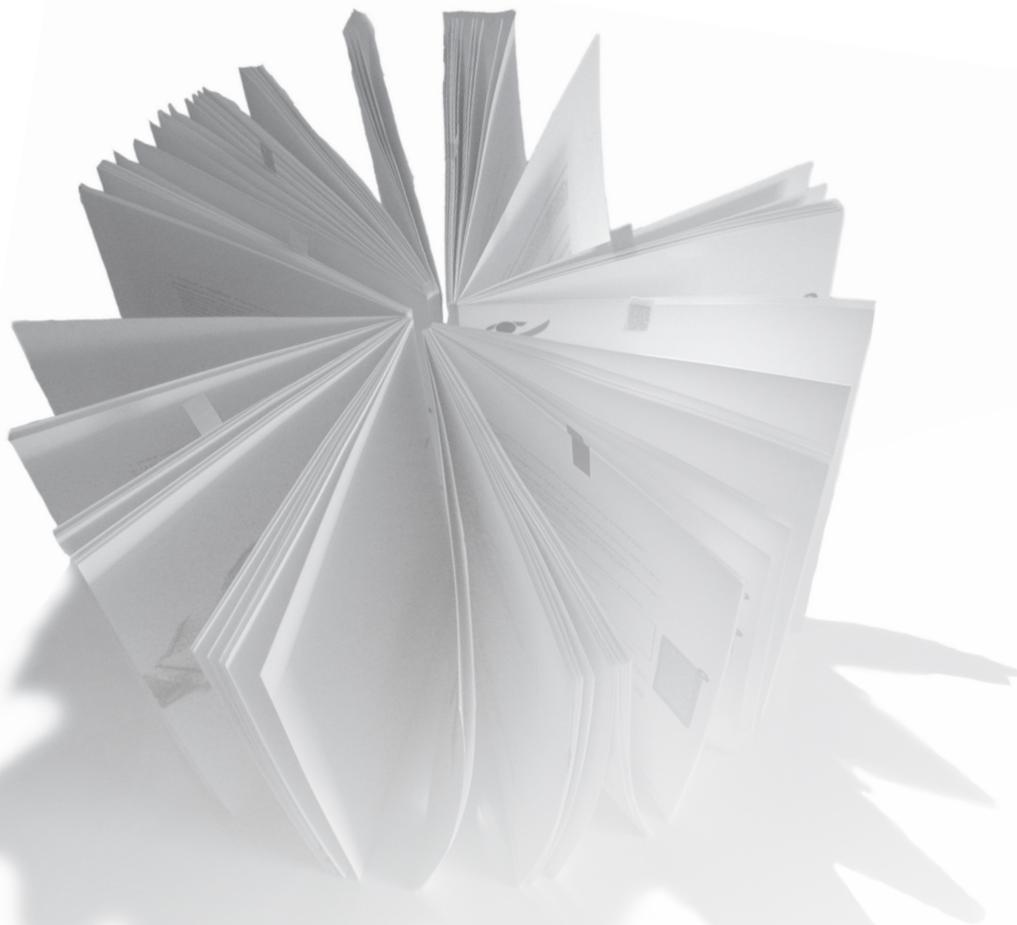


1^{re} Partie

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



3^e trimestre 2022

1. Loi

Moniteur belge	Date	Titre
04.07.2022	23.06.2022	Loi portant des dispositions budgétaires en matière de santé

Résumé des modifications

Compte tenu de la forte inflation actuelle et du fait que le système de “l’indice santé lissé juin/juin” n’y répond qu’avec un certain retard, la loi a pour but d’octroyer en 2022 une indemnité unique complémentaire aux dispensateurs de soins qui fournissent des prestations dans le cadre de l’assurance obligatoire soins de santé.

Le montant de cette indemnité complémentaire correspond à 207 millions d’EUR, soit 2 % des tarifs pour l’ensemble des dispensateurs de soins des secteurs qui entrent dans l’objectif budgétaire annuel global mais limité à la période du 1^{er} juin 2022 au 31 décembre 2022. L’indemnité est limitée aux montants qui sont liés au régime d’indexation prévu à l’article 207*bis* de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, exécuté par l’arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d’application pour l’indexation des prestations dans le régime de l’assurance obligatoire soins de santé.

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
05.07.2022	14.06.2022	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 apporte les modifications suivantes à 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 :

- dans l’article 252, un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 8 et 9 : “Lorsqu’un bénéficiaire est déjà inscrit en qualité de personne à charge dans un organisme assureur et que celui-ci dispose des données visées à l’alinéa 5, son accord d’y être inscrit en qualité de titulaire est présumé s’il ne notifie pas au plus tard le dernier jour du mois suivant la demande de son organisme assureur son refus d’y être inscrit en tant que titulaire. La demande de l’organisme assureur est adressée au bénéficiaire dans les 60 jours calendrier de la réception des données visées à l’alinéa 5. Le présent alinéa s’applique également aux personnes en maintien de droit visées à l’article 127. Le présent alinéa ne s’applique pas aux travailleurs et bénéficiaires de la Caisse des soins de santé de HR Rail. Il ne s’applique pas non plus aux situations entrant dans le champ d’application des règles du droit européen directement applicables en la matière.”

- dans l'article 259, le a) est complété par la phrase suivante : "Toutefois, en cas d'inscription visée à l'article 252, alinéa 9, le délai de douze mois ne s'applique pas et la mutation s'opère le premier jour du trimestre civil qui suit la demande."

Moniteur belge	Date	Titre
05.07.2022	14.06.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 15 juillet 2002 portant exécution du chapitre IIIbis du Titre III 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 les modifications suivantes à l'arrêté royal du 15 juillet 2002 portant exécution du chapitre IIIbis du Titre III de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- dans l'article 16, les modifications suivantes sont apportées :
 - => dans l'alinéa 1^{er}, les mots "atteignent 450 EUR" sont remplacés par les mots "atteignent 250 EUR";
 - => dans l'alinéa 1^{er} et dans l'alinéa 2 les mots "sauf lorsque le ménage visé à l'article 37decies, § 1^{er}, de la loi est constitué des seules personnes visées à l'article 37octies, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi" sont abrogés.
- l'article 17 est abrogé
- l'article 22 est remplacé par ce qui suit : "Art. 22. Les bénéficiaires dont le revenu du ménage est devenu, depuis l'année à laquelle l'information du SPF Finances se rapporte, inférieur à un des trois premiers plafonds de revenus, visés à l'article 37undecies, § 1^{er}, de la loi, se trouvent dans une situation digne d'intérêt."
- l'article 23 est remplacé par ce qui suit : "Art. 23. Les bénéficiaires visés à l'article 22 peuvent demander à l'organisme assureur auprès duquel ils sont affiliés ou inscrits que leur droit au maximum à facturer soit réexaminé. Dans ce cas, ils souscrivent une déclaration sur l'honneur conforme au modèle repris en annexe I. Tous les documents de preuve relatifs aux revenus à prendre en compte sont joints à la déclaration sur l'honneur.
Pour constater que le revenu de ce ménage est inférieur à un des trois premiers plafonds de revenus, visés à l'article 37undecies, § 1^{er} de la loi, sont pris en considération les revenus de ce ménage, visés à l'article 18, pendant une période de référence de six mois qui précède la souscription de la déclaration sur l'honneur.

En ce qui concerne les revenus professionnels et les revenus de remplacement, sont pris en considération les montants de chaque mois de la période de référence, augmentés du montant multiplié par 6 du dernier mois de cette période et augmentés du montant de tous les autres avantages qui y sont liés.

Lorsque la déclaration sur l'honneur est introduite durant l'année qui suit l'année d'octroi du maximum à facturer, tous les revenus de l'année de l'octroi du maximum à facturer sont pris en considération.

Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions peut apporter des modifications au modèle de déclaration sur l'honneur, repris en annexe I."

- dans l'article 25, alinéa 1^{er}, les modifications suivantes sont apportées:
 - => les mots "du second montant de référence" sont remplacés par les mots "d'un autre montant de référence" ;
 - => l'alinéa est complété par la phrase suivante : "Les informations relatives à leur droit au maximum à facturer sur base d'un autre montant de référence peuvent être mises à disposition par voie électronique."

- dans l'annexe I, les mots “Mois en cours” sont remplacés par les mots “6 mois”.

Moniteur belge	Date	Titre
11.07.2022	03.07.2022	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

Afin de garantir une meilleure sécurité juridique en ce qui concerne l'évaluation de l'aide d'une tierce personne, l'arrêté royal supprime, dans l'article 215*bis*, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, la référence au guide utilisé pour l'évaluation du degré d'autonomie par la législation relative à l'octroi d'allocations aux handicapés.

L'application de l'échelle d'évaluation, et de son manuel spécifique, établis par la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité, est inscrite dans la réglementation.

Moniteur belge	Date	Titre
15.07.2022	17.06.2022	Arrêté royal modifiant l'article 37 <i>bis</i> 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 les modifications suivantes à l'article 37*bis*, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- Le C, 1^o, est complété par les mots “, 105092, 105114, 105136, 105151, 105173 en 105195”.

Moniteur belge	Date	Titre
29.07.2022	12.07.2022	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

Cet arrêté royal apporte des adaptations dans le cadre des “Trajets Retour Au Travail” : il clarifie un certain nombre de concepts et vise à une utilisation plus efficace des ressources humaines (médecins-conseils et coordinateurs retour au travail). Ces adaptations doivent permettre un démarrage plus rapide du trajet (précisions concernant le moment où doit avoir lieu l'examen médical par le médecin-conseil ou le premier moment de contact par le coordinateur retour au travail).

Moniteur belge	Date	Titre
30.09.2022	23.09.2022	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

Dans le cadre de l'implémentation de la directive européenne (EU) 2019/1158 (directive équilibre vie professionnelle-vie privée) et dans le respect de la conformité de la réglementation belge actuelle à la "directive maternité européenne" 92/85/CEE, cet arrêté royal prévoit les modifications suivantes pour tous les risques de l'assurance maternité des travailleurs salariés :

- les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel accomplissent leur stage d'attente s'ils ont accompli, au cours d'une période de six mois, cent trente-trois heures de travail ou assimilées, à condition qu'ils se trouvent dans l'impossibilité d'accomplir quatre cents heures de travail durant ces six mois en raison de leur régime de travail (art. 1^{er})
- dans le cadre du stage d'attente réduit de trois mois applicable aux titulaires ayant cessé de se trouver dans une des situations visées à l'article 86, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, après avoir accompli le stage d'attente de six mois ou en avoir été dispensé, qui se trouvent à nouveau assujettis à la loi ONSS du 27 juin 1969 en tant que travailleurs saisonniers, travailleurs intermittents ou travailleurs à temps partiel et qui, dans l'intervalle, ont été constamment membre effectif ou personne à charge d'une mutualité, en qualité d'assuré libre pour les prestations de maternité, accomplissent leur stage d'attente réduit s'ils ont accompli, au cours d'une période de trois mois, soixante-sept heures de travail ou assimilées, à condition qu'ils se trouvent dans l'impossibilité d'accomplir deux cents heures de travail durant ces trois mois en raison de leur régime de travail (art. 2)
- une dispense de stage d'attente pour le travailleur salarié qui est un ancien indépendant, à condition que :
 - => l'intéressé ait accompli le stage d'attente de six mois dans le régime des travailleurs indépendants ou ait été exempté de l'accomplissement du stage ;
 - => l'intéressé acquière la qualité de titulaire dans le régime des travailleurs salariés au plus tard le trentième jour qui suit la perte de la qualité de titulaire dans le régime des travailleurs indépendants (art. 3).
- une réduction du stage pour le travailleur salarié qui n'aurait travaillé qu'un seul trimestre comme travailleur indépendant, à condition qu'il ne se soit pas écoulé un délai de plus de trente jours entre la perte de la qualité de titulaire dans le régime des travailleurs indépendants et l'acquisition de la qualité de titulaire dans le régime des travailleurs salariés.
Plus précisément, il s'agit d'un stage d'attente réduit de trois mois comprenant au moins soixante jours de travail ou assimilés, ou deux cents heures de travail ou assimilées pour les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel. En outre, les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel accomplissent leur stage d'attente s'ils ont accompli, au cours d'une période de trois mois, soixante-sept heures de travail ou assimilées, à condition qu'ils se trouvent dans l'impossibilité d'accomplir deux cents heures de travail durant ces trois mois en raison de leur régime de travail (art. 4)
- une adaptation formelle étant donné la nouvelle réduction du stage d'attente (art. 5) et une adaptation formelle prévoyant le remplacement du mot "stage" par les mots "stage d'attente" dans le chapitre III du titre III de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 et dans l'article 292 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (art. 6 et 7).

L'arrêté royal prend effet le 2 août 2022 et s'applique aux périodes de protection de maternité, de congé de maternité converti, de congé de paternité ou de naissance, de congé d'adoption et de congé parental d'accueil débutant, au plus tôt, à cette date.

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

Moniteur belge	Date	Titre
13.07.2022	17.06.2022	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 insère un § 3^{ter} 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, rédigé comme suit :

“Par “Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire”, il faut entendre toutes les prestations effectuées au bénéficiaire à son domicile légal ou à tout autre lieu où il réside de manière provisoire ou séjourne momentanément.

Ne sont pas considérés comme domiciles au sens de ce paragraphe l'ensemble des autres lieux de prestation repris au § 1^{er} du présent article.”

Moniteur belge	Date	Titre
15.07.2022	17.06.2022	Arrêté royal modifiant 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, en ce qui concerne les pathologies de la colonne vertébrale
01.08.2022	17.06.2022	Arrêté royal modifiant 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, en ce qui concerne les pathologies de la colonne vertébrale. - <i>Corrigendum</i>

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 2 :

- la règle d'application qui suit la prestation 102491 est remplacée
- un B/1 est inséré.

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 14, b) :

- dans le libellé de la prestation 230591-230602, les mots “, d'une hydrométrie ou d'une syringomyélie” sont abrogés
- le libellé de la prestation 230694-230705 est complété par le mot “crânienne”
- le libellé de la prestation 232551-232562 est remplacé
- les prestations 230731-230742, 232750-232761, 232772-232783 et 232794-232805 sont abrogées.

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 14, k) :

- au l :

=> au § 1^{er}, au A, 1^o,

1. dans les libellés des prestations 280011-280022, 280033-280044, 280055-280066, 280070-280081 et 280092-280103, les mots "de synthèse" sont à chaque fois remplacés par les mots "d'osteosynthèse" ;
2. les libellés des prestations 280055-280066, 280070-280081 et 280092-280103 sont à chaque fois complétés par les mots " , à l'exception du matériel d'osteosynthèse de la colonne vertébrale" ;
3. dans le libellé de la prestation 277771-277782, les mots "de la main ou du pied" sont remplacés par les mots "de la main, du pied ou de la colonne vertébrale" ;
4. dans le libellé de la prestation 275015-275026 les mots "Trépanation curetage" sont remplacés par le mot "Curetage" ;
5. dans le libellé de la prestation 275030-275041, les mots "Trépanation curetage" sont remplacés par le mot "Curetage" et le mot vertèbre-" est abrogé ;

=> au § 1^{er}, le B est remplacé ;

=> au § 2, dans le texte néerlandais du A, 1^o, alinéa 4 :

1. le mot "ogen" est remplacé par le mot "mogen" ;
2. le mot "verstreling" est remplacé par le mot "verstrekking" ;

=> au § 2, au B :

1. au 1^o "Traitements des fractures et luxations", les prestations 295013-295024 et 295035-295046 sont abrogées ;
2. au 2^o, le libellé de la prestation 295352-295363 est complété par le mot "(cervico-thoracique)" et le libellé de la prestation 295396-295400 est remplacé ;
3. le 3^o "Tractions continues" et les prestations 295610-295621 et 295632-295643 sont abrogés ;
4. le 5^o "Prises de moulage" est remplacé.

=> au § 3, le libellé des prestations 288455-288466, 288470-288481 et 288492-288503 sont remplacés.

- Le point "II. Prestations non chirurgicales" et la prestation 299972-299983 sont abrogés.

Dans 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, il est inséré un article 14, n).

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 34 :

- au § 1^{er}, b), les règles d'application qui suivent la prestation 589676-589680

- au § 2, alinéa 1^{er} :

=> dans le texte néerlandais, les mots "geneesheren-specialisten" sont chaque fois remplacés par les mots "artsen-specialisten" ;

=> l'alinéa est complété par les mots " , sauf autre directive mentionnée à la prestation même".

Moniteur belge	Date	Titre
15.07.2022	17.06.2022	Arrêté royal modifiant l'article 25, § 2, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace l'article 25, § 2, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, par ce qui suit :

“2° Les honoraires de surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé qui subit une intervention chirurgicale sont couverts pendant cinq jours par les honoraires prévus pour cette intervention.

Cette période d'immunisation de cinq jours débute le jour où l'intervention chirurgicale a eu lieu.

Toutefois, cette période d'immunisation ne s'applique pas aux interventions chirurgicales d'une valeur supérieure à K 180, N 300, I 300, si la surveillance est exercée par un médecin spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en neurologie, en neuropsychiatrie, en pédiatrie, en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation, en oncologie médicale, en gériatrie, n'ayant pas pratiqué l'acte chirurgical et appartenant à une autre spécialité médicale que le médecin qui a réalisé l'intervention chirurgicale.

Toutefois, cette période d'immunisation ne s'applique pas non plus pour les prestations de :

- neurochirurgie visées à l'article 14, b), dont la valeur relative est supérieure ou égale à K 400
- chirurgie thoracique visées à l'article 14, e), dont la valeur relative est supérieure ou égale à N 500
- chirurgie abdominale visées à l'article 14, d), dont la valeur relative est supérieure ou égale à N 350
- chirurgie vasculaire visées à l'article 14, f), dont la valeur relative est supérieure ou égale à N 500
- urologie visées à l'article 14, j), dont la valeur relative est supérieure ou égale à K 300
- orthopédie : traitements sanglants, cou et tronc, membres visées à l'article 14, k), dont la valeur relative est supérieure ou égale à N 500
- gynécologie visées à l'article 14, g), dont la valeur relative est supérieure ou égale à K 225
- oto-rhino-laryngologie visées à l'article 14, i), dont la valeur relative est supérieure ou égale à K 400 ainsi que pour les prestations 256771-256782 et 257191-257202
- transplantations visées à l'article 14, m)
- neurochirurgie et orthopédie visées à l'article 14, n), dont la valeur relative est supérieure ou égale à K 410
- obstétrique, n^{os} 424056-424060, 424174-424185, 424196-424200 et toutes les prestations citées à l'article 9, a), sauf les n^{os} 422225, 422671 et 423673

- prestations interventionnelles percutanées sous contrôle d'imagerie médicale dont la valeur est égale ou supérieure à l 800
- stomatologie dont la valeur relative est supérieure ou égale à K 225.

Cette période d'immunisation ne s'applique pas davantage aux prestations pour des patients admis dans un service NIC ou dans un service G agréés.”.

Moniteur belge	Date	Titre
19.07.2022	26.06.2022	Arrêté royal insérant un chapitre XI dans 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, et abrogeant certaines mesures temporaires de l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé

Résumé des modifications

Un chapitre XI concernant les soins à distance est inséré dans 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. Ce nouveau cadre remplace le système créé au début de la crise de Covid-19.

Le nombre de consultations téléphoniques ou vidéo qui peuvent être remboursées ne sont pas limitées.

Toutefois, pour être remboursée, une consultation à distance doit respecter les conditions suivantes :

- elle doit avoir lieu :
 - => Auprès d'un médecin avec lequel le patient a déjà une relation thérapeutique, c'est-à-dire : soit le médecin qui gère son dossier médical global (ou un autre médecin du même cabinet) ; soit un médecin auprès duquel le patient a eu une consultation physique au cours de l'année civile en cours, ou d'une des deux années civiles précédant la consultation à distance ;
 - => Auprès d'un médecin spécialiste vers lequel un autre médecin a orienté le patient. Le médecin spécialiste doit mentionner le médecin référent dans le rapport de consultation ;
 - => Auprès d'un service de garde de médecine générale.
- une consultation à distance ne peut avoir lieu qu'à la demande du patient et avec l'accord du médecin
- le médecin doit avoir accès au dossier du patient pendant la consultation à distance
- la plateforme utilisée pour des consultations vidéo doit répondre à ces conditions minimales :
 - => la communication passe par une plateforme permettant son cryptage “de bout en bout” ;
 - => la communication n'est pas enregistrée sur la plateforme utilisée ;
 - => si l'outil comprend d'autres fonctionnalités que la possibilité de communication vidéo ou audio, en ce compris l'échange de documents, celles-ci sont proposées de telle sorte que les utilisateurs soient en mesure de respecter les dispositions légales décrites sur le site de eHealth.

Moniteur belge	Date	Titre
01.08.2022	17.07.2022	Arrêté royal modifiant l'article 25, § 1 ^{er} bis, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 25, § 1^{er}bis, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- dans les libellés des prestations 597310 et 597332, les mots "ATC L01XC" sont à chaque fois remplacés par les mots "ATC L01F".

Moniteur belge	Date	Titre
23.09.2022	31.08.2022	Arrêté royal modifiant l'article 31 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace le troisième alinéa sous 2.3.1. de l'article 31, II, 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 par ce qui suit : "2. Au moment de la délivrance de l'appareillage monophonique, le bénéficiaire ne répondait pas aux conditions d'accès à une intervention de l'assurance pour un appareillage stéréophonique, ou il existait, à l'une des deux oreilles, une contre-indication médicale temporaire à un appareillage stéréophonique. Le médecin prescripteur, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a mentionné cette contre-indication médicale temporaire sur un document joint à la prescription originale et l'a documentée dans le dossier médical du bénéficiaire. Lorsque cette contre-indication médicale temporaire ne s'applique plus et que le bénéficiaire se voit prescrire un appareillage controlatéral, ceci doit être mentionné par le médecin prescripteur, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, sur un document joint à la prescription et ceci est documenté dans le dossier médical."

