

1<sup>re</sup> Partie

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



## 4<sup>e</sup> trimestre 2022

1. Loi		
Moniteur belge	Date	Titre
05.10.2022	25.09.2022	Loi relative à la responsabilisation des travailleurs dans le cadre des "Trajets Retour Au Travail"

### Résumé des modifications

La loi apporte les modifications suivantes à la loi coordonnée du 14 juillet 1994 :

- un nouveau paragraphe 1/4 est inséré dans l'article 100 prévoyant que pour pouvoir vérifier si un "Trajet Retour Au Travail" peut débuter, le titulaire reconnu incapable de travailler est tenu :  
=> de fournir, à la demande du médecin-conseil, les données qui sont nécessaires pour l'estimation de ses capacités restantes (cf. le questionnaire envoyé dix semaines après le début de l'incapacité de travail), ainsi que de donner suite à la convocation du médecin-conseil pour un examen médical qui est organisé s'il l'estime nécessaire (p. ex., si les données exigées pour cette évaluation des capacités restantes ne sont pas fournies ou sont insuffisantes pour procéder à ladite évaluation) ;

=> de donner suite à la convocation du "Coordinateur Retour Au Travail" pour un premier moment de contact dans le cadre du "Trajet Retour Au Travail".

Il est octroyé la compétence au Roi de déterminer, par un arrêté délibéré en Conseil des Ministres, dans quelles conditions et dans quelle mesure les indemnités sont accordées quand le titulaire en incapacité de travail est absent sans justification valable à l'examen médical précité chez le médecin-conseil ou au premier moment de contact chez le "Coordinateur Retour Au Travail". Dans ce contexte, l'absence du titulaire peut être justifiée par des éléments tant de nature médicale que non médicale.

Il est aussi explicitement prévu que la mesure déterminée par le Roi ne peut avoir pour effet que le montant journalier de l'indemnité du titulaire en incapacité de travail soit réduit de plus de 2,5 pourcent.

- le paragraphe 2 de l'article 134 est modifié afin de préciser que la "règle générale", stipulant que l'octroi des indemnités d'incapacité de travail est supprimé tant que le titulaire ne respecte pas les obligations de contrôle qui lui sont imposées par toute personne compétente, ne s'applique pas en cas d'absence de l'assuré à l'examen médical organisé par le médecin-conseil lorsque les données requises pour l'évaluation de ses capacités restantes n'ont pas été fournies, malgré l'accompagnement offert par le "Coordinateur Retour Au Travail".

Moniteur belge	Date	Titre
18.11.2022	30.10.2022	Loi portant des dispositions diverses relatives à l'incapacité de travail

### Résumé des modifications

Cette loi modifie l'article 52, § 5 et de l'article 73/1 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail c'est-à-dire, entre autres, la neutralisation actuelle du salaire garanti durant la période d'exercice d'un travail adapté ou d'un autre travail effectué avec l'autorisation du médecin-conseil (application de l'art. 100, § 2 de la loi coordonnée du 14.07.1994).

Cette neutralisation sera limitée aux vingt premières semaines à compter du début de l'exécution du travail adapté ou d'un autre travail effectué avec l'autorisation du médecin-conseil, en cas d'incapacité de travail résultant de toute maladie, autre qu'une maladie professionnelle, survenue durant cette période, ou d'un accident, autre qu'un accident du travail ou qu'un accident survenu sur le chemin du travail, se produisant durant cette même période.

Moniteur belge	Date	Titre
09.12.2022 – Édition 2	29.11.2022	Loi portant des dispositions diverses en matière de soins de santé

### Résumé des modifications

La loi apporte les modifications suivantes à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- la profession d'hygiénistes bucco-dentaires est insérée à l'article 2, m), qui définit la notion d'auxiliaire paramédical au sens de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
- l'intégration, d'une part, des détenus et, d'autre part, des internés autres que ceux placés dans des établissements de soins, dans l'assurance maladie obligatoire, dans le cadre de la réforme des soins de santé pénitentiaires
- l'octroi d'une indemnité à toutes ou certaines catégories de candidats pharmaciens-biologistes cliniciens et de maîtres de stage pharmaciens-biologistes cliniciens, de même qu'aux candidats psychologues cliniciens et aux candidats orthopédagogues cliniciens ainsi qu'à leurs maîtres de stage
- l'établissement du principe d'un contrôle de qualité externe, par les institutions de Sciensano, sur les prestations des laboratoires de génétique humaine, actuellement au nombre de huit, et ce par analogie avec le contrôle déjà en place pour les laboratoires de biologie clinique et d'anatomopathologie
- la simplification de la procédure de nomination des membres du Comité de gestion du Fonds des Accidents médicaux c'est-à-dire permettre de la faire exécuter par voie d'arrêté royal ordinaire plutôt que par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres (art. 137<sup>quater</sup>, § 3, 2<sup>e</sup> phrase)
- la simplification, d'un point de vue administratif, du mode de financement du Fonds des Accidents médicaux (art. 137<sup>sexies</sup>, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>)
- l'élargissement de la possibilité pour l'INAMI de se constituer partie civile à l'égard des dispensateurs de soins poursuivis au pénal en cas de fraude à l'assurance soins de santé : le SECM peut désormais intervenir que les faits aient ou non été communiqués au ministère public par lui (art. 142, § 1<sup>er</sup>, dernier alinéa)

- la possibilité pour le personnel d'inspection du SECM de vérifier l'identité du titulaire du compte bancaire communiqué, sur lequel les paiements des montants dus par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités sont versés (un art. 150/1 est inséré)
- la précision de l'attribution au Conseil supérieur des médecins-directeurs de la compétence de gérer la procédure relative à l'accréditation des médecins conseils conformément à l'article 154, alinéa 6, de la loi SSI
- l'interdiction des suppléments d'honoraires pour les soins de santé aux bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance
- des corrections techniques aux articles 111, 143 et 153, § 3, alinéa 5.

Moniteur belge	Date	Titre
22.12.2022	13.12.2022	Loi modifiant la loi du 4 novembre 2020 portant diverses mesures sociales suite à la pandémie de COVID-19 et la loi du 23 décembre 2021 modifiant la loi du 4 novembre 2020 portant diverses mesures sociales suite à la pandémie de COVID-19
25.01.2023	13.12.2022	Loi modifiant la loi du 4 novembre 2020 portant diverses mesures sociales suite à la pandémie de COVID-19 et la loi du 23 décembre 2021 modifiant la loi du 4 novembre 2020 portant diverses mesures sociales suite à la pandémie de COVID-19. - <i>Erratum</i>

#### Résumé des modifications

La loi prolonge les mesures des chapitres 5 (gestion de la prise en charge des patients COVID-19 dans les hôpitaux – HTSC), 6 (réalisation de prélèvements et de prises de sang COVID-19) et 7 (préparation et administration de vaccins COVID-19) de la loi du 4 novembre 2020 portant diverses mesures sociales suite à la pandémie de COVID-19 jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2023.

Le Roi est autorisé à prolonger la validité de ces mesures de six mois en six mois, jusqu'au 31 décembre 2025 au plus tard.

Moniteur belge	Date	Titre
30.12.2022 – Édition 1	26.12.2022	Loi-programme

#### Résumé des modifications

La loi apporte les modifications suivantes :

- système de remboursement de référence :  
L'article 35<sup>ter</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, prévoit la base légale pour le système de remboursement de référence : les adaptations prévoient une fréquence d'application plus élevée du système de remboursement de référence ("patent cliff"), c'est-à-dire une application mensuelle de la mesure d'économie, au lieu de trimestrielle. La disponibilité des génériques concernés sera également vérifiée mensuellement au lieu de tous les trois mois. L'application de la mesure "combi-cliff" aux spécialités remboursables "combi" concernées se fera également mensuellement à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023 au lieu de tous les trois mois. En raison du délai strict résultant de l'application mensuelle du système de remboursement de référence et du contrôle de la disponibilité des génériques le premier jour du mois précédant la date d'ouverture du cluster de référence, seules les exceptions objectives et automatiques peuvent encore être appliquées de plein droit

- maximum à facturer : il est prévu de ne pas indexer les plafonds en 2023
- adaptation de l'objectif budgétaire : dans le cadre de la réforme des soins de santé dans les prisons, les détenus et internés placés dans les établissements du SPF Justice sont intégrés comme bénéficiaire de l'assurance maladie obligatoire avec comme première phase la prise en charge de leurs soins en dehors des prisons ou établissements du SPF Justice à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023. L'impact budgétaire à la charge de l'INAMI est de 19.453 milliers d'EUR. Ce montant est ajouté structurellement à l'objectif budgétaire global des soins de santé à partir de 2023. La norme de croissance pour la détermination de l'objectif budgétaire de l'INAMI soins de santé sera réduite à 2 % en 2024 (de 2,5 % à 2 %, à partir de 2025 retour à 2,5 %, mais l'effet de la réduction ponctuelle sur la masse est permanent) pour financer un certain nombre de mesures sanitaires nécessaires et souhaitables en dehors de l'objectif budgétaire
- ressources de l'assurance obligatoire soins de santé pour couvrir les dépenses spécifiques liées à la pandémie COVID-19 : des mesures d'exécution sont en suivi continu et évolutives. Il peut être satisfait aux exigences de transparence en déclarant à temps la réglementation existante pleinement ou partiellement applicable à la période concernée
- cotisations sur le chiffre d'affaires : la "cotisation standard" et ses modalités d'exécution sont reconduites pour l'année 2023 (art. 191, al. 1<sup>er</sup>, 15<sup>o</sup>novies). La "cotisation contributive" (art. 191, al. 1<sup>er</sup>, 15<sup>o</sup>duodecies) et la "cotisation orpheline" (art. 191, al. 1<sup>er</sup>, 15<sup>o</sup>terdecies) sont maintenues pour l'année 2023
- contribution sur le marketing : la "contribution compensatoire" (art. 191, al. 1<sup>er</sup>, 31) est maintenue pour l'année 2023
- modulation des taxes pharmaceutiques INAMI : ce régime d'aide (art. 191quinquies) est prolongé jusque 2024
- modification de l'article 69 de la loi du 27 avril 2005 relative à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé : une modification de cet article est nécessaire, car la mesure "vieux médicaments" est appliquée simultanément au remboursement de référence ("patent cliff")
- exception aux réductions de prix pour les médicaments COVID-19 : prolonger l'application dans le temps de cette exception (les baisses de prix dans le cadre des mesures d'économie relatives au remboursement de référence et à la mesure "vieux médicaments") ont été temporairement reportées pour ces médicaments, de sorte que la baisse de prix pour ces médicaments en raison du report de l'application du remboursement de référence et de la mesure "vieux médicaments", aura lieu le 1<sup>er</sup> avril 2023
- l'octroi d'une prime de reprise du travail de 1.000 EUR. à l'employeur auprès duquel un titulaire qui se trouve dans la période d'invalidité, reprend une activité avec l'autorisation du médecin-conseil
- la neutralisation de la dégressivité dans le cadre de l'application de la mesure d'alignement pour l'octroi de l'indemnité de maternité à la titulaire en chômage contrôlé
- l'augmentation du montant supplémentaire des frais d'administration octroyé aux organismes assureurs dans le cadre de la préparation et de la mise en œuvre des "Trajets Retour Au Travail" afin qu'ils puissent, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2023, employer 20 "Coordinateurs Retour Au Travail" supplémentaires

- l'introduction d'un système de financement pour l'achat de services par des personnes dont le contrat de travail a été rompu pour force majeure médicale via l'instauration d'un "Fonds Retour Au Travail" qui est géré par le Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs salariés. L'employeur qui invoque la force majeure médicale pour mettre fin au contrat de travail d'un travailleur en incapacité de travail, devra le notifier au "Fonds Retour Au Travail" et lui verser une contribution de 1.800 EUR. Cette mesure remplace le régime particulier d'outplacement lorsqu'un employeur invoque la force majeure médicale, pour mettre fin au contrat de travail.

## 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
08.11.2022	31.08.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 24 mars 2022 portant modification de l'arrêté royal du 26 novembre 2006 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant l'intervention personnelle des bénéficiaires qui consultent un médecin spécialiste après avoir été envoyés par un médecin de médecine générale

### Résumé des modifications

L'arrêté royal corrige une erreur matérielle relative à la date d'entrée en vigueur de l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 24 mars 2022. L'article 4 de l'arrêté royal du 24 mars 2022 portant modification de l'arrêté royal du 26 novembre 2006 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant l'intervention personnelle des bénéficiaires qui consultent un médecin spécialiste après avoir été envoyés par un médecin de médecine générale est remplacé par ce qui suit :

"Art. 4. Le présent arrêté produit ses effets le 1<sup>er</sup> janvier 2021, à l'exception de l'article 1<sup>er</sup> qui produit ses effets le 1<sup>er</sup> février 2022."

