patients rencontrant des problèmes après une opération de ne pas s'adresser au Fonds. Selon elle, le Fonds doit fermer boutique. Le fait que seule une victime sur dix soit indemnisée pose également question à la Cour des comptes. "Le faible taux d'indemnisation remet en question l'existence même du Fonds, ce qui impose de reconsidérer la pertinence de la loi relative aux accidents médicaux ainsi que le rôle du Fonds."

1. Comment les problèmes susmentionnés ont-ils été traités ? Voit-on des améliorations ?
2. En quoi le fonctionnement du FAM s'est-il amélioré ?
3. Combien de patients ont été aidés ? Dans quel délai (échéance de six mois) ? À hauteur de quel montant ?
4. Pouvez-vous expliquer le budget de fonctionnement et le budget dépensé au cours des cinq dernières années ?
5. Quelles améliorations souhaitez-vous personnellement mettre en place en vue d'optimiser le fonctionnement du FAM ?
6. Comment voyez-vous l'avenir du Fonds ?

## Réponse

En commission parlementaire Santé publique et Affaires sociales du mardi 8 juin 2021, j'ai expliqué en détail le plan d'action visant à améliorer le fonctionnement du Fonds des accidents médicaux (FAM).

Ce plan repose sur les deux piliers suivants :

- premièrement, une feuille de route concrète pour la réduction de l'arriéré dans le traitement des dossiers, grâce au déploiement d'une *taskforce* provisoire chargée de renforcer temporairement les effectifs du FAM
- deuxièmement, une adaptation structurelle du traitement des dossiers en cours et des nouveaux dossiers, dans le cadre des grandes lignes de la loi actuelle.

Une *taskforce* a été mise en place pour résorber l'arriéré historique. Celle-ci a été jugée suffisamment opérationnelle en septembre 2021.

Les procédures utilisées jusqu'à présent ont également été profondément modifiées. Cette démarche repose sur les principes suivants :

- la constitution rapide et correcte du dossier de base
- l'utilisation d'un arbre décisionnel, dans lequel le seuil de gravité est un critère indicatif
- l'optimisation de la communication avec le demandeur
- la poursuite de l'informatisation des processus
- la sauvegarde des droits légaux des victimes.

La réduction prévue de l'arriéré se déroule actuellement selon le calendrier prévu. En six mois, 366 des 1.252 dossiers en arriéré ont été clôturés.

Le Fonds travaille également sur la communication avec les demandeurs. Pour tous les dossiers de la *taskforce*, un courrier faisant le point a été envoyé fin janvier 2022 aux demandeurs et à leurs mandataires. Une prochaine communication est prévue fin avril 2022 auprès des demandeurs des dossiers qui n'ont pas encore fait l'objet d'une expertise.

La possibilité d'introduire des demandes par voie électronique sera également offerte. L'adaptation de la loi en la matière est incluse dans la loi portant dispositions diverses en matière de santé.

Depuis sa création, le Fonds a reçu 6.003 demandes. Environ 10 % des demandes se sont avérées irrecevables sur la base de l'article 12 de la loi. En moyenne, ces dossiers peuvent être clôturés dans les trois mois. Les dossiers qui nécessitent une analyse médico-juridique approfondie prennent plus de temps. La loi prévoit que le Fonds doit réclamer tous les documents et, le cas échéant, organiser une expertise. C'est surtout dans les cas où une expertise contradictoire est requise qu'il est pratiquement impossible d'obtenir un rapport final dans les six mois, compte tenu des règles de la procédure contradictoire. Le Fonds a également toujours fonctionné selon le principe du premier arrivé, premier servi.

Parmi les dossiers clôturés, il s'avère qu'à la suite de l'avis du Fonds, 420 sont potentiellement éligibles à une indemnisation par ce dernier. 192 pour une indemnisation dans le cadre d'un accident médical sans responsabilité où le seuil de gravité a été atteint et les autres dans le cadre d'un accident médical avec responsabilité où le seuil de gravité a été atteint et où le Fonds peut indemniser la victime mais doit récupérer cette indemnisation auprès du dispensateur de soins ou de son assureur. Le Fonds a versé une ou plusieurs indemnisations dans un peu plus de 370 cas, pour un montant total de plus de 44,5 millions EUR, dont un peu plus de 14 millions versés en 2021.

En annexe vous trouvez les détails des budgets de gestion et des missions, ainsi que des réalisations. Vous trouverez les indemnisations dans le budget des missions sous le poste 80500. Ce poste comprend aussi bien les indemnisations que les frais d'expertises contradictoires qui permettent au Fonds de remplir correctement sa mission.



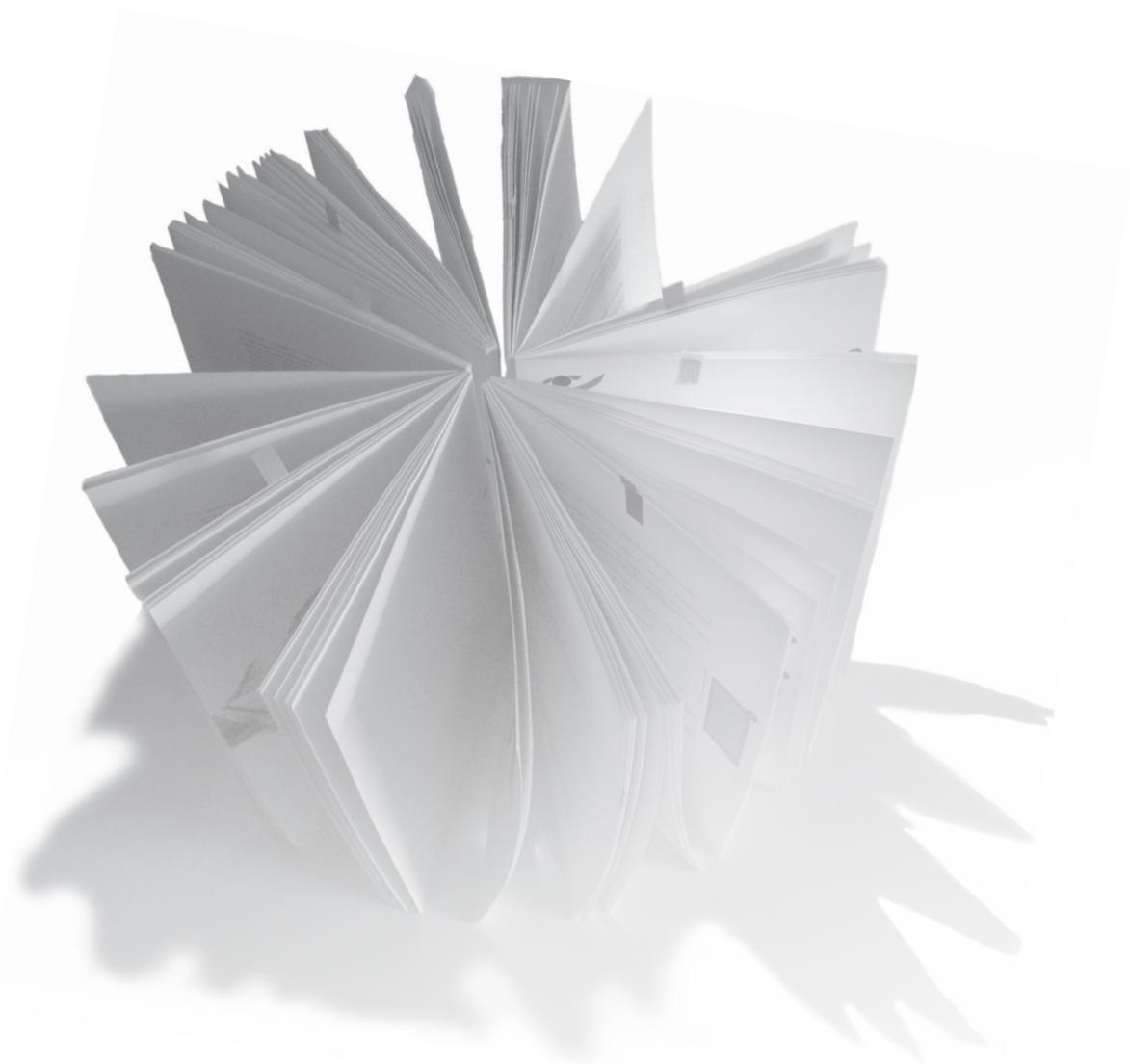
L'annexe<sup>2</sup> jointe à la réponse à cette question a été transmise directement à l'honorable membre. Étant donné son ampleur, cette réponse n'a pas été insérée dans le *Bulletin des Questions et Réponses*. Sur simple demande, le greffe de la Chambre des représentants transmettra les documents ([questions.ecrites@lachambre.be](mailto:questions.ecrites@lachambre.be)).

Comme vous le remarquerez, le budget de gestion comprend, outre les dépenses de personnel, les frais de fonctionnement et les investissements, ainsi que les investissements mobiliers et les dépenses pour impôts et contentieux. Je peux également vous fournir le détail par année des indemnisations versées.

J'ai confiance dans la nouvelle approche adoptée par le Fonds. Pour un suivi étroit, je peux compter sur l'appui de M. Jo De Cock, administrateur-général honoraire de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, qui s'est montré disposé à apporter son soutien à la réalisation du plan d'action du FAM. À cet égard, il remplit une fonction de liaison entre ma cellule stratégique, le comité de gestion, l'administration du Fonds et la gestion de la *taskforce*. La réalisation du plan d'action fait l'objet d'un suivi strict, également par le comité de gestion.

# 4<sup>e</sup> Partie

## Directives de l'INAMI



# I. Concerne : L'exécution d'une peine de travail (PTA) ou d'un travail d'intérêt général (TIG) par un(e) titulaire reconnu(e) en incapacité de travail

En vigueur à partir du 1<sup>er</sup> août 2022.

## I. Contexte

### 1.1. La peine de travail

En vertu de l'article 37<sup>quinquies</sup> à 37<sup>septies</sup> du Code pénal, le juge peut infliger, à titre de peine principale, une peine de travail (PTA) lorsque le fait est de nature à entraîner une peine de police ou une peine correctionnelle. Si le juge envisage une PTA, si le ministère public réclame cette peine ou si le prévenu la demande, le juge doit – tout en ayant la possibilité de tenir compte des intérêts des éventuelles victimes – informer le prévenu de la portée de cette peine et entendre les remarques de celui-ci avant la clôture des débats. L'accusé ou son avocat doit donner son accord pour l'exécution de la PTA lors de l'audience.

Le juge prévoit d'emblée, dans la décision condamnant à une PTA, une peine de prison ou une amende subsidiaire qui seront d'application si le condamné n'exécute pas la PTA.

Dans le cadre de cette PTA, le condamné travaille gratuitement pendant le temps libre dont il dispose en marge de ses éventuelles activités scolaires et professionnelles. Ce travail peut uniquement être accompli dans des services publics de l'État, des communes, des provinces, des Régions et des Communautés ainsi que dans des Asbl ou des fondations à vocation sociale, scientifique ou culturelle. Toutefois, la PTA ne peut consister en une activité qui, dans le service public ou l'association désigné(e), est généralement exécutée par des travailleurs rémunérés. Citons comme exemples (classiques) de PTA, l'évacuation de déchets sauvages, le déblaiement de décharges illégales, servir d'aide dans le cadre de fouilles archéologiques, être commis de cuisine dans un établissement de soins, effectuer un travail administratif dans des administrations communales, ...

#### 1.1.1. DURÉE

Une PTA comporte au minimum vingt heures et au maximum trois cents heures. Une PTA de maximum quarante-cinq heures est une peine de police. Par contre, une PTA de plus de quarante-cinq heures est une peine correctionnelle. Cette PTA doit par ailleurs être accomplie dans les douze mois suivant le jour de la décision judiciaire passée en force de chose jugée. La commission de probation peut prolonger ce délai d'office ou à la demande du condamné.

#### 1.1.2. ACTEURS CONCERNÉS

Le **juge** fixe la durée de la PTA et donne éventuellement des indications quant à l'exécution concrète de la peine.

Il incombe à l'**assistant de justice** éventuellement en collaboration avec le responsable du service d'accompagnement subventionné de fixer les modalités pratiques de la PTA dans une convention à signer par le condamné. Dans ce contexte, l'assistant de justice devra tenir compte, d'une part, des remarques formulées par le condamné qu'il a entendues, et d'autre part, des indications telles que formulées dans la décision judiciaire. La **commission de probation** possède un pouvoir de contrôle et peut, en outre, apporter à tout moment des précisions et des modifications, soit d'office, soit à la demande du ministère public ou du condamné. Le contenu concret de la PTA est notifié dans une convention qui est signée par le condamné, et dont l'assistant de justice lui remet un exemplaire ou une copie. L'assistant de justice communique également une copie de la convention signée à la commission de probation, dans un délai de trois jours ouvrables.