Moniteur belge	Date	Titre
28.09.2022 – Édition 1	23.09.2022	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 4, 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

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à 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 :

- à l'article 4 est inséré un paragraphe 5
- dans l'article 5, les §§ 1 et 2 sont modifiés

- dans l'article 6 :
 - => le § 18 est modifié ;
 - => après le § 18, est inséré un nouveau § 18bis.

Moniteur belge	Date	Date
30.09.2022 – Édition 1	31.08.2022	Arrêté royal modifiant les articles 17, 17ter, 18 et 19 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

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

- dans l'article 17 :
 - => au paragraphe 1^{er}, 7^o, la quatrième règle d'application qui suit la prestation 455895-455906 est remplacée ;
 - => au paragraphe 11, le a) est remplacé.
- dans l'article 17ter :
 - => au A, 7^o, la troisième règle d'application après la prestation 466616-466620 est remplacée.
- dans l'article 18 :
 - => au paragraphe 2, B, le d) *nonies* est remplacé.
- dans l'article 19, au paragraphe 5, les modifications suivantes sont apportées :
 - => dans le texte en néerlandais, le mot "geneesheren" est à chaque fois remplacé par le mot "artsen" ;
 - => dans le texte en néerlandais, le mot "geneesheer" est à chaque fois remplacé par le mot "arts" ;
 - => dans le texte en néerlandais, le mot "geneesheer-specialist" est à chaque fois remplacé par le mot "arts-specialist" ;
 - => l'alinéa 4 est remplacé ;
 - => à l'alinéa 6, le 1^o est remplacé.

4. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
01.07.2022 – Édition 1	20.05.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 30 juin 2017 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'arrêté royal du 30 juin 2017 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux :

- un paragraphe 2/5 rédigé comme suit est inséré dans l'article 5 : " § 2/5 Pour l'année de la prime 2021, les dispositions du § 2/2, dans lequel il y a lieu de lire 2021 au lieu de 2018, sont d'application"
- dans l'article 5, §§ 3, 3/1 et 3/2 du texte français, les mots "depuis 5 années ou plus" sont retirés
- un article 8/2 rédigé comme suit est inséré : "Art. 8/2. Le montant de l'intervention pour 2021 est identique aux montants fixés pour 2019."
- dans l'article 9, les mots "2018, 2019 et 2020" sont remplacés par les mots "2018, 2019, 2020 et 2021".

Moniteur belge	Date	Titre
11.07.2022	23.06.2022	Arrêté royal portant exécution de l'article 42, alinéa 1 ^{er} , 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 la question de la rémunération du pharmacien pour la distribution en maison de repos du Molnupiravir, médicament antiviral oral destiné au traitement de la COVID-19 chez les adultes ne nécessitant pas d'oxygène supplémentaire et présentant un risque accru de développer une forme sévère de la maladie.

L'honoraire pour la délivrance de ce médicament est 390 EUR/cluster. La rémunération s'applique avec effet rétroactif pour toute délivrance de ces médicaments effectuée depuis le 18 février 2022.

Moniteur belge	Date	Titre
15.07.2022	17.06.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 4 de de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations :

- le 1^o est complété par les mots " , 105092, 105114, 105136, 105151, 105173 et 105195"

- l'article 4 est complété par un alinéa rédigé comme suit : “Aucun bénéficiaire n'est redevable d'intervention personnelle dans les honoraires pour les prestations désignées par les numéros d'ordre 105291 - 105302, 105313 - 105324, 105335 - 105346 et 105350 - 105361 visées à l'article 2, B/1, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.”.

Moniteur belge	Date	Titre
19.07.2022	26.06.2022	Arrêté royal insérant un article <i>4quater</i> dans l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations

Résumé des modifications

L'arrêté royal insère un article *4quater* dans l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations.

L'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les consultations à distance visées à l'article 37 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 est fixée comme suit :

- 4 EUR pour une consultation vidéo par un médecin généraliste ou spécialiste
- 3,5 EUR pour une consultation vidéo par un médecin généraliste sur base de droits acquis ou titulaire d'un diplôme de médecine
- 2 EUR pour une consultation par téléphone par un médecin
- 1 EUR pour le bénéficiaire de l'intervention majorée de l'assurance.

Moniteur belge	Date	Titre
03.08.2022	20.07.2022	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

Dans le cadre de l'itération 1 du projet “Mult-eMediatt” (projet d'informatisation du certificat d'incapacité de travail), cet arrêté royal modifie l'arrêté royal du 20 juillet 1971 en ce sens qu'avec le consentement du titulaire en incapacité de travail, le médecin traitant peut aussi envoyer de 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 approuvée par le Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants).

Il est entré en vigueur le 1^{er} mai 2022 et s'applique à chaque déclaration d'incapacité de travail, y compris de prolongation d'incapacité de travail et de rechute en incapacité de travail, faite, au plus tôt, le 1^{er} mai 2022.

Moniteur belge	Date	Titre
16.09.2022	11.09.2022	Arrêté royal modifiant 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 et modifiant l'article 122 ^{sexiesdecies} 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

Les modifications suivantes sont apportées 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 :

- à l'article 1^{er} les modifications suivantes sont apportées :

 - => le 24°, est remplacé par ce qui suit : “24° “arrêté royal du 7 avril 2019” : l'arrêté royal du 7 avril 2019 portant exécution de l'article 35^{septies} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994” ;
 - => le 38°, f), est complété par les phrases suivantes : “Par “qualifications de l'établissement hospitalier ou du centre spécialisé concerné”, peut notamment être visée l'admission, dûment justifiée, soit d'une seule candidature par réseau tel que visé à l'article 2, § 1^{er} de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, soit d'un nombre maximal de candidatures pour un même réseau, justifiée de manière objective par l'organe de gestion de ce réseau, étant entendu que le nombre de réseaux pris en compte pour les candidatures peut également être limité à moins de 25 et ce, pour des raisons objectives.” ;
 - => le 38°, g) est complété par les mots "ou par le bénéficiaire" ;
 - => l'article est complété par un 51° rédigé comme suit : “51° “modification légère d'un dispositif déjà repris sur une liste nominative” : la modification apportée à une version antérieure d'un implant ou dispositif médical invasif du même fabricant ayant déjà fait l'objet d'une étude lui permettant de bénéficier d'un remboursement et d'être repris sur une liste nominative. La modification est légère si elle n'a aucun effet négatif sur la sécurité et/ou l'efficacité, et si elle ne modifie pas la fonction, le mode d'action, le site d'implantation, la technique de placement ou la voie d'abord de la version antérieure du dispositif et si le groupe cible associé aux indications remboursées reste identique. Le prix demandé pour la nouvelle version du dispositif ne peut dépasser le prix de la version antérieure remboursée sur la liste nominative.” ;
- dans l'article 7, l'alinéa 3 est remplacé par ce qui suit : “En cas de signature électronique des demandes, les dispositions relatives à la signature électronique qualifiée au sens de l'article 3.12. du Règlement (UE) n° 910/2014 du Parlement européen et du Conseil du 23 juillet 2014 sur l'identification électronique et les services de confiance pour les transactions électroniques au sein du marché intérieur et abrogeant la directive 1999/93/CE seront d'application.”

- dans l'article 14, les mots "ou de la Commission" sont remplacés par les mots " , de la Commission ou du Service, conformément à l'article 35^{septies}/6, alinéa 4, de la loi"
- dans l'article 19, § 2, 2°, les mots "comme visées à l'article 1^{er}, 38°, f)," sont insérés entre les mots "centre spécialisé concerné" et les mots "dans lequel"
- dans l'article 23, § 1^{er}, alinéa 2, les mots "un résumé décrivant le dispositif et" sont insérés entre les mots "le cas échéant" et les mots "la prestation sur laquelle"
- dans l'article 141, les mots "ou du Service conformément à l'article 35^{septies}/6, alinéa 4, de la loi" sont insérés entre les mots "de la Commission" et les mots "par décision"
- l'article 144 est complété par un alinéa, rédigé comme suit : "La demande d'inscription d'un
 - 1° l'inscription d'un dispositif à l'exception de celle visée au 2° ;
 - 2° l'inscription d'un dispositif consistant en la modification légère d'un dispositif déjà repris sur une liste nominative, telle que défini par l'article 1^{er}, 51° ;
 Si d'autres éléments sont modifiés, la demande suit la procédure d'inscription reprise sous 1°."
- à l'article 145, les modifications suivantes sont apportées :
 - => dans le texte actuel de l'article, qui formera le paragraphe 1^{er}, les mots "visée à l'article 144, alinéa 2, 1°," sont insérés entre les mots "demande d'inscription" et les mots "les données suivantes" ;
 - => l'article est complété par un paragraphe 2, rédigé comme suit :

"§ 2. En cas de demande d'inscription visée à l'article 144, alinéa 2, 2°, les données suivantes sont communiquées au moyen d'un formulaire de demande dont le modèle est fixé conformément à l'article 1^{er}, 13° :

- 1° l'identification du demandeur (dénomination, siège social, numéro d'entreprise, statut juridique) ;
- 2° le code d'identification de la version antérieure du dispositif repris sur la liste nominative ;
- 3° le cas échéant, le ou les code(s) de notification de l'implant ou du dispositif pour usage à long terme ;
- 4° le nom et les numéros de référence du dispositif ;
- 5° une description détaillée du dispositif et une description des modifications apportées par rapport à la version antérieure prouvant que le dispositif satisfait à la définition mentionnée à l'article 1^{er}, 51° ;
- 6° une déclaration motivée attestant de la conformité du dispositif avec la prestation inscrite sur la liste et de la disponibilité de données suffisantes qui confirment la sécurité du dispositif ;
- 7° le cas échéant, tous les éléments prévus dans les modalités de remboursement ;
- 8° le prix individuel, le prix de vente en application dans d'autres États membres de l'Union européenne et, le cas échéant, une preuve de fixation de prix délivrée par le Service public fédéral Économie, PME, Classes moyennes et Énergie ou, à défaut de celle-ci, une preuve de l'introduction d'une demande avec l'obligation de joindre la preuve de fixation de prix au dossier dès qu'elle est disponible ;

9° la déclaration de conformité et les certificats requis en rapport avec le marquage CE ;

10° le mode d'emploi.”

- Dans l'article 146, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, les mots “de la demande d'inscription visée” sont remplacés par les mots “des demandes d'inscription visées”
- Un article 146/1 est inséré et est rédigé comme suit :

“Art. 146/1. § 1^{er} Conformément aux dispositions du règlement d'ordre intérieur de la Commission, un ou plusieurs experts internes du Service ou, si la Commission l'estime nécessaire, des experts externes, sont désignés pour examiner la demande d'inscription visée à l'article 144, alinéa 2, 2°.

§ 2. Dans le cadre d'une demande d'inscription telle que visée à l'article 144, alinéa 2, 2°, le délai de septante cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4°, peut être suspendu par la Commission moyennant information du demandeur que le but est d'obtenir des informations et éclaircissements complémentaires auprès d'experts externes afin que l'évaluation de la demande d'inscription puisse être finalisée par la Commission.

La période de suspension visée à l'alinéa 1^{er} court jusqu'à la réception par le secrétariat des informations et éclaircissements complémentaires de la part des experts externes, étant entendu que la période de suspension ne peut pas excéder nonante jours.” ;

- Dans l'article 154, § 1^{er}, 2°, les mots “le(s) code(s) d'identification concerné(s) et” sont insérés entre le chiffre “2°” et les mots “le cas échéant”
- Un article 178/1 est inséré et rédigé comme suit :

“Art. 178/1. Le Service propose les adaptations de la liste ou d'une liste nominative respectivement au Ministre ou au Comité de l'assurance après avis de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, sous la forme d'une proposition motivée définitive, en cas d'initiatives qui ne concernent que des simplifications administratives et/ou une plus grande cohérence au niveau des modalités de remboursement. La Commission décide au préalable si l'initiative du Service est traitée et veille à ce que le groupe cible et les indications déjà remboursées restent inchangés.”

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 122*sexiesdecies* 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:

- le paragraphe 1^{er} est complété par le 11°, rédigé comme suit :

“11° un membre effectif et un membre suppléant, représentant de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, présentés par l'Administrateur-général de cette Agence fédérale.” ;

b) dans le paragraphe 2, les mots “et 10° ” sont remplacés par les mots “, 10° et 11°”.

Moniteur belge	Date	Titre
19.09.2022	06.08.2022	Arrêté royal octroyant une dotation à l'INAMI pour l'année 2022 dans le cadre de la lutte contre le virus COVID-19

Résumé des modifications

Une dotation de 757.196.000 EUR est allouée à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité pour l'année 2022. Ce montant est destiné à financer les dépenses de l'INAMI dans le cadre de la lutte contre le virus Covid-19.

Moniteur belge	Date	Titre
19.09.2022	06.09.2022	Arrêté royal modifiant l'article 4 de l'arrêté royal du 27 janvier 2022 fixant le mode de répartition et l'octroi des frais d'administration entre les unions nationales en ce qui concerne l'élaboration et la mise en œuvre des "Trajets Retour Au Travail"

Résumé des modifications

L'arrêté royal du 6 septembre 2022 modifie l'article 4 de l'arrêté royal du 27 janvier 2022 fixant le mode de répartition et l'octroi des frais d'administration entre les unions nationales en ce qui concerne l'élaboration et la mise en œuvre des "Trajets Retour Au Travail"

Il est précisé dans l'arrêté royal du 27 janvier 2022 qu'un remplaçant du "Coordinateur Retour Au Travail" est aussi pris en considération pour l'octroi des frais d'administration et il est également clarifié qu'en cas de non-remplacement du "Coordinateur Retour Au Travail", la suspension de l'exécution du contrat de travail jusqu'à la fin du troisième mois calendrier qui suit le mois calendrier au cours duquel ladite suspension a débuté, n'a pas d'incidence sur les frais d'administration accordés.

Moniteur belge	Date	Titre
28.09.2022 – Édition 1	23.09.2022	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:

- dans l'article 1, 2°, sont insérés les prestations suivantes : "302352-302363, 302374-302385, 302396-302400, 302411-302422, 302433-302444, 302551-302562, 302573-302584, 302595-302606, 302610-302621 et 302632-302643"
- dans l'article 5, sont insérés au premier alinéa les prestations suivantes : "372455-372466, 372470-372481, 372352-372363, 372374-372385, 372396-372400, 372411-372422, 372433-372444, 379492-379503 et 309492-309503".

5. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
19.07.2022	14.07.2022	9 Arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications aux annexes I, II et IV.

Moniteur belge	Date	Titre
20.07.2022	13.07.2022	2 Arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
05.08.2022	13.07.2022	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques - <i>Erratum</i>

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications aux annexes I, II et IV.

Moniteur belge	Date	Titre
11.08.2022	13.07.2022	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
19.08.2022 – Édition 1	16.08.2022	3 Arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
19.09.2022	16.08.2022	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques - <i>Erratum</i>

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications :

- à l'annexe I
- à l'annexe II, le point IX.4 est inséré et rédigé comme suit : “Les immunosuppresseurs utilisés dans le traitement de la Myasthénie grave réfractaire généralisée : Fa-18”.

Moniteur belge	Date	Titre
20.09.2022	12.09.2022	4 Arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications aux annexes I, II et IV.

Moniteur belge	Date	Titre
20.07.2022	13.07.2022	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
22.07.2022	13.07.2022	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 les modifications suivantes au chapitre I de l'annexe I de 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 :

- au § 20009, les modalités de remboursement sont remplacées
- au § 20009, les produits radio-pharmaceutiques sont insérés
- au § 20010, les modalités de remboursement sont remplacées
- il est inséré un § 20011
- au § 20011, les produits radio-pharmaceutiques sont insérés.

Moniteur belge	Date	Titre
19.08.2022 – Édition 1	16.08.2022	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 de 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.

Moniteur belge	Date	Titre
20.09.2022	12.09.2022	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
04.08.2022	15.07.2022	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la liste jointe comme annexe 1 ^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes à l'intitulé "L.1.1 Cyphoplastie et Vertébroplastie" au chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la Liste, jointe comme annexe 1^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs :

- le libellé de la prestation 162993-163004 est remplacé par ce qui suit : "Ciment pour cyphoplastie avec ballon utilisé à l'occasion de la prestation 589676-589680 de la nomenclature, par niveau, maximum deux niveaux"
- le libellé de la prestation 171975-171986 est remplacé par ce qui suit : "Ciment pour vertébroplastie utilisé à l'occasion de la prestation 589890-589901 de la nomenclature, par niveau, maximum deux niveaux"
- la condition de remboursement L- § 01 liée aux prestations 162971-162982 et 162993-163004 est supprimée.

Moniteur belge	Date	Titre
16.09.2022	13.09.2022	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe comme annexe 1 ^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

Dans la Liste, jointe comme annexe 1^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, les modifications suivantes sont apportées :

- le point "1. Dispositions générales", est complété par le point 1.3 suivant :
 "1.3. Les dispositifs repris au point "2. Prestations et modalités de remboursement" peuvent bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire après avoir subi une légère modification telle que définie à l'article 1^{er}, 51° de l'arrêté royal modifiant 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, et après que ces dispositifs aient suivi avec succès la procédure prévue à cet effet telle que décrite à l'article 145, § 2 jusqu'à l'article 152 du même arrêté."
- Dans la condition de remboursement B- § 08, au point "3.2 Critères", la phrase suivante est abrogée : "Un dispositif qui est une adaptation d'un dispositif déjà inscrit sur la liste nominative pour le même distributeur, sans changement du mode d'action et sans impact négatif sur l'efficacité, la sécurité et la qualité, peut être inscrit sans études cliniques à condition que le distributeur décrive les adaptations et leurs conséquences pratiques."
- Dans la condition de remboursement B- § 09, au point "4.2 Critères", la phrase suivante est abrogée : "Un dispositif qui est une adaptation d'un dispositif déjà inscrit sur la liste nominative pour le même distributeur, sans changement du mode d'action et sans impact négatif sur l'efficacité, la sécurité et la qualité, peut être inscrit sans études cliniques à condition que le distributeur décrive les adaptations et leurs conséquences pratiques."
- Dans la condition de remboursement C- § 09, le point "3.2.2 Modification de la partie implantable" est remplacé par ce qui suit : "3.2.2. Modification de la partie implantable Une modification du mécanisme de transmission des vibrations à l'oreille moyenne ne peut jamais être considérée comme une modification légère."
- Dans la condition de remboursement E- § 04, le point "3.2. Critères" est remplacé
- Dans la condition de remboursement F- § 05, le point "3.2.1" est remplacé
- Dans la condition de remboursement F- § 09, les points "3.2.2." et "3.2.3." sont abrogés
- Dans la condition de remboursement F- § 19, les points "4.2.2." et "4.2.3." sont abrogés
- Dans la condition de remboursement F- § 24, les points "3.2.2." et "3.2.3." sont abrogés
- Dans la condition de remboursement F- § 26, les points "3.2.2." et "3.2.3." sont abrogés
- Dans la condition de remboursement G- § 02, les modifications suivantes sont apportées :
 => les points "3.2.2.", "3.2.3.", "3.2.5." et "3.2.6." sont abrogés ;
 => le point 3.2.4. ancien devient le point 3.2.2.
- Dans la condition de remboursement G- § 05, les points "3.2.2." et "3.2.3." sont abrogés
- Dans la condition de remboursement H- § 04, au point "3.2. Critères", la phrase suivante est abrogée : "Un dispositif qui est une adaptation d'un dispositif déjà inscrit sur la liste nominative pour le même distributeur, sans impact négatif sur l'efficacité, la sécurité et la qualité, peut être inscrit sans études cliniques à condition que le distributeur décrive les adaptations et leurs conséquences pratiques."
- Dans la condition de remboursement L- § 02, le point C. du point "3.2. Critères" est abrogé

- Dans la condition de remboursement L- § 30, au point "3.2. Critères", la phrase suivante est abrogée : "Un dispositif qui est une adaptation d'un dispositif déjà inscrit sur la liste nominative pour le même distributeur, sans changement du mode d'action et sans impact négatif sur l'efficacité, la sécurité et la qualité, peut être inscrit sans études cliniques à condition que le distributeur décrive les adaptations et leurs conséquences pratiques en détail."

Moniteur belge	Date	Titre
19.09.2022	12.09.2022	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "B. Neurochirurgie" 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

Au chapitre "B. Neurochirurgie" de la Liste, jointe comme annexe 1^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, les modifications suivantes sont apportées :

- au point "B.2.5 Neurostimulateurs et accessoires en cas de trouble obsessionnel compulsif", les modifications suivantes sont apportées :
 - => le libellé des prestations 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173250-173261, 173294-173305, 173316-173320 sont remplacés ;
 - => la catégorie de remboursement des prestations 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173132-173143, 173176-173180, 173191-173202, 173375-173386, 173390-173401, 173412-173423, 173434-173445, 173456-173460, 173471-173482, 173493-173504, 173515-173526 et 173530-173541 est remplacée par "I.A.a" ;
 - => la catégorie de remboursement des prestations 173250-173261, 173294-173305 et 173316-173320 est remplacée par "I.F.a" ;
 - => les prestations 173154-173165, 173213-173224, 173235-173246, 173272-173283, 173331-173342 et 173353-173364 et leurs modalités de remboursement sont supprimées ;
 - => les prestations 183654-183665, 183676-183680, 183691-183702, 183713-183724, 183735-183746, 183750-183761, 183772-183783, 183794-183805, 183816-183820, 183831-183842, 183853-183864, 183875-183886, 183890-183901, 183912-183923, 183934-183945, 183956-183960 et 183971-183982 et leurs modalités de remboursement sont ajoutées ;
- la condition de remboursement B- § 11 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, la modification suivante est apportée à la Liste nominative "Neurostimulateurs et accessoires en cas de trouble obsessionnel compulsif" :

- la liste nominative 35704 associée aux prestations 173154-173165, 173213-173224 et 173235-173246 est supprimée.

6. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
16.09.2022	27.06.2022	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

La modification suivante est apportée au 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 :

- l'article 9 est remplacé par ce qui suit :

“Art. 9. Les modèles de formulaires de demande modifiant une liste nominative comme mentionné dans l'article 1, 13° de 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 sont repris dans les formulaires T-Temp-II-01, T-Temp-II-02, T-Temp-II-03 et T-Temp-II-04 en annexe XIII du règlement actuel.”

Moniteur belge	Date	Titre
19.09.2022	27.06.2022	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, les formulaires B-Form-I-10, B-Form-I-11 et B-Form-II-03 concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre "B. Neurologie" de la liste, sont modifiés.

Moniteur belge	Date	Titre
28.09.2022 – Édition 1	30.05.2022	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 la modification suivante :

- dans l'article 6, est inséré un § 3^{ter} mentionnant:
 “§ 3^{ter}. Lorsqu'une prestation de l'article 5 de la nomenclature est effectuée par un hygiéniste bucco-dentaire selon les modalités de l'article 6, § 18^{bis}, le praticien de l'art dentaire porte en compte les soins sur son attestation de soins en mentionnant dans la partie identification du dispensateur son propre nom et son numéro INAMI mais également le nom et numéro INAMI de l'hygiéniste qui a effectué l'acte.”

7. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge

19.07.2022

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 20 de la nomenclature des prestations de santé.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 12

Question

Un enregistrement Holter peut-il être facturé si l'enregistrement électrocardiographique (pendant au moins 24 heures) est effectué avec un appareil portable qui effectue un enregistrement monocanal (par ex. Rooti Rx ECG Holter System) ?

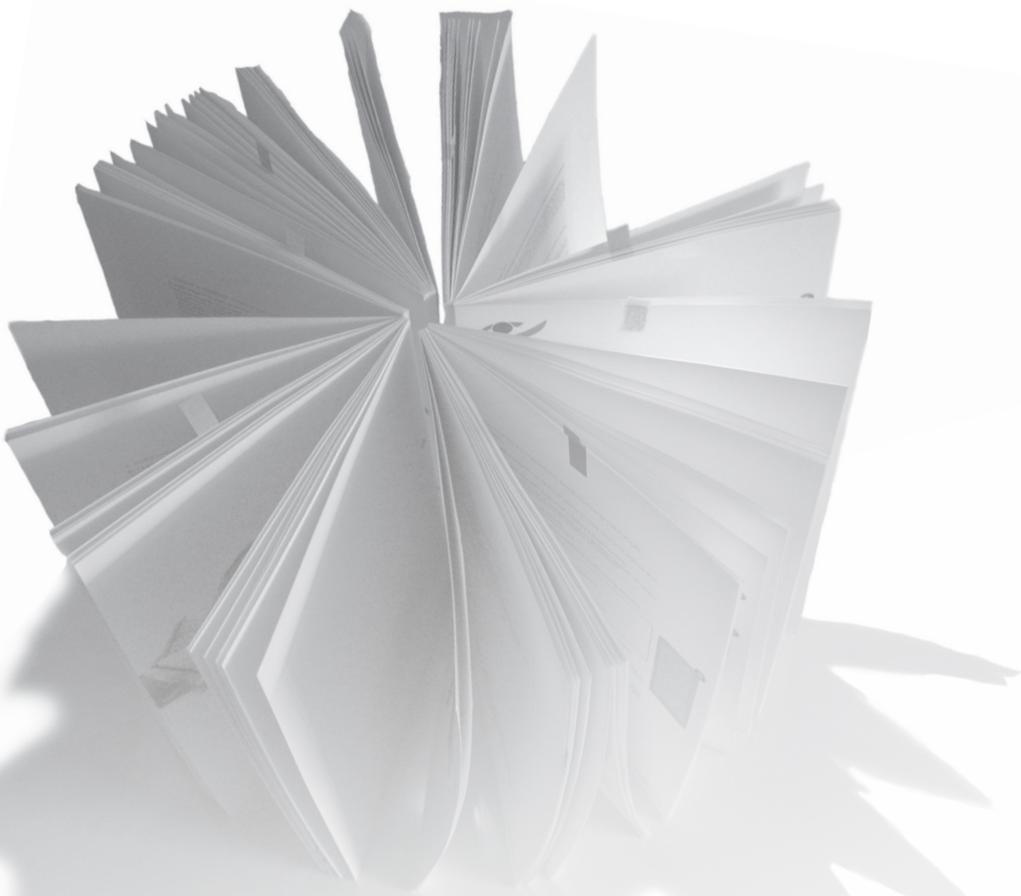
Réponse

Non, les codes de nomenclature 476210-476221, 476232-476243 et 476254-476265 ne s'appliquent pas à l'enregistrement du rythme cardiaque monocanal.

La règle interprétative précitée produit ses effets le 30 mai 2022.

2^e Partie

Jurisprudence



Cour du travail d'Anvers, division Hasselt, 6 décembre 2022

L'assuré social attaque la régularité de la notification par pli judiciaire du fait que le texte de l'article 792, alinéas 2 et 3, du Code judiciaire n'avait pas été repris dans le pli judiciaire.

La nullité de la notification (art. 792, al. 3, C. jud.) est prescrite uniquement en cas d'absence de la mention "des voies de recours, du délai dans lequel ce ou ces recours, doivent être introduits ainsi que de la dénomination et de l'adresse de la juridiction compétente pour en connaître".

Une extension de cette sanction de nullité aux mentions qui ne concernent pas le délai même, mais le début et le calcul de celui-ci, ne se justifie pas.

La notification du greffier faisait mention des voies de recours possibles et du délai d'appel, tout en renvoyant aux articles de lois applicables.

L'assuré social a donc été informé des voies de recours de manière fiable et claire. Les suites susceptibles d'être données au jugement notifié étaient claires.

Le fait que l'article 792, alinéas 2 et 3, du Code judiciaire n'avait pas été repris textuellement, n'y change rien.

R.G. 2022/CT/58

... c./INAMI

...

1. Ontvankelijkheid van het hoger beroep

Met een verzoekschrift, op 9 april 2022 ontvangen ter griffie van dit arbeidshof, tekent de heer ... hoger beroep aan tegen het vonnis van 23 februari 2022 van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Tongeren.

Een afschrift van het vonnis werd ter kennis gebracht aan partijen bij gerechtsbrief van 28 februari 2022.

1.1. Toepasselijke reglementering

Artikel 1051 van het Gerechtelijk Wetboek stipuleert dat de termijn om hoger beroep aan te tekenen één maand bedraagt, te rekenen vanaf de betekening van het vonnis of de kennisgeving ervan overeenkomstig artikel 792, tweede en derde lid, van het Gerechtelijk Wetboek.

Deze beroepstermijn is voorgeschreven op straffe van verval¹ en de rechter dient dit ambtshalve op te werpen.² Met conclusie van 24 juni 2022 werpt het RIZIV eveneens de exceptie van niet-ontvankelijkheid op.

Artikel 792, tweede lid, van het Gerechtelijk Wetboek, bepaalt dat voor de zaken opgesomd in artikel 704, § 2, van het Gerechtelijk Wetboek, de griffier binnen de acht dagen bij gerechtsbrief het vonnis ter kennis brengt van de partijen.

1. Art. 860, tweede lid, van het Ger. W.

2. Cass. 12.12.1996, RW 1996-97, 1379.

Artikel 53*bis* van het Gerechtelijk Wetboek bepaalt dat wanneer de kennisgeving is gebeurd bij gerechtsbrief of bij een ter post aangetekende brief met ontvangstbewijs, de termijnen beginnen te lopen vanaf de eerste dag die volgt op deze waarop de brief aangeboden wordt op de woonplaats van de geadresseerde of, in voorkomend geval, op zijn verblijfplaats of gekozen woonplaats.

1.2. Toetsing *in concreto*: het hoger beroep is laattijdig

Het voorwerp van huidige vordering³ behoort tot de materie die genoemd wordt in artikel 580, 2^o, van het Gerechtelijk Wetboek, en valt onder de zaken die opgesomd worden in artikel 704, § 2, van het Gerechtelijk Wetboek.

Het bestreden vonnis van 23 februari 2022 diende dan ook in toepassing van artikel 792, tweede lid, van het Gerechtelijk Wetboek, betekend te worden bij gerechtsbrief, hetgeen gebeurde op 28 februari 2022.

In casu werd de gerechtsbrief op 2 maart 2022 op het adres van de heer ... aangeboden en door hem voor ontvangst afgetekend.

In toepassing van artikel 53*bis* en 1051 van het Gerechtelijk Wetboek begon de beroepstermijn van één maand te lopen vanaf de eerste dag die volgde op deze waarop de brief aangeboden werd op de woonplaats van de geadresseerde of, in voorkomend geval, op zijn verblijfplaats of gekozen woonplaats.

Rekening houdend met de beroepstermijn van één maand, die een aanvang nam op **3 maart 2022**, dient vastgesteld te worden dat het verzoekschrift houdende hoger beroep, dat pas op 9 april 2022 ter griffie van dit arbeidshof werd ontvangen, buiten de beroepstermijn werd ingediend en dus laattijdig is.

1.3. Regelmatige kennisgeving

Volgens de heer ... is de gerechtsbrief onvolledig nu op de keerzijde na de bepaling van artikel 792, tweede en derde lid het woord 'Gerechtelijk Wetboek' niet was vermeld. Bovendien voldeed de kennisgeving niet aan alle wettelijke bepalingen aangezien noch de tekst van artikel 792, tweede en derde lid Gerechtelijk Wetboek noch deze van artikel 704 Gerechtelijk Wetboek waren opgenomen in de gerechtsbrief.

Het arbeidshof deelt deze mening niet.

Voorerst is op de voorzijde van de gerechtsbrief uitdrukkelijk vermeld "KENNISGEVING BIJ GERECHTSBRIEF ARTIKEL 792 Gerechtelijk Wetboek." Het argument dat de vermelding 'Gerechtelijk Wetboek' niet is opgenomen is dan ook onjuist.

Artikel 792 van het Gerechtelijk Wetboek bepaalt bovendien het volgende:

"Binnen vijf dagen te rekenen van de uitspraak van de beslissing geeft de griffier, zowel in burgerlijke als in strafzaken, kennis van een niet ondertekend afschrift van de beslissing aan elke partij of, in voorkomend geval, aan hun advocaten. Die kennisgeving doet de termijn om een rechtsmiddel aan te wenden niet lopen. Zij gebeurt op elektronische wijze aan het professioneel elektronisch adres van de advocaat of, indien het een partij betreft die zonder advocaat is verschenen, aan het gerechtelijk elektronisch adres van die partij, of, bij gebreke daarvan, aan het laatst elektronisch adres dat die partij heeft verstrekt in het kader van de rechtspleging. Indien bij de griffier geen elektronisch adres gekend is, of indien de kennisgeving aan het elektronisch adres kennelijk niet is geslaagd, gebeurt de kennisgeving bij gewone brief. In afwijking van het vorige lid, voor de zaken opgesomd in artikel 704, § 2, alsook inzake adoptie brengt de griffier binnen de acht dagen bij gerechtsbrief het vonnis ter kennis van de partijen. Op straffe van nietigheid vermeldt deze kennisgeving de rechtsmiddelen, de termijn binnen welke dit verhaal moet worden ingesteld evenals de benaming en het adres van de rechtsmacht die bevoegd is om er kennis van te nemen.

In de gevallen, bepaald in het tweede lid, zendt de griffier een niet-ondertekend afschrift van het vonnis, in voorkomend geval, aan de advocaten van de partijen of aan de afgevaardigden bedoeld in artikel 728, § 3."

In de kennisgeving wordt uitdrukkelijk verwezen naar de artikelen 1050 tot 1072^{bis} Gerechtelijk Wetboek, Artikel 1051, eerste lid Gerechtelijk Wetboek vermeldt uitdrukkelijk dat de termijn om beroep aan te tekenen één maand bedraagt, te rekenen vanaf de betekening van het vonnis of kennisgeving ervan overeenkomstig artikel 792, tweede en derde lid Gerechtelijk Wetboek.

De nietigheid van de kennisgeving, zoals opgenomen in het derde lid van artikel 792 Gerechtelijk Wetboek is enkel voorgeschreven in geval van het ontbreken van de vermelding van "de rechtsmiddelen, de termijn binnen welke dit verhaal moet worden ingesteld evenals de benaming en het adres van de rechtsmacht die bevoegd is om er kennis van te nemen".

Een uitbreiding van deze nietigheidssanctie tot vermeldingen die niet de termijn zelf betreffen, maar wel de aanvang en de betekening ervan, is niet gerechtvaardigd.⁴

Bijgevolg werd de heer ... op een betrouwbare en duidelijke wijze geïnformeerd over de rechtsmiddelen, zodanig dat hij kon weten welk gevolg hij kon geven aan het ter kennis gebrachte vonnis.

In de conclusie wordt tenslotte verwezen naar het arrest van het Grondwettelijk Hof van 10 februari 2022.⁵

Het Grondwettelijk Hof oordeelde dat artikel 43 van het Gerechtelijk Wetboek in zoverre het niet erin voorziet dat, bij de betekening van een vonnis, de rechtsmiddelen, de termijn waarbinnen dat rechtsmiddel of die rechtsmiddelen moeten worden aangewend, alsook de benaming en het adres van het rechtcollege dat bevoegd is om daarvan kennis te nemen, moeten worden vermeld, de artikelen 10 en 11 van de Grondwet schendt, in samenhang gelezen met artikel 6 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens en met de algemene beginselen die het recht op toegang tot de rechter waarborgen.

Door het Grondwettelijk Hof werd nagegaan of de *ontstentenis* van vermeldingen met betrekking tot de rechtsmiddelen, in de gemeenrechtelijke wijze van mededeling die de betekening vormt, de toegang tot de rechter van de betrokken rechtzoekenden niet op discriminerende wijze kan belemmeren.

In onderhavige zaak werden in de kennisgeving aan de heer ... de vermeldingen zoals vereist door artikel 792, derde lid van het Gerechtelijk Wetboek daarentegen wel opgenomen.

Het arbeidshof stelt vast dat in de kennisgeving de griffier onder andere melding gemaakt heeft van de mogelijke rechtsmiddelen (hoger beroep; weergave van art. 1050 van het Ger. W.) en de beroepstermijn (weergave van art. 1051, eerste lid van het Ger. W., mogelijke verlenging van de termijn overeenkomstig de artikelen 55 en 50, tweede lid van het Ger. W.).

Het arbeidshof is van oordeel dat er geen schending is van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet en artikel 6.1 EVRM zodat het niet ingaat op de vraag om een prejudiciële vraag te stellen aan het Grondwettelijk Hof.

Het arbeidshof stelt immers vast dat in de kennisgeving de griffier melding gemaakt heeft van de mogelijke rechtsmiddelen en de beroepstermijn en waarbij tevens verwezen werd naar de toepasselijke wetsartikelen. De heer ... was bijgevolg op de hoogte welk gevolg hij aan het vonnis kon geven. Het feit dat het artikel 792, tweede en derde lid van het Gerechtelijk Wetboek niet tekstueel was opgenomen, doet hieraan geen afbreuk.

4. Vgl. Cass. 29.04.2010, C.09.0146.N.

5. GwH. 10.02.2022, nr. 23/2022.

De verwijzing naar het arrest van het Hof van Cassatie van 29 januari 2016⁶ is niet dienend in huidig geschil aangezien deze rechtspraak van toepassing is op een faillissementsgeschil waarbij de kennisgeving van het verstekvonnis aan een partij dat hem niet verschoonbaar verklaart, noch de mogelijkheid noch de termijn voor beroep had vermeld. Zoals hoger gesteld voldeed de kennisgeving aan de wettelijke vereisten.

In huidig geschil was de heer ... correct geïnformeerd. Het hoger beroep is laattijdig ingediend.

...

BESLISSING
Het arbeidshof,

Verklaart het hoger beroep onontvankelijk wegens laattijdigheid.

...

3^e Partie
Questions et réponses
parlementaires



Fonds des accidents médicaux

FAM – Plan d'action – Améliorer fonctionnement – Clôturer plus rapidement dossiers – Questions posées par victimes et proches sans réponses – Refus de joindre rapports d'audition POLICE – Avocats, d'un côté ou de l'autre sinon : conflit d'intérêts manifeste – Réponses en une semaine - Disponibilité téléphonique du FAM renforcée - Caractère contradictoire d'expertise - Task force mise en place

Question n° 1525 posée le 1^{er} juin 2022 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante DIERICK¹

Malheureusement, de nombreuses personnes décèdent encore aujourd'hui d'erreurs médicales dans notre pays.

La loi du 31 mars 2021 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé prévoit la création du Fonds des accidents médicaux (FAM). Toute personne qui a subi des dommages résultant de soins de santé peut, dans certains cas, demander un avis à ce sujet au FAM et éventuellement recevoir une indemnisation.

En 2021, le FAM a élaboré un plan d'action visant à améliorer son fonctionnement, afin de pouvoir clôturer plus rapidement les dossiers. Ce plan d'action consiste à adapter structurellement le traitement des dossiers et à créer une taskforce temporaire pour combler le retard.

Dans la pratique, on nous rapporte que les experts et avocats qui travaillent pour le FAM dans un dossier précis ne peuvent pas intervenir dans d'autres dossiers du FAM en tant qu'expert ou avocat personnel (non désigné par le FAM). Cela réduit fortement le nombre de personnes pouvant intervenir en tant qu'expert personnel ou avocat spécialisé.

Par ailleurs, nous apprenons qu'en dépit du plan d'action, les questions posées au FAM par les victimes ou leurs proches restent bien souvent sans réponse.

Il nous revient également que le FAM refuse de joindre à certains dossiers les rapports d'audition établis par la police dans le cadre d'un accident médical.

1. Est-il exact qu'un expert ou un avocat qui intervient pour le FAM ne peut plus intervenir en tant qu'expert ou avocat personnel dans un autre dossier auprès du FAM ?

Si oui, sur la base de quelle législation s'appuie ce refus ? Si oui, estimez-vous qu'il devient de plus en plus difficile de trouver des experts ou avocats personnels dans certains dossiers ? Si oui, une modification de la loi ou une autre action s'impose-t-elle ? Des démarches seront-elles entreprises pour pallier ce problème ?

Si non, pour quelles raisons ?

2. Pourquoi certaines questions envoyées au FAM restent-elles sans réponse ?

1. Bulletin n° 092, Chambre, session ordinaire 2021-2022, p. 156.

3. Quelles démarches sont entreprises pour veiller à ce que toute personne qui prend contact avec le FAM reçoive une réponse ?
4. Quel est le délai moyen pour obtenir une réponse à une question posée au FAM ?
5. Estimez-vous que ce délai est trop long? Si oui, quelles démarches seront entreprises pour le raccourcir ? Si non, pour quelles raisons ?
6. Pourquoi le FAM refuse-t-il de joindre à certains dossiers les rapports d'audition établis par la police dans le cadre d'un accident médical ?

Réponse

1. En ce qui concerne les avocats : le Fonds des Accidents médicaux (FAM) collabore avec un nombre limité d'avocats. Seuls ces avocats ne peuvent pas défendre les demandeurs/ prestataires de soins en raison d'un conflit d'intérêts manifeste. Tous les autres avocats peuvent représenter tout patient/prestataire de soins lors du traitement d'une affaire pour le FAM ou dans toute procédure judiciaire. Il n'y a donc aucune restriction quant au choix des avocats spécialisés.

En ce qui concerne les experts : les médecins-conseils du FAM (un Fr et un NI) sont les seuls qui ne peuvent pas intervenir en tant qu'experts dans les procédures du FAM ou défendre les intérêts du patient/prestataire de soins dans les procédures du FAM ou dans les procédures juridiques impliquant le FAM.

Il n'est pas interdit aux experts (du FAM) de défendre ponctuellement les intérêts d'un prestataire de soins/patient dans le cadre d'une procédure du FAM. Il va de soi que, tant dans le cadre des procédures organisées par le FAM que dans toute procédure judiciaire, les experts doivent éviter toute trace de partialité.

2. Le FAM répond à toutes les questions. Il est répondu aux simples demandes de renseignement dans un délai d'une semaine. Dans le cadre du plan d'action élaboré l'année dernière, la disponibilité téléphonique du FAM a été renforcée par un système gradué, selon lequel le personnel administratif peut être joint pendant les heures de bureau pour des questions générales, c'est-à-dire indépendamment d'un cas spécifique.

3 à 5. Les demandes adressées au FAM sont traitées aussi rapidement que possible. Un accusé de réception est envoyé pour chaque demande dans un délai d'une semaine, après quoi la recevabilité est examinée. Pour chaque dossier recevable, des documents sont demandés si nécessaire afin de compléter le dossier et d'effectuer une analyse médicale interne, suivie ou non d'une expertise, contradictoire ou unilatérale, en fonction du dossier.

Jusqu'à l'année dernière, le FAM fonctionnait avec un système de premier arrivé, premier servi, ce qui, ajouté aux difficultés de démarrage du FAM (arrêtés d'exécution publiés plusieurs mois après la loi, initialement parastatal puis intégré à l'INAMI), a rendu le temps de traitement des dossiers très long. Bien plus long que le délai indicatif prévu par la loi. Le fait est que lorsque le FAM juge qu'une expertise est nécessaire, en particulier une expertise contradictoire, ce délai n'est d'office pas respecté. Dans ces cas, il faut en effet également prêter attention au caractère contradictoire de cette expertise. L'agenda de nombreux experts et médecins-conseils rend cette tâche difficile et chronophage.