En effet, l'arrêté royal du 28 novembre 2021 modifiant le chapitre 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 crée de nouveaux codes pour les prestations relatives aux consultations chez les médecins spécialistes. Ces prestations sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> février 2022.

Cependant, l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 24 mars 2022 portant modification de l'arrêté royal du 26 novembre 2006 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant l'intervention personnelle des bénéficiaires qui consultent un médecin spécialiste après avoir été envoyés par un médecin de médecine générale, prévoit l'application de l'échelonnement à ces prestations seulement à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2022 ce qui porte un désavantage grave aux patients pouvant bénéficier de l'échelonnement.

Moniteur belge	Date	Titre
10.11.2022 – Édition 1	18.10.2022	Arrêté royal abrogeant l'arrêté royal du 10 décembre 2008 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1 <sup>er</sup> , 3 <sup>o</sup> , de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour la prise en charge des coûts du traitement d'enfants avec une aversion grave de l'alimentation orale qui accompagne ou qui fait suite à une période durant laquelle cet enfant a été soumis à une nutrition entérale par sonde ou stomie

### Résumé des modifications

L'arrêté royal du 10 décembre 2008 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour la prise en charge des coûts du traitement d'enfants avec une aversion grave de l'alimentation orale qui accompagne ou qui fait suite à une période durant laquelle cet enfant a été soumis à une nutrition entérale par sonde ou stomie est abrogé

Moniteur belge	Date	Titre
10.11.2022 – Édition 1	18.10.2022	Arrêté royal abrogeant l'arrêté royal du 28 janvier 2009 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1 <sup>er</sup> , 3 <sup>o</sup> , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 pour la prise en charge des coûts de la formation et du suivi des bénéficiaires sous-alimentation parentérale à domicile et la formation de leur famille, ou pour la prise en charge des coûts du traitement des enfants avec une aversion grave de l'alimentation orale qui accompagne ou qui fait suite à une période durant laquelle cet enfant a été soumis à une alimentation parentérale en ambulatoire

### Résumé des modifications

L'arrêté royal du 28 janvier 2009 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 pour la prise en charge des coûts de la formation et du suivi des bénéficiaires sous-alimentation parentérale à domicile et la formation de leur famille, ou pour la prise en charge des coûts du traitement des enfants avec une aversion grave de l'alimentation orale qui accompagne ou qui fait suite à une période durant laquelle cet enfant a été soumis à une alimentation parentérale en ambulatoire est abrogé.

Moniteur belge	Date	Titre
16.12.2022	11.12.2022	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 insère un nouvel article 215 *octiesdecies* dans l'arrêté royal du 3 juillet 1996 et prévoit les modalités de la responsabilisation des travailleurs dans le cadre des "Trajets Retour Au Travail" et contient deux volets :

- absence du titulaire à l'examen médical pour l'estimation des capacités restantes, organisé par le médecin-conseil : En vue de l'examen médical qui est organisé pour évaluer les capacités restantes du titulaire reconnu en incapacité de travail, ce titulaire reçoit une convocation (non recommandée) qui stipule que s'il ne se présente pas à cet examen médical sans justification valable, le montant journalier des indemnités sera réduit de 2,5 pourcent.

Si le titulaire est absent sans justification valable à l'examen médical organisé en vue de l'estimation des capacités restantes, le régime suivant est d'application :

  - => première absence sans justification valable : envoi du recommandé fixant une nouvelle date pour l'examen médical (dans un délai d'un mois à dater de la date initiale planifiée), ainsi que l'avertissement du titulaire qu'une réduction des indemnités de 2,5 pourcent sera appliquée en cas de nouvelle absence sans justification valable ;
  - => deuxième absence sans justification valable : envoi du recommandé communiquant que le montant journalier des indemnités est réduit de 2,5 pourcent. Cette réduction a lieu à partir de la date fixée pour cet examen jusqu'à la date à laquelle le titulaire contacte le médecin-conseil en vue de fixer une nouvelle date pour un examen médical. La mutualité doit disposer de la preuve que l'assuré a bien pris connaissance de cette nouvelle date ;
  - => troisième absence sans justification valable : envoi du recommandé communiquant que le montant journalier des indemnités est à nouveau réduit de 2,5 pourcent à partir de cet examen médical planifié jusqu'à la veille du jour où cet examen médical aura effectivement lieu. Dès que l'indemnité journalière n'est plus réduite, la mutualité informe le titulaire.
- absence du titulaire au premier moment de contact organisé par le "Coordinateur Retour Au Travail" : en vue du premier moment de contact qui est organisé par le "Coordinateur Retour Au Travail", le titulaire reçoit une convocation (non recommandée) dans laquelle il est indiqué qu'en cas d'absence à ce premier moment de contact sans justification valable, le montant journalier des allocations sera réduit de 2,5 pourcent.

Si le titulaire est absent sans justification valable au premier moment de contact organisé par le "Coordinateur Retour Au Travail" après un renvoi par le médecin-conseil, le régime suivant est d'application :

  - => première absence sans justification valable : envoi du recommandé fixant une nouvelle date pour le premier moment de contact (dans un délai d'un mois à dater de la date initiale planifiée), ainsi que l'avertissement du titulaire qu'une réduction des indemnités de 2,5 pourcent sera appliquée en cas de nouvelle absence sans justification valable.

=> deuxième absence sans justification valable : envoi du recommandé communiquant que le montant journalier des indemnités est réduit de 2,5 pourcent. Cette réduction a lieu à partir de la date fixée pour ce moment de contact jusqu'à la date à laquelle le titulaire contacte le "Coordinateur Retour Au Travail" en vue de fixer une nouvelle date pour un premier moment de contact. Dès que l'indemnité journalière n'est plus réduite, la mutualité informe le titulaire. La mutualité doit disposer de la preuve que l'assuré a bien pris connaissance de cette nouvelle date ;

=> troisième absence sans justification valable : envoi du recommandé communiquant que le montant journalier des indemnités est à nouveau réduit de 2,5 pourcent à partir de ce premier moment de contact planifié jusqu'à la veille du jour où ce premier moment de contact aura effectivement lieu. Dès que l'indemnité journalière n'est plus réduite, la mutualité informe le titulaire.

### 3. Arrêtés royaux modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge	Date	Titre
03.10.2022	04.09.2022	Arrêté royal modifiant l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal insère la prestation 103692 et les règles d'application après la prestation 103095 et la règle d'application à l'article 2, B, 1, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

La prestation 103692 concerne la rédaction et le suivi de l'Advance Care Planning (ACP) chez des patients qui ont été identifiés palliatifs suivant l'échelle d'identification du patient palliatif (PICT).

Moniteur belge	Date	Titre
03.10.2022	04.09.2022	Arrêté royal modifiant l'article 17, § 1 <sup>er</sup> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- dans la rubrique "11 Tomographies par ordinateur.", la troisième règle d'application suivant la prestation 458953-458964 est remplacée ;

- dans la rubrique “11° ter Tomographies à faisceau conique (Cone beam) commandées par ordinateur.” :
  - => la troisième règle d'application suivant la prestation 459933-459944 est remplacée;
  - => la règle d'application suivant la prestation 459955-459966 est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
27.10.2022 – Édition 1	03.10.2022	Arrêté royal modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 8 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 :

- au § 1<sup>er</sup>, 1°, I, B, les prestations 424255, 424270, 424292, 424314, 424933, 424336, 424351, 424373 et 424395 sont remplacées
- au § 1, 2°, I, B, les prestations 424410, 424432, 424454, 424476, 424955, 424491, 424513 et 424535 sont remplacées
- au § 1, 3°, I, B, les prestations 424550, 424572, 424594, 424616, 424970, 424631, 424653, 424675 et 424690 sont remplacées
- au § 1, 3° *bis*, I, B, les prestations 427836, 427851, 427873, 427895, 427910, 427932, 427954, 427976 et 427991 sont remplacées
- au § 1, 4°, I, B, les prestations 424712, 424734, 424756, 424771, 424992, 424793, 424815, 424830 et 424852 sont remplacées
- au § 2, le deuxième alinéa est remplacé
- au § 2, le septième alinéa est abrogé
- au § 4, 2°, le douzième alinéa est remplacé
- § 4, 4° est remplacé
- au § 4, 6°, le dernier alinéa est remplacé
- le § 5, 2°, b, est remplacé
- au § 5, 3°, c, dans le tableau contenant les prestations et les pseudo-codes qui leur sont attribués, deux lignes sont insérées entre la quatorzième et la quinzième ligne actuelle
- le § 5 *bis*, 3°, b, est remplacé
- le § 8 est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
30.11.2022	07.10.2022	Arrêté royal modifiant l'article 14, g), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 14, g), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- la prestation 432832-432843 et les règles d'application sont insérées à la suite du libellé de la prestation 431410-431421.

Moniteur belge	Date	Titre
30.11.2022	13.11.2022	Arrêté royal modifiant l'article 14,k), 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 14, k), l., § 1<sup>er</sup>, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- le libellé des prestations 277351-277362 et 294114-294125 est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
30.12.2022 – Édition 1	16.12.2022	Arrêté royal modifiant l'article 25, § 1 <sup>er</sup> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

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

- dans le libellé de la prestation 599126, le mot “cinq” est remplacé par le mot “six”
- dans le libellé de la prestation 598286, le mot “cinq” est remplacé par le mot “six”
- dans le libellé de la prestation 599141, le mot “sixième” est remplacé par le mot “septième”

## 4. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
03.10.2022	04.09.2022	Arrêté royal modifiant l'article 1 <sup>bis</sup> 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

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 1<sup>er bis</sup> 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 :

- les mots “pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 103095.” sont remplacés par les mots “pour les prestations désignées par les numéros d'ordre 103095 et 103692.”.

Moniteur belge	Date	Titre
12.10.2022	03.10.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 17 juillet 2009 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les candidats-médecins généralistes

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 2, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 17 juillet 2009 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les candidats-médecins généralistes :

- l'article 2, § 1<sup>er</sup>, est complété par un alinéa rédigé comme suit : "Par dérogation au premier alinéa, l'indemnité pour l'année de stage s'étalant du 1<sup>er</sup> juillet 2022 au 31 juin 2023 est de 33.825,52 EUR. "

Moniteur belge	Date	Titre
17.10.2022	25.09.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 11 juin 2018 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les maîtres de stage en médecine de candidats spécialistes

#### Résumé des modifications

Pour l'année de référence 2021, le montant de l'indemnisation est fixé à 672,04 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
20.10.2022 – Édition 2	25.09.2022	Arrêté royal fixant à partir de l'année civile 2022 l'intervention financière pour différentes mesures prévues aux secteurs fédéraux de la santé

#### Résumé des modifications

L'INAMI octroie une intervention financière pour les coûts des mesures prévues dans les accords sociaux relatifs aux secteurs fédéraux de la santé et pour les coûts du complément de spécialisation pour les praticiens de l'art infirmier à domicile. Cette intervention ne peut être octroyée qu'à la condition que les employeurs visés à l'article 1<sup>er</sup> appliquent les mesures prévues dans les conventions collectives de travail ou dans les protocoles d'accord ou prévues dans l'arrêté royal du 17 juillet 2022 instaurant un complément de spécialisation pour la profession infirmière. Dans le cadre de l'intervention des fonds sociaux maribel respectifs en faveur des employeurs, ces derniers contrôlent le respect de cette condition.

Le montant maximal de l'intervention financière annuelle dans les coûts des mesures prévues dans les accords sociaux relatifs aux secteurs fédéraux de la santé est fixé pour 2022 à 155.441.050 EUR et les dépenses sont imputées par l'INAMI soit au budget des soins de santé, soit aux frais d'administration de l'INAMI.

Moniteur belge	Date	Titre
25.10.2022 – Édition 1	25.09.2022	Arrêté royal mettant fin à certaines dispositions de l'arrêté royal n° 21 du 14 mai 2020 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie COVID-19

### Résumé des modifications

L'arrêté royal détermine la date à laquelle prennent fin les différentes mesures adoptées en raison de la période de la pandémie COVID-19. Cela signifie que la date à laquelle l'arrêté entre en vigueur marque la fin des mesures visées dans les articles de l'arrêté royal n° 21 qui sont abrogés et que, à partir de cette date, les conditions habituelles de l'intervention de l'assurance obligatoire seront de nouveau d'application.