## 1.2. Le travail d'intérêt général

Dans certaines conditions, le procureur du Roi a la possibilité d'éteindre l'action publique. En vertu de l'article 216<sup>ter</sup> du Code d'instruction criminelle, le procureur du Roi peut ainsi proposer au suspect – entre autres, pour autant que le fait ne soit pas passible d'une peine principale de plus de deux ans d'emprisonnement correctionnel ou d'une peine plus lourde – d'exécuter un travail d'intérêt général (TIG).

Dans le cadre de ce TIG, le suspect travaille gratuitement pendant le temps libre dont il dispose en marge de ses éventuelles activités scolaires et professionnelles. Ce travail peut uniquement être accompli dans des services publics de l'État, des communes, des provinces, des Régions et des Communautés ainsi que dans des Asbl ou des fondations à vocation sociale, scientifique ou culturelle. Toutefois, le TIG ne peut consister en une activité qui, dans le service public ou l'association désigné(e), est généralement exécutée par des travailleurs rémunérés.

### 1.2.1. DURÉE

Le TIG comporte maximum cent vingt heures et doit être effectué dans un délai fixé par le procureur du Roi, ce délai ne pouvant excéder un an.

### 1.2.2. ACTEURS CONCERNÉS

Si l'auteur de l'infraction marque son accord pour effectuer un TIG, le **procureur du Roi** communique sa décision, pour exécution, à la maison de justice, qui désigne immédiatement un assistant de justice pour procéder à l'exécution du TIG.

L'**assistant de justice** désigné, après avoir entendu l'auteur d'infraction, tient compte des remarques, des capacités physiques et intellectuelles de ce dernier et des éventuelles indications du procureur du Roi pour déterminer le contenu concret des activités à accomplir dans le cadre du TIG. L'assistant de justice peut avoir recours à un service d'accompagnement pour la recherche d'un lieu de prestation adéquat.

En cas d'inexécution totale ou partielle du TIG, l'assistant de justice en informe sans délai le procureur du Roi. Dans ce cas, le procureur du Roi peut convoquer l'auteur d'infraction, entendre celui-ci en ses observations et décider de poursuivre l'exécution du TIG, assortie le cas échéant de précisions ou de modifications, ou de mettre fin à l'exécution du TIG.

## II. Exécution d'une peine de travail ou d'un travail d'intérêt général pendant la période d'incapacité de travail : réglementation de l'assurance indemnités

Étant donné que l'exécution d'une PTA ou d'un TIG constitue une "activité", l'autorisation du médecin-conseil est indispensable pour l'exécution de cette peine ou mesure par l'intéressé(e). Une réglementation distincte s'applique qui dépend du régime dans lequel l'intéressé(e) est reconnu(e) en incapacité de travail.

### 2.1. Régime des travailleurs salariés

En ce qui concerne les titulaires salariés, le médecin-conseil ne pourra donner d'autorisation que si l'intéressé(e) conserve, sur le plan médical, une réduction de sa capacité d'au moins 50% (voir art. 100, § 2, de la loi coordonnée du 14.07.1994). L'activité doit en outre être compatible avec l'affection dont souffre l'intéressé(e) (voir art. 230, § 2, de l'A.R. du 03.07.1996).

### 2.2. Régime des travailleurs indépendants

Si l'intéressé(e) est reconnu(e) incapable de travailler dans le régime des travailleurs indépendants, le médecin-conseil doit donner une autorisation en vertu de l'article 23bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971. En effet, l'autorisation de l'exécution d'une PTA ou d'un TIG intervient ici sans objectif de réintégration complète dans un milieu de travail, cette dernière étant menée dans le cadre de l'article 23 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

En outre, le médecin-conseil ne peut donner l'autorisation au/à la titulaire qu'à condition que ce dernier soit reconnu incapable de travailler conformément à l'article 19 ou à l'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, et que l'activité soit compatible avec son état de santé général.

## III. Procédure

### 3.1. Échange de données avant la condamnation à une peine de travail

Il faut éviter qu'une juridiction ne condamne un(e) titulaire reconnu(e) en incapacité de travail à une PTA qu'il/elle ne peut pas exécuter en raison du fait que le médecin-conseil n'a pas donné d'autorisation, l'intéressé(e) ne répondant pas aux conditions légales.

Avec les services compétents des Communautés (pour la Communauté flamande : *Agentschap Justitie en Handleving, Afdeling Justitiehuisen* ; pour la Fédération Wallonie-Bruxelles : *l'AG Maisons de Justice* ; pour la Communauté germanophone : *Fachbereich Justizhaus*), une procédure spéciale a été élaborée afin de sensibiliser les différents acteurs concernés à cette situation particulière. Il va de soi que l'assuré social lui-même doit également attirer l'attention des acteurs de la justice sur le fait qu'il a été reconnu incapable de travailler.

En vue de prononcer une PTA, la loi permet au ministère public, au juge d'instruction, aux juridictions d'instruction et aux juridictions de jugement de charger les services compétents des Communautés du domicile de l'auteur de l'infraction de rédiger *un rapport d'information succinct* et/ou de procéder à *une enquête sociale*.

Lorsqu'il est envisagé de prononcer une PTA à l'encontre d'une personne reconnue en incapacité de travail, l'assistant de justice peut, dans le cadre de cette enquête sociale et/ou de ce rapport d'information succinct, prendre préalablement contact avec le médecin-conseil de la mutualité afin de solliciter son avis.

Pour que le médecin-conseil puisse donner un avis, l'assistant de justice doit lui communiquer un certain nombre de données (nature de l'activité, nombre d'heures de travail, conditions spécifiques relatives à l'exercice de l'activité...). À ce stade-ci, il s'agit plutôt d'un *contact informel* entre le médecin-conseil et l'assistant de justice, aucune procédure réglementaire ne devant être suivie. En vue de ce contact informel, une liste d'adresses e-mail des personnes de contact pour chaque organisme assureur<sup>1</sup> a été transmise aux maisons de justice compétentes. Cette liste de personnes de contact est régulièrement actualisée et transmise aux services compétents des communautés.

### 3.2. Procédure à suivre après la décision judiciaire

Après la condamnation à une PTA ou au prononcé d'un TIG, l'intéressé(e) doit demander l'autorisation formelle du médecin-conseil de sa mutualité. Étant donné que depuis le 12 avril 2013 le caractère préalable de l'autorisation a été supprimé dans le régime des travailleurs salariés, la PTA et le TIG peut déjà être entamée avant même que le/la titulaire salarié(e) ait reçu l'autorisation (formelle) du médecin-conseil. Le caractère préalable reste toutefois exigé dans l'assurance indemnités des travailleurs indépendants.

#### A. DÉCLARATION DE LA REPRISE PARTIELLE DU TRAVAIL ET DEMANDE D'AUTORISATION AU MÉDECIN-CONSEIL

L'assistant de justice ou le responsable du service d'accompagnement remet au/à la titulaire le formulaire de *Demande concernant l'exécution d'une peine de travail ou d'un travail d'intérêt général durant la période d'incapacité de travail*. Ce formulaire s'applique à la fois au régime des travailleurs salariés et au régime des travailleurs indépendants, et comprend deux parties concrètes :

- le/la titulaire remplit **la partie A** (avec l'aide de l'assistant de justice ou du responsable du service d'accompagnement)
- **la partie B** est remplie par l'assistant de justice ou par le responsable du service d'accompagnement.

Afin de compléter correctement les données, l'assistant de justice ou le responsable du service d'accompagnement prend contact avec le lieu de prestation.

##### A.1. Section A : à remplir par le/la titulaire

Cette section comprend deux rubriques.

La *première rubrique* concerne la déclaration d'exécution d'une PTA ou d'un TIG durant une période d'incapacité de travail. Le/la titulaire doit y indiquer, en plus de ses données personnelles, la date à partir de laquelle il débute la PTA/le TIG.

La *seconde rubrique* contient la demande d'autorisation d'exécution d'une PTA ou d'un TIG durant la période d'incapacité de travail. Elle comporte toutes les données utiles concernant la PTA/le TIG, et ce afin que le médecin-conseil puisse prendre sa décision.

Il s'agit plus précisément des données suivantes :

- la date à laquelle la PTA/le TIG est ou peut être entamée au plus tôt
- la nature et la description des tâches devant être accomplies par l'intéressé(e) dans le cadre de la PTA/du TIG
- le nombre d'heures imposées dans le cadre de la PTA/du TIG (par sem.)
- la grille horaire (éventuelle)
- le lieu de prestation de la PTA/du TIG.

1. Chaque organisme assureur ayant communiqué les adresses e-mail des personnes de contact au Service des indemnités.

La personne devant effectuer une PTA/un TIG qui est reconnue incapable dans le régime des travailleurs salariés, transmet ensuite le formulaire de demande à sa mutualité par la poste (le cachet de la poste faisant foi) ou personnellement (contre accusé de réception) au plus tard le premier jour ouvrable qui précède le début de la PTA/du TIG.

Étant donné que, dans le régime des travailleurs indépendants, le caractère préalable de l'autorisation n'a pas été supprimé, le travailleur indépendant reconnu en incapacité de travail doit attendre, en tout état de cause, l'autorisation du médecin conseil **avant** d'entamer l'exécution de la PTA/du TIG.

#### **A.2. Section B : à remplir par l'assistant de justice ou le responsable du service d'accompagnement**

Par ailleurs, une section B est prévue dans le formulaire afin que l'assistant de justice ou le responsable du service d'accompagnement certifie que l'activité exercée par le/la titulaire est bien une activité non rémunérée. Cette section remplace l'annexe 6 de la Circulaire O.A. n° 2018/382 du 20 décembre 2018, à savoir la *Déclaration d'exercice d'activités non rémunérées au cours d'une période d'incapacité de travail*, de sorte que ce formulaire spécifique ne doit pas être remis à la mutualité dans le cadre de l'exercice d'une PTA/d'un TIG.



**Remarque:** Si l'exécution de la PTA/du TIG excède la durée d'autorisation initialement fixée par le médecin-conseil, la personne devant effectuer une PTA/un TIG doit introduire une demande de prolongation de l'autorisation à l'aide de ce même formulaire type. Sur le formulaire de demande, il faut alors préciser clairement qu'il s'agit d'une demande de prolongation d'une autorisation déjà délivrée antérieurement et que la nature de l'activité (PTA/TIG) n'a pas changé.

### **B. DÉCISION DU MÉDECIN-CONSEIL**

#### **B.1. Régime des travailleurs salariés**

L'intéressé(e) peut déjà entamer la PTA/le TIG avant même de disposer de l'autorisation du médecin-conseil. Il peut bien sûr aussi attendre ladite autorisation avant d'entamer la PTA/le TIG.

Le médecin-conseil doit prendre une décision dans les trente jours ouvrables à compter du jour où la PTA/le TIG est entamée. Le cas échéant, le médecin-conseil procède à un examen médical pour pouvoir prendre une décision.

Le médecin-conseil envoie le formulaire contenant sa décision dans les sept jours civils à dater de la décision, par la poste, au/à la titulaire. S'il a effectué un examen médical, le médecin-conseil peut également remettre ce formulaire au/à la titulaire à l'issue de l'examen.

La durée de validité de l'autorisation du médecin-conseil est de deux ans maximum (cette autorisation est renouvelable).

#### **B.2. Régime des travailleurs indépendants**

Le/la titulaire ne peut pas débiter l'exécution de la PTA/du TIG avant d'avoir obtenu l'autorisation du médecin-conseil.

Sur la base des données mentionnées sur le formulaire de demande, le médecin-conseil vérifie si la PTA/le TIG est compatible avec l'état de santé général du/de la titulaire. Le cas échéant, le médecin-conseil procède à un examen clinique.

Le médecin-conseil envoie ensuite le formulaire contenant sa décision au/à la titulaire, par la poste. S'il a procédé à un examen clinique, le médecin-conseil peut également lui remettre le formulaire à l'issue de cet examen.

Après réception de l'autorisation écrite, la PTA/le TIG peut être entamée.

### C. COMMUNICATION DE LA DÉCISION DU MÉDECIN-CONSEIL À L'ASSISTANT DE JUSTICE OU AU RESPONSABLE DU SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT

Le/la titulaire fournit à l'assistant de justice ou au responsable du service d'accompagnement une copie de l'autorisation ou du refus écrit(e) qu'il/elle a reçu(e) du médecin-conseil.

### D. FIN DE L'EXERCICE DE LA PEINE DE TRAVAIL OU DU TRAVAIL D'INTÉRÊT GÉNÉRAL

En cas de cessation définitive de l'exercice de la PTA ou du TIG, le/la titulaire doit communiquer cette cessation définitive à sa mutualité. Il peut s'agir à la fois de la fin de la PTA ou du TIG (exécution complète de la PTA ou du TIG) ou de la cessation définitive de l'exécution de la PTA ou du TIG encore en cours pour une raison particulière (par ex. : une aggravation de l'état de santé du/de la titulaire, le/la titulaire ne respecte pas les conditions/modalités de la PTA ou du TIG, ...).