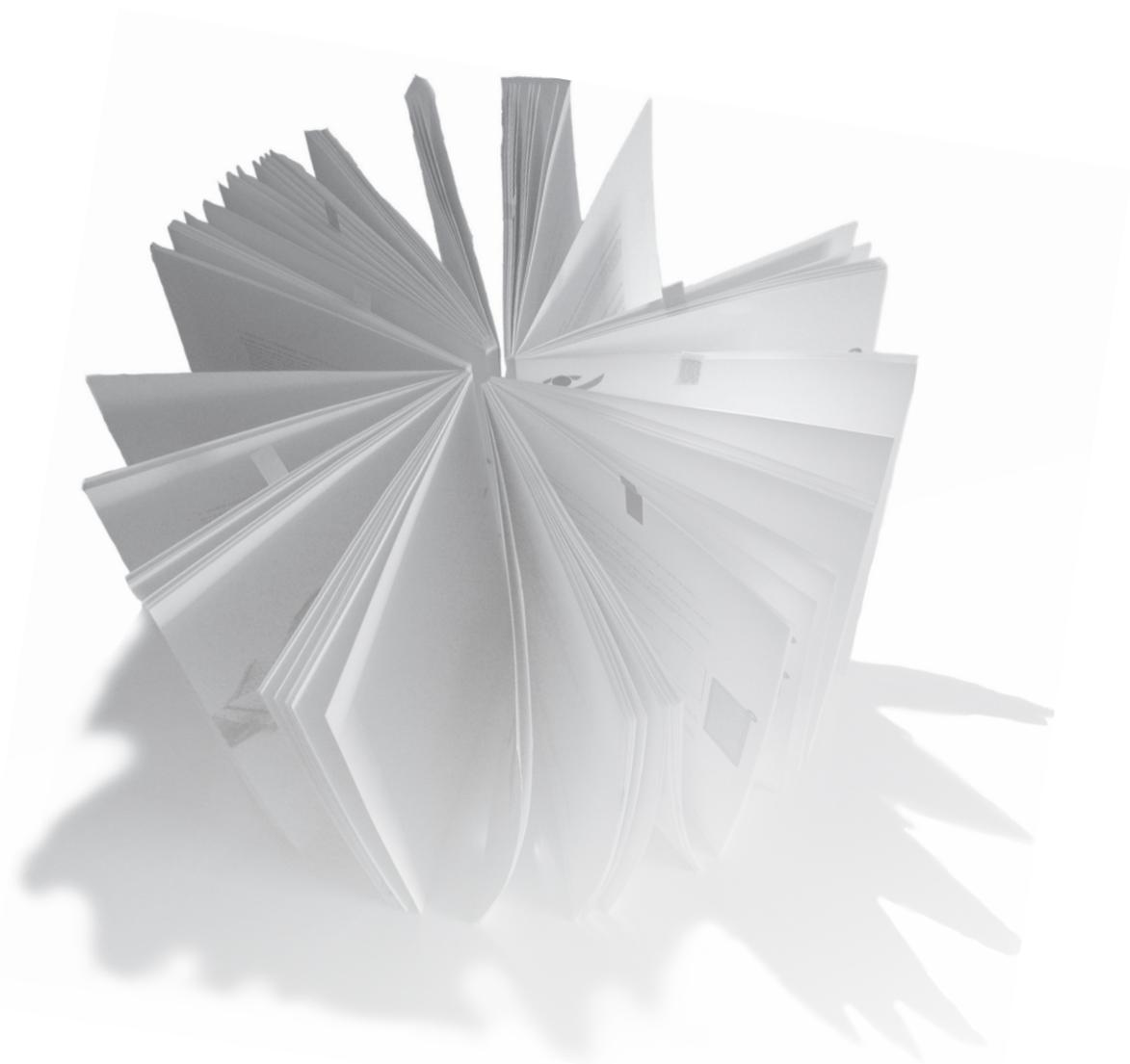
Afin d'éliminer le retard accumulé, une *task force* a été mise en place fin 2021 pour les dossiers jusqu'en 2020, en plus des procédures modifiées qui ont été introduites en même temps. Cela a un effet. Le rapport entre les dossiers non terminés et les dossiers terminés est maintenant passé de 0,4 (1675/4203) à 0,26 (1261/4949). La *task force* chargée de résorber l'arriéré respecte le calendrier prévu et, par conséquent, l'arriéré devrait être résorbé dans le délai promis de deux ans, c'est-à-dire d'ici la fin du mois de septembre 2023.

Dans un souci d'exhaustivité, il est important de noter que tous les dossiers soumis au FAM ne donnent pas lieu à une indemnisation.

6. Le FAM joint au dossier tous les documents qui lui sont soumis.

4^e Partie

Directives de l'INAMI



I. Historique médical des personnes déplacées en provenance d'Ukraine

En réponse à l'afflux massif de personnes déplacées en provenance d'Ukraine, le Conseil de l'Union européenne a instauré une protection temporaire pour certaines catégories de personnes déplacées depuis le 24 février 2022 à la suite de l'invasion militaire par les forces armées russes qui a commencé à cette date¹.

Les personnes temporairement déplacées en provenance d'Ukraine peuvent s'inscrire auprès d'une mutualité conformément aux modalités établies dans la Circulaire O.A. 2022/217 du 8 juin 2022.

Pour que l'assurance obligatoire soins de santé puisse intervenir dans les coûts des prestations de santé, les organismes assureurs doivent vérifier que le bénéficiaire remplit les conditions de remboursement qui peuvent, dans certains cas, porter sur l'historique médical du bénéficiaire.

C'est par exemple le cas pour le remboursement de certains médicaments ou d'un traitement orthodontique.

Cela implique que les personnes bénéficiant d'une protection temporaire et qui ne peuvent pas disposer de documents attestant de leurs antécédents médicaux ou de leur historique médical, ne pourraient pas bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé.

Lorsque les organismes assureurs sont confrontés à ce cas de figure pour les personnes bénéficiant de la protection temporaire précitée, la situation en Ukraine doit être considérée comme relevant de la force majeure. Dans ce cas, même en l'absence de données administratives sur le passé médical avant l'arrivée en Belgique et si toutes les autres conditions de remboursement sont remplies, les organismes assureurs procèdent au remboursement.



En cas d'incertitudes ou d'ambiguïtés, les organismes assureurs peuvent demander des avis supplémentaires au Service des soins de santé (GVSS.SECR-ALGDIRGEN@riziv-inami.fgov.be).



Circulaire O.A. n° 2022/360 – 259/17 du 27 octobre 2022.

¹ Décision d'exécution (UE) 2022/382 du Conseil du 04.03.2022 constatant l'existence d'un afflux massif de personnes déplacées en provenance d'Ukraine, au sens de l'art. 5 de la directive 2001/55/CE, et ayant pour effet d'introduire une protection temporaire.

II. Facturation des soins de santé pour un détenu

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2023.

I. Contexte

Les détenus sont intégrés à l'ASSI pour leurs soins de santé en dehors de la prison ou de l'établissement du SPF Justice à partir du 1^{er} janvier 2023.

L'application du régime du tiers payant est obligatoire et le ticket modérateur est également pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Le statut de détention est communiqué aux mutualités via un flux BCSS.

Dans le cadre de ce flux de détention, les changements (détention, libération, etc.) sont communiqués le lendemain. Il faut quelques jours pour que les données d'assurabilité dans MyCarenet soient mises à jour.

Pour les étrangers détenus sans admission ou autorisation de séjour > 3 mois qui sont affiliés de plein droit à l'O.A. 600, l'inscription est clôturée à leur libération.

Les détenus, lorsqu'ils quittent la prison ou l'établissement du SPF Justice, sont toujours munis d'un formulaire papier avec les informations sur la prise en charge de leurs soins de santé par l'assurance maladie obligatoire.

II. Scénarios

Cette circulaire traite les situations suivantes et leurs conséquences :

- le détenu est incarcéré et reçoit immédiatement des soins de santé en dehors de la prison ou de l'établissement du SPF Justice
- le détenu est libéré et reçoit immédiatement des soins de santé en dehors de la prison ou de l'établissement du SPF Justice
- l'étranger détenu sans admission ou autorisation de séjour > 3 mois est libéré et reçoit immédiatement des soins de santé en dehors de la prison ou de l'établissement du SPF Justice

Selon que le dispensateur de soins utilise ou non MyCarenet, un certain nombre de scénarios peuvent être énumérés en termes de facturation d'une prestation de santé pour un détenu :

- a) Le détenu est incarcéré et reçoit immédiatement des soins de santé



Par exemple : une personne est incarcérée en prison le 3 février 2023 et reçoit des soins de santé en dehors de la prison le 3 février 2023 :

=> Le dispensateur de soins n'utilise pas MyCarenet

Le détenu remet le formulaire papier au dispensateur de soins, de sorte que le dispensateur de soins apprend qu'il doit facturer l'intervention ASSI et le ticket modérateur à la mutualité du détenu.

Le dispensateur de soins demande au détenu une vignette pour l'apposer sur l'attestation de soins donnés qu'il envoie à la mutualité du détenu dans le cadre du régime du tiers payant.

Le dispensateur de soins joint le formulaire papier à l'attestation de soins donnés et reçoit un engagement de paiement basé sur le formulaire papier.

Dans le cas où le détenu n'est pas encore inscrit auprès d'une mutualité au moment de son incarcération (le détenu sans affiliation valide est automatiquement inscrit auprès de l'O.A. 600 mais l'O.A. 600 ne reçoit le message électronique que le lendemain de la détention), le dispensateur de soins n'a d'autre choix que d'attendre pour facturer.

=> Le dispensateur de soins consulte MDA mais n'utilise pas eFact

Si le détenu est déjà inscrit auprès d'une mutualité au moment de sa détention, le dispensateur de soins qui consulte l'assurabilité via MyCarenet ne reçoit pas encore l'information que le ticket modérateur est à charge de l'ASSI.

Le dispensateur de soins sait, sur base du formulaire papier, qu'il doit facturer la prestation en tiers payant, y compris la quote-part personnelle.

Le dispensateur de soins envoie l'attestation de soins donnés à la mutualité du patient et joint le formulaire papier. Il reçoit un engagement de paiement basé sur le formulaire papier.

Si le dispensateur de soins porte la prestation de santé en compte au détenu et soit lui remet une attestation de soins donnés soit applique eAttest, ceci est accepté par la mutualité du détenu. La prestation est remboursée au détenu ainsi que le ticket modérateur.

Si le détenu n'est pas encore inscrit auprès d'une mutualité au moment de son incarcération (voir ci-dessus), le dispensateur de soins ne trouvera pas le patient dans MyCarenet. Il n'a d'autre choix que d'attendre pour facturer.

=> Le dispensateur de soins consulte MDA et utilise eFact

Si le détenu n'est pas encore inscrit auprès d'une mutualité au moment de son incarcération (voir ci-dessus), le dispensateur de soins ne trouvera pas le patient dans MyCarenet. Il n'a d'autre choix que d'attendre pour facturer. Au moment où il facture, le statut de détention est traité dans MyCarenet.

Si le détenu est déjà inscrit auprès d'une mutualité au moment de sa détention, le dispensateur de soins qui consulte l'assurabilité via MyCarenet ne reçoit pas encore l'information que le ticket modérateur est à charge de l'ASSI.

Le dispensateur de soins sait, sur base du formulaire papier, qu'il doit facturer la prestation en tiers payant, y compris la quote-part personnelle.

Le dispensateur de soins envoie l'attestation de soins donnés à la mutualité du détenu et joint le formulaire papier. Il reçoit un engagement de paiement sur base du formulaire papier avec pour conséquence que la mutualité paie la prestation au dispensateur de soins y compris le ticket modérateur.

Si le dispensateur de soins ne souhaite pas appliquer le tiers payant papier, il doit attendre pour facturer jusqu'à ce que les données dans MyCarenet correspondent avec ce qui est mentionné sur le formulaire papier. Ceci est mentionné sur le formulaire papier.

Si le dispensateur de soins ne souhaite pas attendre pour facturer et facture la prestation de santé de manière électronique à la mutualité avec le ticket modérateur conformément aux instructions de facturation électronique (mention valeur 9 "catégorie sociale spécifique" dans la zone 33 des enregistrements de type 30, 40 et 50 du fichier de facturation), l'O.A. paie la prestation au dispensateur de soins y compris le ticket modérateur.

b) Le détenu est libéré et reçoit immédiatement des soins de santé

 Par exemple: un détenu est libéré le 3 février 2023 et reçoit des soins de santé le 3 février 2023.

=> Le dispensateur de soins n'utilise pas MyCarenet

La personne libérée n'a pas de formulaire papier avec elle, de sorte que le dispensateur de soins, qui ne consulte pas non plus l'assurabilité via MyCarenet, ne reçoit aucune information erronée (la libération ne sera traitée dans MyCarenet que quelques jours plus tard).

L'O.A. reçoit une attestation de soins donnés papier sans formulaire papier et procède au paiement de l'intervention ASSI y compris le ticket modérateur (parce que la personne concernée est encore toujours mentionnée comme détenu dans les données de la mutualité).

Lors d'un contrôle a posteriori des dépenses après que l'O.A. a traité le message électronique de libération, l'O.A. constate que le ticket modérateur n'est pas à charge de l'AMI.

Si l'O.A. n'a pas traité à temps le message électronique de libération, l'O.A. a commis une faute. Conformément à l'article 17, § 2 de la Charte de l'assuré social, le ticket modérateur payé ne peut pas être récupéré auprès du membre. Ce montant est pris en charge par l'O.A. à charge de ses frais d'administration en vertu de l'article 194 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Si l'O.A. a traité le message électronique de libération à temps, l'O.A. n'a pas commis de faute en payant le ticket modérateur. En exécution de l'article 17, § 1^{er} et 18 de la Charte de l'assuré social, l'O.A. peut retirer sa décision initiale et prendre une nouvelle décision sur base des nouveaux éléments. La nouvelle décision a un effet rétroactif à partir de la date de la décision initiale dans les limites des délais de prescription. Ceci veut dire que l'O.A. peut récupérer le ticket modérateur payé auprès du membre.

=> Le dispensateur de soins consulte MDA mais n'utilise pas eFact

Le dispensateur de soins ne reçoit pas de formulaire papier mais est informé en demandant l'assurabilité¹ que le ticket modérateur doit être facturée à la mutualité.

Dans la mesure où le dispensateur de soins n'utilise pas eFact/eAttest, il est possible que le dispensateur de soins concerné fasse payer la personne libérée et délivre une attestation de soins donnés. Dans ce cas, il n'y a pas de problème pour le dispensateur de soins. Si la personne libérée apporte l'attestation de soins donnés à la mutualité pour remboursement avant que le message électronique de libération n'ait pu être traité par la mutualité, la mutualité rembourse l'attestation, y compris le ticket modérateur. Lors d'un contrôle a posteriori des dépenses après que l'O.A. ait traité le message électronique de libération, l'O.A. constate que le ticket modérateur n'est pas à charge de l'AMI. Si l'O.A. n'a pas traité à temps le message électronique de libération, l'O.A. a commis une faute. Conformément à l'article 17, § 2 de la Charte de l'assuré social, le ticket modérateur payé ne peut pas être récupéré auprès du membre. Ce montant est pris en charge par l'O.A. à charge de ses frais d'administration. Si l'O.A. a traité le message électronique de libération à temps, l'O.A. n'a pas commis de faute en payant le ticket modérateur. En exécution de l'article 17, § 1^{er} et 18 de la Charte de l'assuré social, l'O.A. peut retirer sa décision initiale et prendre une nouvelle décision sur base des nouveaux éléments. Ceci veut dire que l'O.A. peut récupérer le ticket modérateur payé auprès du membre.

Dans cette situation le dispensateur de soins ne peut pas appliquer eAttest car eAttest est refusé de manière synchrone parce que le logiciel renvoie encore toujours automatiquement vers eFact.

Bien entendu, il est bel et bien possible que le dispensateur de soins, sur base des données d'assurabilité consultées, facture la prestation sur papier en tiers payant, y compris le ticket modérateur :

- si le dispensateur de soins transmet l'attestation à la mutualité et que la mutualité traite l'attestation avant que le message électronique de libération n'ait été traité, la mutualité paie le dispensateur de soins, y compris le ticket modérateur. Lors d'un contrôle a posteriori des dépenses après que l'O.A. ait traité le message électronique de libération, l'O.A. constate que le ticket modérateur n'est pas à charge de l'AMI. Si l'O.A. n'a pas traité à temps le message électronique de libération, l'O.A. a commis une faute. Conformément à l'article 17, § 2 de la Charte de l'assuré social, le ticket modérateur payé ne peut pas être récupéré auprès du membre. Ce montant est pris en charge par l'O.A. à charge de ses frais d'administration. Si l'O.A. a traité le message électronique de libération à temps, l'O.A. n'a pas commis de faute en payant le ticket modérateur au dispensateur de soins. En exécution de l'article 17, § 1^{er} et 18 de la Charte de l'assuré social, l'O.A. peut retirer sa décision initiale et prendre une nouvelle décision sur base des nouveaux éléments. Ceci veut dire que l'O.A. peut récupérer le ticket modérateur payé auprès du membre
- si le dispensateur de soins transfère l'attestation à la mutualité ou si la mutualité traite l'attestation après le traitement du message électronique de libération, la mutualité verse l'intervention ASSI au dispensateur de soins, mais pas le ticket modérateur. Le dispensateur de soins doit facturer le ticket modérateur au patient par la suite.

=> Un dispensateur de soins consulte MDA et utilise eFact

Le dispensateur de soins ne reçoit pas de formulaire papier mais est informé en demandant l'assurabilité que le ticket modérateur doit être facturé à la mutualité.

Il facture l'intervention ASSI avec le ticket modérateur via eFact à la mutualité.

L'article 5 de l'arrêté royal tiers payant du 18 septembre 2015 dispose que *“La délivrance de la preuve électronique de l'utilisation d'un réseau électronique, conformément à une méthodologie établie par le comité de gestion de la plate-forme eHealth, et l'application du régime du tiers payant dans le cadre d'une facturation électronique, tel que visée à l'article 53, § 1^{er}, alinéa 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, conformément aux données d'assurabilité et, en ce qui concerne le médecin généraliste, conformément aux tarifs, obtenus par la consultation du réseau susvisé, vaut comme obligation de paiement par l'organisme assureur de la partie qui n'est pas à charge de l'assuré social.*

Cette obligation de paiement vaut pour toute la durée du mois civil au cours duquel le réseau a été consulté. Toutefois, la commission de conventions ou d'accords peut fixer un autre délai pour chaque catégorie de dispensateurs de soins concernée.»

Dans la mesure où la redevance du ticket modérateur aux fins du statut de détention est considérée comme une “donnée d'assurabilité”, cet article a pour effet que le dispensateur de soins qui a collecté l'assurabilité (démontrant que le ticket modérateur est à charge de l'ASSI) et conformément à ces données d'assurabilité a facturé par voie électronique avant la fin du mois civil, a un engagement de paiement avec pour résultat que la mutualité doit lui verser l'intervention ASSI et le ticket modérateur. Lors d'un contrôle a posteriori des dépenses après que l'O.A. ait traité le message électronique de libération, l'O.A. constate que le ticket modérateur n'est pas à charge de l'AMI. Si l'O.A. n'a pas traité à temps le message électronique de libération, l'O.A. a commis une faute. Conformément à l'article 17, § 2 de la Charte de l'assuré social, le ticket modérateur payé ne peut pas être récupéré auprès du membre. Ce montant est pris en charge par l'O.A. à charge de ses frais d'administration. Si l'O.A. a traité le message électronique de libération à temps, l'O.A. n'a pas commis de faute en payant le ticket modérateur au dispensateur de soins. En exécution de l'article 17, § 1^{er} et 18 de la Charte de l'assuré social, l'O.A. peut retirer sa décision initiale et prendre une nouvelle décision sur base des nouveaux éléments. Ceci veut dire que l'O.A. peut récupérer le ticket modérateur payé auprès du membre.

c) L'étranger détenu sans autorisation ou admission de séjour > 3 mois est libéré et reçoit immédiatement des soins de santé



Par exemple : un ressortissant étranger détenu sans admission ou autorisation de séjour > 3 mois est libéré le 3 février 2023 et reçoit des soins de santé le 3 février 2023. L'O.A. 600 reçoit le message électronique de libération le 4 février 2023. Clôture de l'inscription le 4 février 2023.

=> Le dispensateur de soins n'utilise pas MyCarenet

La personne libérée n'a pas de formulaire papier avec elle, de sorte que le dispensateur de soins, qui ne consulte pas non plus l'assurabilité via MyCarenet, ne reçoit aucune information erronée (la libération ne sera traitée dans MyCarenet que quelques jours plus tard).

Si l'O.A. 600 reçoit une attestation de soins ou un eFact et la traite avant d'avoir traité le message électronique de libération, il s'agit d'un paiement indu.

L'O.A. 600 reprend ce paiement indu dans un monitoring qu'il transmet à l'INAMI.

=> Le dispensateur de soins consulte MDA mais n'utilise pas eFact

Le dispensateur de soins ne reçoit pas de formulaire papier mais est informé erronément en demandant l'assurabilité que le patient est assuré et le ticket modérateur doit être facturé à la mutualité.

Dans la mesure où le dispensateur de soins n'utilise pas eFact/eAttest, il est possible que le dispensateur de soins concerné fasse payer la personne libérée et délivre une attestation de soins donnés. Dans ce cas, il n'y a pas de problème pour le dispensateur de soins. Si la personne libérée apporte l'attestation de soins donnés à l'O.A. 600 pour remboursement avant que l'O.A. 600 n'ait pu traiter le message électronique de libération, l'O.A. 600 rembourse la prestation, y compris le ticket modérateur. Il s'agit d'un paiement indu. L'O.A. 600 reprend ce paiement indu dans un monitoring qu'il transmet à l'INAMI.

Dans cette situation le dispensateur de soins ne peut pas appliquer eAttest car eAttest est refusé de manière synchrone parce que le logiciel renvoie encore toujours automatiquement vers eFact.