Cependant, afin de veiller au maintien des droits tels qu'octroyés pendant la période de la pandémie COVID-19, des dispositions transitoires ont été instaurées, de telle sorte que, si besoin, certaines des mesures prévues produisent leurs effets au-delà de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.

Certains articles de l'arrêté royal n° 21 ne sont pas abrogés et par ailleurs, certaines mesures reprises dans l'annexe se rapportant à l'un ou l'autre article de l'arrêté royal n° 21 échappent à l'abrogation. Dès lors, les mesures qui ne sont pas abrogées lorsque l'arrêté royal entre en vigueur courent jusqu'à la date limite fixée au 31 décembre 2025 par l'arrêté royal n° 21, sauf si elles sont abrogées par le Roi avant cette date.

Moniteur belge	Date	Titre
03.11.2022	07.10.2022	Arrêté royal modifiant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et aux conséquences du retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'article 294, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 : suite au Brexit, la dispense d'obtention d'une autorisation préalable du médecin-conseil ne peut plus s'appliquer aux titulaires en incapacité de travail (reconnus en vertu de la législation belge) séjournant temporairement au Royaume-Uni dans la mesure où ce pays n'est plus membre de l'Union européenne et que, par conséquent, le droit primaire européen en matière de libre circulation des personnes ne s'applique plus dans les relations entre les États membres de l'Union européenne et le Royaume-Uni à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2021 (fin de la période de transition prévue par l'accord de retrait). En outre, en vertu du nouvel accord de commerce et de coopération conclu entre l'Union européenne et le Royaume-Uni, il n'existe pas de droit à la libre circulation des personnes justifiant une exemption de l'obligation d'autorisation préalable.

L'article 294, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 est actualisé afin de remplacer la référence actuelle à l'ancien règlement (CEE) n° 1408/71 par la référence au règlement européen (CE) n° 883/2004 actuellement en vigueur, ainsi qu'à confirmer que la dispense d'autorisation préalable ne s'applique qu'aux séjours temporaires dans les pays auxquels s'applique le principe européen de la libre circulation des personnes à savoir les États membres de l'Union européenne, les pays non membres de l'UE mais appartenant à l'Espace économique européen (Norvège, Islande, Liechtenstein) et la Suisse. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, les titulaires d'indemnités d'incapacité de travail belges qui ont leur résidence principale en Belgique et qui souhaitent séjourner temporairement au Royaume-Uni doivent obtenir une autorisation préalable du médecin-conseil de l'organisme assureur, comme tel est le cas pour les séjours temporaires dans d'autres pays tiers.

- o l'article 61, § 4, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 : cet article prévoit les modalités sur base desquelles le médecin-conseil peut mettre fin, après réception d'un rapport de contrôle d'un médecin contrôleur étranger, à une incapacité primaire d'un titulaire qui réside ou séjourne dans un État membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou en Suisse et qui tombe sous le champ d'application du règlement (CE) n° 883/2004 et de son règlement d'application (CE) n° 987/2009.

Cette disposition ne peut plus être appliquée au Royaume-Uni dans la mesure où cette disposition requiert explicitement que le titulaire séjourne ou réside dans un État membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou en Suisse. Conformément à l'accord de retrait, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, les règles de coordination contenues dans les règlements européens (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009 peuvent, dans certaines situations, continuer à s'appliquer dans les relations entre les États membres de l'Union européenne et le Royaume-Uni. En outre, pour les situations non couvertes par l'accord de retrait, le protocole prévoit, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 entre les États membres de l'Union européenne et le Royaume-Uni, un arrangement de coordination pour les prestations de maladie en espèces (incapacité primaire), ainsi qu'une obligation d'entraide administrative pour les contrôles médicaux identique à celle contenue dans les règlements européens (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009.

Il en résulte que, selon les deux instruments, le médecin-conseil de l'organisme assureur peut dès lors être amené à reconnaître l'incapacité de travail sur la base d'un certificat britannique ou à mettre fin à l'incapacité de travail sur la base d'un rapport de contrôle établi par un médecin contrôleur britannique concernant des bénéficiaires résidant ou séjournant sur le territoire du Royaume-Uni.

Pour répondre à ce besoin, il est prévu une modification de l'article 61, § 4, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 afin qu'il puisse désormais s'appliquer à tous les titulaires résidant ou séjournant à l'étranger et, qui plus est, relèvent d'un instrument de coordination international ou supranational en matière de sécurité sociale auquel la Belgique est partie.

Moniteur belge	Date	Titre
22.11.2022 – Édition 2	20.09.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 19 avril 2014 fixant les normes auxquelles les programmes de soins "soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC)" doivent répondre pour être agréés et modifiant l'arrêté royal du 16 décembre 2018 fixant le nombre maximum de programmes de soins spécialisés "soins de l'accident vasculaire cérébral aigu impliquant des procédures invasives"

### Résumé des modifications

L'arrêté royal lève les obstacles à l'agrément des programmes de soins de l'accident vasculaire cérébral aigu impliquant des procédures invasives. Les nombres par Région sont abandonnés. La réglementation mentionne de manière explicite le raisonnement sous-jacent à l'origine de ces nombres.

La limitation du nombre de centres qui recourent à des procédures invasives vise deux objectifs : la concentration d'une expertise rare et l'organisation d'une répartition géographique correcte de l'équipe de soins de l'AVC.

Pour réaliser ces objectifs, un niveau d'activité minimum et un critère de distance minimale entre deux centres agréés qui recourent à des procédures invasives sont fixés.

Il est en outre expressément prescrit qu'une répartition du programme de soins spécialisés sur différents sites d'un même hôpital ou d'une même association d'hôpitaux n'est pas autorisée. Il est fait exception à cette disposition pendant une période transitoire de deux ans à compter de la date d'entrée en vigueur de l'arrêté en vue de permettre une meilleure répartition géographique à terme.

Moniteur belge	Date	Titre
22.11.2022 – Édition 2	09.10.2022	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 pour certaines prestations

### Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace l'annexe 2 de l'arrêté royal du 23 mars 1982.

Moniteur belge	Date	Titre
01.12.2022	27.11.2022	Arrêté royal fixant le budget global en 2022 des moyens financiers pour l'ensemble du Royaume pour les prestations en matière de spécialités pharmaceutiques dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et l'impact des éléments du budget annuel qui n'ont pas ou pas entièrement produit leurs effets

### Résumé des modifications

Le budget global des moyens financiers pour l'ensemble du Royaume pour les prestations en matière de spécialités pharmaceutiques visées dans l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, b), c) et e), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, s'élève à 5.247.453 milliers d'EUR pour l'année 2022.

Moniteur belge	Date	Titre
09.12.2022 – Édition 2	07.11.2022	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 télématique et pour la gestion électronique des dossiers médicaux

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'article 3, § 3, est complété par la phrase suivante : "L'INAMI peut décider de considérer cette déclaration écrite sur l'honneur comme reçue dans la mesure où la preuve du contenu de cette déclaration lui a déjà été apportée par une autre source, auquel cas la personne concernée en est avertie explicitement ou implicitement"
- dans l'article 5, il est inséré un paragraphe 2/6 rédigé comme suit : " § 2/6 Pour l'année de la prime 2022, les dispositions du § 2/2, dans lequel il y a lieu de lire 2022 au lieu de 2018, sont d'application"
- il est inséré un article 8/3 rédigé comme suit : "Art. 8/3. Le montant de l'intervention pour 2022 est identique aux montants fixés pour 2019"
- dans l'article 9, les mots "2018, 2019, 2020 et 2021" sont remplacés par les mots "2018, 2019, 2020, 2021 et 2022".

- dans l'article 11, un alinéa est ajouté entre le premier et le second alinéa, rédigé comme suit :
 

“L'INAMI peut décider de considérer cette demande remplie pour tout ou partie des médecins généralistes qui, sur la base des données disponibles à l'INAMI au 15 juin de l'année suivant l'année de prime, en cas de demande, auraient droit au paiement de toute prime prévue par le présent arrêté dans l'année de prime respectives, dans la mesure où le médecin généraliste a fourni, au plus tard le 31 octobre de l'année suivant l'année de prime, un numéro de compte et son titulaire via le module mis à disposition par l'INAMI à cet effet et, a précisé le nom du logiciel visé à l'article 4 qui a été utilisé pendant l'année de prime dans une application désignée à cet effet par l'INAMI, afin de bénéficier de cette prime”.

Moniteur belge	Date	Titre
14.12.2022 – Édition 1	06.12.2022	Arrêté royal visant l'instauration d'honoraires pour la préparation, la délivrance et l'administration de vaccins COVID

#### Résumé des modifications

Depuis le 18 juillet 2022, les prestataires de soins de première ligne sont incités à préparer, délivrer et administrer les vaccins Covid-19 en cabinet, en pharmacie ou au domicile du patient.

L'arrêté royal fixe des honoraires pour les médecins, le personnel infirmier, les sage-femmes et les pharmaciens, avec effet rétroactif depuis le 18 juillet 2022.

Le coût par vaccin administré s'élève à :

- 3,22 EUR par préparation individuelle par un pharmacien
- 15,5 EUR pour l'administration par un pharmacien, une sage-femme ou un praticien de l'art infirmier.

L'arrêté royal fixe également le coût (variable) pour la consultation ou la visite par un médecin, pour les consultations et visites qui sont effectuées en plus dans ce cadre et dont le nombre dépend de la mise en œuvre de ce circuit dans les campagnes organisées par les communautés.

Moniteur belge	Date	Titre
22.12.2022	10.11.2022	Arrêté royal concernant le montant à charge des frais d'administration de l'INAMI destiné au financement du Centre fédéral d'expertise des soins de santé en 2022

#### Résumé des modifications

Le montant à charge des frais d'administration de l'INAMI destiné au financement du Centre fédéral d'expertise des soins de santé est fixé à 20,254802 millions d'EUR en 2022.

Moniteur belge	Date	Titre
28.12.2022 – Édition 2	21.12.2022	Arrêté royal modifiant 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-pharmaceutique

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal complète l'article 27 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, par un alinéa, rédigé comme suit :

“La liaison à l'indice santé tel que mentionné au quatrième alinéa est suspendue pour l'année 2023.”

Moniteur belge	Date	Titre
28.12.2022 – Édition 2	21.12.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'article *2bis*, 3<sup>e</sup> alinéa, est complété par les mots `et pour l'année 2023`.
- l'article *3bis* est complété par un alinéa, rédigé comme suit :

“La liaison à l'indice des prix à la consommation tel que mentionné au premier alinéa est suspendue pour l'année 2023.”

Moniteur belge	Date	Titre
28.12.2022 – Édition 2	21.12.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des moyens diagnostiques et du matériel de soins remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal complète l'article 3 par un alinéa rédigé comme suit :

“La liaison à l'indice des prix à la consommation tel que mentionné au premier alinéa est suspendue pour l'année 2023.”

Moniteur belge	Date	Titre
30.12.2022 – Édition 1	21.12.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 3 de l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

“La liaison à l'indice des prix à la consommation tel que mentionné au premier alinéa est suspendue pour l'année 2023.”

## 5. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
06.10.2022 – Édition 1	29.09.2022	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> 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
10.10.2022	04.10.2022	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> 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 au § 3790000 du chapitre IV-B de l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
21.10.2022	13.10.2022	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

### Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
18.11.2022	10.11.2022	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> 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
05.12.2022	10.11.2022	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> 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

- l'annexe II :  
=> le point XV.1.23 est inséré ;  
=> le point XVI.5.6 est inséré.
- l'annexe IV.

Moniteur belge	Date	Titre
18.11.2022	14.11.2022	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> 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
21.12.2022	15.12.2022	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

### Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications :

- à l'annexe I de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> 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
- à l'annexe II, sont apportées les modifications suivantes :  
=> le point II.21 est inséré ;  
=> le point XXIII.21 est inséré ;  
=> le point XXIII.22 est inséré.
- à l'annexe IV, les codes ATC sont ajoutés
- ajoute une spécialité au chapitre I à l'annexe I de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> 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.

Moniteur belge	Date	Titre
29.12.2022	15.12.2022	5 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

### Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
03.11.2022	04.10.2022	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

### Résumé des modifications

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

- au point "F.1.9 Fermeture du canal artériel, du foramen oval, du defect du septum auriculaire ou du septum ventriculaire et des autres malformations congénitales ou non-congénitales", les modifications suivantes sont apportées :
  - => la prestation 180272-180283 et ses modalités de remboursement sont remplacées ;
  - => la prestation 180294-180305 et ses modalités de remboursement sont supprimées ;
- la condition de remboursement F- § 23 est remplacée

Aux Listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, les modifications suivantes sont apportées :

- la liste nominative 36201 associée à la prestation 180272-180283 est supprimée
- la liste nominative 36202 associée à la prestation 180294-180305 est supprimée
- une nouvelle liste nominative 38601 associée à la prestation 180272-180283 est ajoutée.