Le/la titulaire reconnu(e) dans le régime salarié utilise à cet effet le formulaire *Déclaration de la cessation définitive ou de l'interruption temporaire de l'activité autorisée applicable en cas d'activité autorisée sans assujettissement à la loi ONSS du 27 juin 1969* (cf. annexe 3bis de la Circulaire O.A. n° 2018/382 du 20.12.2018).

Le/la titulaire reconnu(e) dans le régime indépendant utilise à cet effet le formulaire *Déclaration de cessation d'une activité autorisée pendant l'incapacité de travail* (cf. annexe 5 de la Circulaire O.A. n° 2015/188 du 29.06.2015).

## IV. Flux de données RTTP

Dès que le/la titulaire a reçu l'autorisation du médecin-conseil pour exécuter la PTA/le TIG, cela doit être communiqué via le flux de données RTTP. Dans le champ "Nature de l'activité" (champ libre), le médecin-conseil doit préciser clairement qu'il s'agit d'une PTA/d'un TIG (prestation de services).

## V. Entrée en vigueur

La présente circulaire entre en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2022.

Abroge circulaire n° 2014/131<sup>2</sup> du 10 mars 2014.



Circulaire O.A. n° 2022/253 – 249/43 du 11 juillet 2022.

## II. Contrôle intermédiaire du droit à l'intervention majorée (I.M.) de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Introduction :

L'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance (M.B. du 29.01.2014), prévoit un contrôle intermédiaire l'année qui suit l'ouverture d'un droit à l'intervention majorée octroyé sans période de référence conformément à l'article 18.

L'article 36 de l'arrêté royal précité du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance stipule que lorsque le droit à l'intervention majorée a été octroyé à un ménage sans période de référence en application de l'article 18, la mutualité gestionnaire vérifie, au plus tard le 31 août de l'année qui suit celle de l'ouverture du droit, si une situation visée à l'article 18 est toujours présente au 30 juin de l'année qui suit celle de l'ouverture du droit. Si une telle situation n'existe plus et que le ménage ne peut pas bénéficier du droit dans le cadre du chapitre 3, le droit est retiré au 31 décembre de cette même année. Le droit est toutefois maintenu si, avant cette date, le ménage souscrit une déclaration sur l'honneur dont il ressort que les revenus au moment de cette déclaration sont toujours inférieurs au plafond applicable à ce même moment.

Les indicateurs sont modifiés par arrêté royal du 15 mars 2022<sup>1</sup>. Cette modification de l'arrêté royal entraîne aussi un accord particulier pour certains indicateurs en ce qui concerne le contrôle intermédiaire (voir chap. 3). Vous trouverez davantage d'informations sur ces indicateurs, la date de leur d'entrée en vigueur et les justificatifs, dans la circulaire relative aux pièces justificatives des indicateurs I.M. (Circ. O.A. n° 2022/214 du 03.06.2022).

Les accords entre les organismes assureurs (O.A.), le Collège Intermutualiste National (CIN) et l'INAMI sur le déroulement de ce contrôle intermédiaire sont développés dans cette circulaire.

### 1. Dispositions générales

Si le droit à l'I.M. a été accordé à un ménage sans période de référence, la mutualité gestionnaire du dossier vérifie si, l'année qui suit celle de l'ouverture du droit, un indicateur est encore toujours présent (art. 36 de l'A.R. du 15.01.2014).

Il y a des exceptions à cette règle. Celles-ci sont détaillées au chapitre 3.

1. 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.

L'O.A. gestionnaire du dossier est responsable du contrôle intermédiaire du ménage I.M. avec ouverture du droit après examen des revenus sans période de référence. La première étape du contrôle consiste à vérifier la présence d'un indicateur. Ce contrôle est effectué le 31 août de l'année qui suit l'ouverture du droit.

L'O.A. responsable effectue le contrôle sur la base d'informations (sur l'indicateur) dont il dispose au 31 août en ce qui concerne la situation du ménage I.M. au 30 juin. L'examen des revenus doit être clôturé au plus tard le 31 décembre de l'année du contrôle intermédiaire.

L'indicateur doit être présent chez un des membres du ménage mais il ne doit pas nécessairement s'agir du même indicateur ou d'un indicateur chez le même membre du ménage. S'il n'y a plus d'indicateur présent au sein du ménage, le droit à l'I.M. du ménage est retiré le 31 décembre, à moins que le ménage ne souscrive une déclaration sur l'honneur dont il ressort que les revenus au moment de cette déclaration sont toujours inférieurs au plafond applicable à ce même moment (art. 36 de l'A.R. du 15.01.14)

Quels indicateurs permettent de ne pas devoir appliquer une période de référence pour l'examen des revenus ? (Art. 18. Par dérogation à l'art. 17, il n'y a aucune période de référence applicable pour le ménage dont un des membres, au moment de l'introduction de la demande) :

1. Pensionné (qualité de titulaire pensionné visé à l'art. 32, al. 1<sup>er</sup>, 7<sup>o</sup> à 12<sup>o</sup>, de la loi SSI) ;
2. Personne invalide percevant une indemnité d'invalidité (au sens de l'art. 93 de la loi SSI) ;
3. Agent des services publics mis en disponibilité depuis 3 mois ;
4. Militaire mis en retrait temporaire d'emploi (si cette période de retrait atteint au moins 3 mois) ;
5. Assuré en incapacité de travail et chômage contrôlé dont la somme des périodes d'incapacité de travail et de chômage atteint une durée de 3 mois ;
6. Assuré remplissant les conditions pour être inscrit comme "titulaire handicapé" (au sens de l'art. 32, al. 1<sup>er</sup>, 13<sup>o</sup>, de la loi SSI) ;
7. Veuf ou veuve jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2022 ;
8. Assuré bénéficiant d'une pension de survie à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022 ;
9. Titulaire au sein d'un ménage monoparental ;
10. Assuré mentionné dans le flux proactif ;
11. Travailleur indépendant dans le droit passerelle classique durant au moins 1 trimestre à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2022.

Une personne qui a donc ouvert un droit à l'I.M. sur la base d'un indicateur en décembre 2021 est assujettie au contrôle intermédiaire normal le 30 juin 2022, même si la notion d'indicateur a entre-temps changé.

Pour le contrôle intermédiaire des veufs et veuves, les revenus ont été réexaminés jusque et y compris 2021, même si l'état civil n'a pas changé (encore toujours veuf ou veuve). L'indicateur "veuf ou veuve" disparaît à partir de 2022 (voir chap. 5).

## 2. Contrôle des indicateurs

Les informations sur le contrôle des indicateurs figurent dans la circulaire relative aux pièces justificatives des indicateurs (circ. O.A. n° 2022/214<sup>2</sup> du 03.06.2022).

Le contrôle intermédiaire effectif se fait sur la base de l'existence d'un des indicateurs dans le ménage au 30 juin. L'organisme assureur a jusqu'au 31 août pour effectuer le contrôle.

## 3. Exceptions : situations sans contrôle intermédiaire

Les personnes qui maintiennent le droit à la suite d'une modification du ménage entre le 1<sup>er</sup> juillet 2021 et le 31 août 2021 (fin du droit au 31.12.2021) peuvent être exclues du contrôle intermédiaire du fait qu'elles ont en principe déjà introduit une nouvelle déclaration sur l'honneur.

Un contrôle intermédiaire n'est pas requis pour l'indicateur "assuré mentionné dans le flux proactif" vu que cet indicateur existera toujours.

Pour les ménages monoparentaux aussi, il n'y a pas de contrôle intermédiaire.

## 4. Contrôle des revenus en l'absence d'un indicateur lors du contrôle intermédiaire

S'il n'y a plus d'indicateur dans le ménage, le droit à l'I.M. pour le ménage est clôturé le 31 décembre, à moins que le ménage signe une déclaration sur l'honneur avant cette date, de laquelle il ressort que les revenus sont inférieurs au plafond applicable à ce même moment (à la date de la déclaration – il est convenu de prendre en compte les revenus à partir du mois précédant l'introduction de la déclaration). (Art. 36 A.R. du 15.01.2014).

## 5. Passage possible de l'indicateur veuf/veuve à l'indicateur pension de survie en 2022

Une personne qui a donc ouvert un droit à l'I.M. sur la base d'un indicateur en décembre 2022 est assujettie au contrôle intermédiaire normal le 30 juin 2022, même si la notion d'indicateur a entre-temps changé.



Exemple : l'indicateur "veuve" devient "bénéficiaire d'une pension de survie". Cela signifie que le 30 juin 2022, la mutualité devra contrôler si le nouvel indicateur est d'application dans le ménage :

- soit la personne bénéficie d'une pension de survie → il est mis fin au contrôle intermédiaire
- soit la personne ne bénéficie pas d'une pension de survie → le contrôle intermédiaire est poursuivi et la mutualité doit prendre contact avec le ménage pour signer une déclaration sur l'honneur.

## 6. Entrée en vigueur

Cette circulaire est d'application pour le contrôle intermédiaire des bénéficiaires à l'I.M. après un examen des revenus par l'O.A. sans période de référence (art. 18 de l'A.R. du 15.01.2014) à partir de 2022.

Elle remplacera la circulaire O.A. n° 2021/126<sup>3</sup> – 3991/330 du 30 avril 2021 dès sa publication.



Circulaire O.A. n° 2022/262 – 3991/353 du 19 juillet 2022.

III. La procédure de fixation des revenus du ménage dans le cadre de l'application du maximum à facturer déterminé en fonction des revenus du ménage des bénéficiaires en application de l'article 16 de l'arrêté royal du 15 juillet 2002 portant exécution du chapitre III<sup>bis</sup> et du Titre III de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 14 juin 2022

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

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

Jusqu'en 2011, les informations sur cet échange de données étaient reprises dans une circulaire précisant les modalités relatives à l'obligation de paiement ainsi que les délais pour la communication des données des O.A. aux assurés sociaux. Le deuxième volet fait désormais l'objet d'une circulaire distincte, à savoir la circulaire O.A. n° 2016/85<sup>1</sup> du 30 mars 2016.

Cette circulaire et le document technique y afférent portent sur l'année MAF 2022.

## 1. Introduction

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

1. Non publiée au B.I.

## 2. L'objectif du processus

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

Parce que les O.A. ne peuvent pas obtenir ces informations directement du SPF Finances, ils communiquent la composition du ménage au SCA de l'INAMI. Sur la base des données de revenus, que le SCA obtient par le SPF Finances, la Cellule MAF de ce Service communique aux O.A. les revenus du ménage et la catégorie MAF correspondante.

## 3. Description générale du processus

### 3.1. Description du processus

Les grands axes de la procédure de fixation des revenus du ménage sont décrits dans l'arrêté royal du 15 juillet 2002. Cette description se trouve à l'article 16 de l'arrêté royal du 15 juillet 2002, modifié par l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 14 juin 2022.

Les O.A. tiennent à jour, par ménage, le montant total des quotes-parts personnelles en matière des frais de santé. Si ce montant total s'élève à 250 EUR, les organismes assureurs communiquent les données d'identification des membres du ménage concerné au SCA de l'INAMI.<sup>2</sup> Les O.A. adressent également une demande pour les ménages dont les membres ont atteint 250 EUR en quotes-parts personnelles dans les frais de santé et pour lesquels le maximum à facturer social a été appliqué.

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

Le SCA totalise les revenus par ménage et les classe dans une des 6 catégories (voir circ. O.A. n° 2022/17<sup>3</sup> du 13.01.2022 – max. à facturer. Exercice 2022 et le document technique en annexe<sup>4</sup>). Le SCA transmet les résultats codés aux organismes assureurs. Les codes correspondent au plafond du ticket modérateur.

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

Le traitement d'une année MAF s'étend sur trois années civiles. Une année MAF est clôturée 2 ans après l'année civile concernée, les attestations de soins donnés pouvant être introduites jusqu'à deux ans après la date de prestation des soins. Ainsi, les compteurs des tickets modérateurs pour l'année MAF 2022 seront arrêtés au 31 décembre 2024.

Ainsi, un(e) assuré(e) peut encore avoir droit au MAF en 2023 pour des prestations effectuées en 2022 et pour lesquelles il/elle envoie seulement aujourd'hui ses attestations à sa mutualité.

2. 137,38 EUR s'il s'agit d'un ménage bénéficiant (potentiellement) du MAF maladies chroniques.