Bien entendu, il est bel et bien possible que le dispensateur de soins, sur base des données d'assurabilité consultées, facture la prestation sur papier en tiers payant, y compris la quote-part personnelle :

- si le dispensateur de soins transfère cette attestation à l'O.A. 600 et que l'O.A. 600 traite celle-ci avant que le message électronique de libération n'ait été traité, l'O.A. 600 paie le dispensateur de soins, y compris le ticket modérateur. Il s'agit d'un paiement indu. L'O.A. 600 reprend ce paiement indu dans un monitoring qu'il transmet à l'INAMI
- si le dispensateur de soins transfère l'attestation à l'O.A. 600 ou l'O.A. 600 traite celle-ci après le traitement du message électronique de libération, l'O.A. 600 refusera de payer l'attestation au dispensateur de soins. Le dispensateur doit facturer les frais à la personne libérée.

=> Un dispensateur de soins consulte MDA et utilise eFact

Le dispensateur de soins ne reçoit pas de formulaire papier mais est informé en demandant l'assurabilité que la personne concernée est assurée auprès de l'O.A. 600 et que le ticket modérateur doit être facturé à la mutualité.

L'article 5 susmentionné de l'arrêté royal tiers payant a pour effet que le dispensateur de soins qui a consulté l'assurabilité (qui montre que le patient est assuré et que le ticket modérateur est à charge de l'ASSI) et qui a facturé par voie électronique conformément à ces données d'assurabilité avant la fin du mois civil, a un engagement de paiement de sorte que la mutualité doit lui verser l'intervention ASSI et le ticket modérateur.

Il s'agit d'un paiement indu. L'O.A. 600 reprend ce paiement indu dans un monitoring qu'il transmet à l'INAMI.



Circulaire O.A. n° 2022/410 – 2272/6 du 27 décembre 2022.

III. Convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et le Royaume du Maroc, signée à Bruxelles le 18 février 2014

En vigueur à partir du 1^{er} juin 2022.

Introduction

La Convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et le Royaume du Maroc (ci-après : “la convention” ; *M.B.*, le 20.05.2022) et l'Arrangement administratif relatif à l'application de la Convention (ci-après : “l'arrangement administratif” ; *M.B.*, le 15.06.2022) ont été signés respectivement le 18 février 2014 à Bruxelles et le 23 mai 2022 à Rabat.

La Convention a été approuvée par la loi du Parlement fédéral du 7 mai 2017 (*M.B.*, 20.05.2022), par le Décret du Parlement flamand du 25 janvier 2019 (*M.B.*, 12.02.2019), par le Décret de la Région wallonne du 7 septembre 2017 (*M.B.*, 28.09.2017), par l'Ordonnance de la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale du 23 décembre 2016 (*M.B.*, 02.02.2017), par le Décret de la Communauté française du 3 mai 2018 (*M.B.*, 17.05.2018) et par le Décret de la Communauté germanophone du 20 février 2017 (*M.B.*, 14.03.2017).

La Convention est entrée en vigueur le 1^{er} juin 2022. Depuis cette date, la Convention générale sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et le Royaume du Maroc, signée à Rabat, le 24 juin 1968 (ci-après : “la Convention générale”), n'est plus d'application. Cela vaut également pour l'Arrangement administratif du 14 septembre 1972 relatif aux modalités d'application de la Convention générale et pour l'Arrangement administratif du 18 février 2014 relatif aux modalités d'application des articles 9, 10, 11 et 12 de la Convention générale.

La présente circulaire fournit des explications sur la nouvelle Convention et le nouvel Arrangement administratif, et plus particulièrement sur les dispositions relatives à l'assurance soins de santé.

A. Dispositions générales

1. Champ d'application matériel

À l'exception du régime légal des vacances annuelles, la Convention s'applique aux régimes légaux relatifs à l'ensemble des branches de la sécurité sociale en ce qui concerne les travailleurs salariés, y compris la législation relative à l'assurance soins de santé (fédérale), ainsi qu'à tous les actes législatifs et réglementaires qui modifieront ou compléteront cette législation.

2. Champ d'application personnel

Sauf disposition contraire, la Convention s'applique aux personnes qui sont ou qui ont été soumises à la législation belge ou marocaine, ainsi qu'aux membres de leur famille et à leurs survivants.

La Convention s'applique uniquement aux travailleurs salariés (ou pensionnés du régime salarié).

À moins que la Convention n'en dispose autrement, ladite Convention garantit le principe de l'égalité de traitement pour l'ensemble des régimes légaux qui y sont visés. En d'autres termes, les personnes susvisées sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice des droits, découlant de la législation d'un État contractant, dans les mêmes conditions que les ressortissants de cet État.

3. Législation applicable

§ 1. La législation applicable est déterminée comme suit :

- le travailleur salarié est soumis à la législation du lieu de travail (art. 7, § 1^{er}, a), de la Convention)
- le travailleur salarié qui fait partie du personnel roulant ou navigant d'une entreprise effectuant, pour le compte d'autrui ou pour son propre compte, des transports internationaux de passagers ou de marchandises par voies routière ou aérienne et ayant son siège sur le territoire d'un État contractant, est soumis à la législation de ce dernier État (art. 7, § 1^{er}, b) de la Convention)
- le travailleur salarié qui exerce simultanément une activité salariée en Belgique et au Maroc est, pour l'entièreté de ses activités, uniquement soumise à la législation de l'État contractant sur le territoire duquel elle a sa résidence (art. 7, § 2, de la Convention).

§ 2. La Convention prévoit un certain nombre de règles particulières pour certaines catégories de personnes :

- le travailleur salarié qui est temporairement détaché par son employeur sur le territoire de l'autre État contractant, ainsi que les membres de sa famille qui l'accompagnent, restent soumis à la législation de l'État sur le territoire duquel le travailleur est habituellement occupé, pour autant que la période de son détachement n'excède pas vingt-quatre mois et qu'il ne soit pas envoyé en remplacement d'une autre personne parvenue au terme de la période de son détachement (art. 8, § 1^{er}, de la Convention)
- le travailleur salarié d'une entreprise de transport, ainsi que les membres de sa famille qui l'accompagnent, sont soumis à la législation de l'État contractant sur le territoire duquel l'entreprise a son siège, même lorsque le travailleur est détaché sur le territoire de l'autre État contractant, ou y est occupé, soit passagèrement, soit comme personnel itinérant (art. 8, § 4, de la Convention). Cependant, lorsque le travailleur est occupé par une succursale ou une représentation permanente de l'entreprise, qui se situe sur le territoire de l'autre État contractant, il est soumis à la législation de l'État contractant sur le territoire duquel se trouve cette succursale ou représentation permanente (art. 8, § 5 de la Convention)
- les fonctionnaires et le personnel assimilé d'un État contractant qui sont détachés sur le territoire de l'autre État contractant pour y exercer leur activité, restent, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent, soumis à la législation du premier État (art. 9 de la Convention)

- les ressortissants d'un État contractant qui sont envoyés sur le territoire de l'autre État contractant, en qualité de membres d'une mission diplomatique ou d'un poste consulaire, restent soumis à la législation de sécurité sociale de l'État accréditant (art. 10, § 1^{er}, de la Convention). Cependant, les personnes engagées localement, en qualité de membres du personnel administratif et technique, d'employés consulaires ou de membres du personnel de service, qui résident sur le territoire de l'État accréditaire, sont soumis à la législation de ce dernier État (art. 10, § 2, de la Convention).

§ 3. La Convention prévoit en outre que les autorités compétentes peuvent, de commun accord, prévoir des exceptions aux règles relatives à la détermination de la législation applicable, dans l'intérêt de certains assurés ou de certaines catégories d'assurés (art. 11 de la Convention).

§ 4. L'application des dispositions susvisées est une matière relevant de la compétence de l'Office national de sécurité sociale et du Service public fédéral Sécurité sociale.

B. Prestations de santé

1. Totalisation des périodes d'assurance

§ 1. Pour autant qu'elles ne se superposent pas, la Convention garantit la totalisation des périodes d'assurance accomplies en vertu de la législation de chacun des deux États contractants pour l'ouverture, le maintien ou le recouvrement du droit aux prestations et leur durée d'octroi.

§ 2. L'attestation concernant les périodes d'assurance (**formulaire BE-MAR/MAR-BE.104**¹) est délivrée par l'organisme compétent en application de l'article 12 de la Convention et de l'article 6 de l'Arrangement administratif. En ce qui concerne le Maroc, il s'agit de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (ci-après, la CNSS), située à Casablanca. En ce qui concerne la Belgique, il s'agit de l'organisme assureur auquel la personne était affiliée en dernier lieu.

2. Prestations de santé en cas de séjour temporaire

2.1. PRINCIPE : DROIT AUX SOINS DE SANTÉ IMMÉDIATEMENT NÉCESSAIRES

§ 1. Le **formulaire BE-MAR/MAR-BE.111** est établi par les organismes assureurs en application de l'article 13, § 1^{er} et § 2, de la Convention, et de l'article 7, § 1^{er}, de l'Arrangement administratif. Ce formulaire accorde au bénéficiaire, pendant un séjour temporaire sur le territoire de l'autre État, le droit *aux prestations de santé qui sont immédiatement nécessaires*, compte tenu de son état de santé. Il appartient à l'institution du lieu de séjour de déterminer l'immédiate nécessité des soins.

§ 2. Le bénéficiaire d'indemnités (incapacité de travail primaire et invalidité) peut séjourner à titre temporaire sur le territoire marocain, à condition que le médecin-conseil ait donné préalablement son autorisation (art. 21, § 1, de la Convention, lu en combinaison avec l'art. 294, § 1^{er}, 1^o, de A.R. du 3.07.1996). Ce n'est qu'après l'obtention de l'autorisation du médecin conseil que l'organisme assureur peut délivrer un formulaire **BE-MAR/MAR-BE.111**.

1. Non publié ici.

§ 3. Le formulaire BE-MAR/MAR-BE.111 doit être remis au bénéficiaire *avant* qu'il ne quitte le territoire belge. Ce dernier est tenu de présenter le formulaire à l'Agence de la CNSS la plus proche du lieu de séjour (cf. liste en ANNEXE 2^o). Cependant, ce document peut également être délivré sur demande expresse d'une institution compétente marocaine.

§ 4. Le formulaire BE-MAR/MAR-BE.111 a un caractère collectif et peut donc être utilisé afin d'inscrire plusieurs membres d'une famille qui voyagent ensemble.

§ 5. La durée de validité maximale du formulaire d'octroi des prestations est déterminée par la législation de l'État compétent. Étant donné qu'un séjour temporaire a, en principe, une durée maximale de trois mois, la durée de validité maximale d'un formulaire BE-MAR/MAR-BE.111 délivré par un organisme assureur belge doit être limitée à trois (3) mois (voy. l'art. 1^{er}, § 1^{er}, m), de la Convention). Pour obtenir une prolongation du formulaire BE-MAR/MAR-BE.111, l'assuré doit rentrer en Belgique afin de solliciter un nouveau formulaire auprès de son organisme assureur.

§ 6. Le formulaire BE-MAR/MAR-BE.111 ne confère aucun droit à des prestations si le voyage a été effectué dans le but d'obtenir des soins de santé dans l'autre État contractant (art. 13, § 3, a), de la Convention).

§ 7. Le formulaire BE-MAR/MAR-BE.111, délivré par l'institution compétente marocaine, doit rester en possession de l'assuré marocain qui, à chaque demande de remboursement, peut le présenter, en Belgique, à un organisme assureur de son choix.

Il s'ensuit que lors de l'enregistrement d'un formulaire BE-MAR/MAR-BE.111 :

- les organismes assureurs doivent faire toutes les constatations utiles et conserver une copie de ce document dans le dossier administratif de l'intéressé
- les organismes assureurs doivent s'abstenir de procéder à l'intégration de ce type d'assurés dans le registre du "CIN".

2.2. RÈGLES PARTICULIÈRES : HOSPITALISATION ET PRESTATIONS DE GRANDE IMPORTANCE

§ 1. Le **formulaire BE-MAR/MAR-BE.113** est établi par l'institution du lieu de séjour, conformément à l'article 7, § 3, de l'Arrangement administratif, en cas d'hospitalisation durant un séjour temporaire. Ce formulaire permet d'informer l'organisme assureur belge auquel l'assuré est affilié de l'hospitalisation de ce dernier ou d'un membre de sa famille (entrée, durée présumée et sortie), durant un séjour temporaire couvert par un formulaire BE-MAR/MAR-BE.111 ou BE MAR/MAR-BE.128.

§ 2. Le **formulaire BE-MAR/MAR-BE.114** est établi par l'institution du lieu de séjour, en application de l'article 13, § 3, b), de la Convention et de l'article 7, § 2, de l'Arrangement administratif. Le service et la prise en charge des soins (immédiatement) nécessaires durant un séjour temporaire au Maroc – couverts par un formulaire BE-MAR/MAR-BE.111 ou BE MAR/MAR-BE.128 – n'incluent pas la fourniture des prothèses, du grand appareillage et des autres prestations en nature de grande importance, qui figurent dans la liste à l'ANNEXE 3^o. Mis à part les soins spécifiquement mentionnés, il s'agit de prestations dont le coût probable dépasse le montant de 1.000 EUR, en ce qui concerne la Belgique, et le montant de 10.000 DIRHAMS, en ce qui concerne le Maroc.

2. Non publiée ici.

3. Non publiée ici.

Sauf en cas d'urgence absolue, l'organisme du lieu de séjour doit solliciter l'accord de l'organisme assureur compétent – au moyen d'un formulaire BE-MAR/MAR-BE.114 envoyé par courriel ou fax – avant d'octroyer de telles prestations. L'institution du lieu de séjour peut octroyer ces prestations si elle ne reçoit pas d'opposition motivée de l'organisme assureur compétent, par courriel ou par fax, à l'expiration d'un délai de quinze jours, à compter de l'envoi du formulaire BE-MAR/MAR-BE.114 par courriel ou par fax. Cependant, s'il existe une urgence absolue – qui est laissée à l'appréciation de l'institution du lieu de séjour – les prestations pourront être octroyées sans l'accord de l'organisme assureur compétent, qui devra tout de même être averti de l'octroi de ces prestations par le biais d'un formulaire BE-MAR/MAR-BE.114.

2.3. TARIFICATION DES SOINS DISPENSÉS LORS D'UN SÉJOUR TEMPORAIRE

§ 1. Le **formulaire BE-MAR/MAR-BE.126** est établi par les organismes assureurs belges en application de l'article 9, § 1^{er}, de l'Arrangement administratif. Si l'assuré n'a pas pu accomplir, sur le territoire marocain, les formalités permettant d'obtenir un remboursement des frais relatifs aux soins dispensés pendant un séjour temporaire au Maroc, il peut solliciter ce remboursement, à son retour en Belgique, à son organisme assureur. À cet effet, l'organisme assureur belge peut demander, à l'Agence de la CNSS du lieu de séjour, les informations nécessaires relatives aux tarifs de remboursement appliqués au Maroc. Une telle demande se fait, pour chaque dossier individuel, à l'aide d'un formulaire BE-MAR/MAR-BE.126.

§ 2. En ce qui concerne les modalités de remboursement en Belgique des soins qu'un bénéficiaire de l'assurance soins de santé obligatoire a reçus pendant un séjour temporaire au Maroc (remboursement à l'assuré social qui n'a pas accompli sur place les modalités prévues par la Convention), il est également renvoyé à la *Circulaire OA 2021/117 du 14 avril 2021 relative au remboursement des prestations de santé dispensées pendant un séjour temporaire dans un pays où les dispositions des Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 ou une convention bilatérale en matière de sécurité sociale s'appliquent.*

3. Prestations de santé pour les personnes détachées

3.1. PRINCIPE : DROIT AUX SOINS DE SANTÉ PENDANT LA DURÉE DU DÉTACHEMENT

§ 1. Le **formulaire BE-MAR/MAR-BE.128** est établi par les organismes assureurs, en application de l'article 15 de la Convention et des articles 7 et 8 de l'Arrangement administratif.

§ 2. Le formulaire BE-MAR/MAR-BE.128 est destiné aux travailleurs salariés détachés, aux fonctionnaires détachés et aux diplomates envoyés, ainsi qu'aux membres de leur famille qui les accompagnent, qui se trouvent dans l'autre État :

- en séjour temporaire ou
- en y établissant leur résidence.

§ 3. Le formulaire BE-MAR/MAR-BE.128 accorde au bénéficiaire, ainsi qu'aux membres de sa famille qui l'accompagnent, le droit aux prestations de santé pendant toute la durée de la présence sur le territoire de l'autre État contractant.

§ 4. La période de validité du formulaire BE-MAR/MAR-BE.128 est limitée à la durée du détachement.

3.2. RÈGLES PARTICULIÈRES : HOSPITALISATION ET PRESTATIONS DE GRANDE IMPORTANCE

Dans le cas où la personne détachée est en séjour temporaire dans l'autre État, les dispositions relatives à l'utilisation des formulaires BE-MAR/MAR-BE.113 (hospitalisation) et BE MAR/MAR BE.114 (prestations de grande importance), s'appliquent par analogie, comme exposé ci-dessus au point B.2.2.

4. Prestations de santé en cas de résidence sur le territoire de l'autre État contractant

4.1. PRINCIPE : DROIT AUX SOINS DE SANTÉ DANS L'ÉTAT DE RÉSIDENCE

§ 1. Un assuré qui réside sur le territoire de l'autre État contractant a droit à des prestations de santé, conformément à la législation du pays de résidence, à charge de l'organisme assureur compétent. Les formulaires qui peuvent être délivrés sont les suivants :

- le **formulaire BE-MAR/MAR-BE.106**, délivré en application de l'article 14, §§ 1^{er} et 3, de la Convention et de l'article 8, §§ 1-3, de l'Arrangement administratif, est destiné aux travailleurs salariés et aux personnes en incapacité primaire ayant préalablement reçu l'autorisation de transférer leur résidence dans l'autre État⁴, ainsi qu'aux membres de leur famille résidant avec eux sur le territoire de l'autre État contractant
- le **formulaire BE-MAR/MAR-BE.109**, délivré en application de l'article 14, §§ 2 et 3, de la Convention et de l'article 8, §§ 1-3, de l'Arrangement administratif, est destiné aux membres de la famille d'un travailleur salarié, d'un bénéficiaire de pension ou de rente⁵ ou d'une personne en incapacité primaire, qui résident, sans la personne assurée, sur le territoire de l'autre État contractant que celui de l'affiliation du titulaire
- le **formulaire BE-MAR/MAR-BE.121**, délivré en application de l'article 16, § 2, de la Convention et de l'article 8, §§ 1-3, de l'Arrangement administratif, est destiné aux bénéficiaires d'une pension ou d'indemnités de vieillesse, d'invalidité ou de survie, ainsi qu'aux membres de leurs familles résidant avec eux sur le territoire de l'autre État contractant.

§ 2. Ces formulaires sont établis par l'organisme assureur compétent.

§ 3. Le bénéficiaire est tenu d'enregistrer lui-même et les membres de sa famille, au moyen des formulaires mentionnés ci-dessus, auprès de l'institution du lieu de résidence. En ce qui concerne le Maroc, il s'agit de l'Agence de la CNSS la plus proche du lieu de résidence. Cette institution vérifie si les membres de la famille peuvent être inscrits en cette qualité, conformément à la législation marocaine. Elle est également tenue d'informer l'organisme belge compétent de toute inscription qu'elle effectue sur base des formulaires qui lui ont été remis.

§ 4. Les formulaires restent valables aussi longtemps que l'organisme du lieu de résidence n'a pas reçu de notification de suppression. Toutefois, si l'organisme de l'État de résidence constate une cause de fin de droit, il doit sans délai notifier cette information à l'organisme compétent qui a émis le document.

4. La Direction RIR et la CNSS ont convenu que la formulation large de l'art. 14, § 1^{er}, de la Convention, lue en combinaison avec l'art. 21, § 2, de la Convention (maintien des prestations en espèces en cas de transfert de résidence), implique que les personnes en incapacité primaire, qui transfèrent leur résidence sur le territoire de l'autre État contractant, moyennant l'autorisation préalable du médecin-conseil de leur organisme assureur, soient couvertes par un formulaire BE-MAR/MAR-BE.106 afin de bénéficier des soins de santé dans leur État de résidence. Dans ce cas spécifique, le formulaire BE-MAR/MAR-BE.106 aura une durée de validité limitée à la durée de l'incapacité primaire. En effet, après une année d'incapacité primaire, l'intéressé bénéficiera du statut d'invalidité et devra alors se fonder sur le formulaire BE MAR/MAR-BE.121. Par ailleurs, dans ce type de situation, l'organisme assureur doit être particulièrement attentif à ce que le but du transfert de résidence ne soit pas d'obtenir des soins de santé dans l'autre État contractant.

5. En revanche, les membres de famille qui résident avec le bénéficiaire d'une pension ou d'une rente dans l'autre État contractant que celui d'affiliation du titulaire sont couverts par un formulaire BE-MAR/MAR-BE.121, dont le caractère collectif permet d'inscrire dans un même document, aussi bien le titulaire que ses membres de famille.

4.2. RÈGLES PARTICULIÈRES : SÉJOUR HORS DE L'ÉTAT DE RÉSIDENCE

§ 1. Si un assuré perçoit des prestations d'invalidité, de vieillesse ou de survie, à la fois en vertu de la législation belge et de la législation marocaine, il bénéficie, ainsi que les membres de sa famille, de prestations en nature conformément à la législation de l'État sur le territoire duquel il réside et à la charge de l'organisme compétent de cet État (art. 16, § 1, de la Convention).

§ 2. Les assurés belges qui résident au Maroc bénéficient d'un "droit de retour" en Belgique. En cas de séjour temporaire en Belgique de personnes résidant au Maroc, qui sont à charge de l'assurance maladie belge conformément à l'article 14, §§ 1 ou 2, l'article 15 ou l'article 16, § 2, de la Convention, aucun formulaire spécifique n'est requis. L'organisme assureur compétent doit veiller à ce que ces personnes, si elles n'ont pas droit à une e-ID, disposent d'une carte ISI+ sur la base de laquelle les prestations de santé peuvent être dispensées de la même manière qu'aux assurés résidant en Belgique.