Moniteur belge	Date	Titre
18.11.2022	10.11.2022	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.
15.12.2022	10.11.2022	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 - <i>Erratum</i>
16.02.2023	10.11.2022	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. - <i>2<sup>e</sup> Erratum</i>

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- dans la liste partie I, titre 1, chapitre III à la section 1 et 2
- dans la liste partie I, titre 2, chapitre I :
  - => insère des dispositions au § 10000, au § 30000, au § 110000, au § 160100 et 16022 et au § 250000 ;
  - => au § 70000, premier alinéa, les mots "pour les besoins nutritionnels des nourrissons et des enfants" sont supprimés;
- dans la liste partie I, titre 3, chapitre I du même arrêté, la base de remboursement de la matière première est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
21.11.2022	10.11.2022	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- des moyens sont ajoutés dans la liste partie I, titre 1, chapitre III, section 2 de l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

- insère des dispositions au §10000 dans la liste partie I, titre 2, chapitre I
- complète la liste partie I, titre 3, chapitre VI
- dans la notification reprise dans la liste, partie III, titre 2, document B41 en annexe au même arrêté, le mot "injectable" entre les mots "incrétinomimétique" et "ou qu'il reçoit une seule injection d'insuline" est supprimé.

Moniteur belge	Date	Titre
13.12.2022 – Édition 2	23.09.2022	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" de la liste jointe comme annexe 1 <sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

#### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte au chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" de la Liste, jointe comme annexe 1<sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, les modifications suivantes :

- le chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" est complété par l'intitulé "C.6. Intervention sur les amygdales" et par la prestation 183993-184004 et ses modalités de remboursement
- la condition de remboursement C- § 10 qui correspond à la prestation 183993-184004 est insérée.

Moniteur belge	Date	Titre
20.12.2022	15.12.2022	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- ajoute un moyen dans la liste partie I, titre 1, chapitre II, section 2 de l'arrêté royal du 23 novembre 2021
- ajoute un moyen dans la liste partie I, titre 1, chapitre III, section 2
- dans la liste partie I, titre 2, chapitre I du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :
  - => la dénomination des denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales est remplacée au § 10000, aux § 40000, 160100 et 160200, au § 60000, au § 70000, au § 80000, aux § 160100 et 160200 ;
  - => insère une disposition au § 160100 et 160200.

- dans la liste partie II, titre 2, chapitre I : Nutrition entérale par sonde, les mots suivants sont supprimés dans la catégorie D des bénéficiaires :
  - => dans le texte néerlandais : (par sonde naso-duodénale ou sonde de jéjunostomie) ;
  - => dans le texte français : (via nasoduodenale sonde of percutane jejunale sonde).

## 6. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
14.10.2022	13.07.2022	Règlement modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, § 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Comme c'était déjà le cas pour le risque incapacité de travail (incapacité primaire et invalidité), la date de reprise du travail dans le cas d'un risque indemnisé par l'assurance maternité ne doit être communiquée par le travailleur et confirmée par l'employeur (ou son mandataire) que si le titulaire reprend le travail anticipativement, c'est-à-dire avant (ou à) la date de fin de la période d'indemnisation du risque en question communiquée par l'organisme assureur.

Dans le même sens, l'obligation de communiquer la date de reprise du chômage contrôlé est restreinte.

Moniteur belge	Date	Titre
21.10.2022	27.04.2022	Règlement modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, § 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Le règlement modifie les articles 11, § 2, et 17, § 2, du règlement des indemnités suite au retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne étant donné que ces dispositions ne peuvent plus être appliquées dans les relations entre les États membres de l'Union européenne et le Royaume-Uni depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021. En effet, le texte de ces deux dispositions exige explicitement que le titulaire réside ou séjourne dans un État membre de l'Union européenne, un état appartenant à l'Espace économique européen ou en Suisse.

Conformément à l'Accord de retrait, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, les règles de coordination contenues dans les règlements européens (CE) 883/2004 et 987/2009 peuvent, dans certaines situations, continuer à s'appliquer dans les relations entre les États membres de l'Union européenne et le Royaume-Uni.

En outre, pour les situations non couvertes par l'Accord de retrait, le Protocole prévoit, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 et entre les États membres de l'Union européenne et le Royaume-Uni, un arrangement de coordination pour les prestations de maladie en espèces (incapacité primaire), ainsi qu'une obligation d'entraide administrative pour les contrôles médicaux identique à celle contenue dans les règlements européens (CE) 883/2004 et 987/2009.

Il en résulte que le médecin-conseil peut dès lors être amené à reconnaître l'incapacité de travail sur la base d'un certificat britannique ou à mettre fin à l'incapacité de travail sur la base d'un rapport de contrôle établi par un médecin britannique concernant les titulaires résidant ou séjournant sur le territoire du Royaume-Uni.

Les articles 11, § 2 et 17, § 2 du règlement des indemnités, y compris les formulaires qui l'accompagnent, sont modifiés dans ce sens afin qu'il puissent désormais s'appliquer à tous les titulaires résidant ou séjournant à l'étranger et, qui plus est, relèvent d'un instrument de coordination international ou supranational en matière de sécurité sociale auquel la Belgique est partie.

Moniteur belge	Date	Titre
27.10.2022 – Édition 1	18.07.2022	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
22.02.2023 – Édition 1	18.07.2022	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. - <i>Corrigendum</i>

#### Résumé des modifications

Le règlement apporte la modification suivante à l'article 6, § 1<sup>er</sup>, du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonné le 14 juillet 1994 :

- le 5° est complété par un alinéa rédigé comme suit :  
 “Lors de la facturation des prestations chirurgicales, le médecin mentionne la latéralité (gauche ou droite) pour chaque membre et chaque organe pair. Les prestations chirurgicales concernées sont reprises dans la liste Excel "membre traité" qui fait partie des instructions pour la facturation électronique. Si l'attestation de soins conforme au modèle repris à l'annexe 10 est utilisée, la latéralité (G ou D) est indiquée sur le certificat, dans la colonne à droite du numéro de nomenclature correspondant. Lorsque l'attestation globale de soins donnés conforme au modèle de l'annexe 28 est utilisée, la latéralité (G ou D) est mentionnée dans la colonne intitulée "KT L/A/D (2)".”.

Moniteur belge	Date	Titre
03.11.2022	03.10.2022	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

#### Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes à l'annexe du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs :

- le formulaire F-Form-II-06 concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre “F. Chirurgie thoracique et cardiologie” de la liste, est modifié
- le formulaire F-Form-I-10, auquel il est fait référence au même chapitre, est supprimé.

Moniteur belge	Date	Titre
18.11.2022	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 les modifications suivantes :

- l'article 6, § 1, 1°, du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est complété par l'alinéa suivant : "Le formulaire de notification de la dispensation de soins prévu à l'article 8, § 8, 12° de la nomenclature doit être conforme au modèle repris à l'annexe 95"
- dans le règlement visé à l'article 1 du présent règlement, il est inséré une annexe 95.

Moniteur belge	Date	Titre
18.11.2022	03.10.2022	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 médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

### Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes :

- l'article 6, § 1, 1°, du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est complété par l'alinéa suivant :

"Pour l'attestation des soins de plaie(s) visés à l'article 8, § 8 de la nomenclature, l'annexe 96 reprend :

- les conditions de formation de l'infirmier relais en matière de soins de plaie(s) visé à l'article 8, § 8, 1° de la nomenclature
- les conditions auxquelles doit répondre le dossier infirmier de soins de plaie(s) prévu à l'article 8, § 8, 6° de la nomenclature
- les conditions auxquelles doivent répondre Les photos ajoutées au dossier infirmier prévues à l'article 8, § 8, 7° de la nomenclature."
- dans le règlement visé à l'article 1 du présent règlement, il est inséré une annexe 96.

Moniteur belge	Date	Titre
24.11.2022	05.09.2022	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
05.12.2022	05.09.2022	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 - Erratum

### Résumé des modifications

À l'annexe du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, le formulaire B-Form-I-12 concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre "B. Neurochirurgie" de la liste, est supprimé.

Moniteur belge	Date	Titre
30.11.2022	26.09.2022	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes à l'article 31, § 1<sup>er</sup>, du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- dans le paragraphe 1<sup>er</sup>, le " : " est remplacé par un " . "
- dans le même paragraphe, les alinéas 2 à 7 inclus sont abrogés.

Moniteur belge	Date	Titre
16.12.2022	21.09.2022	Règlement modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, § 1 <sup>er</sup> , 5°, 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 la réforme du statut social des artistes, la réglementation du chômage a été modifiée à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2022. Compte tenu de ces modifications de la réglementation du chômage, ce règlement précise notamment les règles pour calculer le salaire perdu des travailleurs des arts bénéficiant d'allocations de chômage :

- pour le titulaire qui bénéficie d'une allocation du travail des arts visée à l'article 191 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991, la rémunération perdue est égale à la rémunération journalière moyenne qui aurait été prise en considération le premier jour de l'incapacité de travail, pour la détermination du montant de l'allocation du travail des arts

- pour le titulaire qui, lors de la survenance de son incapacité de travail, bénéficie d'une allocation de chômage forfaitaire visée à l'article 114<sup>bis</sup> de l'arrêté royal du 25 novembre 1991, la rémunération perdue est calculée comme si l'incapacité de travail était survenue le dernier jour de chômage de la période d'indemnisation précédant cette période d'indemnisation forfaitaire.

Moniteur belge	Date	Titre
27.12.2022 – Édition 2	11.07.2022	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 remplace l'article 5 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, par ce qui suit :

“Les prestations de santé prévues par la loi sont refusées aussi longtemps que le bénéficiaire est détenu en prison ou est interné dans un établissement comme prévu à l'article 3, 4°, a), b) ou c) de la loi du 5 mai 2014 relatif à l'internement.

Ce refus ne vaut pas pour les prestations de santé délivrées en dehors de la prison ou de l'établissement comme prévu à l'article 3, 4°, a) et b) de la loi précitée du 5 mai 2014 aux bénéficiaires qui y sont détenu ou interné.”

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

Moniteur belge

05.12.2022

### Règles interprétatives relatives à la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables.

#### RÈGLE INTERPRÉTATIVE 43

##### Question

Quel acte médical entend-on par une hysterosalpingo-foam-sonographie ?

##### Réponse

Il s'agit de la prestation 432832-432843 - Injection d'un produit opacifiant échogène pour l'hystérosalpingo(foam)sonographie afin d'évaluer la cavité utérine et la perméabilité des trompes de Fallope - de l'article 14, g) - Chirurgie - Gynécologie-obstétrique de la nomenclature médicale. La prestation 182114-182125 ne sera remboursée que si le code de nomenclature 432832-432843 est attesté.

La règle interprétative 43 produit ses effets le 1<sup>er</sup> janvier 2023.

## 8. Avis et protocole

Moniteur belge	Date	Titre
26.10.2022	30.09.2022	Quatrième avenant à la convention nationale du 16 novembre 2018 entre les hôpitaux et services psychiatriques et les organismes assureurs PSY 2019quinquies. - Conseil des ministres du 30 septembre 2022. - Notification point 8

### Résumé des modifications

Approbation des conventions avec les prestataires de soins et les organismes assureurs, en exécution de l'article 51, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 - Conventions nationales :

L'avenant apporte les modifications suivantes dans la Convention nationale entre les hôpitaux et services psychiatriques et les organismes assureurs du 16 novembre 2018 :

- l'article 6, § 1<sup>er</sup>, est remplacé comme suit :

“§ 1<sup>er</sup>. L'admission dans un service agréé d'hospitalisation de jour requiert la prise en charge du patient pour traitement, sous surveillance directe du service, pendant une durée de 7 heures minimum de jour. En vue d'un traitement plus intensif dans des groupes de patients plus restreints grâce à un encadrement accru par patient, il est possible de déroger à ces 7 heures à condition que la durée du traitement soit d'au moins trois heures, éventuellement complétée par le temps nécessaire à un repas.

La fréquence et la durée de la présence dans le service de soins hospitaliers doivent être évaluées pour chaque patient et peuvent varier dans le temps en fonction des besoins en soins du patient. Chaque décision à cet égard est prise par le médecin responsable et est justifiée et enregistrée dans le dossier du patient.