3. Non publiée au B.I.

4. Non publié ici.

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

### 3.2. Utilisation du numéro de demande

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

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

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

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

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

### 3.4. Historique/modification de(s) NISS

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

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

## 4. Liste des ménages ayant payé des tickets modérateurs d'un montant de 250 EUR (demandes)

### 4.1. Transmission des données

Les O.A. doivent transmettre au SCA, pour le 31 mai 2022 au plus tard, leur premier flux de demandes pour l'année MAF concernée, à savoir l'année MAF 2022. Ensuite, ils envoient au moins 1 flux de demandes par mois. L'obligation de transmettre un flux par mois cesse d'exister au mois de décembre de l'année MAF+1. Pour l'année MAF 2022, ce sera en décembre 2023. Après cette date, les O.A. sont libres de déterminer la fréquence d'envoi des flux. S'il n'y a pas de dossiers pour un mois donné avant décembre 2023, l'organisme assureur doit le signaler au SCA dans un courrier motivé<sup>5</sup>. Le nombre minimum d'envois peut toujours être dépassé.

5. Par la poste ou par mail en attendant la création d'un SharePoint sécurisé.

Le contenu de l'envoi doit être établi en conformité avec la mise en page décrite dans le document technique joint en annexe à cette circulaire<sup>6</sup>.

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

## 4.2. Quels sont les ménages concernés

Lorsque, pour une année MAF déterminée, un ménage a pris à sa charge 250 EUR d'interventions personnelles, les organismes assureurs sont tenus de transmettre le dossier.

Pour déterminer la catégorie de revenus d'un ménage bénéficiant du MAF revenus et comptant au moins un membre malade chronique suivant la disposition du MAF malades chroniques, les O.A. transmettent la demande à la Cellule MAF du SCA dès l'instant où le compteur des tickets modérateurs du ménage affiche un montant de 137,38 EUR en quotes-parts personnelles. (Art. 16 de l'A.R. du 15.07.2002, modifié par l'art. 1<sup>er</sup> de l'A.R. du 14.06.2022)

Les O.A. adressent également une demande pour les ménages dont les membres ont atteint 250 EUR en quotes-parts personnelles dans les frais de santé et pour lesquels le maximum à facturer social a été appliqué (et pas uniquement lorsque le ménage inscrit au Registre national est plus grand que le ménage I.M. et qu'il se compose donc également de membres ne faisant pas partie du ménage auquel le MAF social a été accordé).

Si les revenus du ménage ne sont pas en catégorie G et que le plafond de 250 EUR ne peut donc être appliqué, le plafond du MAF Social de 506,79 EUR sera appliqué.

## 4.3. Le NISS du demandeur et des membres du ménage

Le NISS, et plus particulièrement le NISS du demandeur mais aussi celui des différents membres du ménage, constitue la principale information de ce fichier. Le NISS du demandeur est repris dans un champ distinct du fichier "contrôle systématique". Le demandeur est le membre aîné du ménage. (voir document technique, section 1.1 à 1.3)

## 4.4. Assurés sociaux sans NISS

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

- le bénéficiaire-assuré social réside à l'étranger. Celui-ci a droit, au même titre que son ménage, au maximum à facturer après une enquête sur les revenus. Ces membres du ménage n'ont pas de NISS, ni de numéro *bis*
- les nouveau-nés n'ayant pas encore de NISS. C'est peu probable. Les NISS sont attribués dans les 2 à 10 jours.

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

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

## 4.5. Types de demandes

Les différents types de demandes sont analysés en fonction des situations familiales des bénéficiaires du maximum à facturer (art. 9 de l'A.R. du 15.07.2002). Les personnes résidant en communauté, sont considérées, sous certaines conditions, comme différents ménages composés d'une personne, en lieu et place d'un ménage inscrit au Registre national. Il existe également d'autres exceptions à la règle "ménage inscrit au Registre national le 1<sup>er</sup> janvier 2022".

### *Demande de type 0*

Il s'agit d'une demande pour un ménage résidant à l'étranger, conformément à la circulaire O.A. n° 2011/301<sup>7</sup> du 18 juillet 2011 "bénéficiaires MAF de l'assurance obligatoire soins de santé résidant dans un pays où les Règlements européens en matière de sécurité sociale ou une convention relative à la sécurité sociale, conclue entre la Belgique et un ou plusieurs États, sont d'application". Cette circulaire est d'application depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Les assurés sociaux belges résidant dans un des 31 pays qui accordent, en matière de soins de santé, un droit de retour, ont également droit au MAF pour des soins prestés en Belgique, conformément aux directives de cette circulaire.

### *Demande de type 1*

Demande pour un ménage inscrit au Registre national le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Le ménage inscrit au Registre national et bénéficiant du droit au MAF revenus, est décrit à l'article 37<sup>decies</sup>, § 3, de la loi coordonnée, auquel renvoie l'article 37<sup>undecies</sup>, § 1<sup>er</sup>, de cette même loi coordonnée. Le ménage est composé, sur base des informations obtenues au Registre national des personnes physiques prises en considération au 1<sup>er</sup> janvier d'une année civile pour déterminer le droit du ménage concerné au maximum à facturer au cours de cette même année.<sup>8</sup>

Le ménage est complété par la première inscription au Registre national d'un enfant avec l'âge de maximum 16 ans comme visé à l'article 11 de l'arrêté royal du 15 juillet 2002. Pour l'année MAF 2022, les premières inscriptions qui font partie du ménage MAF concernent des enfants nés entre "2006 et 2022". Les premières inscriptions au Registre national d'enfants nés avant ou en 2005 ne sont pas prises en considération en 2022 pour le ménage MAF.<sup>9</sup>

### *Demande de type 2*

Le bénéficiaire ayant, au 1<sup>er</sup> janvier 2022, sa résidence principale dans une communauté religieuse, est considéré comme constituant un ménage à lui seul. (Art. 9. § 1<sup>er</sup>, al. 2 de l'A.R. du 15.07.2002)

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

### *Demande de type 3*

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

7. Non publiée au B.I.

8. Si une personne est exceptionnellement inscrite temporairement à deux endroits au 01.01, la dernière situation au Registre National au 01.01 sera prise en compte pour la composition de ménage. Une personne qui déménage le 01.01 fera donc partie du ménage de sa nouvelle résidence.

9. L'enfant est ajouté au ménage registre national associé à l'adresse où il a été enregistré pour la première fois. Dans une situation où cela est impossible car cette famille n'existait pas dans le passé, l'enfant est inscrit auprès du parent le plus âgé.

#### *Demande de type 4*

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

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

#### *Demande de type 5*

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

#### *Demande de type 6*

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

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

#### *Demande de type 7*

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

Il en va de même si un bénéficiaire a la même résidence principale que la personne avec laquelle il/elle forme un ménage de fait. Forment un ménage de fait, les personnes vivant ensemble sous le même toit et réglant essentiellement en commun les questions relatives au ménage. La situation prise en considération pour les ménages introduisant une demande de type 7 est également la situation telle qu'elle existe au 1<sup>er</sup> janvier de l'année d'octroi du maximum à facturer. Dans cette circulaire, il s'agit donc du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

#### *Demande de type 8*

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

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

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

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

### Demande de type 9

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

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

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

### 5.1. Échange de données

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

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

### 5.2. Année de revenus (X-2)

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

Les revenus pour l'année MAF même ne sont pas connus du SPF Finances au début de l'année MAF. Le service de taxation ne dispose pas des revenus de l'année en cours. Les revenus de la troisième année précédant l'année MAF étaient les seuls revenus dont on disposait avec certitude au moment de la création du MAF. L'année de revenus la plus récente est une notion difficile à définir et conduit à l'utilisation de plusieurs années en fonction du ménage. C'est la raison pour laquelle la même année de revenu est utilisée pour tous les ménages lors de la détermination du plafond MAF pour une année MAF. Jusqu'à l'année MAF 2018 inclusivement, l'année de revenu était l'année MAF-3. À partir de l'année MAF 2019, l'année MAF-2 est utilisée comme année de revenu pour l'application du maximum à facturer revenus. (37<sup>duodecimes</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14.07.1994)

Pour le MAF 2022, l'année de revenus est 2020.

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

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

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

Le revenu pris en compte pour l'année MAF 2022 est le revenu perçu en 2020. L'année d'imposition est l'année 2021. L'âge (plus ou moins de 16 ans) est calculé en fonction du 1<sup>er</sup> janvier 2021 (jusqu'en 2005, enfant < 16 ans ; à partir de 2004, enfant ≥ 16 ans).

## 6. Calcul des revenus du ménage et octroi de la catégorie MAF

Le SCA totalise les revenus par ménage et le revenu du ménage est classé dans une des 6 catégories (voir circ. O.A. n° 2022/17 du 13.01.2022 : max à facturer. Exercice 2022 et le document technique en annexe<sup>10</sup>). Le SCA transmet les résultats codés aux organismes assureurs. Les codes indiquent le plafond du ticket modérateur applicable au ménage. Ces informations suffisent à l'organisme assureur pour octroyer correctement le droit.

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

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

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

### 7.1. Transmission des données à l'organisme assureur

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

### 7.2. Quelles informations

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

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

Voici les différentes options :

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

## 8. Feed-back des organismes assureurs

### 8.1. Types de feed-back

L'organisme assureur qui gère un dossier où des données relatives aux revenus font défaut, informe le SCA de deux types de décision pour l'octroi du MAF. D'une part, le traitement des demandes pour lesquelles des informations relatives aux revenus du ménage font défaut (art. 21 de l'A.R. du 15.07.2002). Et d'autre part, l'O.A. informe également le SCA des cas dignes d'intérêt octroyés (art. 22 à 24 de l'A.R. du 15.07.2002, modifiés par les art. 3 et 4 de l'A.R. du 14.06.2022).

### 8.2. Quelles informations

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

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

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

L'O.A. détermine la catégorie MAF en demandant au(x) bénéficiaire(s) concerné(s) de compléter et de signer une déclaration sur l'honneur en mentionnant le revenu dont il(s) disposait/disposaient au cours de l'année de revenus utilisée. La déclaration sur l'honneur est conforme au modèle joint en annexe I de l'arrêté royal du 15 juillet 2002. Ces revenus sont additionnés à ceux communiqués par l'INAMI. La mutualité détermine la catégorie du ménage sur la base de la somme des revenus.<sup>11</sup>

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

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

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

L'O.A. doit pouvoir constater que le revenu du ménage concerné est inférieur à un des deux premiers plafonds de revenus visés à l'article 37<sup>undecies</sup>, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée.

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

11. Pour les ménages intermutualistes, la DSH doit être soumise à sa propre mutualité. Ces informations sont incluses dans le modèle de la DSH, en annexe à l'A.R. du 15.07.2002. Chaque membre du ménage soumet sa déclaration à sa propre mutualité et la mutualité du chef de ménage est chargée de collecter toutes les données.

### 8.3. Transmission des données de feed-back

Pour une année MAF, les organismes assureurs doivent transmettre, entre le 1<sup>er</sup> et le 31 janvier de cette même année MAF+2 et MAF+3, les fichiers de feed-back au SCA.

Le cas échéant, les O.A. transmettent 2 fichiers de feed-back distincts, un pour chaque type de décision.

Le contenu des fichiers de feed-back doit être conforme à la mise en page décrite dans le document technique "Exécution du maximum à facturer 2022 Flux O.A. <-> INAMI". Le document technique est joint en annexe à la présente circulaire.

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

## 9. Délai(s) de conservation des données

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

 **Remarque :** bien qu'un historique soit tenu à jour sur une période de 10 ans dans le cadre de l'utilisation de l'infrastructure «Caret», cela ne signifie pas que les données relatives à l'application du maximum à facturer puissent encore effectivement être utilisées sur toute la période : l'autorisation accordée par le comité sectoriel de l'autorité fédérale pour les échanges de données limite le délai de conservation à 6 ans. Ceci signifie que les données qui sont tenues à jour dans le cadre de l'historique de l'échange de données Caret ne peuvent donc effectivement être utilisées que pour ce délai.

## 10. Dispositions générales

La présente circulaire est applicable au processus MAF revenus pour l'année MAF 2022.

 Circulaire O.A. n° 2022/305 – 3998/58 du 17 août 2022.

## IV. Processus de demande de reconnaissance d'une pièce justificative dans le cadre de l'octroi d'une immunisation des périodes de séjour à l'étranger, en application de l'article 290, B, § 3, 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

### Introduction

L'article 290, B, § 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités a été modifié par l'arrêté royal du 20 juin 2007 (M.B. du 18.07.2007), insérant un deuxième alinéa relatif au séjour du/de la titulaire à l'étranger, pour lequel il convient de vérifier si une cotisation complémentaire est due pour l'ensemble de la période. La disposition concernée permet d'immuniser la période de séjour à l'étranger, à condition qu'il s'agisse d'une période non reprise dans l'article 290, A, 2, de l'arrêté précité et que la preuve du séjour à l'étranger soit apportée par le/la titulaire à l'aide de documents de preuve reconnus par le Service du contrôle administratif de l'INAMI.