La carte ISI+ peut être délivrée dans le respect des dispositions de la *Circulaire O.A. n° 2015/178 du 22 juin 2015 relative à la délivrance de la carte ISI+ aux assurés de la législation belge résidant ou séjournant à l'étranger et qui sont couverts par une norme internationale liant la Belgique en matière d'assurance soins de santé*, ou la circulaire O.A. qui la remplace.

§ 3. En cas de séjour temporaire sur le territoire d'un État tiers, les dispositions du pays compétent restent d'application. Si un assuré belge séjourne temporairement sur le territoire d'un pays tiers auquel la Belgique est liée par une convention internationale, l'organisme assureur compétent doit délivrer le formulaire approprié (p.ex. la CEAM ou le formulaire bilatéral), pour autant que la personne soit visée par cette convention internationale⁶. Si un assuré belge séjourne temporairement sur le territoire d'un pays tiers auquel la Belgique n'est pas liée par une convention internationale, l'intéressé peut bénéficier d'une intervention dans les frais de soins de santé, conformément à l'article 294 de l'Arrêté royal du 3 juillet 1996.

Une personne résidant en Belgique mais assujettie à la législation marocaine de sécurité sociale ne peut pas faire appel aux dispositions des Règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009, ni aux dispositions d'une convention bilatérale conclue par la Belgique, ni à l'article 294 de l'Arrêté royal du 3 juillet 1996.

§ 4. La Belgique ou le Maroc ne peut prélever des cotisations d'assurance maladie sur les prestations d'invalidité, de vieillesse ou de survie que si l'État concerné est tenu de prendre en charge le coût des prestations de santé conformément à l'article 16, § 2, de la Convention (art. 18 de la Convention).

4.3. NOTIFICATION DE SUSPENSION OU DE RETRAIT DU DROIT AUX PRESTATIONS DE SANTÉ

§ 1. Le **formulaire BE-MAR/MAR-BE.108** est délivré en application de l'article 14, de l'article 15 et de l'article 16, § 2, de la Convention, et de l'article 8, § 2 et § 5, de l'Arrangement administratif. Avec ce formulaire, l'organisme assureur compétent informe l'organisme assureur du lieu de résidence de la fin ou de la suspension du droit aux prestations de santé. L'organisme assureur du lieu de résidence peut également informer l'organisme assureur compétent de la fin ou de la suspension du droit aux prestations en nature. Le motif peut être que le titulaire ou un membre de sa famille a commencé une activité professionnelle dans l'État de résidence ou qu'il a transféré sa résidence en dehors de cet État.

6. Par ex., un pensionné de la législation belge, qui est de nationalité marocaine et qui réside au Maroc, est couvert pour les soins de santé au Maroc à charge de la Belgique, sur la base d'un formulaire BE-MAR/MAR-BE.121. Lorsque cet assuré de la législation belge séjourne temporairement en France, il ne peut pas faire appel aux dispositions des Règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009 et ne peut donc pas bénéficier de la Carte européenne d'assurance maladie, en raison du fait qu'il n'a pas sa résidence sur le territoire de l'Union européenne. À l'inverse, si cet assuré de la législation belge avait eu la nationalité belge, il n'aurait pas été nécessaire d'avoir sa résidence sur le territoire de l'Union européenne pour pouvoir bénéficier de l'application des Règlements européens de coordination.

§ 2. Le formulaire BE-MAR/MAR-BE.108 est un document personnel qui ne permet de mettre fin ou de suspendre le droit que d'une seule personne.

§ 3. La Direction RIR et la CNSS ont convenu, d'un commun accord, que le formulaire BE-MAR/MAR-BE.108 était également destiné aux travailleurs détachés qui résident ou séjournent temporairement dans l'État où ils sont détachés et bénéficient des soins de santé dans cet État sur la base d'un formulaire BE-MAR/MAR-BE.128. Dans le cas des travailleurs détachés qui se trouvent en séjour temporaire dans l'État de détachement, il s'agit d'envisager la situation dans laquelle il a été mis fin à la période de détachement avant la fin de la durée de validité du formulaire BE-MAR/MAR-BE.128.

§ 4. Bien qu'ils ne soient pas expressément visés dans le formulaire BE-MAR/MAR-BE.108, la Direction RIR considère que les fonctionnaires ou les diplomates qui ont transféré leur résidence dans l'autre État contractant et qui y bénéficient des soins de santé sur la base d'un formulaire BE-MAR/MAR-BE.106, peuvent également voir leur droit supprimé ou suspendu au moyen d'un formulaire BE-MAR/MAR-BE.108.

5. Dispositions communes

5.1. LA DÉTERMINATION DE LA QUALITÉ DE MEMBRE DE LA FAMILLE

Conformément à l'article 1^{er}, §1^{er}, j), de la Convention, la détermination de la qualité de membre de la famille ("personne à charge") est, en règle générale, régie par la législation de l'État compétent, à savoir celui qui doit prendre en charge le coût des prestations en nature.

Toutefois, la qualité de membre de famille ("personne à charge") est régie par la législation de l'État de résidence du membre de la famille dans les cas suivants :

- la personne assurée et les membres de la famille qui l'accompagnent, résident dans l'autre État contractant et reçoivent des soins de santé dans leur État de résidence sur la base d'un **formulaire BE-MAR/MAR-BE.106**
- les membres de la famille résident dans l'autre État contractant sans l'assuré principal et reçoivent dans leur État de résidence des soins de santé sur la base d'un formulaire **BE-MAR/MAR-BE.109**.

5.2. PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS EN NATURE

§ 1. Si un assuré ou un membre de sa famille peut prétendre à des prestations en nature en vertu de la législation d'un seul État contractant, ces prestations sont exclusivement à la charge de l'institution compétente de cet État.

§ 2. Il est possible qu'un assuré ou un membre de sa famille puisse prétendre à des prestations en nature en vertu de la législation des deux États contractants. Dans ce cas, les règles suivantes sont applicables :

- les prestations de santé sont exclusivement à la charge de l'organisme de l'État contractant sur le territoire duquel elles ont été dispensées
- les prestations dispensées sur le territoire d'un autre État que les deux États contractants sont exclusivement à la charge de l'organisme de l'État de résidence, à condition que la législation de cet État le prévoit.



Exemple : lorsqu'un assuré, résidant au Maroc, peut prétendre à des prestations de santé en vertu des législations belge et marocaine, et a besoin de soins de santé à l'occasion d'un séjour temporaire dans un État tiers, il doit s'adresser en priorité à l'organisme assureur marocain compétent. Si la législation marocaine ne prévoit pas le remboursement des prestations de santé dispensées pendant un séjour temporaire dans cet État tiers, alors un remboursement peut être accordé, en seconde instance, à charge de l'assurance soins de santé obligatoire belge.

5.3 DEMANDE D'INFORMATIONS

Le formulaire **BE-MAR/MAR-BE.107**, établi en application de divers articles de l'Arrangement administratif, permet à un organisme assureur d'un État contractant de demander à un organisme assureur de l'autre État contractant – le cas échéant, par le biais de l'organisme de liaison – d'envoyer un formulaire concernant le droit aux prestations ou de prolonger un formulaire déjà établi précédemment.

L'organisme de liaison marocain pour l'assurance soins de santé est :

Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)
649 Boulevard Mohamed V,
20250 Casablanca,
Maroc

C. Prestations en nature en raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle

En application des articles 22 et 23 de la Convention et des articles 12 et 13 de l'Arrangement Administratif, les prestations en nature dispensées en Belgique en raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle aux assurés soumis à la législation de sécurité sociale marocaine, sont servies par les organismes assureurs belges à charge de l'institution compétente sur présentation du formulaire approprié.

Les créances belges relatives aux dépenses en raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sont introduites par le biais de Fedris auprès de l'organisme de liaison marocain compétent.

D. Remboursement des prestations en nature entre institutions

Conformément aux articles 20 et 24 de la Convention, ainsi qu'aux articles 10 et 17 de l'Arrangement administratif, les prestations servies en application des articles 13, 14, 15, 16, § 2, 22 et 23, de la Convention, sont remboursées par l'organisme compétent à l'organisme du lieu de séjour ou de résidence, sur la base des dépenses réelles.

Les décomptes sont introduits chaque semestre civil et le remboursement doit être effectué dans les douze mois qui suivent l'introduction des créances.

En ce qui concerne les codes à utiliser, on renvoie au document intitulé "Le plan comptable dans la pratique", dont un extrait est joint en annexe de la présente circulaire (ANNEXE 4)⁷.

À titre d'information, vous trouverez en ANNEXE 5⁸ un schéma similaire pour les créances marocaines.

7. Non publiée ici.

8. Non publiée ici.

E. Dispositions finales et transitoires

§ 1. La Convention ne sort ses effets que pour l'avenir. Ainsi, la Convention n'ouvre aucun droit à des prestations qui sont créées par cette Convention pour une période antérieure à son entrée en vigueur – à savoir, le 1^{er} juin 2022 (art. 50, § 2, de la Convention).

Cependant, les demandes de prestations formulées avant l'entrée en vigueur de la Convention, qui n'ont pas encore donné lieu à une décision le 1^{er} juin 2022, sont examinées au regard des dispositions de la Convention générale de 1968 et de la nouvelle Convention, de sorte à ce que la solution la plus favorable à l'assuré soit retenue – pour autant qu'il s'agisse d'une prestation existante dans la Convention générale de 1968 (art. 54, § 2, de la Convention).

§ 2. Par ailleurs, une période d'assurance accomplie sous la législation d'un des États contractants, avant l'entrée en vigueur de l'actuelle Convention, est prise en considération pour la détermination du droit aux prestations sous cette Convention (art. 50, § 3, de la Convention).

§ 3. Il a été convenu entre la Direction RIR et la CNSS que les anciens modèles de formulaires d'ouverture de droit ne doivent pas être remplacés par les nouveaux modèles de formulaires d'ouverture de droit après l'entrée en vigueur de la Convention. Par exemple, dans le cas d'un travailleur en incapacité de travail, assujéti à la sécurité sociale belge, qui a transféré sa résidence au Maroc avant l'entrée en vigueur de la Convention de 2014 et y bénéficie des soins de santé sur la base d'un formulaire B.M.106, il n'est pas nécessaire de remplacer le formulaire B.M.106 par un formulaire BE-MAR.106.

§ 4. Les circulaires suivantes restent d'application pour autant que la matière ne soit pas réglée par la présente circulaire :

- la Circulaire O.A. n° 72/1 – 8295/1 du 7 janvier 1971
- la Circulaire O.A. n° 78/170 – 8295/13 du 18 juillet 1978
- la Circulaire O.A. n° 98/169 – 8295/20 du 11 mai 1998
- la Circulaire O.A. n° 2018/109 – 80/116 du 30 mars 2018.

§ 5. Suite à l'entrée en vigueur de la Convention, les circulaires suivantes ne sont plus d'application dans les relations entre la Belgique et le Maroc :

- la Circulaire O.A. n° 76/203 – 8295/10 du 4 août 1976
- la Circulaire O.A. no 81/225 – 8295/16 du 26 juin 1981
- la Circulaire O.A. n° 2018/219 – 8295/24 du 26 juillet 2018.

N.B. : veuillez noter que dans le classement des Circulaires O.A., la rubrique "8295 – Maroc" est remplacée par une nouvelle rubrique "**82354 – Maroc**".



Circulaire O.A. n° 2022/333 – 82354/1 du 21 septembre 2022.

IV. Le "Trajet Retour Au Travail" sous la coordination du "Coordinateur Retour Au Travail" dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés

En vigueur à partir du 1^{er} septembre 2022.

Dans le Moniteur belge du 17 décembre 2021, la loi du 12 décembre 2021 instaurant le "Trajet Retour Au Travail" sous la coordination du "Coordinateur Retour Au Travail" dans l'assurance indemnités des travailleurs salariés a été publiée.

L'arrêté royal du 19 janvier 2022 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 a été publié au Moniteur belge du 21 janvier 2022.

L'arrêté royal du 12 juillet 2022 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 a été publié au Moniteur belge du 29 juillet 2022.

Pour l'application de cette circulaire, on entend par :

- le **trajet de réintégration "CODEX"** : le trajet de réintégration visé au chapitre VI du livre I^{er}, titre 4 du code du bien-être au travail
- le **trajet de réintégration "AMI"** : le trajet de réintégration visant la réinsertion socioprofessionnelle visé à l'article 215^{novies} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 : dans le cadre du "Trajet Retour Au Travail", le trajet de réintégration visant la réinsertion socioprofessionnelle envisage de favoriser la réintégration socioprofessionnelle du titulaire qui n'est plus ou ne peut plus être employé par son employeur en l'accompagnant vers une fonction auprès d'un autre employeur ou dans une autre branche d'activité.

I. Le "Trajet retour au travail": description

Le "**Trajet Retour Au Travail**" est un terme global qui désigne l'ensemble des actions qui sont possibles pour accompagner les personnes, reconnues comme étant incapables de travailler dans le cadre de l'assurance indemnités, dans leur retour au travail.

Il s'agit plus précisément de tout trajet qui a pour but de soutenir le plus rapidement possible le titulaire reconnu incapable de travailler en mettant en place un accompagnement adapté en vue de l'exercice d'un emploi correspondant à ses possibilités et ses besoins sous la coordination du "Coordinateur Retour Au Travail". Ceci peut intervenir après renvoi par le médecin-conseil de la mutualité sur la base d'une évaluation des capacités restantes du titulaire ou à la demande de ce dernier.

Outre le trajet de réintégration "AMI", plutôt formel, dans lequel un plan de réinsertion est établi, il peut également s'agir, par exemple, d'un bref accompagnement à une reprise partielle du travail avec l'autorisation du médecin-conseil ou d'une formation en dehors d'un trajet de réintégration formel.

II. Instauration d'un nouvel acteur au sein de la mutualité concernant la réintégration : le "Coordinateur Retour Au Travail"

2.1. Conditions à remplir pour pouvoir travailler en tant que "Coordinateur Retour Au Travail"

Pour agir en tant que "Coordinateur Retour Au Travail" au sein de la mutualité, les conditions suivantes doivent être remplies :

- l'intéressé est au moins titulaire d'un diplôme au titre duquel il remplit les conditions d'admission dans les services publics fédéraux au titre du niveau B conformément à l'annexe de l'arrêté royal du 2 octobre 1937 sur le statut du personnel de l'État
- l'intéressé, a réussi l'examen en tant que "Certified Return to Work Coordinator", organisé par l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité dans le cadre de la formation "Disability Management" ou a réussi l'examen susmentionné dans un délai de deux ans après son entrée en fonction en tant que "Coordinateur Retour Au Travail"
- l'intéressé qui a réussi l'examen de la formation "Disability Management", participe à au moins la moitié des moments d'intervisions organisés par l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, au maximum quatre fois par an, afin qu'il continue à actualiser ses méthodes de travail et ses idées et à les adapter si nécessaire.

L'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité organise de manière continue des activités à l'attention des personnes qui ont suivi la formation "Disability Management". Ces activités seront toujours ouvertes aux membres du personnel des organismes assureurs qui ont réussi l'examen et obtenu le certificat "Certified Return to Work Coordinator". En outre, toutes ces activités seront prises en considération pour les moments d'intervention. Les activités organisées par l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité peuvent être les suivantes (liste non exhaustive) :

- réunions de l'association ALUMNI (organisation des anciens étudiants "Disability Management")
- des moments d'échange entre les étudiants autour d'un certain sujet
- des moments de formation supplémentaires au cours desquels certains sujets sont approfondis, à la demande ou non des étudiants ou à l'initiative de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, et où il y a également place pour la discussion.

Une activité d'au moins 1h30, peut être considérée comme un moment d'intervention.

Lorsque l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité envoie des invitations pour certaines initiatives, il sera clairement mentionné si cela constitue également une activité pour les moments d'intervention obligatoires. Par exemple, un webinaire sur une certaine étude ne sera pas nécessairement pris en considération.

2.2. Missions du “Coordinateur Retour Au Travail”

2.2.1. GÉNÉRAL

Dans le respect du secret professionnel, le “Coordinateur Retour Au Travail” au sein de la mutualité prend toutes les mesures utiles dans le cadre du “Trajet Retour Au Travail” et contacte, en concertation avec le médecin-conseil et avec l'accord du titulaire, toute personne physique ou morale susceptible de contribuer à la réinsertion professionnelle de ce titulaire, ainsi qu'il accompagne le titulaire dans les contacts avec les personnes physiques ou morales susvisées.

2.2.2. MISSIONS EXPLICITEMENT DÉFINIES

En particulier, le “Coordinateur Retour Au Travail” effectue les missions suivantes au cours du “Trajet Retour Au Travail” :

- l'organisation du premier moment de contact avec le titulaire, que se soit sur demande du médecin-conseil ou de la propre initiative du titulaire, ainsi que les moments de contacts ultérieurs jugés nécessaires dans le cadre d'actions de réadaptation et/ou d'orientation appropriées
- le soutien du titulaire lié par un contrat de travail, avec son consentement, à la demande de visite préalable à la reprise du travail ou le démarrage d'un trajet de réintégration “CODEX” par le titulaire lui-même auprès du conseiller en prévention-médecin du travail
- l'enregistrement dans le dossier “Trajet Retour Au Travail” et le suivi, tant au niveau général que par dossier individuel, des différentes actions entreprises, y compris le résultat obtenu du “Trajet Retour Au Travail”.

III. Démarrage du “Trajet Retour Au Travail” : deux parcours

Il est prévu deux parcours dans le cadre du démarrage d'un “Trajet Retour Au Travail”, soit :

- **le parcours A** : le parcours via le médecin-conseil (principalement suite à une nouvelle entrée en incapacité de travail)
- **le parcours B** : le parcours via une demande spontanée du titulaire lui-même, qui peut être formulée à tout moment au cours de l'incapacité de travail.

3.1. Parcours A : le parcours via le médecin-conseil

=> **Étape 1 : la déclaration et la reconnaissance de l'incapacité de travail** :

L'état d'incapacité de travail est déclaré au moyen d'un certificat d'incapacité de travail au médecin-conseil.

Si l'état d'incapacité de travail est reconnu, une première délimitation peut déjà être faite sur la base des données du certificat avant d'envoyer le questionnaire visé à l'étape 2.

=> **Étape 2 : l'envoi d'un questionnaire par le médecin-conseil** :

dix semaines après le début de l'incapacité de travail, le médecin-conseil adresse au titulaire un questionnaire sur la base duquel il est déterminé quels facteurs personnels et environnementaux, selon le cas, peuvent favoriser ou empêcher une reprise de travail chez l'employeur ou la reprise d'une profession sur le marché du travail régulier.

**Remarques :**

- le médecin-conseil peut décider de ne pas envoyer le questionnaire pour des raisons médicales valables.

Une liste détaillant ces situations a été rédigée par la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité :

- pathologie oncologique sévère
- transplantation du cœur et/ou d'un poumon, du foie, d'un rein ou de l'intestin
- amputation d'un ou des deux membres supérieurs/inférieurs (tout le membre)
- paraplégie / hémip légie / tétraplégie / paraparésie / hémiparésie / tétraparésie acquise
- démence – diverses formes
- syndrome de Korsakoff
- coma
- affections neurodégénératives :
 - amyotrophie spinale, par ex. sclérose latérale amyotrophique (SLA)
 - maladie de Parkinson, parkinsonisme
- troubles visuels graves bilatéraux acquis
- cirrhose du foie décompensée
- insuffisance rénale terminale
- polytraumatisme grave
- brûlures graves.

Si le questionnaire n'est pas envoyé en raison de l'une de ces situations, une communication est envoyée au titulaire lui expliquant qu'aucun questionnaire ne lui a été envoyé compte tenu de sa situation médicale. Cette communication précise également que ce titulaire peut contacter un "Coordinateur Retour Au Travail" s'il a des questions concernant le retour au travail ou s'il souhaite être assisté dans cette démarche. Les coordonnées du "Coordinateur Retour Au Travail" sont explicitement mentionnées.

- dans les 3 hypothèses suivantes, le médecin-conseil n'adressera pas le questionnaire :
 - si le conseiller en prévention-médecin du travail a été sollicité pour démarrer un trajet "CODEX"
 - si le titulaire exerce un travail autorisé (conformément à l'art. 100, § 2 de la loi coordonnée)
 - si un "Trajet Retour Au Travail" a déjà débuté à la demande du titulaire, après une autorisation du médecin-conseil (cf. ci-dessous : le parcours B).

=> Étape 3 : le renvoi du questionnaire par le titulaire :

le titulaire doit renvoyer ce questionnaire dûment rempli au médecin-conseil dans un délai de deux semaines. Ensuite, le questionnaire rempli est examiné.

**Remarque :** conséquences si le titulaire ne renvoie pas le questionnaire au médecin-conseil dûment rempli dans un délai de deux semaines :

le médecin-conseil demandera au "Coordinateur Retour Au Travail" de contacter le titulaire et, le cas échéant, il lui sera apporté l'accompagnement nécessaire pour remplir le questionnaire. Le "Coordinateur Retour Au Travail" peut confier cette tâche de soutien sous son autorité à un collaborateur de la mutualité.

Le titulaire transmet le questionnaire rempli qui est ensuite examiné.

=> **Étape 4 : une première estimation des capacités restantes du titulaire est effectuée par le médecin-conseil :**

dans le courant du quatrième mois de l'incapacité de travail, le médecin-conseil établira, sur base, entre autre, du dossier médical du titulaire et du questionnaire complété par ce titulaire, une première estimation de ses capacités restantes. Si le dossier concret le nécessite, il effectue dans ce cadre une concertation avec le "Coordinateur Retour Au Travail".