Le nombre moyen de patients traités par jour ne peut dépasser le nombre de lits et de places de soins hospitaliers pour lequel l'hôpital est agréé.

En dérogation aux dispositions de l'article 4, § 1<sup>er</sup>, le montant par journée d'entretien est dû pour chaque jour de traitement d'au moins 3 heures.

Le remboursement de ces soins hospitaliers de jour couvre également la continuité des soins à distance par l'équipe de l'hôpital pendant les jours d'absence et toutes les interventions associées (p. ex., les contacts avec le patient, son contexte, les autres dispensateurs de soins externes entourant le patient, etc.) À cet égard, toutes les interventions vis-à-vis du patient ou de son contexte sont notées dans le dossier du patient et l'ensemble des activités se fait en exécution d'un plan de traitement.

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

Pour les patients en hospitalisation partielle, aucune des prestations 101695, 101732, 101872, 101894, 101916, 101931, 101953 et 101975 ne peut être facturée pour les jours facturés.”

- L'article 6ter est supprimé.

# 1<sup>er</sup> trimestre 2023

1. Loi		
Moniteur belge	Date	Titre
10.02.2023	12.01.2023	Loi instaurant le “Trajet Retour Au Travail” sous la coordination du “Coordinateur Retour Au Travail” dans l’assurance indemnités des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

## Résumé des modifications

La loi instaure le “Trajet Retour Au Travail” sous la coordination du “Coordinateur Retour Au Travail” dans l’assurance indemnités des travailleurs indépendants et des conjoints aidants.

Le “Coordinateur Retour Au Travail” au sein de la mutualité débute, en concertation avec le titulaire indépendant reconnu en incapacité de travail et le médecin-conseil, un “Trajet Retour Au Travail” si une réintégration peut être envisagée pour ce titulaire au vu de ses capacités restantes.

Un “Trajet Retour Au Travail” concerne 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’une activité correspondant à ses possibilités et ses besoins sous la coordination du “Coordinateur Retour Au Travail”, après un renvoi par le médecin-conseil sur la base d’une évaluation de ses capacités restantes ou à la demande du titulaire lui-même. Le cas échéant, un plan de réintégration multidisciplinaire est élaboré, après concertation approfondie entre le titulaire, le “Coordinateur Retour Au Travail”, le médecin-conseil et tous les autres acteurs concernés durant un trajet de réintégration visant la réinsertion socio-professionnelle dans le cadre d’un tel “Trajet Retour Au Travail”. Ce plan fait l’objet d’un suivi régulier.

Pour pouvoir vérifier si un “Trajet Retour Au Travail” peut débiter, le travailleur indépendant ou conjoint aidant reconnu incapable de travailler est tenu :

- de fournir, à la demande du médecin-conseil, les données qui sont nécessaires pour l’estimation de ses capacités restantes (cf. le questionnaire envoyé dix semaines après le début de l’incapacité de travail), ainsi que de donner suite à la convocation du médecin-conseil pour un examen médical qui est organisé s’il l’estime nécessaire (p. ex., si les données exigées pour cette évaluation des capacités restantes ne sont pas fournies ou sont insuffisantes pour procéder à ladite évaluation)
- de donner suite à la convocation du “Coordinateur Retour Au Travail” pour un premier moment de contact dans le cadre du “Trajet Retour Au Travail”.

Il est octroyé la compétence au Roi de déterminer, par un arrêté délibéré en Conseil des Ministres, dans quelles conditions et dans quelle mesure les indemnités sont accordées quand le titulaire en incapacité de travail est absent sans justification valable à l’examen médical précité chez le médecin-conseil ou au premier moment de contact chez le “Coordinateur Retour Au Travail”. Dans ce contexte, l’absence du titulaire peut être justifiée par des éléments tant de nature médicale que non médicale.

Il est aussi explicitement prévu que la mesure déterminée par le Roi ne peut avoir pour effet que le montant journalier de l’indemnité du titulaire en incapacité de travail soit réduit de plus de 2,5 pourcent.

En 2024, le Centre de connaissances de l'incapacité de travail fera réaliser une étude scientifique concernant l'application de cette loi du 12 janvier 2023 et les arrêtés pris en exécution des dispositions modifiées par cette loi à laquelle les différentes parties prenantes devront être associées et dans laquelle un nombre minimum d'aspects bien définis devront être évalués.

## 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
07.02.2023 – Édition 2	15.01.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 2019 portant exécution de l'article 37, § 16 <i>bis</i> , alinéa 1 <sup>er</sup> , 3 <sup>o</sup> , et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les pansements actifs

### Résumé des modifications

L'arrêté royal complète l'annexe 1<sup>re</sup> jointe à l'arrêté royal du 23 mars 2019 portant exécution de l'article 37, § 16*bis*, alinéa 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les pansements actifs et supprime certains produits.

Moniteur belge	Date	Titre
08.02.2023	15.01.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> et 20 <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'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> a), 19<sup>o</sup>, 20<sup>o</sup> et 20*bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- Les points suivants sont ajoutés à l'article 1<sup>er</sup> :
  - => 65° "autosondage au domicile du patient", le sondage urinaire réalisé à domicile par le patient lui-même, ou par une personne de son entourage qui a été formée à cet effet et qui est apte à appliquer cette technique ;
  - => 66° "sonde avancée", une sonde avec lubrifiant intégré et avec des fonctionnalités supplémentaires qui justifient un prix plus élevé tel que par exemple sonde et poche à urine réunies ;

=> 67° “médecin spécialiste dans le cadre de l'autosondage”, le médecin spécialiste en urologie, en neurologie, en neurologie pédiatrique ou en médecine physique et en réadaptation, ce dernier en même temps spécialiste en réadaptation fonctionnelle et professionnelle des personnes avec un handicap dans le cadre d'un service ou un centre de réadaptation neurologique ou locomotrice visé à l'article 22, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

- la partie I, titre 1, chapitre II de l'annexe à ce même arrêté est complétée par une section 5
- la partie III, titre 2, de l'annexe à ce même arrêté est complétée par les points suivants :
  - => B61) - Demande à l'attention du médecin-conseil - Demande d'intervention pour l'autosondage au domicile du patient ;
  - => B71) Autorisation du médecin-conseil pour l'autosondage à domicile
- les autorisations effectuées dans le cadre de l'arrêté royal du 18 avril 2017 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'autosondage au domicile du bénéficiaire restent valables jusqu'au dernier jour de leur validité
- dans un délai de trois mois prenant cours à la date d'entrée en vigueur de cet arrêté, les firmes doivent avoir signé une formule d'engagement pour chaque produit inscrit dans la liste et l'avoir adressée au secrétariat de la Commission
- l'arrêté royal du 18 avril 2017 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'autosondage au domicile du bénéficiaire est abrogé.

Moniteur belge	Date	Titre
27.02.2023 – Édition 1	08.02.2023	Arrêté royal relatif à l'intégration dans l'assurance obligatoire soins de santé des détenus et internés placés dans une institution comme prévu à l'article 3, 4°, a), b) et d), de la loi du 5 mai 2014 relatif à l'internement

### Résumé des modifications

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023, tous les détenus seront intégrés dans l'assurance obligatoire soins de santé. L'arrêté royal règle donc l'assurabilité auprès des mutualités, a créé une nouvelle qualité d'ayant droit détenu dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Cette nouvelle capacité est résiduelle, c'est un filet de sécurité pour ceux qui ne sont pas en règle en matière d'assurabilité auprès de la mutuelle pendant la période de détention.

Les soins médicaux dont ont besoin les détenus en dehors de la prison ou de l'établissement du SPF Justice seront à la charge de l'assurance obligatoire soins de santé y compris lors d'une hospitalisation.

Moniteur belge	Date	Titre
06.03.2023	26.02.2023	Arrêté royal modifiant l'article 225 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

Via une modification de l'article 225, § 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, cet arrêté royal prévoit que la prime octroyée dans le cadre du bonus emploi flamand et du bonus emploi plus flamand n'est pas pris en considération pour la détermination de la situation familiale concrète du titulaire reconnu en incapacité de travail.

Cette neutralisation assure que les titulaires reconnus en incapacité de travail puissent continuer à conserver (ou puissent acquérir) le statut de titulaire ayant personne à charge ou de titulaire assimilé à un titulaire isolé, même si, via l'octroi de cette prime, les revenus professionnels de la personne cohabitant avec le titulaire reconnu en incapacité de travail dépassent le montant du seuil applicable

Cet arrêté royal produit ses effets le 1<sup>er</sup> janvier 2022. En effet, la prime accordée dans le cadre de ce bonus emploi doit être qualifiée comme un avantage annuel, ce qui signifie qu'en principe, un douzième du montant accordé pour l'année 2022 doit être pris en compte pour chaque mois civil de 2022. En prévoyant la neutralisation à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022, l'intégralité du montant de la prime ne sera pas prise en compte en 2022.

Le même principe s'applique à la prime accordée pour l'année 2023.

Moniteur belge	Date	Titre
06.03.2023	26.02.2023	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
15.03.2023 – Édition 2	26.02.2023	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. - <i>Erratum</i> .

### Résumé des modifications

En ce qui concerne la neutralisation de la dégressivité dans le cadre de l'application de la mesure d'alignement pour l'octroi de l'indemnité de maternité à la titulaire en chômage contrôlé (mesure prévue aux notifications budgétaires pour 2023 – loi-programme du 26.12.2022), cet arrêté royal prévoit qu'il est, durant toute la période de protection de la maternité, tenu compte de la phase applicable de la période d'indemnisation dans laquelle elle se serait trouvée, dans le cadre de la réglementation chômage, le premier jour de la période de protection de la maternité.

Cet arrêté royal produit ses effets le 1<sup>er</sup> janvier 2023 et s'applique aux périodes de protection de la maternité qui sont déjà en cours à cette date ainsi qu'aux périodes de protection de la maternité qui débutent au plus tôt à cette date.

Moniteur belge	Date	Titre
17.03.2023	26.02.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 12 mai 2014 portant exécution des articles 25 et suivants de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'arrêté royal du 12 mai 2014 portant exécution des articles 25 et suivants de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- dans l'article 5, § 5, :
  - => à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, b), le nombre "0,25" est remplacé par le nombre "0,30";
  - => à l'alinéa 2, les mots "au 2<sup>o</sup>" sont remplacés par les mots et les signes "à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>,";
  - => le paragraphe est complété par un alinéa, rédigé comme suit : "Le montant visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, b), est indexé annuellement, et ceci pour la première fois le 1<sup>er</sup> janvier 2023, conformément au régime d'indexation prévu en vertu de l'article 207bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994."
- les modifications suivantes sont apportées dans le texte en néerlandais, excepté en son article 18 :
  - => le mot "geneesheer" est chaque fois remplacé par le mot "arts" ;
  - => le mot "geneesheren-directeurs" est chaque fois remplacé par le mot "artsen-directeurs".

Moniteur belge	Date	Titre
20.03.2023	12.03.2023	Arrêté royal modifiant l'article 237quinquies de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'arrêté royal prévoit une revalorisation de la prime de rattrapage annuelle dans le régime des travailleurs salariés :

- revalorisation de la prime de rattrapage après 1 an d'incapacité de travail :
  - => la prime de rattrapage des travailleurs salariés qui ont au moins 1 an d'incapacité de travail au 31 décembre de l'année qui précède et qui sont encore reconnus invalides au mois de mai de l'année d'octroi durant au moins un jour calendrier, est augmentée en fonction de la situation familiale (avec ou sans charge de famille). Cette prime de rattrapage est payée avec les indemnités du mois de mai.
  - => le montant de la prime de rattrapage augmente de 80 EUR en 2023 pour les titulaires *ayant charge de famille* et de 35 EUR en 2023 et de 5 EUR en 2024 pour les titulaires *sans charge de famille*.
- revalorisation de la prime de rattrapage après au moins 2 ans d'incapacité de travail :
  - => la prime de rattrapage des travailleurs salariés qui ont au moins 2 ans d'incapacité de travail au 31 décembre de l'année qui précède et qui sont encore reconnus invalides au mois de mai de l'année d'octroi durant au moins un jour calendrier, est augmentée en fonction de la situation familiale (avec ou sans charge de famille). Cette prime de rattrapage est payée avec les indemnités du mois de mai.
  - => le montant de la prime de rattrapage augmente de 80 EUR en 2023 pour les titulaires *ayant charge de famille* et de 35 EUR en 2023 et de 5 EUR en 2024 pour les titulaires *sans charge de famille*.