La première partie de cette circulaire décrit les critères et les pièces justificatives pour la prolongation du droit aux soins de santé via une immunisation, par l'O.A. lui-même, des périodes à l'étranger. La deuxième partie traite des accords relatifs au processus au cours duquel l'O.A. demande à la Direction de données d'accessibilité du Service du contrôle administratif de l'INAMI s'il peut utiliser une pièce justificative donnée dans le cadre de l'octroi de l'immunisation d'une période à l'étranger en application de l'article 290, B, § 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Les dispositions contenues dans la présente circulaire s'appliquent aux immunisations d'un séjour à l'étranger d'un bénéficiaire, pour lequel, conformément à l'article 290 précité, la vérification du respect des conditions de cotisations pour l'année de référence doit être effectuée, dans l'hypothèse et selon les règles de prolongation du droit, et les immunisations pour lesquelles la vérification du respect des conditions de cotisations pour le stage doit être effectuée, selon les règles des conditions du stage.

## 1. Critères et pièces justificatives pour le traitement des dossiers d'immunisation par l'O.A.

Les O.A. trouveront ci-après la liste des critères et des documents que le SCA reconnaît actuellement comme moyens de preuve d'un séjour à l'étranger. Si l'O.A. dispose de ces moyens de preuve, il est en mesure de prendre lui-même une décision concernant la prolongation du droit aux soins de santé via une immunisation des périodes à l'étranger.

Pour les dossiers qui répondent aux critères énumérés ci-avant, les O.A. appliquent l'article 290, B, § 3, deuxième alinéa, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, tel que modifié par l'Arrêté Royal du 20 juin 2007. Les moyens de preuve en question sont conservés dans le dossier d'assurabilité du/ de la titulaire. Ils doivent être disponibles pour des contrôles à *posteriori*.

- a) Des documents délivrés par les instances du pays de séjour, comme l'ambassade, le ministère, les pouvoirs communaux, le département de l'intégration ou de l'immigration, etc., desquels ressort la durée de ce séjour, notamment :
  - un document ou une carte concernant l'assujettissement à la sécurité sociale du pays en question
  - un permis de travail
  - une carte de séjour permanent ou temporaire dans l'État de séjour
  - une attestation de détention délivrée par un établissement pénitentiaire
  - des extraits du Registre national dont il ressort que l'intéressé(e) a séjourné à l'étranger du ... au ...
- b) Des attestations délivrées par les établissements scolaires reconnus par l'État de séjour, et desquelles la reconnaissance ressort (enseignement secondaire, enseignement supérieur non universitaire et enseignement universitaire), sur lesquelles a été mentionnée la période au cours de laquelle l'enseignement a été suivi à l'étranger ;
- c) Les attestations délivrées par des fondations scientifiques dans le cadre d'une bourse en tant que chercheur et par des organisations non gouvernementales (Médecins Sans Frontières, UNICEF...);
- d) Un visa portant les mentions qui couvrent la période de séjour (les cachets doivent être suffisamment clairs) ;
- e) Une attestation d'assujettissement à la sécurité sociale délivrée par une institution de sécurité sociale de l'État de séjour, dont il ressort que le/la titulaire est assujetti(e) à au moins une des branches de la sécurité sociale et dont la période d'assujettissement et de séjour à l'étranger peut être déduite ;
- f) Des documents délivrés par l'employeur :
  - un contrat de travail
  - un certificat de travail ou une attestation d'embauche
  - des fiches salariales et/ou des fiches fiscales<sup>1</sup>.

Tous les autres cas qui ne sont pas énumérés aux points a) jusque f) ainsi que les cas pour lesquels les documents visés aux points a) à f) sont disponibles mais ne permettent pas de connaître avec précision la période de séjour doivent être soumis au SCA pour reconnaissance.

1. Suite à la possibilité de télétravail, les fiches salariales et/ou fiches fiscales ne suffisent jamais. Elles doivent toujours être combinées avec d'autres preuves.

## 2. Processus de demande de traitement de dossiers d'immunisation par la section "Gestion des données d'accessibilité administratives" du SCA

### a) Modalités de demande

La demande d'utilisation de l'immunisation dans le cadre de l'octroi d'une immunisation d'une période de séjour à l'étranger en application de l'article 290, B, § 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 doit toujours émaner de l'O.A. (union nationale). L'union nationale peut ainsi jouer son rôle de coordinatrice et filtrer les éventuelles demandes superflues. Si une demande est adressée par une mutualité, elle sera refusée et la mutualité sera invitée à introduire la demande via son union nationale.



Il est préférable d'introduire la demande par courriel, à envoyer à l'adresse de courrier électronique de la Direction des données d'accessibilité ([sca-access@riziv-inami.fgov.be](mailto:sca-access@riziv-inami.fgov.be)). L'objet du courriel sera formulé comme suit : "Demande pièce justificative immunisation (art. 290, B, § 3)" suivi de "l'identité de l'assuré(e) social(e)" (prénom puis nom de famille) et de son numéro NISS et finalement suivi du code "RECON".

### b) Conditions de recevabilité

#### • Introduction

Cette partie de la circulaire est destinée à préciser quelles demandes doivent être effectuées dans le cadre du processus d'acceptation d'une pièce justificative pour l'octroi de l'immunisation d'une période de séjour à l'étranger, en application de l'article 290, B, § 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, et lesquelles relèvent d'une assimilation d'une période à l'étranger en application de l'article 290, A, 2, 11°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Elle traite également des éléments que l'O.A. doit indiquer dans sa demande d'immunisation adressée à la section Données d'accessibilité administrative du SCA.

#### • Assimilation

S'il est possible d'assimiler une période à l'étranger selon l'article 290, A, et plus particulièrement selon l'article 290, A, 11°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, l'assimilation a priorité sur l'immunisation en application de l'article 290, B, § 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Le traitement d'une demande d'acceptation d'une pièce justificative pour l'octroi d'une immunisation d'une période de séjour à l'étranger visée par l'article 290, A, 11°, ne relève pas de notre compétence. En effet, est visée par l'article 290, A, 11° de l'arrêté royal précité, la période pendant laquelle existait le droit aux interventions pour soins de santé à charge des pouvoirs publics belges en dehors des régimes d'assurance obligatoire, ou pendant laquelle le droit aux interventions existait en application d'un régime d'assurance obligatoire d'un pays étranger avec lequel une convention de sécurité sociale est intervenue ou en vertu d'un régime d'assurance obligatoire organisé par un des pays de l'Espace Economique Européen ou en vertu du statut d'une institution de droit international ou européen, établie en Belgique ou dans laquelle le/la titulaire était occupé(e) en Belgique.

Il incombe à l'O.A. de commencer par demander un document prévu par le règlement européen 883/2004 et 987/2009 ou un document équivalent dans le cadre des conventions bilatérales (par exemple un document E104) afin d'assimiler la période. Le Service rappelle que la Direction des relations internationales du Service des soins de santé peut éventuellement aider l'O.A. à obtenir ce document "E".

Suite à la migration vers l'EESSI<sup>2</sup>, les formulaires E104 ne peuvent en principe plus être délivrés en vertu des Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale. L'échange de données sur les périodes d'assurance, en ce qui concerne l'assurance obligatoire pour soins médicaux, s'effectue actuellement via un SED S041<sup>3</sup> : les périodes d'assurance mentionnées aux sections 4.1 (assurance), 4.2 (activités), 4.3 (indépendants) et 4.4 (résidence) du SED S041 doivent être assimilées à des périodes au sens de l'article 290, A.2, 11°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Le formulaire "104"<sup>4</sup> (ou formulaire équivalent) est le formulaire utilisé pour demander les périodes d'assurance dans le cadre des conventions bilatérales sur la sécurité sociale, notamment pour l'assurance obligatoire soins de santé, en vue de la totalisation des périodes. Les périodes prévues dans le formulaire "104" ne doivent pas être immunisées mais assimilées en vertu de l'article 290, A, 2, 11°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. L'assurabilité dans le cadre de l'assurance soins de santé est déterminée par les législations nationales des États membres si bien qu'il n'existe aucune uniformité entre les États membres. C'est ce qui justifie par conséquent dans la rubrique 6 et 7 du formulaire "104" qui doivent être lues conjointement avec la rubrique 5 :

- dans la rubrique 5, il est confirmé qu'une personne était assurée pour l'assurance maladie (coûts) pendant certaines périodes sur la base de :
  - l'assurance ou l'emploi (par ex., l'assurance maladie comme en Belgique, en Allemagne, aux Pays-Bas, ...) comme indiqué dans la rubrique 6, ou
  - résidence (par ex., Royaume-Uni, Irlande, Danemark, ...) comme indiqué dans la rubrique 7. Les "périodes de résidence" dans la rubrique 7 doivent être comprises comme "assuré pour maladie à la charge d'un État membre dont la législation pour le droit aux prestations médicales n'impose aucune condition d'assurance ou d'emploi..." (par ex., Royaume-Uni).

En d'autres termes, les périodes mentionnées dans la rubrique 6 (assurance/emploi) et 7 (résidence) du formulaire "104" doivent obligatoirement être assimilées aux périodes au sens de l'article 290, A, 2, 11°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Si l'assuré a respecté ses propres obligations pendant son séjour à l'étranger pouvant être visé par l'article 290, A, 2, 11°, il devrait néanmoins pouvoir avoir droit à l'immunisation pour la période de résidence en question si la mutualité est dans l'impossibilité de se procurer la pièce justificative prévue dans le règlement européen ou les conventions bilatérales (et par conséquent si les pièces et documents requis font défaut pour autoriser l'assimilation sur la base de l'art. 290, A, 2, 11°).

Pour obtenir les pièces et documents requis, la mutualité demande les informations nécessaires auprès de l'administration compétente/de l'organe de liaison de l'autre pays contractant.

En concertation avec la Direction Relations internationales du Service des soins de santé (RIR), la procédure suivante a été prévue : si l'O.A. ne peut pas obtenir le formulaire pour des assurés qui, théoriquement, peuvent prétendre à une assimilation de la période visée à l'étranger, en vertu de la disposition de l'article 290, A, 11°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, celui-ci peut introduire une demande auprès de RIR pour autant que l'O.A. ait effectué les démarches nécessaires auprès de l'administration compétente de l'organe de liaison de l'autre pays afin d'obtenir le document SED S041 ou formulaire "104" requis ou d'un document équivalent.

Si RIR après plusieurs tentatives ne peut pas obtenir le formulaire/document, la demande sera envoyée au SCA par RIR.

2. Electronic Exchange of Social Security Information (IT-systeem), voy. art. 4, § 2, du Règlement (CE) 987/2004.

3. Le SED S041 n'est pas délivré/remis à l'assuré lui-même, mais est échangé par voie électronique entre les institutions compétentes (institutions d'assurance), et est la réponse à une demande faite par le SED S040.

4. Par.ex. le BE-BIH.104 / BIH-BE.104, BE-SRB.104 / SRB-BE.104, BE-TN.104 / TN-BE.104, ...

**Remarques :**

**L'Allemagne et la Suisse** : Une personne qui, aux termes de la législation allemande, est "privat krankenversichert" (obligation légale) ou qui est affiliée en Suisse chez un assureur de maladie "non agréé" dans le cadre des Règlements (CE) 883/2004 et 987/2004, est totalement en règle avec ses obligations découlant de l'assujettissement aux législations respectives allemandes ou suisses mais elle ne pourra pas obtenir le document SED S041 et donc une assimilation au sens de l'article 290, A, 2, 11°, n'est pas possible. Motif : l'Allemagne et la Suisse ont décidé que ces assurés ne tombent pas sous le champ d'application du chapitre "assurance maladie" des règlements. Par conséquent, ces assurés seront immunisés en vertu de la réglementation belge (cf. annexe 2)<sup>5</sup>.

**Les Pays-Bas** : Une personne qui était assurée aux Pays-Bas pour les soins de santé en vertu des Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 mais qui n'a pas souscrit (dans les délais) une assurance soins de santé auprès d'un assureur néerlandais, ne peut pas demander une immunisation au sens de l'article 290B, § 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 de la ou des périodes d'assurance pour lesquelles aucun SED S041 ne peut être délivré en raison de la souscription tardive d'une assurance soins de santé.

**Le Québec** (*solution temporaire* en attendant le résultat des discussions/négociations avec la RAMQ) : En concertation avec la Direction relations internationales (RIR) et le Service juridique des soins de santé (Jur\_Reg), il n'est pas nécessaire d'introduire une demande *de formulaire QUE-BE104 à la RAMQ* à condition que l'O.A. ait la certitude que la personne n'est pas résidente permanente au Québec. Le droit au régime d'assurance maladie-invalidité du Québec est basé strictement sur la notion de "résidence". La RAMQ ne délivre les formulaires QUE-BE104 qu'aux personnes qui ont une résidence permanente même si celles-ci ont pu s'inscrire à la RAMQ.

Pour rappel, afin de simplifier les démarches administratives, l'organisme assureur n'est pas obligé d'introduire une demande de reconnaissance de pièces justificatives pour un séjour au Québec pour autant que les pièces justificatives soient reprises dans la circulaire et soient suffisantes pour prouver le séjour à l'étranger.