Remarques :

- dans les 3 hypothèses suivantes, le médecin-conseil ne procédera pas à la première estimation des capacités restantes :
 - si le conseiller en prévention-médecin du travail a été sollicité pour démarrer un trajet "CODEX"
 - si le titulaire exerce un travail autorisé conformément à l'article 100, § 2 de la loi coordonnée
 - si un "Trajet Retour Au Travail" a déjà débuté à la demande du titulaire, après une autorisation du médecin-conseil (cf. ci-dessous : le parcours B).
- s'il n'était pas possible pour le titulaire, nonobstant l'accompagnement apporté, de remplir le questionnaire envoyé, le médecin-conseil l'invite pour un examen médical dans le cadre de cette estimation des capacités restantes sauf s'il ressort de l'information médicale mise à disposition qu'il n'est pas possible de remplir le questionnaire et qu'un examen n'est pas approprié à ce moment-là.

=> **Étape 5 : le classement du titulaire dans l'une des quatre catégories :**

sur la base de la première évaluation de ses capacités restantes le médecin-conseil classe le titulaire dans l'une des quatre catégories suivantes (avec ou sans examen médical selon la situation concrète) :

- **catégorie 1** : il peut être présumé raisonnablement que le titulaire reprendra spontanément le travail convenu ou un emploi sur le marché du travail régulier au plus tard à la fin du sixième mois d'incapacité de travail, selon le cas
- **catégorie 2** : une reprise de travail chez l'employeur ou la reprise d'un emploi sur le marché du travail régulier ne semble pas possible pour des raisons médicales
- **catégorie 3** : une reprise de travail chez l'employeur ou la reprise d'un emploi sur le marché du travail régulier n'est momentanément pas d'actualité parce que la priorité doit être donnée au diagnostic médical ou au traitement médical
- **catégorie 4** : une reprise de travail chez l'employeur ou la reprise d'un emploi sur le marché du travail régulier semble possible après une ou plusieurs actions de réadaptation et/ou d'orientation.



Remarques :

- si le médecin-conseil a classé le titulaire en catégorie 1, et qu'il continue à être reconnu en incapacité de travail après 6 mois, il doit obligatoirement procéder à un examen médical
- si le médecin-conseil a classé le titulaire en catégorie 3, un examen médical doit avoir eu lieu au plus tard au cours du septième mois d'incapacité de travail
- si l'assuré demande au médecin-conseil (lors d'un examen médical) de commencer un trajet de réintégration visant sa réinsertion socio-professionnelle dans le cadre d'un Trajet Retour Au Travail et que le médecin-conseil, compte tenu de la catégorisation faite, ne peut pas donner suite à cette demande, ce refus doit être notifié à l'assuré. Un modèle de formulaire est joint en *annexe 1*¹.

=> **Étape 6 : le renvoi du titulaire par le médecin-conseil au “Coordinateur Retour Au Travail” en vue d'un premier moment de contact dans le cadre d'un “Trajet Retour Au Travail” :**
le médecin-conseil renvoie les titulaires suivants au “Coordinateur Retour Au Travail” :

- au moment de la première évaluation des capacités restantes, le titulaire est classé en *catégorie 4* précitée
- le titulaire a été classé en *catégorie 1* précitée par le médecin-conseil au moment de la première évaluation des capacités restantes mais, étant donné qu'il restait encore incapable de travailler après six mois, le médecin-conseil a effectué **un examen médical** en vue d'une nouvelle analyse. Celle-ci ayant montré que, en fonction du cas, une reprise de travail chez l'employeur ou la reprise d'un emploi sur le marché du travail régulier semble possible après une ou plusieurs actions de réadaptation et/ou d'orientation (*cf.* la catégorie 4)
- au moment de la première évaluation des capacités restantes, le titulaire a été classé en *catégorie 3* précitée.
Après une réévaluation de sa situation par le médecin-conseil, il apparaît qu'en fonction du cas, une reprise de travail chez l'employeur ou la reprise d'un emploi sur le marché du travail régulier semble possible après une ou plusieurs actions de réadaptation et/ou d'orientation (*cf.* la catégorie 4).



Remarque : il n'y a pas de renvoi direct des titulaires liés par un contrat de travail par le médecin-conseil vers le conseiller en prévention-médecin du travail en vue de démarrer un trajet de réintégration “CODEX”.

=> **Étape 7 : le premier moment de contact avec le “Coordinateur Retour Au Travail” :**

Pour les titulaires classés initialement en *catégorie 1* ou *3* mais qui, le cas échéant après examen médical subséquent, sont classés en catégorie 4, le premier moment de contact prévu dans le cadre d'un “Trajet Retour Au Travail” a lieu entre ces titulaires et le “Coordinateur Retour Au Travail”, dans un délai d'un mois après le renvoi par le médecin-conseil.

Pour les titulaires classés initialement en *catégorie 4*, le premier moment de contact prévu dans le cadre d'un “Trajet Retour Au Travail”, a lieu entre ces titulaires et le “Coordinateur Retour Au Travail”, au plus tard au cours du 6^e mois d'incapacité de travail .



Remarque : un premier moment de contact n'a pas lieu avec le “Coordinateur Retour Au Travail” si le titulaire exerce un travail autorisé au sens de l'article 100, § 2 de la loi coordonnée.

Lors de ce premier moment de contact, le “Coordinateur Retour Au Travail” explique son rôle en matière d'accompagnement et de suivi du trajet et, avec le titulaire, vérifie la première étape du trajet.

Lors du premier moment de contact, le “Coordinateur Retour Au Travail” demande au titulaire son consentement exprès écrit pour le traitement des données reprises dans le “Dossier Retour Au Travail”. Ce consentement peut, le cas échéant, être donné par voie électronique (signature électronique).

Un modèle de formulaire pour donner le consentement est joint en *annexe III*².

Le “Coordinateur Retour Au Travail” enregistre le premier moment de contact et les actions convenues dans le “Dossier Retour Au Travail” du titulaire.

Plusieurs possibilités peuvent se présenter après ce premier moment de contact :

- 1) le retour à l'emploi précédent et vers l'employeur précédent étant considéré comme la voie privilégiée pour les titulaires liés par un contrat de travail, le "Coordinateur Retour Au Travail" renvoie ce titulaire avec un contrat de travail lors de ce premier moment de contact *avec son consentement* et avec le soutien nécessaire vers le conseiller en prévention-médecin du travail. Dans ce contexte, tant la voie informelle (une visite préalable à la reprise du travail avec, le cas échéant, une reprise de travail) que la voie formelle (le démarrage d'un trajet de réintégration "CODEX") sont possibles.
- 2) le titulaire, lié ou non par un contrat de travail, souhaite parcourir un trajet de réintégration "AMI".
- 3) le titulaire, lié ou non par un contrat de travail, ne souhaite finalement pas poursuivre un trajet de réintégration.

3.2. Parcours B : parcours via une demande spontanée du titulaire lui-même

=> **Étape 1 : la formulation d'une demande par le titulaire reconnu en incapacité de travail :**
le titulaire peut demander à tout moment au cours de l'incapacité de travail, au "Coordinateur Retour Au Travail", d'organiser un premier moment de contact dans le cadre d'un "Trajet Retour Au Travail". Si l'assuré contacte spontanément le "Coordinateur Retour Au Travail", un rendez-vous est toujours fixé pour un premier entretien.

Le "Coordinateur Retour Au Travail" examine la demande et informe le médecin-conseil de cette demande.

=> **Étape 2 : l'envoi éventuel du questionnaire :**
en préparation de ce premier moment de contact, le titulaire est invité à remplir un questionnaire qui permet d'examiner quels facteurs personnels et environnementaux, selon les cas, peuvent favoriser ou empêcher un retour au travail ou la reprise d'un travail sur le marché du travail régulier.

 **Remarque :** aucun questionnaire n'est envoyé au titulaire si ce titulaire a déjà rempli un questionnaire pendant l'incapacité de travail en cours et qu'il est jugé qu'une mise à jour des réponses fournies n'est pas nécessaire.

=> **Étape 3 : le renvoi du questionnaire par le titulaire :**
le titulaire doit renvoyer ce questionnaire dûment rempli dans un délai de deux semaines. Le questionnaire rempli est ensuite examiné.

 **Remarque :** conséquences si le titulaire ne renvoie pas le questionnaire au médecin-conseil dûment rempli dans un délai de deux semaines :
le "Coordinateur Retour Au Travail" est prié de prendre contact avec le titulaire et, le cas échéant, il lui sera apporté l'accompagnement nécessaire pour remplir le questionnaire. Le "Coordinateur Retour Au Travail" peut déléguer cette tâche de soutien sous son autorité à un collaborateur de la mutualité.
Le titulaire transmet le questionnaire rempli qui est ensuite examiné.

=> **Étape 4 : l'organisation du premier moment de contact par le "Coordinateur Retour Au Travail" :**
dans un délai d'un mois à compter de la réception du questionnaire rempli par le titulaire, un premier moment de contact a lieu entre le "Coordinateur Retour Au Travail" et le titulaire dans le cadre d'un "Trajet Retour Au Travail".

Lors de ce premier moment de contact, il explique son rôle en matière d'accompagnement et de suivi du trajet et, avec le titulaire, vérifie la première étape du trajet.

Lors du premier moment de contact, le "Coordinateur Retour Au Travail" demande au titulaire son consentement exprès écrit pour le traitement des données reprises dans le "Dossier Retour Au Travail". Ce consentement peut, le cas échéant, être donné par voie électronique (signature électronique).

Un modèle de formulaire pour donner le consentement, est joint en *annexe III*³.

Le "Coordinateur Retour Au Travail" enregistre le premier moment de contact et les actions convenues dans le "Dossier Retour Au Travail" du titulaire.

Plusieurs possibilités peuvent se présenter après ce premier moment de contact :

- 1) le retour à l'emploi précédent et vers l'employeur précédent étant considéré comme la voie privilégiée pour les titulaires liés par un contrat de travail, le "Coordinateur Retour Au Travail" renvoie ce titulaire avec un contrat de travail lors de ce premier moment de contact avec son consentement et avec le soutien nécessaire vers le conseiller en prévention-médecin du travail. Dans ce contexte, tant la voie informelle (une visite préalable à la reprise du travail avec, le cas échéant, une reprise de travail) que la voie formelle (le démarrage d'un trajet de réintégration "CODEX") sont possibles.
- 2) le titulaire, lié ou non par un contrat de travail, souhaite parcourir un trajet de réintégration "AMI".
- 3) le titulaire, lié ou non par un contrat de travail, ne souhaite finalement pas poursuivre un trajet de réintégration .

=> **Étape 5 : informer le médecin-conseil et demander l'autorisation d'entamer un "Trajet Retour Au Travail" :**

après le premier moment de contact le "Coordinateur Retour Au Travail" informe le médecin-conseil de son contenu et lui demande l'autorisation d'entamer un "Trajet Retour Au Travail".

Le médecin-conseil examine la demande et prend une décision.

=> **(Éventuellement) étape 6 : Nouveau moment de contact après une décision négative du médecin-conseil :**

si le médecin-conseil estime qu'entamer un "Trajet Retour Au Travail" n'est pas compatible avec l'état de santé général, un nouveau moment de contact en vue de discuter de l'évaluation faite par le médecin-conseil, a lieu entre le "Coordinateur Retour Au Travail" et le titulaire dans le mois qui suit le moment de contact précédent.

Les situations suivantes peuvent se produire :

- une adaptation des actions en tenant compte de la décision du médecin-conseil, après quoi l'adaptation (le cas échéant) est à nouveau soumise au médecin conseil
- la fin définitive du trajet "Retour Au Travail", compte tenu de la décision du médecin-conseil. Un modèle de formulaire avec la décision négative est joint en *annexe II*⁴.

Le "Coordinateur Retour Au Travail" enregistre le nouveau moment de contact et les actions convenues dans le "Dossier Retour Au Travail" du titulaire.

3. Non publiée ici.

4. Non publiée ici.

IV. Le trajet formel de réintégration visant la réinsertion socioprofessionnelle (le trajet de réintégration "AMI") dans le cadre d'un "Trajet Retour Au Travail" en cours

Via le trajet formel de réintégration "AMI", un plan de réintégration est rédigé pour le titulaire après une enquête concernant les actions de réadaptation et/ou d'orientation qui lui conviennent et ce plan fait l'objet d'un suivi régulier.

4.1. Démarrage du trajet formel de réintégration "AMI" dans le cadre d'un "Trajet Retour Au Travail"

Dans les situations suivantes, le "Coordinateur Retour Au Travail", en concertation avec le médecin-conseil et le titulaire, démarre un trajet de réintégration "AMI" :

- **Situation A** : le titulaire qui n'est pas lié par un contrat de travail qui, lors du moment de contact concerné, s'est engagé à examiner en détail les actions de réadaptation et/ou d'orientation qui lui conviennent
- **Situation B** : le titulaire qui est lié par un contrat de travail et qui n'a pas été renvoyé au conseiller en prévention-médecin du travail en vue de la demande de visite préalable à la reprise du travail ou du démarrage d'un trajet de réintégration "CODEX", s'est engagé lors du moment de contact concerné à examiner en détail les actions de réadaptation et/ou d'orientation qui lui conviennent.

Le "Coordinateur Retour Au Travail" informe, en outre, le conseiller en prévention-médecin du travail sur le démarrage du trajet de réintégration "AMI".

Toutefois, si le conseiller prévention-médecin du travail informe le médecin-conseil qu'il a reçu une demande de réintégration de la part de l'employeur, le "Coordinateur Retour Au Travail" suspend la mise en œuvre du trajet de réintégration "AMI".

Lorsque le trajet de réintégration du titulaire définitivement inapte à exercer le travail convenu a été définitivement pris fin conformément à l'article I.4-76, § 1^{er} du code du bien-être au travail, le "Coordinateur Retour Au Travail" démarre à nouveau le trajet de réintégration visant la réinsertion socio-professionnelle (reprise du trajet "AMI").

- **Situation C** : le titulaire qui est lié par un contrat de travail, décide, après la visite préalable à la reprise du travail de ne pas demander au conseiller en prévention-médecin du travail un trajet de réintégration "CODEX" et que ce titulaire s'est engagé après un contact avec le "Coordinateur Retour Au Travail" que seront examinées en détail les actions de réadaptation et/ou d'orientation qui lui conviennent.

Le "Coordinateur Retour Au Travail" informe, en outre, le conseiller en prévention-médecin du travail sur le démarrage du trajet de réintégration "AMI".

Toutefois, si le conseiller prévention-médecin du travail informe le médecin-conseil qu'il a reçu une demande de réintégration de la part de l'employeur, le "Coordinateur Retour Au Travail" suspend la mise en œuvre du trajet de réintégration "AMI".

Lorsque le trajet de réintégration du titulaire définitivement inapte à exercer le travail convenu a définitivement pris fin conformément à l'article I.4-76, § 1^{er} du code du bien-être au travail, le "Coordinateur Retour Au Travail" démarre à nouveau le trajet de réintégration "AMI".

- **Situation D** : le trajet de réintégration “CODEX” du titulaire qui est définitivement inapte à effectuer le travail convenu a définitivement pris fin et le titulaire s'est engagé à la suite d'un contact avec le “Coordinateur Retour Au Travail”, à examiner en détail les actions de réadaptation et/ou d'orientation qui lui conviennent.

Dans le cadre de ce démarrage, le “Coordinateur Retour Au Travail”, le médecin-conseil et le titulaire, souscrivent une déclaration positive d'engagement. Cette déclaration d'engagement contient au moins les éléments suivants :

- l'engagement du “Coordinateur Retour Au Travail” et du médecin-conseil à soutenir le titulaire à tout moment dans son trajet retour au travail
- l'engagement du titulaire à coopérer activement à l'exécution du trajet de réintégration visant la réinsertion socioprofessionnelle (trajet “AMI”) entamé dans le cadre d'un “Trajet Retour Au Travail”.

Un modèle de déclaration positive d'engagement est joint en *annexe IV*⁵.

Le “Coordinateur Retour Au Travail” effectue les enregistrements nécessaires dans le “Dossier Retour Au Travail” du titulaire.

4.2. Organisation d'un entretien de suivi en vue de la rédaction d'un plan de réintégration

Le “Coordinateur Retour Au Travail” invite le titulaire pour un entretien de suivi au cours duquel un contenu concret est donné au plan de réintégration visant la réinsertion socio-professionnelle.

Le (premier) entretien de suivi a lieu dans un délai d'un mois après que le “Coordinateur Retour Au Travail” et le titulaire ont entamé le trajet de réintégration visant la réinsertion socioprofessionnelle via la souscription d'une déclaration positive d'engagement.

Si nécessaire, un deuxième entretien de suivi peut être programmé.

Le plan de réintégration contient au moins :

- *les objectifs du plan* : la formulation d'un certain nombre de résultats intermédiaires à atteindre, comme par exemple la mise à jour des compétences administratives, l'amélioration de la mémoire et de la concentration, la réalisation d'un stage, etc
- *le résultat final visé* : la formulation du “rêve ultime” ; par exemple, un emploi de 80% dans un hôpital en tant qu'employé administratif
- *une action concrète* : par exemple suivre une formation dans un service ou une institution des Régions et des Communautés qui participe à la réinsertion socioprofessionnelle, travailler la mémoire avec le thérapeute, ...
- *un rendez-vous concret* pour un prochain entretien de suivi.

Dans le cadre de la rédaction du plan de réintégration, le “Coordinateur Retour Au Travail” et le médecin-conseil peuvent, avec l'accord du titulaire, consulter d'autres parties impliquées dans le trajet, notamment le médecin traitant, le conseiller thérapeutique, le conseiller des services et institutions des Régions et les Communautés participant à la réinsertion socioprofessionnelle ou d'autres prestataires de services.

Le “Coordinateur Retour Au Travail” enregistre les résultats des entretiens de suivi dans le “Dossier Retour Au Travail” du titulaire.

Le “Coordinateur Retour Au Travail” enregistre également les objectifs, actions et accords dans le cadre du plan de réintégration dans le “Dossier Retour Au Travail” du titulaire.

Si le plan de réintégration a pour objet de suivre un programme de réadaptation professionnelle, l'accord de la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité est demandé pour que le programme de réadaptation professionnelle soit pris en charge par l'assurance indemnités.

Si le plan de réintégration vise l'accompagnement vers l'emploi, une proposition de reprise du travail est (finalement) soumise à l'approbation du médecin-conseil (exercice d'une activité autorisée conformément à l'art. 100, § 2 de la loi coordonnée du 14.07.1994).

Le médecin-conseil communique les résultats des entretiens de suivi et le contenu du plan de réintégration au médecin traitant du titulaire.

4.3. Suivi du plan de réintégration “AMI” par le “Coordinateur Retour Au Travail”

Le “Coordinateur Retour Au Travail” assure un suivi du plan de réintégration “AMI” via le “Dossier Retour Au Travail” du titulaire tous les trois mois, sauf si les éléments du dossier justifient une fréquence ou un calendrier différent.

Le “Coordinateur Retour Au Travail” effectue ce suivi en collaboration avec le titulaire et, le cas échéant, avec d'autres services et personnes impliqués dans le trajet.

Le cas échéant, le “Coordinateur Retour Au Travail” et le titulaire peuvent planifier un nouvel entretien de suivi pour discuter de l'avancement du plan de réinsertion et ajuster son contenu.

Le “Coordinateur Retour Au Travail” enregistre les différentes actions de suivi et les éventuels ajustements du contenu du plan de réintégration dans le “Dossier Retour Au Travail” du titulaire.

4.4. Evaluation des résultats du “Trajet Retour Au Travail”

Le “Coordinateur Retour Au Travail” évalue les résultats du “Trajet Retour Au Travail” et enregistre les résultats dans le “Dossier Retour Au Travail” du titulaire.

V. Moments de contact : mode d'organisation

Le tableau ci-dessous montre les façons dont le “Coordinateur Retour Au Travail” peut organiser les différents contacts avec le titulaire reconnu en incapacité de travail (c'est-à-dire par un contact physique, un contact vidéo, un contact téléphonique ou un e-mail) :

Moments de contact	Contact physique	Contact vidéo	Contact téléphonique	E-mail
Contact par le C-ReAT en cas de non-réception du questionnaire dans les 2 semaines suivant l'envoi	X	X	X	X
Premier contact avec le C-ReAT à la demande du médecin-conseil ou à l'initiative du titulaire	X	X		
Moment de contact avec le C-ReAT pour discuter de l'évaluation faite par le médecin-conseil (en cas d'incompatibilité du trajet avec l'état de santé)	X	X		
Entretien de suivi avec le C-ReAT après signature de la déclaration d'engagement	X	X	X	
Autres contacts avec le C-ReAT	X	X	X	X

VI. Présomption légale d'incapacité de travail

Afin d'éviter que le “Trajet Retour Au Travail” ne soit considéré comme un risque de perte des indemnités d'incapacité de travail, une présomption légale d'incapacité de travail est établie pour une période maximale de six mois. Par conséquent, la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail est maintenue pendant cette période. Cette période couverte par la présomption légale ne peut être ni prolongée ni suspendue.

La présomption légale d'incapacité de travail s'applique notamment pour :

- le titulaire lié par un contrat de travail pendant la période commençant le jour où il signe le plan de réintégration dans le cadre du trajet de réintégration “CODEX” et se terminant la veille du jour où il reprend le travail chez l'employeur concerné en exécution du plan de réintégration.

Cette présomption prend fin en tout cas après six mois à compter du jour de la signature du plan de réintégration “CODEX”, si à cette date il n'y a pas encore eu de reprise du travail

- le titulaire, lié ou non par un contrat de travail, pendant la période où il suit le trajet de réintégration “AMI”.

Plus précisément, cette période commence à partir du jour où le plan de réintégration visant la réinsertion socioprofessionnelle est établi et se termine

- soit la veille de la reprise d'un travail rémunéré ;
- soit la veille du début du programme de réadaptation professionnelle approuvé par la Commission supérieure du Conseil Médical de l'invalidité ;
- soit le dernier jour du trajet de réintégration précité tel que déterminé par le “Coordinateur Retour Au Travail”.