Moniteur belge	Date	Titre
20.03.2023	12.03.2023	Arrêté royal modifiant l'article 7 de l'arrêté royal du 12 février 2009 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

Cet arrêté royal prévoit la reconduction, en 2023 et 2024, de la suspension de la mesure de revalorisation de 2 % du montant de l'indemnité d'invalidité (minima exclus) du titulaire dont l'incapacité de travail atteint la durée de 15 ans, au plus tard le 31 août de l'année en question.

Moniteur belge	Date	Titre
20.03.2023	12.03.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal prévoit les mesures suivantes :

- l'augmentation du plafond AMI de 1,1 % (à partir du 01.01.2024)
- l'augmentation de l'indemnité minimale 'travailleur régulier' de 2,5 % pour les titulaires ayant charge de famille et de 2 % pour les titulaires isolés et cohabitants (à partir du 01.07.2023)
- l'augmentation de l'allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne de 0,5 % (à partir du 01.07.2023)
- l'augmentation de l'indemnité d'invalidité (minima exclus) de 0,95 % pour les titulaires dont la date de début de l'incapacité de travail se situe au plus tard le 31 décembre 2007 (à partir du 01.07.2023)
- l'augmentation de l'indemnité d'invalidité de 2 % (minima exclus) pour les titulaires dont l'incapacité de travail a débuté entre le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et le 31 décembre 2018 – durée d'incapacité de cinq ans (à partir du 01.07.2023)
- l'augmentation de l'indemnité d'invalidité de 2 % (minima exclus) pour les titulaires dont l'incapacité de travail a débuté entre le 1<sup>er</sup> janvier 2019 et le 31 décembre 2019 – durée d'incapacité de cinq ans (à partir du 01.01.2024).

Moniteur belge	Date	Titre
20.03.2023	12.03.2023	Arrêté royal revalorisant les montants visés à l'article 136, § 1 <sup>er</sup> de la loi du 27 décembre 2006 portant des dispositions diverses

#### Résumé des modifications

Dans le cadre de la retenue de 3,5 % sur les indemnités d'invalidité au profit du secteur des pensions, cet arrêté royal prévoit que le montant journalier de l'indemnité d'invalidité ne peut pas être réduit à un montant inférieur à 36,20 EUR pour les bénéficiaires sans charge de famille et à 45,68 EUR pour les bénéficiaires ayant charge de famille (il s'agit des montants non indexés). Si nécessaire, le montant de la retenue est limité jusqu'à ce que cette condition soit respectée.

Ces nouveaux seuils revalorisés correspondent respectivement au montant de l'indemnité minimale pour un travailleur régulier isolé et au montant de l'indemnité minimale pour un travailleur régulier ayant charge de famille.

Moniteur belge	Date	Titre
30.03.2023 – Édition 2	19.03.2023	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne la notion de chômage contrôlé et l'assurance continuée, 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 des modifications formelles à l'article 246 et à l'article 247 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 à la suite des modifications concernant le droit aux allocations de chômage pour les travailleurs du secteur des arts (travailleurs des arts) :

- en ce qui concerne la période de chômage contrôlé pour laquelle le droit aux allocations de chômage a été refusé en vertu du régime particulier de cumul applicable en cas d'exercice d'activités artistiques avec le bénéfice d'allocations de chômage, il est ajouté à l'article 246, alinéa 1<sup>er</sup>, 12<sup>o</sup>, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, la référence à l'article 188, § 2, de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation chômage (ci-après : arrêté "chômage"), et par rapport à la référence faite à l'article 48*bis*, § 2, alinéas 6 à 12, de l'arrêté "chômage", il est précisé qu'il s'agit de l'application de ces dispositions telles qu'elles étaient en vigueur au 30 septembre 2022.

=> l'article 48*bis* de l'arrêté "chômage" a été abrogé à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2022, mais certains travailleurs (les travailleurs admis d'office sur base de l'article 195, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté "chômage" et les travailleurs admis sur base des dispositions de l'article 195, § 2, de l'arrêté "chômage" dans le cadre des mesures provisoires qui permettent de régler la situation des travailleurs qui ne peuvent pas encore obtenir l'attestation requise de la Commission du travail des arts pour bénéficier du nouveau statut) resteraient soumis à l'article 48*bis*, § 2, alinéas 6 à 13 de l'arrêté "chômage", tels qu'ils étaient en vigueur au 30 septembre 2022.
- en ce qui concerne le bénéfice de l'assurance continuée durant les périodes de refus des allocations, visées aux articles 30 à 34, 37, 38 et 85 de l'arrêté "chômage", du fait que le titulaire en état de chômage ne remplit pas les conditions d'admissibilité requises, il est ajouté à l'article 247, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, a), de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, la référence à l'article 182 et à l'article 195 § 2, alinéa 2, de l'arrêté "chômage" à côté de la référence aux autres articles déjà cités de l'arrêté "chômage".

=> par rapport aux conditions d'admissibilité à remplir, des dispositions dérogatoires plus spécifiques sont dorénavant prévues pour les travailleurs des arts à l'article 182 de l'arrêté "chômage" et des dispositions dérogatoires plus souples seraient aussi prévues pour les travailleurs des arts visés à l'article 195, § 2, de l'arrêté royal "chômage" (dans le cadre des mesures provisoires qui permettent de régler la situation des travailleurs qui ne peuvent pas encore obtenir l'attestation requise de la Commission du travail des arts pour bénéficier du nouveau statut).
- en ce qui concerne le bénéfice de l'assurance continuée durant les périodes de refus des allocations, visées à l'article 44 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation chômage, du fait que le titulaire en état de chômage n'est pas privé de travail et de rémunération, il est ajouté à l'article 247, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, b), de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, la référence à l'article 188, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, de l'arrêté "chômage" à côté de la référence à l'article 44 de l'arrêté "chômage".

=> des dispositions dérogatoires plus spécifiques sont dorénavant prévues pour les travailleurs des arts à l'article 188, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté "chômage" : l'activité exercée par le travailleur des arts qui bénéficie de l'application des règles spécifiques n'entraînerait, de manière générale, pas la perte d'une allocation pour les jours d'activité mais certaines activités des travailleurs des arts peuvent toutefois encore entraîner la perte d'une allocation.

### 3. Arrêtés royaux modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge	Date	Titre
06.01.2023 – Édition 1	11.12.2022	Arrêté royal modifiant l'article 14, h), §§ 1 <sup>er</sup> et 2, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

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

- au paragraphe 1<sup>er</sup>, l., 5<sup>o</sup> :
  - => la prestation 247214-247225 est insérée après la prestation 247052-247063 ;
  - => la prestation 247236-247240 est insérée après la prestation 247074-247085 ;
  - => dans le libellé de la prestation 247096-247100, les mots "de la partie antérieure" sont insérés entre le mot "tumeur" et le mot "de" ;
  - => le libellé des prestations 247052-247063, 247111-247122 et 247133-247144 est remplacé
  - => les prestations 247155-247166, 247170-247181 et 247192-247203 sont remplacées ;
- le paragraphe 2 est complété comme suit : "9<sup>o</sup> Les prestations prévues au § 1<sup>er</sup>. I. Prestations chirurgicales., 5<sup>o</sup> Interventions sur l'orbite, ne sont pas cumulables avec les prestations prévues au § 1<sup>er</sup>. I. Prestations chirurgicales., 6<sup>o</sup> Interventions sur les muscles."

Moniteur belge	Date	Titre
17.01.2023 – Édition 2	22.12.2022	Arrêté royal modifiant l'article 25, § 1 <sup>er</sup> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal insère à l'article 25, § 1<sup>er</sup>, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, la prestation 596724 et sa règle d'application après la prestation 596540 et sa règle d'application.

Moniteur belge	Date	Titre
18.01.2023	22.12.2022	Arrêté royal modifiant l'article 17, § 1 <sup>er</sup> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal supprime la seconde règle d'application suivant la prestation 458496-458500 à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, 11<sup>o</sup> *ter*, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Moniteur belge	Date	Titre
30.01.2023	16.12.2022	Arrêté royal modifiant l'article 33 <i>bis</i> , § 1 <sup>er</sup> et § 5, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 33*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 :

- au paragraphe 1<sup>er</sup> :
  - => le libellé de la prestation 587834-587845 est remplacé par ce qui suit : "Détermination du statut mutationnel et de l'usage des gènes de la partie variable des gènes des chaînes lourdes d'immunoglobulines chez des patients avec une leucémie lymphoïde chronique....B 8000 (Maximum 1) (Règle de cumul 2) (Règle diagnostique 18)" ;
  - => la règle d'application suivante est insérée après la prestation 587834-587845 : "La prestation 587834-587845 peut être attestée uniquement une seule fois au cours de la vie d'un patient." ;
- au paragraphe 5, la règle diagnostique 18 dans la rubrique "Règles diagnostiques" est remplacée par ce qui suit : "18. La prestation 587834-587845 peut être portée en compte uniquement chez des patients atteints d'une maladie active ou avancée sans délétion 17p/mutation de TP53.".

Moniteur belge	Date	Titre
30.01.2023	16.12.2022	Arrêté royal modifiant l'article 3, § 1 <sup>er</sup> , et l'article 24, § 1 <sup>er</sup> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne l'urée

### 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 :

- à l'article 3, § 1<sup>er</sup>, le libellé de la prestation 125075-125086 est complété par les mots "(Règle diagnostique 162)"

- à l'article 24, § 1<sup>er</sup>, la règle diagnostique 162 est ajoutée : "La prestation 125075-125086 ne peut pas être facturée à l'AMI ou au patient lorsque le débit de filtration glomérulaire estimé (eGFR) dépasse 30ml/min/1,73 m2."

Moniteur belge	Date	Titre
30.01.2023	16.12.2022	Arrêté royal modifiant les articles 24, § 1 <sup>er</sup> , et 24bis, § 1 <sup>er</sup> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne la transplantation de cellules souches

#### 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 :

- à l'article 24, § 1<sup>er</sup> :
  - => dans la rubrique "Règles de cumul", la règle de cumul 114 est remplacée ;
  - => dans la rubrique "Règles diagnostiques", la règle diagnostique 78 est remplacée.
- à l'article 24bis, § 1<sup>er</sup>, la prestation 557071-557082 et la règle d'application sont insérées après la prestation 556990-557001.

Moniteur belge	Date	Titre
01.02.2023	16.12.2022	Arrêté royal modifiant l'article 33bis, §§ 1 <sup>er</sup> et 5, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 33bis 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 :

- au paragraphe 1<sup>er</sup> ,
  - => la prestation 587790-587801 est abrogée ;
  - => la prestation 587812-587823 est remplacée ;
  - => la prestation 587974-587985 est insérée après la prestation 587812-587823.
- au paragraphe 5, dans la rubrique "Règles diagnostiques" ,
  - => les règles diagnostiques 15 et 16 sont remplacées ;
  - => la règle diagnostique 17 est abrogée ;
  - => la rubrique est complétée par la règle diagnostique 26.

Moniteur belge	Date	Titre
03.02.2023 – Édition 2	16.12.2022	Arrêté royal modifiant l'article 24, § 1 <sup>er</sup> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 24, § 1<sup>er</sup>, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- la prestation 545930-545941 est insérée après la prestation 542931-542942
- la règle diagnostique 153 est remplacée
- la rubrique "Règles diagnostiques" est complétée par la règle diagnostique 167.

Moniteur belge	Date	Titre
06.02.2023 – Édition 1	16.12.2022	Arrêté royal modifiant l'article 3, § 1 <sup>er</sup> , C., et l'article 24, § 1 <sup>er</sup> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
07.04.2023	16.12.2022	Arrêté royal modifiant l'article 3, § 1 <sup>er</sup> , C., et l'article 24, § 1 <sup>er</sup> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. - <i>Erratum.</i>

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 3, § 1<sup>er</sup>, C., 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 la rubrique "I. BIOLOGIE CLINIQUE", sous l'intitulé "7/HEMATOLOGIE", dans le libellé de la prestation 127153-127164, les mots "Règle de cumul 101" sont remplacés par les mots "Règle de cumul 101, 354" .