**Immunisation des périodes sous le contrat V.I.E (volontariat international en entreprise)** : En concertation avec la Direction relations internationales du Service des soins de santé (RIR), il a été décidé qu'une immunisation de la période sous le statut V.I.E. peut être accordée sur la base de l'article 290, B, § 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Une immunisation n'est évidemment possible que si la personne en question ne réside PAS en Belgique. Une personne qui vient travailler en Belgique via une organisation en France sous le statut V.I.E. ne peut donc PAS être immunisée pour cette période si il ou elle réside aussi en Belgique pendant cette période.

- *Consignes pour la composition du dossier de demande*

Une demande d'acceptation d'une pièce justificative pour l'octroi d'une immunisation d'une période de séjour à l'étranger, demande adressée à la section données d'accessibilité administrative de la Direction de données d'accessibilité doit être accompagnée :

- 1<sup>er</sup>. d'une déclaration sur l'honneur dont le modèle est annexé à la présente circulaire (annexe 1),
- 2<sup>e</sup>. d'un aperçu de la situation de l'intéressé(e) en matière d'assurabilité pour une période de deux années précédant la période à immuniser jusqu'à la date de la demande.

c) Modalités de réponse



La réponse à la question de savoir si le moyen de preuve peut être utilisé pour l'octroi d'une immunisation sera envoyée à l'O.A. via l'adresse de courrier électronique de SCA-acces ([sca-acces@riziv-inami.fgov.be](mailto:sca-acces@riziv-inami.fgov.be)).

Le Service s'efforce de traiter les demandes et d'y répondre dans un délai de 2 mois.

### 3. Entrée en vigueur

Cette circulaire remplace la circulaire O.A. 2019/206 – 271/71<sup>6</sup> du 3 juillet 2019. Elle est applicable dès sa publication.



Circulaire O.A. n° 2022/319 – 271/76 du 2 septembre 2022.

## V. Transmission des effectifs

### 1. Introduction

- 1.1. L'attention des organismes assureurs (O.A.) est attirée sur le fait qu'à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2023, seuls les nouveaux fichiers des effectifs seront encore utilisés.  
Cela implique qu'à partir du second semestre 2022, les effectifs devront être transmis à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) selon les modalités énumérées ci-après et conformément au **dessin d'enregistrement joint en annexe**.
- 1.2. Les effectifs sont établis **deux fois par an**, les 30 juin et 31 décembre. Ils doivent être transmis à l'INAMI, au plus tard le dernier jour du deuxième mois qui suit les dates précitées, via FTP (File transfert protocol). **Ces effectifs doivent refléter la situation telle que connue le dernier jour du semestre concerné**.
- 1.3. Dans le fichier doivent figurer tant les titulaires que les personnes à charge. Comme prévu dans le dessin d'enregistrement, ils doivent être désignés par un numéro unique attribué par les O.A., rendant anonyme le Numéro d'identification de la sécurité sociale. Le Service du contrôle administratif (SCA) peut néanmoins demander ce Numéro d'identification de la sécurité sociale à des fins de contrôle.

Si le SCA souhaite procéder à des contrôles systématiques et ciblés, un fichier sera envoyé aux O.A. où il leur sera demandé d'y inscrire, en regard des enregistrements mentionnés, l'identité des bénéficiaires (n° NISS, nom et prénom). Le délai de réponse est fixé à 14 jours après la date de réception du fichier.

Les données transmises sont archivées par les O.A., et sont conservées jusqu'à la fin d'une période de cinq mois qui suit le semestre à partir duquel les données concernant les effectifs ont été établies.

- 1.4. Dès réception, ces fichiers seront soumis à une série de contrôles tels que décrits dans le dessin d'enregistrement joint.
- 1.5. Les rejets sont envoyés par l'INAMI aux O.A. Les données nécessitant des corrections y sont indiquées sous la forme d'un fichier texte séquentiel. La signification des codes d'erreurs se trouve en annexe de cette circulaire.
- 1.6. Les O.A. sont tenus, après l'envoi d'un fichier de rejets par l'INAMI, de renvoyer, dans **un délai de deux semaines** (après réception), le fichier complet avec les enregistrements corrigés. **Lors de l'établissement du fichier rectificatif, les O.A. sont tenus de se baser sur la situation telle que connue le dernier jour du semestre concerné, visé dans le point 1.2 de cette circulaire.**

Le SCA de l'INAMI n'accepte en principe qu'un seul fichier rectificatif ; sauf quand l'organisme assureur peut démontrer qu'un 2<sup>e</sup> fichier rectificatif est justifié. Dans une telle situation, il est attendu de la part des O.A. qu'ils demandent l'accord préalable du SCA. Il est à souligner que les enregistrements non corrigés ne sont pas retenus pour les statistiques, ce qui aura une incidence sur le calcul de la partie variable des frais d'administration.

- 1.7. Les corrections transmises après l'échéance de la période précitée et non dûment justifiées par écrit ne seront pas acceptées, sauf en cas de graves problèmes techniques. Dans de pareilles circonstances, le Fonctionnaire dirigeant du SCA peut accorder une prolongation de la période.

## 2. Quelques directives pratiques à l'attention des O.A.

### 2.1. Liste de combinaisons valables

Une liste des combinaisons valables a été établie. Cette liste n'est bien sûr pas limitative et sera adaptée si nécessaire. Cette liste se trouve en annexe<sup>1</sup> de cette circulaire.

Si un nouveau code CT1/CT2 est utilisé, il est soumis à l'approbation du groupe de travail "Assurabilité". Si elle est approuvée, cette combinaison sera ajoutée à la liste. Une combinaison valable se compose des champs suivants : code CT1, code CT2, état social, revenus et droit personnel.

Quand les O.A. utiliseront à l'avenir de nouveaux codes titulaires 1 et 2, ils sont priés d'en informer le SCA le plus rapidement possible ainsi que du code "état social" qui sera utilisé avec le nouveau code, afin que ce code puisse être discuté au sein du Groupe de travail "Assurabilité" avant la fin du semestre. Ainsi, l'INAMI pourra réagir plus rapidement et réduire le nombre d'enregistrements indûment rejetés.

 Les adaptations de la liste "Combinaisons valables" seront communiquées aux O.A. par une version actualisée qui sera publiée sur le site web de l'INAMI [www.inami.fgov.be](http://www.inami.fgov.be) (rubriques circ. aux O.A. – SCA – effectifs).

### 2.2. Liste des codes INS valables

La liste de codes INS est utilisée telle qu'elle a été établie par le Registre national. Ces codes indiquent le domicile de l'intéressé.

En cas de différence entre les codes INS de l'organisme assureur et ceux du Registre national, il est proposé de contrôler si le code INS du domicile a vraiment été sélectionné dans le Registre national. Tous les enregistrements ayant un code INS non valable seront refusés ainsi que les enregistrements ayant un code INS 9990 (décédé). Les adaptations de la liste de codes INS seront communiquées aux O.A. Le fichier de référence avec les codes communaux INS (domicile en Belgique) et les codes nationaux (domicile à l'étranger) utilisés lors du contrôle par l'INAMI, se trouve en annexe<sup>2</sup> de cette circulaire.

Le 1<sup>er</sup> janvier 2019, un certain nombre de communes ont fusionné. Par conséquent, il y a de nouveaux codes INS, qui sont entrés en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019. La question suivante a été posée au service : quels codes INS les O.A. doivent utiliser lors de l'élaboration des données des effectifs pour le S2 2018 : les anciens ou les nouveaux ?

Afin que les O.A. puissent respecter la date limite pour la transmission du fichier 2018S2, il a été accepté que soient utilisés aussi bien les codes INS de la liste valable jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2019, que les codes INS de la liste valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019.

À partir du fichier des effectifs 2019S1, seuls les nouveaux codes INS seront acceptés. Si les anciens codes figurent encore dans le fichier 2019S1, cela mènera à un nombre relativement élevé d'anomalies, et par conséquent, à une demande de la part de l'INAMI d'un nouveau fichier corrigé.

Les codes INS se trouvent en annexe<sup>3</sup>.

1. Non publiée ici.  
2. Non publiée ici.  
3. Non publiée ici.

## 2.3. Travailleurs frontaliers

Seuls les bénéficiaires dont les dépenses soins de santé sont prises en charge par l'assurance soins de santé belge peuvent figurer dans les fichiers des effectifs.

Cela implique que les travailleurs frontaliers occupés en Belgique et résidant à l'étranger doivent figurer dans les fichiers des effectifs. Ils sont assujettis à la sécurité sociale belge et peuvent donc bénéficier de l'assurance soins de santé belge.

Les prestations de soins de santé dont ils bénéficient dans leur pays de résidence sont bien sûr remboursées aux intéressés par la mutualité étrangère ou l'organisme étranger compétent. Toutefois, le coût des prestations de soins de santé remboursées est ensuite remboursé à la mutualité étrangère ou l'organisme étranger compétent par la mutualité belge, ce qui signifie que les prestations de soins de santé sont prises en charge par l'assurance soins de santé belge. Il est donc normal que les intéressés figurent dans les fichiers des effectifs.

Les travailleurs résidant en Belgique mais occupés à l'étranger ne peuvent pas figurer dans les fichiers des effectifs parce qu'ils obtiennent le remboursement de leurs prestations de santé par la mutualité étrangère ou l'organisme étranger compétent en tant qu'assurés sociaux étrangers.

Bien sûr, la mutualité belge remboursera aux intéressés les prestations de santé dispensées en Belgique mais celles-ci seront en fin de compte prises en charge par la mutualité étrangère ou l'organisme étranger compétent.

## 2.4. Pensionnés, veuves et veufs belges résidant à l'étranger

Quand des pensionnés, des veuves ou des veufs bénéficiant d'une pension de retraite ou de survie belge et résidant à l'étranger peuvent-ils figurer dans les fichiers des effectifs ?

Il faut faire en l'occurrence une distinction entre les pays de l'Espace Économique Européen, y compris les pays avec lesquels la Belgique a conclu une convention en matière de soins de santé, et les autres pays.

### 2.4.1. PAYS DE L'ESPACE ÉCONOMIQUE EUROPÉEN ET PAYS AVEC LESQUELS LA BELGIQUE A CONCLU UNE CONVENTION EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ

Si les intéressés sont considérés comme à charge de l'assurance soins de santé belge, ils doivent figurer dans les fichiers des effectifs. Il peut s'agir, par exemple, d'une personne qui bénéficie exclusivement d'une pension belge ou d'une personne qui, outre une pension belge, perçoit également une pension d'un pays autre que le pays où elle réside.

Dans ce cas également, les prestations de soins de santé sont remboursées aux assurés sociaux par la mutualité du pays de résidence qui ensuite récupérera ces dépenses auprès de l'assurance soins de santé belge. Les intéressés doivent donc être considérés comme assurés sociaux belges et figurer dans les fichiers des effectifs.

Si les intéressés, outre la pension belge, perçoivent également une pension du pays où ils résident, ils ne peuvent être considérés comme assurés sociaux belges. Ils ne peuvent donc figurer dans les fichiers d'effectifs. A l'inverse, à leur retour en Belgique, ils acquièrent la qualité d'assurés sociaux belges et doivent être repris dans les fichiers des effectifs.

## 2.4.2. AUTRES PAYS

Les personnes qui bénéficient d'une pension belge et qui résident dans un autre pays qu'un état membre de l'EEE ou qu'un pays avec lequel la Belgique a conclu une convention en matière de soins de santé ne peuvent figurer dans les fichiers des effectifs.

Elles ne pourront être mentionnées comme assurés sociaux belges qu'à leur retour en Belgique.

## 2.5. Personnes qui résident en Belgique mais qui sont couvertes par une assurance soins de santé étrangère

Les personnes qui résident dans notre pays et qui sont à charge d'une assurance soins de santé étrangère ne peuvent figurer dans les fichiers des effectifs.

Même si leurs prestations de soins de santé sont remboursées par une mutualité belge, cette mutualité récupérera dans ce cas les dépenses pour soins de santé auprès de la mutualité étrangère ou de l'organisme étranger compétent : les intéressés ne peuvent donc pas être considérés comme des bénéficiaires de notre régime d'assurance et ne peuvent donc nullement être comptabilisés dans les relevés d'effectifs.

Cela vaut également pour les bénéficiaires qui peuvent prétendre, en Belgique, au remboursement de prestations de soins de santé conformément au Règlement européen ou en application de traités internationaux.

## 2.6. Diplomates et personnes assimilées

Le personnel des missions diplomatiques et consulaires accrédité en Belgique (les titulaires d'une carte spéciale d'identité délivrée par la direction du Protocole du SPF Affaires étrangères) ne peut plus, à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2013, être inscrit en qualité de personne inscrite au Registre national, et ceux qui étaient inscrits dans cette qualité ont perdu ce droit à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014. Ils ne peuvent donc plus figurer dans le fichier des effectifs.