Cette présomption prend fin en tout cas après six mois, à compter du jour de l'établissement du plan de réintégration "AMI", si l'un des événements susmentionnés ne s'est pas encore produit.

VII. Compatibilité du rôle de "Coordinateur Retour Au Travail" avec un rôle au sein de l'équipe multidisciplinaire

Il est possible qu'une personne exerce à temps partiel la fonction de "Coordinateur Retour Au Travail" et à temps partiel une fonction au sein de l'équipe multidisciplinaire. Dans ce contexte, il est toutefois exigé que ce collaborateur, en tant que "non-médecin" au sein de l'équipe multidisciplinaire, effectue uniquement des contacts préparatoires dans le domaine de *l'évaluation de l'incapacité de travail* (donc aucun contact relatif à la "prolongation invalidité" ainsi que de contacts intermédiaires dans ce cadre spécifique). Toutes les tâches dans le domaine de la *réintégration* peuvent être effectuées.

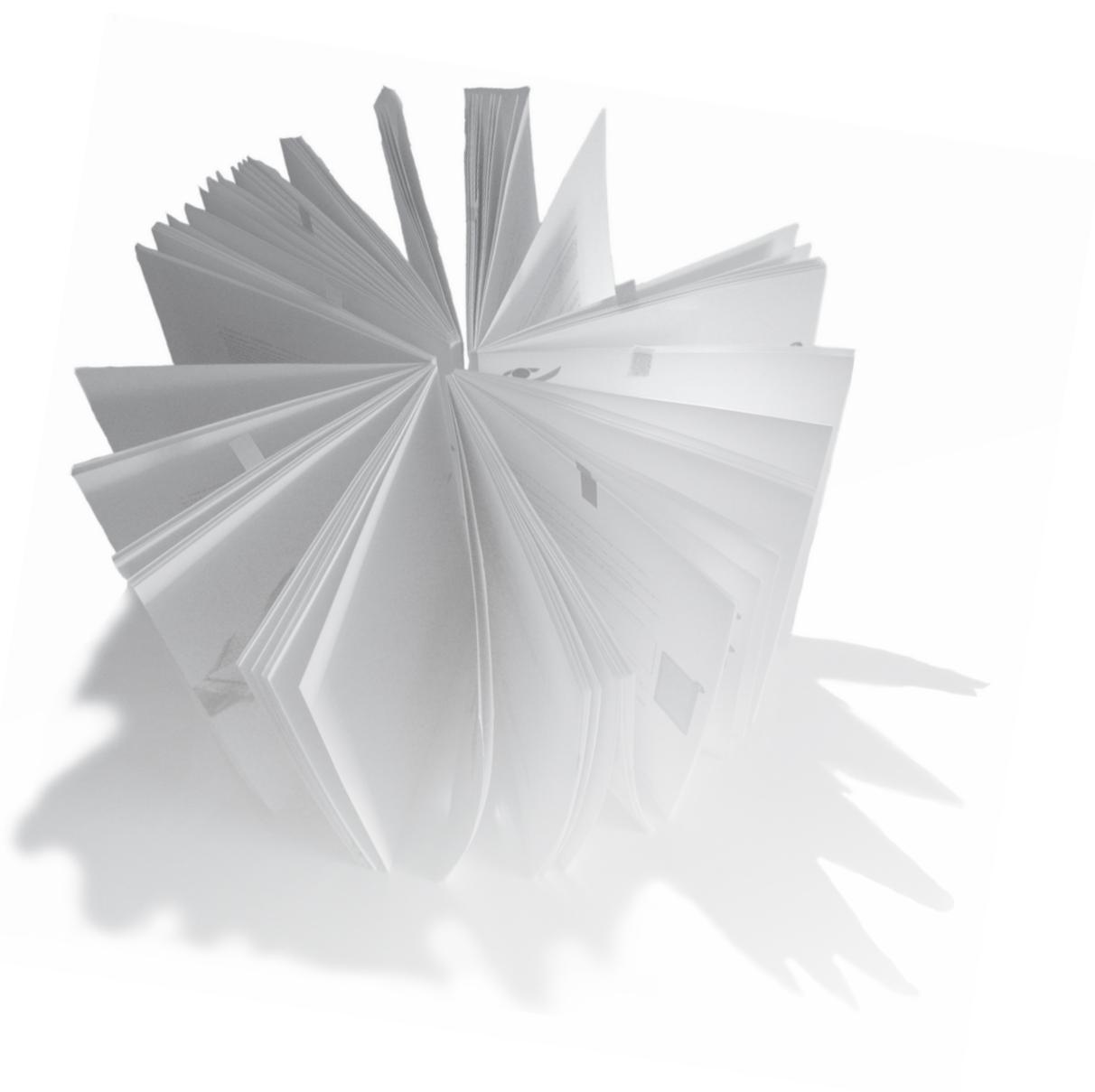
Abroge la circulaire n° 2022/160 du 12 mai 2022.



Circulaire O.A. n° 2022/383 – 407/22 du 17 novembre 2022.

5^e Partie

Données de base



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

En vigueur à partir du 1^{er} novembre 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 ^{er} septembre 2008	30.820,06	2.707,42
À partir du 1 ^{er} juin 2009 (bien-être)	30.820,06	2.756,15
À partir du 1 ^{er} janvier 2010 (bien-être)	30.820,06	2.788,65
À partir du 1 ^{er} septembre 2010	31.437,01	2.844,47
À partir du 1 ^{er} mai 2011	32.066,61	2.901,44
À partir du 1 ^{er} septembre 2011 (bien-être)	32.066,61	2.921,74
À partir du 1 ^{er} janvier 2012 (bien-être)	32.066,61	2.959,47
À partir du 1 ^{er} février 2012	32.708,86	3.018,74
À partir du 1 ^{er} décembre 2012	33.363,74	3.079,19
À partir du 1 ^{er} septembre 2013 (bien-être)	33.363,74	3.140,77
À partir du 1 ^{er} juillet 2015	34.031,27	3.203,40
À partir du 1 ^{er} septembre 2015 (bien-être)	34.031,27	3.225,83
À partir du 1 ^{er} janvier 2016 (bien-être)	34.031,27	3.267,47
À partir du 1 ^{er} juin 2016	34.711,44	3.332,74
À partir du 1 ^{er} juin 2017	35.404,25	3.399,56
À partir du 1 ^{er} septembre 2017 (bien-être)	35.404,25	3.467,55
À partir du 1 ^{er} septembre 2018	36.112,24	3.536,95
À partir du 1 ^{er} juillet 2019 (bien-être)	36.112,24	3.622,24
À partir du 1 ^{er} mars 2020	36.835,39	3.694,61
À partir du 1 ^{er} juillet 2021 (bien-être)	36.835,39	3.768,51
À partir du 1 ^{er} septembre 2021	37.571,19	3.843,96
À partir du 1 ^{er} janvier 2022	38.324,69	4.131,28
À partir du 1 ^{er} mars 2022	39.090,83	4.213,90
À partir du 1 ^{er} mai 2022	39.872,14	4.298,25
À partir du 1 ^{er} août 2022	40.668,62	4.383,98
À partir du 1^{er} novembre 2022	41.482,80	4.471,78

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
2021	37.080,66	3.756,71

 Circulaire O.A. n° 2022/377 – 270/90, 273/91, 274/92, 276/141, 2790/93, 2791/90, 2792/89, 3910/2010 et 83/2 du 10 novembre 2022.

II. Personnes à charge - Plafond trimestriel de revenus

En vigueur à partir du 1^{er} décembre 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^{er}, 1^o al. 1, modifié par l'art. 2 de 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'art. 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^{er} septembre 2008 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 10 = 2.148,87 EUR

1^{er} septembre 2010 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 11 = 2.191,85 EUR

1^{er} mai 2011 indexation

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

1^{er} février 2012 indexation

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

1^{er} décembre 2012 indexation

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

1^{er} juillet 2015 indexation

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

1^{er} juin 2016 indexation

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

1^{er} juin 2017 indexation

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

1^{er} septembre 2018 indexation

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

1^{er} mars 2020 indexation

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

1^{er} septembre 2021 indexation

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

1^{er} janvier 2022 indexation

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

1^{er} mars 2022 indexation

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

1^{er} mai 2022 indexation

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

1^{er} août 2022 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 24 = 2.835,39 EUR

1^{er} novembre 2022 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 25 = 2.892,09 EUR

1^{er} décembre 2022 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 26 = 2.949,93 EUR

Valeurs par trimestre		
1 ^{er} trimestre 2008	2.065,42*3/3	2.065,42 EUR
2 ^e trimestre 2008	2.065,42*1/3+2.106,73*2/3	2.092,96 EUR
3 ^e trimestre 2008	2.106,73*2/3+2.148,87*1/3	2.120,78 EUR
4 ^e trimestre 2008	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
1 ^{er} trimestre 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
2 ^e trimestre 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
3 ^e trimestre 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
4 ^e trimestre 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
1 ^{er} trimestre 2010	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
2 ^e trimestre 2010	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
3 ^e trimestre 2010	2.148,87*2/3+2.191,85*1/3	2.163,20 EUR
4 ^e trimestre 2010	2.191,85*3/3	2.191,85 EUR
1 ^{er} trimestre 2011	2.191,85*3/3	2.191,85 EUR
2 ^e trimestre 2011	2.191,85*1/3+2.235,68*2/3	2.221,07 EUR
3 ^e trimestre 2011	2.235,68*3/3	2.235,68 EUR
4 ^e trimestre 2011	2.235,68*3/3	2.235,68 EUR
1 ^{er} trimestre 2012	2.235,68*1/3+2.280,40*2/3	2.265,49 EUR
2 ^e trimestre 2012	2.280,40*3/3	2.280,40 EUR
3 ^e trimestre 2012	2.280,40*3/3	2.280,40 EUR
4 ^e trimestre 2012	2.280,40*2/3+2.326,00*1/3	2.295,60 EUR
1 ^{er} trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 ^e trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 ^e trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
4 ^e trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
1 ^{er} trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 ^e trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 ^e trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
4 ^e trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
1 ^{er} trimestre 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 ^e trimestre 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 ^e trimestre 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
4 ^e trimestre 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
1 ^{er} trimestre 2016	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
2 ^e trimestre 2016	2.372,52*2/3+2.419,97*1/3	2.388,34 EUR
3 ^e trimestre 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
4 ^e trimestre 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR

1 ^{er} trimestre 2017	$2.419,97 \times 3/3$	2.419,97 EUR
2 ^e trimestre 2017	$2.419,97 \times 2/3 + 2.468,37 \times 1/3$	2.436,10 EUR
3 ^e trimestre 2017	$2.468,37 \times 3/3$	2.468,37 EUR
4 ^e trimestre 2017	$2.468,37 \times 3/3$	2.468,37 EUR
1 ^{er} trimestre 2018	$2.468,37 \times 3/3$	2.468,37 EUR
2 ^e trimestre 2018	$2.468,37 \times 3/3$	2.468,37 EUR
3 ^e trimestre 2018	$2.468,37 \times 2/3 + 2.517,74 \times 1/3$	2.484,83 EUR
4 ^e trimestre 2018	$2.517,74 \times 3/3$	2.517,74 EUR
1 ^{er} trimestre 2019	$2.517,74 \times 3/3$	2.517,74 EUR
2 ^e trimestre 2019	$2.517,74 \times 3/3$	2.517,74 EUR
3 ^e trimestre 2019	$2.517,74 \times 3/3$	2.517,74 EUR
4 ^e trimestre 2019	$2.517,74 \times 3/3$	2.517,74 EUR
1 ^{er} trimestre 2020	$2.517,74 \times 2/3 + 2.568,10 \times 1/3$	2.534,53 EUR
2 ^e trimestre 2020	$2.568,10 \times 3/3$	2.568,10 EUR
3 ^e trimestre 2020	$2.568,10 \times 3/3$	2.568,10 EUR
4 ^e trimestre 2020	$2.568,10 \times 3/3$	2.568,10 EUR
1 ^{er} trimestre 2021	$2.568,10 \times 3/3$	2.568,10 EUR
2 ^e trimestre 2021	$2.568,10 \times 3/3$	2.568,10 EUR
3 ^e trimestre 2021	$2.568,10 \times 2/3 + 2.619,46 \times 1/3$	2.585,22 EUR
4 ^e trimestre 2021	$2.619,46 \times 3/3$	2.619,46 EUR
1 ^{er} trimestre 2022	$2.671,85 \times 2/3 + 2.725,28 \times 1/3$	2.689,66 EUR
2 ^e trimestre 2022	$2.725,28 \times 1/3 + 2.779,79 \times 2/3$	2.761,62 EUR
3 ^e trimestre 2022	$2.779,79 \times 1/3 + 2.835,39 \times 2/3$	2.816,86 EUR
4^e trimestre 2022	$2.835,39 \times 1/3 + 2.892,09 \times 1/3 + 2.949,93 \times 1/3$	2.892,47 EUR



Circulaire O.A. n° 2022/400 – 248/82 du 30 novembre 2022.

III. Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 19) à partir du 1^{er} décembre 2022 - Pivot

En vigueur à partir du 1^{er} décembre 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^{er} décembre 2022 :

Montant maximum du montant annuel des revenus des bénéficiaires	
Titulaires	Personnes à charge
24.638,79 EUR	4.561,31 EUR



Circulaire O.A. n° 2022/401 - 3991/358 du 30 novembre 2022.

IV. Cotisation à payer par certains titulaires

Entrée en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2023.

À partir du 1^{er} janvier 2023, les taux des cotisations personnelles à payer par certains titulaires sont adaptés aux taux que l'indice des prix à la consommation a atteint au 31 octobre 2022, soit 128.21 (base 2013 = 100).

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

1. Cotisation d'assurance continuée

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

a) Cotisation par jour ouvrable :

- 21 ans et plus 2,15 EUR
- 18 à 21 ans 1,63 EUR
- 14 à 18 ans 1,07 EUR

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

- 21 ans et plus 53,75 EUR
- 18 à 21 ans 40,75 EUR
- 14 à 18 ans 26,75 EUR

Date d'application : 1^{er} janvier 2023

Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100

2. Cotisation des étudiants

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

Par trimestre : 74,72 EUR

Date d'application : 1^{er} janvier 2023

Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100

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

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

Par trimestre :

Normal :	881,42 EUR
Si revenu < au plafond des revenus annuels prévu à l'article 134, 3 ^o alinéa de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 :	440,70 EUR
Si revenu < au montant prévu pour bénéficiaire de l'intervention majorée :	74,72 EUR
Si revenu < au montant annuel du minimum de moyen d'existence :	0,00 EUR
Si droit à un avantage visé dans l'article 37, § 19, de la loi coordonnée :	0,00 EUR

Date d'application : 1^{er} janvier 2023

Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100

4. Cotisation des membres des communautés religieuses

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

Par trimestre :

a) Titulaire de moins de 65 ans	112,87 EUR
b) Titulaire de plus de 65 ans	32,27 EUR

Date d'application : 1^{er} janvier 2023

Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100

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

Article 135 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Par trimestre : 50,84 EUR

Date d'application : 1^{er} janvier 2023

Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100



Circulaire O.A. n° 2022/402 – 270/92, 273/93, 274/94, 276/143, 2790/95, 2791/92, 2792/91 et 830/7 du 30 novembre 2022.

V. Intervention majorée - Moyenne des plafonds de revenus pour l'année 2022

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2023.

En application de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 – Moniteur belge du 29 janvier 2014 (2^e éd.) 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 15.986,16 EUR et 2.959,47 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.

Moyenne des plafonds des revenus - Exercice antérieur (2022)	
Titulaires	Personnes à charge
23.303,84 EUR	4.314,18 EUR



Circulaire O.A. n° 2022/418 - 3991/359 du 6 décembre 2022.

VI. Quote part personnelle du patient dans le prix de la journée du patient en cas d'admission à l'hôpital - Montants à partir du 1^{er} janvier 2023

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2023.

Vous trouverez ci-dessous les montants qui peuvent être portés en compte aux patients à partir du 1^{er} janvier 2023 et ce en application de l'arrêté royal du 5 mars 1997 et en application de l'article 37bis, § 3 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

1. Le jour d'admission :

Le jour de l'admission dans un hôpital général ou psychiatrique ou dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, l'intervention de l'assurance est réduite :

- a) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance : de 6,76 EUR ;
- b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé (à l'exclusion des enfants visés sous a)) : de 34,03 EUR ;
- c) pour les titulaires qui sont, pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé, en chômage contrôlé et qui ont depuis douze mois la qualité de chômeur complet (possédant la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isolé, c'est-à-dire à l'exclusion entre autre des cohabitants) y compris les personnes à charge : de 34,03 EUR ;
- d) pour les autres bénéficiaires : de 46,31 EUR.

2. À partir du deuxième jour :

À partir du deuxième jour de séjour dans un hôpital général ou psychiatrique ou dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, l'intervention de l'assurance est réduite :

- a) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés (y compris leurs personnes à charge) : de 6,76 EUR ;
- b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de 6,76 EUR ;
- c) pour les autres bénéficiaires : de 19,04 EUR.

3. À partir du 91^e jour de séjour (à l'exclusion des centres de rééducation fonctionnelle ou professionnelle) :

À partir du 91^e jour de séjour, l'intervention de l'assurance est réduite pour les séjours dans un hôpital général ou dans un hôpital psychiatrique :

- a) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés (y compris leurs personnes à charge) : de 6,76 EUR ;
- b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de 6,76 EUR ;
- c) pour les titulaires qui ont des personnes à charge au regard de l'assurance soins de santé ou qui sont tenus de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié, de même que les personnes à leur charge : de 6,76 EUR ;
- d) pour les autres bénéficiaires : de 19,04 EUR.

4. Lorsque l'admission dans un hôpital psychiatrique excède une durée de cinq ans

Dès que l'admission dans un hôpital psychiatrique dépasse une durée de cinq ans, l'intervention de l'assurance est réduite :

- a) pour les titulaires ayant des personnes à charge, les titulaires de l'intervention majorée (et chômeurs y assimilés) avec des personnes à charge, les personnes qui sont tenues de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié, de même que les personnes à leur charge : de 6,76 EUR ;
- b) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs y assimilés qui n'ont pas de personnes à charge dans le cadre de l'assurance soins de santé ou qui ne sont pas tenus de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié : de 19,04 EUR ;
- c) pour les autres bénéficiaires : de 31,73 EUR.



Circulaire O.A. n° 2022/424 – 362/52 du 8 décembre 2022.

VII. Article 326, § 3 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 - Récupération de prestations payées indûment par l'organisme assureur pour les soins de santé (indexation)

Entrée en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2023.

Lorsque le montant total des prestations payées indûment à un assuré social est inférieur à 25 EUR, pour les soins de santé, ou à 25 EUR, pour les indemnités d'incapacité de travail, l'organisme assureur est dispensé de récupérer ce montant.

Le 1^{er} janvier de chaque année et pour la première fois le 1^{er} janvier 2011, le montant pour les soins de santé est adapté à l'évolution de la valeur de l'indice santé visée à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé, entre le 30 juin de la deuxième année antérieure et le 30 juin de l'année antérieure.

Calcul index au 1^{er} janvier 2023

2021	indice santé	moyenne
mars	110,56	
avril	110,93	
mai	110,99	
juin	111,31	110,95

(A)

2022	indice santé	moyenne
mars	119,05	
avril	119,59	
mai	120,25	
juin	121,02	119,98

(B)

(B) = 119,98

(A) = 110,95

8,14 %

Calcul du montant au 1^{er} janvier 2023

Montant de base (en EUR)	25,00	
Montant au		
1 ^{er} janvier 2011	25,35	1,40 %
1 ^{er} janvier 2012	26,11	2,99 %
1 ^{er} janvier 2013	26,83	2,76 %
1 ^{er} janvier 2014	27,20	1,39 %
1 ^{er} janvier 2015	27,34	0,53 %
1 ^{er} janvier 2016	27,51	0,62 %
1 ^{er} janvier 2017	28,20	2,51 %
1 ^{er} janvier 2018	28,67	1,68 %
1 ^{er} janvier 2019	29,09	1,45 %
1 ^{er} janvier 2020	29,66	1,95 %
1 ^{er} janvier 2021	29,96	1,01 %
1 ^{er} janvier 2022	30,20	0,79 %
1 ^{er} janvier 2023	32,66	8,14 %



Circulaire O.A. n° 2022/484 – 65/33 du 22 décembre 2022.

VIII. Valeur minimale des documents de cotisation pour l'année 2023 - Calcul du complément de cotisation

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

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

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

La valeur minimale que le titulaire doit prouver est celle liée à la catégorie d'âge à laquelle il appartient au début de l'année civile, ou celle à laquelle il appartient au moment de son inscription, ou au moment de sa réinscription en situation d'accomplissement du délai d'attente pour le droit aux soins de santé tel que décrit à l'article 130 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Compte tenu du fait que le revenu mensuel minimum garanti, tel que fixé au sein du Conseil national du travail, a été adapté à l'indice au 1^{er} septembre 2022, et s'élève depuis cette date à 1.879,13 EUR, il convient de fixer comme suit les valeurs minimales des documents de cotisation pour l'année civile 2023 :

21 ans et plus	:	1.879,13 EUR x 4	=	7.516,52 EUR
moins de 21 ans	:	7.516,52 EUR x 3/4	=	5.637,39 EUR

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

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

Le complément de cotisation se calcule comme suit :

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

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

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

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

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

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

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

Ce sont des montants forfaitaires qui ne sont pas indexés.

En annexe, sont joints les tableaux¹ qui donnent un aperçu du calcul des compléments de cotisation afférents aux différences de rémunération à partir de 0,01 EUR.



Circulaire O.A. n° 2022/412 – 271/77 du 6 décembre 2022.

1. Non publiés ici.

[Comité de rédaction](#)

Mme Caroline Marthus
Mme Caroline Lekane
Mme Charlotte Lefebre
M. Jonathan Owczarek
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