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 24, § 1<sup>er</sup>, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- dans la rubrique "1/CHIMIE", sous l'intitulé "1/Sang",  
=> dans le libellé de la prestation 542791-542802, les mots "(Maximum 1) (Règle diagnostique 53)" sont remplacés par les mots "(Maximum 1) (Règle de cumul 49) (Règle diagnostique 86)"  
  
=> dans le libellé de la prestation 541052-541063, les mots "(Règle de cumul 35)" sont remplacés par les mots "(Règle de cumul 35, 354)" ;

- dans la rubrique “2/CHIMIE : HORMONOLOGIE”, dans l’intitulé “1/Sang”, la prestation 557196-557200 est insérée entre la prestation 559311-559322 et la prestation 559333-559344
- dans la rubrique “9/IMMUNO HEMATOLOGIE ET SEROLOGIE NON-INF.”,
  - => les règles d’application qui suivent le libellé de la prestation 556275-556286 sont supprimées;
  - => les règles d’application suivantes sont insérées après le libellé de la prestation 545893-545904 : “En ce qui concerne les critères diagnostiques éventuels, les règles susmentionnées supposent que les données qui y correspondent soient communiquées sur la prescription. Le prescripteur est responsable de la mention de ces renseignements. A l’exception des cas où les libellés ou les règles l’indiquent différemment, les règles de cumul, les règles diagnostiques et les nombres indiquant les maximums sont applicables par prélèvement. Si plusieurs prélèvements des mêmes analyses sont nécessaires au cours des 24 heures d’une même journée, ceux-ci peuvent être regroupés sur une prescription unique, pour autant que le nombre de prélèvements soit mentionné sur cette prescription.”;
- dans la rubrique “Règles de cumul” :
  - => les règles de cumul 49 et 214 sont remplacées ;
  - => la rubrique est complétée par la règle de cumul 354.
- dans la rubrique “Règles diagnostiques”,
  - => les règles diagnostiques 53, 86 et 155 sont remplacées ;
  - => la rubrique est complétée par la règle diagnostique 169.

Moniteur belge	Date	Titre
06.02.2023 – Édition 1	16.12.2022	Arrêté royal modifiant l'article 24, § 1 <sup>er</sup> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L’arrêté royal apporte les modifications suivantes à l’article 24, § 1<sup>er</sup>, de l’annexe à l’arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d’assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- à la rubrique 1/CHIMIE, au 9/Divers, le libellé de la prestation 545915-545926 est remplacé
- à la rubrique “Règles diagnostiques”,
  - => la règle diagnostique 157 est remplacée ;
  - => la rubrique est complétée par une règle diagnostique 168.

Moniteur belge	Date	Titre
06.02.2023 – Édition 1	16.12.2022	Arrêté royal modifiant l'article 24, § 1 <sup>er</sup> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 24, § 1<sup>er</sup>, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- à la prestation 540315-540326 ,  
=> dans le libellé, les mots "et apolipoprotéine B" sont supprimés ;  
=> la valeur relative est remplacée par "100" ;
- la prestation 542975-542986 est insérée après la prestation 540315-540326
- le libellé de la prestation 542231-542242 est remplacé
- dans le texte en néerlandais, dans le libellé de la prestation 547396-547400, le mot "meerheid" est remplacé par le mot "meerderheid"
- dans le libellé de la prestation 549312-549323, les mots « (Règle de cumul 70) » sont supprimés
- dans le texte en français, dans le libellé de la prestation 549614-549625, le mot "sensibilité" est remplacé par le mot "sensibilité"
- les prestations 553151-553162, 553195-553206, 554411-554422, 554654-554665, 554595-554606 et 556393-556404 sont supprimées
- la prestation 552495-552506 est insérée après la prestation 545112-545123
- dans le libellé de la prestation 554256-554260, les mots "(Règle de cumul 351)" sont ajoutés
- la prestation 552473-552484 est insérée après la prestation 554256-554260
- dans le libellé de la prestation 554551-554562, les mots "(Règle diagnostique 166)" sont ajoutés
- dans le libellé de la prestation 554632-554643, les mots "et avec 2 scarifications" sont remplacés par les mots "avec scarification"
- la prestation 552451-552462 est insérée après la prestation 553313-553324
- la prestation 556496-556500 est remplacée
- dans le libellé de la prestation 556371-556382, les mots "(Règle de cumul 353)" sont ajoutés ;
- les prestations 552510-552521 et 552532-552543 sont insérées après la prestation 556570-556581 ;
- dans la rubrique "Règles de cumul"  
=> dans la règle de cumul 13, les mots "et 542231 - 542242" sont supprimés ;  
=> les règles de cumul 54, 106 et 107 sont supprimées ;  
=> les règles de cumul 351, 352 et 353 sont ajoutées ;
- dans la rubrique "Règles diagnostiques" :  
=> dans la règle diagnostique 17, les mots "554595 - 554606 ou" sont supprimés ;  
=> dans la règle diagnostique 19, les mots "554595 - 554606 ou" sont supprimés ;  
=> dans la règle diagnostique 34, dans le texte en néerlandais, le mot "antiilichamen" est remplacé par le mot "antilichamen" ;  
=> dans la règle diagnostique 53, les mots "545834-545845," sont insérés entre les mots "556290-556301," et les mots "556651-556662" ;  
=> la règle diagnostique 54 est supprimée ;

- => la règle diagnostique 64, 83 et 107 sont remplacées ;
- => dans la règle diagnostique 142, dans le texte en français, le mot "trombose" est remplacé par le mot "thrombose" ;
- => les règles diagnostiques 163, 164, 165 et 166 sont ajoutées.

Moniteur belge	Date	Titre
06.02.2023 – Édition 1	16.12.2022	Arrêté royal modifiant l'article 24 <i>bis</i> , §§ 1 <sup>er</sup> et 5, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 24*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 :

- au paragraphe 1<sup>er</sup> :
  - => la prestation 556710-556721 et les règles d'application qui la suivent sont supprimées ;
  - => la valeur relative des prestations 556732-556743, 556776-556780, 556894-556905, 556916-556920, 556931-556942 et 556990-557001 est remplacée par "2000" ;
  - => la règle d'application qui suit la prestation 556732-556743 est remplacée ;
  - => la valeur relative des prestations 556791-556802, 556813-556824, 556835-556846, 556850-556861, 556872-556883, 556953-556964 et 557034-557045 est remplacée par "1500" ;
  - => la prestation 556975-556986 est remplacée ;
  - => les prestations 557115-557126 et 557152-557163 et les règles d'application sont insérées après la prestation 556695-556706 et les règles d'application qui la suivent ;
- au paragraphe 5 :
  - => au 2<sup>o</sup>, les mots "et qui obtiendra endéans les 2 ans après l'entrée en vigueur de l'arrêté, l'accréditation" sont supprimés ;
  - => le 3<sup>o</sup> est supprimé ;
  - => au 6<sup>o</sup>, les mots "l'ISP" sont remplacés par le mot "Sciensano".

Moniteur belge	Date	Titre
08.02.2023	19.01.2023	Arrêté royal modifiant les articles 12, 17, 17 <i>ter</i> , 20 et 34 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 :

- à l'article 12, § 3, 2<sup>o</sup>, de, le c) est remplacé

- à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, les modifications suivantes sont apportées :
  - => la règle d'application suivant le libellé de la prestation 453574-453585 est remplacé ;
  - => la première règle d'application suivant le libellé de la prestation 453596-453600 est remplacée ;
  - => à la suite des règles d'application suivant le libellé de la prestation 453596-453600, la règle d'application suivante est insérée : "Les prestations 453574-453585 et 453596-453600 ne peuvent pas être cumulées avec les prestations 589013-589024 et 589035-589046 le même jour."
- à l'article 17<sup>ter</sup>, A., 5<sup>o</sup>, les modifications suivantes sont apportées :
  - => la règle d'application suivant le libellé de la prestation 464170-464181 est remplacée ;
  - => la première règle d'application suivant le libellé de la prestation 464192-464203 est remplacée ;
  - => à la suite des règles d'application suivant le libellé de la prestation 464192-464203, la règle d'application suivante est insérée : "Les prestations 464170-464181 et 464192-464203 ne peuvent pas être cumulées avec les prestations 589013-589024 et 589035-589046 le même jour."
- à l'article 20, les modifications suivantes sont apportées :
  - => au paragraphe 1<sup>er</sup>, e) :
    - 1<sup>o</sup> la prestation 476070-476081 est supprimée ;
    - 2<sup>o</sup> les règles d'application suivant le libellé de la prestation 476055-476066 sont remplacées :
    - 3<sup>o</sup> la règle d'application suivante est insérée à la suite du libellé de la prestation 476291-476302 : "Les prestations de l'examen électrophysiologique comprennent toutes les prestations médicales, tous les contrôles et toutes les prestations d'imagerie médicale au jour du traitement, à l'exclusion de l'imagerie médicale de l'article 17 et de l'article 17<sup>bis</sup>. La prestation 469674-469685 peut être attestée en supplément uniquement dans le cas d'un examen électrophysiologique au cours duquel une ponction transseptale est pratiquée, à condition que cette prestation soit effectuée par un médecin spécialiste différent de celui qui réalise l'examen électrophysiologique. » ;
    - 4<sup>o</sup> à la règle d'application suivant le libellé de la prestation 476313-476324, les numéros d'ordre ", 476070-476081" sont supprimés ;
    - 5<sup>o</sup> à la règle d'application suivant le libellé de la prestation 476652-476663, les numéros d'ordre ", 476070-476081" sont supprimés ;
  - => au paragraphe 2, A., 4., au second tiret "- de la rubrique e)", les numéros d'ordre ", 476070-476081" sont supprimés.
- à l'article 34, § 1<sup>er</sup>, les modifications suivantes sont apportées :
  - => au a) Traitements percutanés transluminaux vasculaires,
    - 1<sup>o</sup> les prestations 590251-590262 et 590273-590284 et règles d'application sont insérées à la suite du libellé de la prestation 589035-589046 ;
    - 2<sup>o</sup> le mot "sont" se trouvant entre les mots "et 589035-589046" et "cumulables au cours" est remplacé par "ne sont pas" ;
    - 3<sup>o</sup> la seconde règle d'application suivant la prestation 589035-589046 est supprimée ;

- 4° à la troisième règle d'application suivant le libellé de la prestation 589035-589046, le nombre "15" est remplacé par "30" et les mots "la coronarographie" sont remplacés par les mots "une nouvelle coronarographie" ;
- 5° la règle d'application suivante est insérée après les règles d'application suivant la prestation 589455-589466 : "La prestation 589455-589466 n'est pas cumulable avec les prestations pour une coronarographie digitale." ;
- 6° à la dernière règle d'application du a) Traitements percutanés transluminaux vasculaires, les mots "angiocardiographies effectuées." sont remplacés par les mots "coronarographies attestées sous les numéros d'ordre 590251-590262 et 590273-590284." ;
- => au b) Autres traitements percutanés, la règle d'application suivante est insérée après la règle d'application qui suit la prestation 589573-589584 : "Les prestations de l'examen électrophysiologique comprennent toutes les prestations médicales, tous les contrôles et toutes les prestations d'imagerie médicale au jour du traitement, à l'exclusion de l'imagerie médicale de l'article 17 et de l'article 17bis. La prestation 469674-469685 peut être attestée en supplément uniquement dans le cas d'un examen électrophysiologique au cours duquel une ponction transseptale est pratiquée, à condition que cette prestation soit effectuée par un médecin spécialiste différent de celui qui réalise l'examen électrophysiologique."

Moniteur belge	Date	Titre
15.03.2023 – Édition 2	26.02.2023	Arrêté royal modifiant l'article 25, § 3bis, 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 insère à l'article 25, § 3bis, 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, les règles d'application suivantes à la suite du libellé de la prestation 590730 :

"L'utilisation des prestations 590516, 590531, 590553, 590575, 590590, 590612, 590634, 590656, 590671, 590693, 590715, 590730, 590752, 590774, 590796 ou 590811 est réservée aux médecins qui assurent la permanence médicale dans le cadre d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés.

Le médecin-chef est coresponsable de l'attestation correcte des prestations.

Le médecin-chef tient à jour une liste des médecins qui assurent la permanence dans le cadre d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, avec mention de leur qualification : médecin spécialiste (accrédité) en médecine d'urgence, médecin spécialiste (accrédité) porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence, médecin généraliste (accrédité) porteur du brevet de médecine aiguë, médecin spécialiste (accrédité) dans l'une des treize disciplines de base visées par l'arrêté royal du 27 avril 1998, et médecin spécialiste en formation dans l'une des treize disciplines de base visées par l'arrêté royal du 27 avril 1998.

Le médecin-chef tient à jour la liste sur un document dont le contenu a été approuvé par le Comité de l'assurance et qui est transmis par voie électronique, à leur demande, aux organismes assureurs ou au Service d'évaluation et de contrôle médicaux."