## 2.7. Époux/épouse et cohabitant(e) à charge d'un même titulaire

La règle générale est qu'un titulaire ne peut avoir comme personne à charge qu'une épouse ou qu'une personne cohabitante. Il a cependant été constaté par le passé que certains titulaires en apparence figuraient dans les fichiers avec plus d'une épouse ou personne cohabitante.

Il s'agit donc d'une situation, où ces personnes ne sont plus époux/épouse ou cohabitant(e) personne à charge, mais qui conservent leurs droits en tant que ex-personne à charge et cela à titre personnel, pendant la période réglementaire prévue.

## 2.8. Époux/épouses de travailleurs indépendants

Les époux/épouses de travailleurs indépendants peuvent avoir une des trois qualités suivantes :

- personne à charge : elles figurent alors dans les effectifs en qualité de personnes à charge
- mini-statut : les intéressé(e)s sont personnes à charge dans le cadre de l'assurance soins de santé et titulaires dans le cadre de l'assurance indemnités. Elles sont mentionnées sous le code 08 dans le champ "état social" et sous le code 2 dans le champ "titulaire ou personne à charge". Un bon de cotisation est délivré aux intéressé(e)s sous le code 14

- maxi-statut : il s'agit des titulaires tant dans le cadre de l'assurance soins de santé que dans le cadre de l'assurance indemnités. Elles sont mentionnées comme titulaires dans les fichiers des effectifs sous le code 08 dans le champ "état social" et sous le code 1 dans le champ "titulaire ou personne à charge". Elles reçoivent des bons sous le code 18.

## 2.9. Personnes à charge

Dans notre régime d'assurance soins de santé, les personnes qui perdent la qualité de personne à charge, peuvent maintenir leur droit jusqu'au 31 décembre de l'année suivant celle au cours de laquelle elles ont perdu ladite qualité, sous les conditions de l'article 127 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Les personnes, qui se trouvent dans la situation de maintien de droit, visée à l'article 127 précité, sont reprises dans les fichiers des effectifs avec les codes qu'ils avaient comme personne à charge.

Les enfants de moins de 25 ans, qui ont la qualité de personne à charge conformément à l'article 123, 3. de l'arrêté précité du 3 juillet 1996, peuvent maintenir leur droit jusqu'à la fin de l'année qui suit celle au cours de laquelle ils ont atteint l'âge de 25 ans, sous les conditions de l'article 127 précité.

Étant donné qu'au niveau statistique on procède par tranches d'âge de cinq ans, seuls les enfants qui n'ont pas atteint l'âge de 30 ans sont acceptés dans les fichiers des effectifs.

## 2.10. Enregistrement des membres du personnel des services publics mis en disponibilité

Comme stipulé dans l'arrêté royal (A.R.) du 1<sup>er</sup> avril 2007, les membres du personnel des services publics mis en disponibilité pour cause de maladie ou d'infirmité sont assimilés aux titulaires visés dans l'article 93 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 moyennant présentation d'une attestation délivrée par l'autorité dont le membre du personnel relève et constatant que la période de mise en disponibilité atteint un an.

Ces personnes doivent figurer comme suit dans les fichiers des effectifs : CT1/CT2 = 111/111 avec un état social 3.

## 2.11. Intégration des petits risques dans le régime des indépendants (2008)

L'actuelle circulaire apporte en outre les changements nécessaires, suite à l'intégration des petits risques dans l'assurance soins de santé des indépendants.

Cette intégration, mise en place par l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> juillet 2008 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire en soins de santé et indemnités, a pour conséquence que les personnes autrefois assurées dans l'assurance obligatoire soins de santé ont désormais droit à un régime global d'assurance soins de santé, commun avec les personnes auparavant assurées dans le régime général. Ce régime unifié de l'assurance soins de santé donne aux personnes autrefois assurées dans le régime des indépendants la même couverture de risques que tous les autres assurés (donc tant les gros que les petits risques).

Ce changement a aussi pour conséquence qu'un certain nombre de situations particulières ne peuvent plus se produire depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 : ainsi, par exemple, le régime spécifique qui était prévu lors du passage d'un régime vers un autre (ce régime spécifique prévoyait une répercussion sur le droit aux interventions majorées) ; en outre, dans la réglementation modifiée, il n'a pas été prévu plus longtemps que les pensionnés avec une carrière de moins d'un tiers, et les veuves et veufs avec une pension de survie de moins d'un tiers d'une carrière complète, soient redevables d'une cotisation personnelle. Les implications de ces changements susmentionnés ont été intégrés dans la présente circulaire.

Lors de l'adaptation de cette circulaire, les accords précédents repris dans la circulaire 2007/436<sup>4</sup> – 220/21, du 26 novembre 2007, ont également été pris en considération : dans cette publication a été repris entre autres l'accord selon lequel le code titulaire 2 pour un indépendant à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008 est toujours provisoirement égal à 460 ou 461.

## 2.12. Réforme de l'intervention majorée (2014)

Suite à la réforme de l'intervention majorée entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2014 (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), le statut OMNIO a disparu et l'intervention majorée peut être obtenue de deux manières :

- soit automatiquement, sur la base d'un avantage social dont l'assuré bénéficie (par exemple : le revenu d'intégration sociale), ou sur la base d'une situation dont il se retrouve (par exemple : un enfant gravement handicapé)
- après une enquête sur les revenus effectuée par la mutualité.

Cela implique que la référence au statut OMNIO dans les données relatives aux effectifs est devenue superflue et a été supprimée.

Dans le prolongement de cette réforme, il a également été prévu que l'information concernant l'intervention majorée (qui ressort du chiffre "1" en dernière position du champ du code bénéficiaire) est complétée par une information de base précisant si l'intervention majorée repose soit sur des conditions de revenus, soit sur des avantages sociaux ou des situations sociales.

## 2.13. Intégration des pensionnés OSSOM, des conjoints survivants OSSOM, et des orphelins OSSOM dans l'assurance obligatoire des soins de santé

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, les personnes suivantes ont droit aux remboursements de prestations de soins de santé à charge du régime belge de l'assurance obligatoire soins de santé, et elles doivent s'affilier à une mutualité belge pour le remboursement de ces prestations.

- Les personnes qui bénéficiaient du régime de l'assurance soins de santé différé de la sécurité sociale d'outre-mer, ainsi que les personnes bénéficiant des prestations de soins de santé prévues pour les employés du Congo Belge et du Rwanda-Burundi, et qui résident dans l'Espace économique européen ou en Suisse
- Les conjoints survivants et les orphelins, qui résident dans l'Espace économique européen ou en Suisse.

Ces personnes ont le droit conformément aux conditions et tarifs de l'AMI (cf. circ. O.A. 2019/168 du Service des soins de santé)<sup>5</sup>.

4. Non publiée au B.I.

5. Les personnes qui ont la qualité de titulaire visé à l'art. 32, 1<sup>er</sup> al., 11<sup>quinq</sup>ies de la loi coordonnée, sur la base de l'attestation de la sécurité sociale d'outre-mer de l'ONSS, sont repris avec les codes qualité utilisés pour les pensionnés du Régime général. Les conjoints survivants de ces personnes, sont repris également avec les codes qualité pour les pensionnés. Les orphelins de ces personnes sont repris avec les codes qualité d'orphelin du régime général.

## 2.14. Précisions sur l'encodage de date de début et de fin d'assurabilité

### 2.14.1. DATE DE DÉBUT D'ASSURABILITÉ

Le champ "Date de début des droits réels d'assurabilité" concerne *le premier jour des droits réels et actuels d'assurabilité* de l'assuré social. Concrètement, il s'agit de la date la plus récente où l'un de ces changements est intervenu :

- un assuré social s'est inscrit comme titulaire pour la première fois
- un assuré social s'est réinscrit comme titulaire
- un titulaire a changé de qualité de titulaire
- un titulaire est devenu personne à charge
- une personne à charge a changé de titulaire
- une personne à charge est devenue titulaire
- le titulaire d'une personne à charge a changé de qualité
- un assuré social est devenu non-assuré, suite à une perte de droit
- un assuré social a muté
- un assuré social a obtenu son droit à l'intervention majorée
- un assuré social a perdu son droit à l'intervention majorée.

En vertu d'un accord antérieur, la date ne peut être *antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 1998*. Si une date antérieure est connue, l'O.A. est tenu d'indiquer le 1<sup>er</sup> janvier 1998 dans les effectifs.

La date de début d'assurabilité ne peut être postérieure à la date de référence du fichier des effectifs (ex : la date ne peut être le 01.01.2023 dans le fichier renseignant la situation au 31.12.2022).

### 2.14.2. DATE DE FIN D'ASSURABILITÉ

La date de fin des droits réels d'assurabilité mentionne la date à laquelle les droits d'assurabilité d'un assuré social prennent fin et doivent être prolongés. Dans la plupart des cas, cette date doit être le 31 décembre de l'année en cours.

Toutefois, si une autre date est connue, telle que la veille de la date de la pension, ou la dernière date d'une période d'incapacité de travail, il convient de mentionner cette date-ci.

Concernant les *non-assurés* (CT1/CT2 = 0), il convient de n'indiquer aucune date, et donc des valeurs vides.

## 2.15. Intégration des détenus dans l'ASSI

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023, la population des détenus a droit à l'assurance soins de santé et indemnités. Par conséquent, elle doit être reprise dans les relevés d'effectifs. Il en va de même pour les détenus repris sous la qualité 24°, et inscrits d'office à la CAAMI.

Dans le cas d'un détenu non-assuré (pas en ordre de cotisations) ou non-assurable (qualité 24°), le champ cb1/cb2 devra contenir 100/100 ou 101/101. La date de début d'assurabilité devra être le 1<sup>er</sup> janvier 2023 ou la date d'incarcération si celle-ci est après le 1<sup>er</sup> janvier 2023.

Les détenus sont de plus identifiés via l'ajout de nouvelles valeurs dans les champs "Code cotisation résident" et "Information complémentaire".

### 3. Annexes

 Le formulaire d'enregistrement et la description, ainsi que toutes les annexes auxquelles il est fait référence dans cette circulaire, figurent sur le site web de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité - [www.inami.fgov.be](http://www.inami.fgov.be) (rubriques circ. aux O.A. – Service du contrôle administratif – effectifs).

### 4. Entrée en vigueur

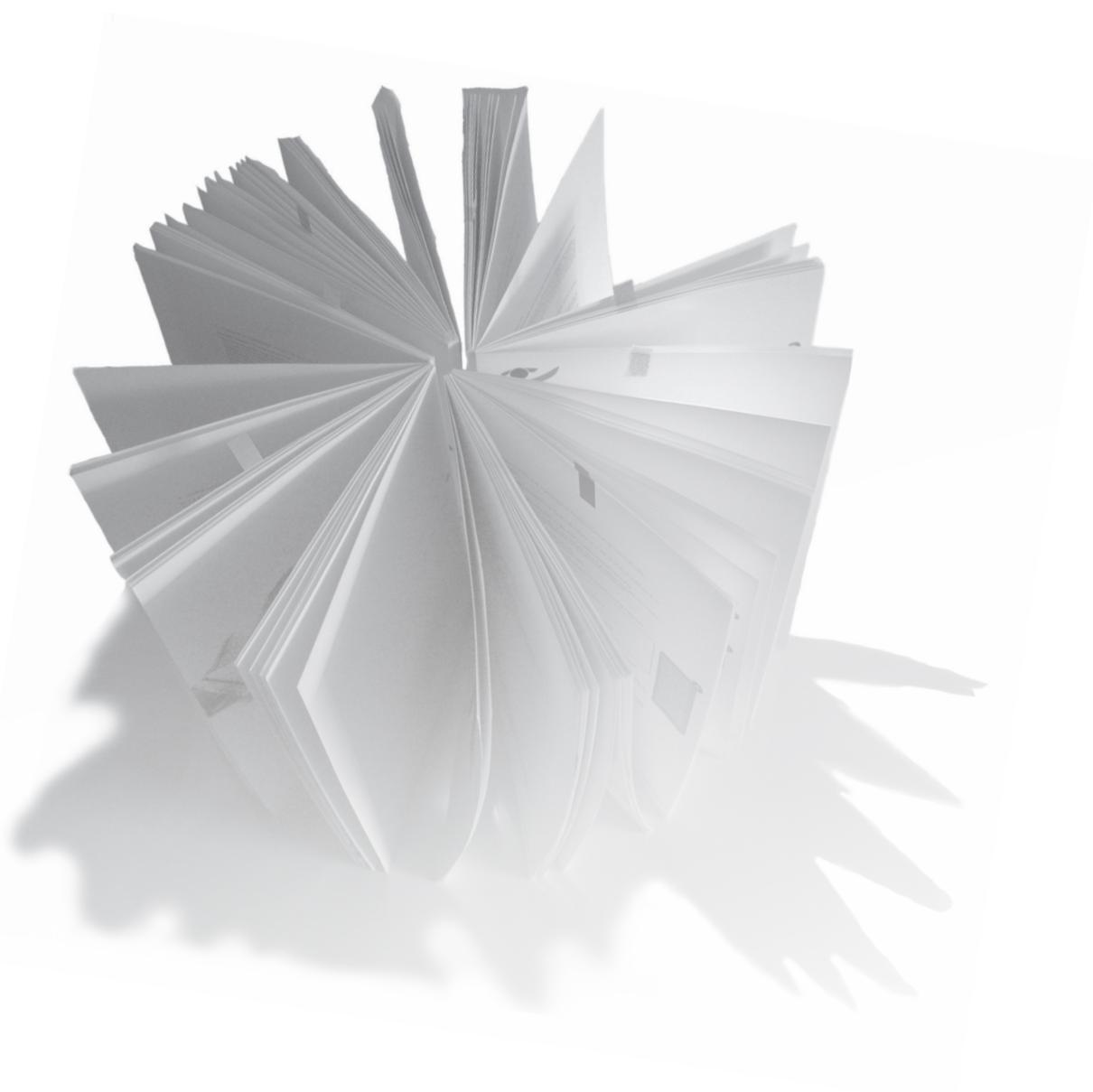
La présente circulaire annule et remplace la circulaire n° 2022/146<sup>6</sup> du 5 mai 2022.

 Circulaire O.A. n° 2022/321 – 62/1450, 63/1431 et 64/42 du 9 septembre 2022.



# 5<sup>e</sup> Partie

## Données de base



## I. Personnes à charge - Plafond trimestriel de revenus

En vigueur à partir du 1<sup>er</sup> août 2022.

En vertu de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 en exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (art. 124, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, al. 1, modifié par l'art. 2 de l'A.R. du 29.12.1997 (M.B. 31.12.1997, éd.2)), ne peut plus être considérée comme personne à charge au sens de l'article 32 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, la personne qui dispose d'un revenu, pension, rente, allocation ou indemnité, pour autant que le montant global brut soit **SUPÉRIEUR** à un montant par trimestre.

Le montant par trimestre civil est calculé au départ du montant de 1.762,82 EUR à l'indice-pivot 103,14 (base 1996).

Il est adapté aux fluctuations de l'indice des prix comme prévu dans la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du Trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

Cela donne pour le *secteur public* comme pour le *secteur privé* :

*1<sup>er</sup> mai 2011 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 12 = 2.235,68 EUR

*1<sup>er</sup> février 2012 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 13 = 2.280,40 EUR

*1<sup>er</sup> décembre 2012 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 14 = 2.326,00 EUR

*1<sup>er</sup> juillet 2015 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 15 = 2.372,52 EUR

*1<sup>er</sup> juin 2016 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 16 = 2.419,97 EUR

*1<sup>er</sup> juin 2017 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 17 = 2.468,37 EUR

*1<sup>er</sup> septembre 2018 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 18 = 2.517,74 EUR

*1<sup>er</sup> mars 2020 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 19 = 2.568,10 EUR

*1<sup>er</sup> septembre 2021 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 20 = 2.619,46 EUR

*1<sup>er</sup> janvier 2022 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 21 = 2.671,85 EUR

*1<sup>er</sup> mars 2022 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 22 = 2.725,28 EUR

*1<sup>er</sup> mai 2022 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 23 = 2.779,79 EUR

***1<sup>er</sup> août 2022 indexation*****1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 24 = 2.835,39 EUR**

Valeurs par trimestre		
1 <sup>er</sup> trimestre 2009	2.148,87 <sup>3</sup> /3	2.148,87 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2009	2.148,87 <sup>3</sup> /3	2.148,87 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2009	2.148,87 <sup>3</sup> /3	2.148,87 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2009	2.148,87 <sup>3</sup> /3	2.148,87 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2010	2.148,87 <sup>3</sup> /3	2.148,87 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2010	2.148,87 <sup>3</sup> /3	2.148,87 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2010	2.148,87 <sup>2</sup> /3+2.191,85 <sup>1</sup> /3	2.163,20 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2010	2.191,85 <sup>3</sup> /3	2.191,85 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2011	2.191,85 <sup>3</sup> /3	2.191,85 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2011	2.191,85 <sup>1</sup> /3+2.235,68 <sup>2</sup> /3	2.221,07 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2011	2.235,68 <sup>3</sup> /3	2.235,68 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2011	2.235,68 <sup>3</sup> /3	2.235,68 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2012	2.235,68 <sup>1</sup> /3+2.280,40 <sup>2</sup> /3	2.265,49 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2012	2.280,40 <sup>3</sup> /3	2.280,40 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2012	2.280,40 <sup>3</sup> /3	2.280,40 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2012	2.280,40 <sup>2</sup> /3+2.326,00 <sup>1</sup> /3	2.295,60 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2013	2.326,00 <sup>3</sup> /3	2.326,00 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2013	2.326,00 <sup>3</sup> /3	2.326,00 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2013	2.326,00 <sup>3</sup> /3	2.326,00 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2013	2.326,00 <sup>3</sup> /3	2.326,00 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2014	2.326,00 <sup>3</sup> /3	2.326,00 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2014	2.326,00 <sup>3</sup> /3	2.326,00 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2014	2.326,00 <sup>3</sup> /3	2.326,00 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2014	2.326,00 <sup>3</sup> /3	2.326,00 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2015	2.326,00 <sup>3</sup> /3	2.326,00 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2015	2.326,00 <sup>3</sup> /3	2.326,00 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2015	2.372,52 <sup>3</sup> /3	2.372,52 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2015	2.372,52 <sup>3</sup> /3	2.372,52 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2016	2.372,52 <sup>3</sup> /3	2.372,52 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2016	2.372,52 <sup>2</sup> /3+2.419,97 <sup>1</sup> /3	2.388,34 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2016	2.419,97 <sup>3</sup> /3	2.419,97 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2016	2.419,97 <sup>3</sup> /3	2.419,97 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2017	2.419,97 <sup>3</sup> /3	2.419,97 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2017	2.419,97 <sup>2</sup> /3+2.468,37 <sup>1</sup> /3	2.436,10 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2017	2.468,37 <sup>3</sup> /3	2.468,37 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2017	2.468,37 <sup>3</sup> /3	2.468,37 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2018	2.468,37 <sup>3</sup> /3	2.468,37 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2018	2.468,37 <sup>3</sup> /3	2.468,37 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2018	2.468,37 <sup>2</sup> /3 + 2.517,74 <sup>1</sup> /3	2.484,83 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2018	2.517,74 <sup>3</sup> /3	2.517,74 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2019	2.517,74 <sup>3</sup> /3	2.517,74 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2019	2.517,74 <sup>3</sup> /3	2.517,74 EUR

3 <sup>o</sup> trimestre 2019	$2.517,74 \times 3/3$	2.517,74 EUR
4 <sup>o</sup> trimestre 2019	$2.517,74 \times 3/3$	2.517,74 EUR
1 <sup>o</sup> trimestre 2020	$2.517,74 \times 2/3 + 2.568,10 \times 1/3$	2.534,53 EUR
2 <sup>o</sup> trimestre 2020	$2.568,10 \times 3/3$	2.568,10 EUR
3 <sup>o</sup> trimestre 2020	$2.568,10 \times 3/3$	2.568,10 EUR
4 <sup>o</sup> trimestre 2020	$2.568,10 \times 3/3$	2.568,10 EUR
1 <sup>o</sup> trimestre 2021	$2.568,10 \times 3/3$	2.568,10 EUR
2 <sup>o</sup> trimestre 2021	$2.568,10 \times 3/3$	2.568,10 EUR
3 <sup>o</sup> trimestre 2021	$2.568,10 \times 2/3 + 2.619,46 \times 1/3$	2.585,22 EUR
4 <sup>o</sup> trimestre 2021	$2.619,46 \times 3/3$	2.619,46 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2022	$2.671,85 \times 2/3 + 2.725,28 \times 1/3$	2.689,66 EUR
<b>2<sup>e</sup> trimestre 2022</b>	<b><math>2.725,28 \times 1/3 + 2.779,79 \times 2/3</math></b>	<b>2.761,62 EUR</b>



Circulaire O.A. n° 2022/295 – 248/80 du 4 août 2022.

## II. Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 19) à partir du 1<sup>er</sup> août 2022 - Pivot

En vigueur à partir du 1<sup>er</sup> août 2022.

Suite à la publication de l'arrêté royal du 15 mars 2022 (M.B. du 13.04.2022), modifiant l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée ne peuvent atteindre les plafonds de 16.844,65 et 3.118,40 EUR (à l'indice pivot 114,97 base 2004 = 100). Ces montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation et à l'évolution du bien-être de la même manière que pour les pensions.

Au 1<sup>er</sup> août 2022 :

Montant maximum du montant annuel des revenus des bénéficiaires	
Titulaires	Personnes à charge
23.680,87 EUR	4.383,98 EUR



Circulaire O.A. n° 2022/296 - 3991/354 du 4 août 2022.

### III. Plafonds des revenus annuels, à ne pas atteindre par les résidents pour bénéficier d'une réduction de la cotisation personnelle (art. 134, 3<sup>e</sup> al. de l'A.R. du 03.07.1996) - Résidents

En vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Ce montant de 25.285,14 EUR lié à l'indice-pivot des prix à la consommation 103,14 (base 1996 = 100) est adapté à l'évolution des prix à la consommation de la même manière que les plafonds de revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance.

#### Indexation des plafonds

	Résidents (en EUR)	Personnes à charge (idem intervention majorée) (en EUR)
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2008	30.820,06	2.707,42
À partir du 1 <sup>er</sup> juin 2009 (bien-être)	30.820,06	2.756,15
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2010 (bien-être)	30.820,06	2.788,65
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2010	31.437,01	2.844,47
À partir du 1 <sup>er</sup> mai 2011	32.066,61	2.901,44
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2011 (bien-être)	32.066,61	2.921,74
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2012 (bien-être)	32.066,61	2.959,47
À partir du 1 <sup>er</sup> février 2012	32.708,86	3.018,74
À partir du 1 <sup>er</sup> décembre 2012	33.363,74	3.079,19
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2013 (bien-être)	33.363,74	3.140,77
À partir du 1 <sup>er</sup> juillet 2015	34.031,27	3.203,40
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2015 (bien-être)	34.031,27	3.225,83
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2016 (bien-être)	34.031,27	3.267,47
À partir du 1 <sup>er</sup> juin 2016	34.711,44	3.332,74
À partir du 1 <sup>er</sup> juin 2017	35.404,25	3.399,56
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2017 (bien-être)	35.404,25	3.467,55
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2018	36.112,24	3.536,95
À partir du 1 <sup>er</sup> juillet 2019 (bien-être)	36.112,24	3.622,24
À partir du 1 <sup>er</sup> mars 2020	36.835,39	3.694,61
À partir du 1 <sup>er</sup> juillet 2021 (bien-être)	36.835,39	3.768,51
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2021	37.571,19	3.843,96
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2022	38.324,69	4.131,28

À partir du 1er mars 2022	39.090,83	4.213,90
À partir du 1er mai 2022	39.872,14	4.298,25
<b>À partir du 1er août 2022</b>	<b>40.668,62</b>	<b>4.383,98</b>

Moyenne annuelle (montants en EUR)		
	Résidents	Personnes à charge
2000	25.453,71 (PM)	2.192,15
2001	26.091,74 (PM)	2.247,06
2002	26.788,76	2.307,14
2003	27.145,29	2.337,88
2004	27.505,18	2.368,85
2005	28.147,63	2.424,18
2006	28.616,46	2.464,56
2007	29.045,04	2.507,30
2008	30.219,96	2.654,70
2009	30.820,06	2.735,85
2010	31.025,71	2.807,26
2011	31.856,74	2.889,22
2012	32.709,91	3.018,84
2013	33.363,74	3.099,72
2014	33.363,74	3.140,77
2015	33.697,51	3.179,56
2016	34.428,04	3.305,54
2017	35.115,58	3.394,38
2018	35.640,25	3.490,68
2019	36.112,24	3.579,60
2020	36.714,87	3.682,55
<b>2021</b>	<b>37.080,66</b>	<b>3.756,71</b>

 Circulaire O.A. n° 2022/299 - 270/88 - 273/89 - 274/90 - 276/139 - 2790/91 - 2791/88 - 2792/87 - 3910/1995 - 83/514 du 4 août 2022.



Comité de rédaction

Mme Caroline Marthus  
Mme Caroline Lekane  
Mme Charlotte Lefebre  
M. Jan Demey  
Mme Nuray Özdemir  
Mme Marleen Stevens  
Mme Jolanda Gashi

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726