Moniteur belge	Date	Titre
16.03.2023 – Édition 1	08.02.2023	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne les prestations de logopédie, l'article 36 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
18.04.2023	08.02.2023	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne les prestations de logopédie, l'article 36 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. - <i>Corrigendum</i>

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 36 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- modification pour les séances collectives de guidance parentale : Les séances collectives de guidance parentale peuvent avoir lieu avec 3 ou 4 paires de parents. À partir du 1<sup>er</sup> mai, elles pourront avoir lieu avec 3, 4, 5 ou 6 paires de parents car cette pratique est plus efficace. De plus, les listes d'attente pour ces séances seront donc limitées
- modification du tableau des prescripteurs : Dans un but de simplification, le tableau des prescripteurs autorisés pour la 1<sup>re</sup> demande de traitement est modifié. La liste est élargie pour que davantage de spécialistes puissent fournir une prescription pour certains traitements
- modification du § 2 b) 6.3 : troubles chroniques de la parole : Le libellé du trouble est reformulé ainsi : "Troubles chroniques de la parole consécutifs à des affections neuromusculaires reprises dans la liste appliquée par les centres de référence pour les affections neuromusculaires, ou consécutifs à la maladie de Parkinson ou la maladie de Huntington ou l'infirmité motrice cérébrale chez des enfants jusqu'à l'âge de 3 ans, attestée par le neurologue, à l'exclusion de la démence ou des symptômes de démence débutante.". Le but de cette modification est de fournir une définition plus précise des affections qui peuvent donner accès à un remboursement dans le cadre du traitement des troubles chroniques de la parole, sur base d'une liste déjà existante pour les centres conventionnés
- modification du § 2 b) 6.5 : orthodontie : Le libellé du trouble est reformulé ainsi : " 6.5. troubles fonctionnels multiples en relation avec un trouble orthodontique.". La liste des prescripteurs autorisés a été limitée : médecin ORL, orthodontiste, dentiste généraliste, médecin-spécialiste en stomatologie
- clarification ou suppression de certains termes et actualisation du vocabulaire : Les définitions de certains termes sont ajoutées, par exemple aphasie, dysglossie et dysarthrie. Certains mots sont remplacés pour utiliser un vocabulaire plus actuel, comme par exemple "arts" à la place de "geneesheer", "buitengewoon onderwijs" à la place de "bijzonder onderwijs" et "limitation" à la place de "handicap". Certains passages ou termes obsolètes (référence au Conseil d'agrément en ce qui concerne l'obtention du visa) ou incorrects (ex : bradylalie) sont supprimés

Moniteur belge	Date	Titre
23.03.2023	09.02.2023	Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 7 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- le § 14, 5°, B, e) est remplacé par ce qui suit :

“ e) Syndrome de fatigue chronique :

La prescription initiale mentionnant le diagnostic doit être établie par un médecin spécialiste en rhumatologie, en médecine physique et réadaptation, en neurologie ou en médecine interne après examen clinique et conformément aux critères les plus récents applicables au niveau international.

Avant la fin de la première année qui suit l'année au cours de laquelle la 1<sup>re</sup> prestation du traitement a eu lieu, le médecin spécialiste susmentionné réévaluera l'évolution de la symptomatologie du patient afin de confirmer la nécessité de poursuivre le traitement dans le cadre du § 14. Cette confirmation signée par le médecin spécialiste doit figurer dans le dossier individuel kinésithérapeutique "

- le § 14, 5°, B, f) est remplacé par ce qui suit :

f) Syndrome fibromyalgique :

La prescription initiale mentionnant le diagnostic doit être établie par un médecin spécialiste en rhumatologie, en médecine physique et réadaptation, en neurologie ou en médecine interne après examen clinique et conformément aux critères les plus récents applicables au niveau international.

Avant la fin de la première année qui suit l'année au cours de laquelle la 1<sup>re</sup> prestation du traitement a eu lieu, le médecin spécialiste susmentionné réévaluera l'évolution de la symptomatologie du patient afin de confirmer la nécessité de poursuivre le traitement dans le cadre du § 14. Cette confirmation signée par le médecin spécialiste doit figurer dans le dossier individuel kinésithérapeutique. "

Moniteur belge	Date	Titre
24.03.2023 – Édition 1	14.03.2023	Arrêté royal modifiant l'article 2, B, 1, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne le dossier médical global

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes aux règles d'application qui suivent la prestation 10277 à l'article 2, B, 1, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- dans la première règle d'application, le point g) est remplacé par : "g) pour un patient de 30 à 84 ans inclus, qui bénéficie du statut affection chronique, diverses données cliniques et biologiques utiles à l'évaluation de l'état de santé du patient et à l'amélioration de la qualité des soins."
- dans la septième règle d'application, les mots "de l'année du 45<sup>e</sup> anniversaire jusqu'à l'année du 75<sup>e</sup> anniversaire" sont remplacés par les mots "de l'année du 30<sup>e</sup> anniversaire jusqu'à l'année du 85<sup>e</sup> anniversaire".

## 4. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
20.01.2023 – Édition 2	26.12.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'article 8, point 5°, est complété avec les mots suivants : "ou une allocation pour l'aide aux personnes âgées octroyée en application du Code wallon de l'action sociale et de la santé ou de l'Ordonnance du 10 décembre 2020 relative à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, ou un budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin de soins octroyé en application du Décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ;" ;
- l'article 18 est complété par une disposition sous 11, rédigée comme suit : "11. bénéficie d'une allocation d'aide pour personnes âgées accordée par la Communauté Germanophone en application de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées ou d'une allocation de soins aux personnes âgées octroyée en application du décret de la Communauté germanophone du 27 juin 2022 relatif à l'allocation de soins pour personnes âgées."
- il est inséré un article 49/1 rédigé comme suit : "Art. 49/1. Pour les ménages dont un membre bénéficie en 2022 de l'allocation d'aide aux personnes âgées visée à l'article 8, point 5° et est domicilié en région de langue allemande, le droit à l'intervention majorée est automatiquement prolongé en application de l'article 15 du présent arrêté pour l'année 2023. Pour les ménages dont un membre bénéficie en 2023 de l'allocation de soins pour personnes âgées en application du décret de la Communauté germanophone du 27 juin 2022 relatif à l'allocation de soins pour personnes âgées, le droit à l'intervention majorée est automatiquement prolongé en application de l'article 15 du présent arrêté pour l'année 2024. Ces ménages sont repris à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024 dans la liste prévue à l'article 37, § 1<sup>er</sup> dans le cas où ils sont domiciliés en région de langue allemande."

Moniteur belge	Date	Titre
26.01.2023	19.01.2023	Arrêté royal fixant la date à laquelle la liste des électeurs pour l'élection des représentants des praticiens de l'art dentaire en 2023 est établie par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

#### Résumé des modifications

La date à laquelle la liste des électeurs pour l'élection des représentants des praticiens de l'art dentaire en 2023 est établie par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, est fixée au 27 janvier 2023.

Moniteur belge	Date	Titre
01.02.2023	22.12.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 12 décembre 2018 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation à l'étranger

#### Résumé des modifications

Pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2023 au 31 décembre 2023, le prix de la journée d'entretien visé au § 1<sup>er</sup> est fixé à 685,58 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
01.02.2023	15.01.2023	Arrêté royal fixant la date à laquelle la liste des électeurs pour les élections médicales en 2023 est établie par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

#### Résumé des modifications

La date à laquelle la liste des électeurs pour l'élection des représentants des médecins en 2023 est établie par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, est fixée au 27 février 2023.

Moniteur belge	Date	Titre
06.02.2023 – Édition 1	15.01.2023	Arrêté royal modifiant la liste annexée à l'arrêté royal du 18 avril 2017 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'autosondage au domicile du bénéficiaire
02.03.2023	15.01.2023	Arrêté royal modifiant la liste annexée à l'arrêté royal du 18 avril 2017 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'autosondage au domicile du bénéficiaire. - <i>Erratum</i> .

#### Résumé des modifications

À l'annexe I, 1<sup>re</sup> partie, a), de l'arrêté royal du 18 avril 2017 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'autosondage au domicile du bénéficiaire, les sondes reprises dans l'annexe sont ajoutées.

Moniteur belge	Date	Titre
16.02.2023	06.02.2023	Arrêté royal portant exécution du chapitre 3 du titre 9 de la loi-programme du 26 décembre 2022 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants

### Résumé des modifications

À la suite de la réforme du droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants, cet arrêté royal modifie entre autres l'article 3, 6° de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 en ce qui concerne la qualité de titulaire aux indemnités dans le régime des travailleurs indépendants pour les travailleurs indépendants ou conjoints aidants bénéficiant du maintien des droits sociaux dans le cadre du droit passerelle. La référence dans cette disposition à l'article 3, 2° de la loi abrogée du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants est remplacée par la référence à l'article 189, 2° de la loi-programme du 26 décembre 2022. Il s'agit d'une adaptation purement formelle.

Moniteur belge	Date	Titre
24.02.2023 – Édition 1	26.12.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

### Résumé des modifications

L'arrêté vise à adapter la réglementation de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants et conjoints aidants avec une double finalité :

- garantir une uniformité entre le régime salarié et le régime indépendant, dans le cadre de l'exercice d'une activité autorisée par la médecin-conseil durant l'incapacité de travail, la réglementation actuelle du régime salarié est transposée dans le régime indépendant en ce qui concerne tant les formalités concrètes de déclaration (demande d'autorisation) que les conséquences lorsque le travailleur indépendant ne respecte pas ces formalités concrètes de déclaration
- les mêmes principes concernant l'exercice d'une activité visée à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, alinéa premier, 1° et 3° à 7° inclus de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 (activité dans le secteur sportif et socioculturel) en exécution d'un contrat déjà conclu et effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail sont appliqués aux activités dans le cadre des soins et du soutien non directement accessibles pour une personne handicapée financées par un budget d'assistance personnelle (conformément au décret de la Communauté flamande du 07.05.2004 portant création de l'agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique "Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap") ou par un budget qui suit la personne (conformément au décret de la Communauté flamande du 25.04.2014 portant le financement qui suit la personne pour des personnes handicapées et portant réforme du mode de financement des soins et du soutien pour des personnes handicapées) en exécution d'une convention qui avait déjà été conclue et avait déjà été effectivement exécutée avant le début de l'incapacité de travail.

Moniteur belge	Date	Titre
03.03.2023 – Édition 2	17.02.2023	Arrêté royal remplaçant l'article 98 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

#### Résumé des modifications

L'article 98 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 faisait encore référence à la mesure de garantie prévue à l'article 18, alinéa 2 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (permettant le bénéfice de l'assurance maternité dans le cadre du régime indépendant durant le stage d'attente réduit à accomplir dans le cadre du régime salarié pour l'ancien indépendant qui devenait salarié – toutefois avec une prolongation limitée à trois mois).

Cette mesure de garantie est devenue sans objet dans le cadre de l'assurance maternité du régime indépendant étant donné l'introduction de la dispense de stage d'attente prévue à l'article 206/1 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 en faveur du travailleur salarié qui est un ancien indépendant, en lieu et place du stage d'attente réduit de trois mois applicable antérieurement dans la même situation.

Ce nouvel article 98 prévoit dès lors que pour obtenir le droit aux prestations de maternité, les titulaires indépendantes doivent satisfaire aux conditions visées aux articles 14 à 18, alinéa 1<sup>er</sup> (et non plus à l'art. 18, al. 2).

Moniteur belge	Date	Titre
10.03.2023	17.02.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 6 décembre 2022 visant l'instauration d'honoraires pour la préparation, la délivrance et l'administration de vaccins COVID

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal prolonge le système des honoraires pour la préparation, la délivrance et l'administration de vaccins Covid-19 jusqu'au 31 décembre 2023.

Moniteur belge	Date	Titre
13.03.2023 – Édition 1	03.02.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 30 juillet 2021 fixant la réduction des seuils d'activité en matière de rétributions ou d'interventions pour les dispensateurs de soins en ce qui concerne l'année de référence 2020 dans le cadre de la crise de COVID-19

#### Résumé des modifications

En 2020, il a été constaté que la crise de Covid-19 avait eu un impact significatif sur le nombre de prestations fournies par les dispensateurs de soins. Afin d'éviter que ceux-ci ne perdent leur droit à certaines primes INAMI parce qu'ils n'atteignent plus les seuils d'activité requis, ces seuils ont été abaissés une fois.

Bien que les chiffres pour 2021 ne justifient pas une réduction globale, il existe toujours des circonstances spécifiques pour certains groupes professionnels, en particulier pour les activités professionnelles au sein des centres de test, de triage et de vaccination.

L'arrêté royal prévoit que ces activités, même si elles sortent du cadre de l'INAMI, sont incluses dans le calcul du volume d'activité.

Moniteur belge	Date	Titre
15.03.2023 – Édition 2	26.02.2023	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 pour certaines prestations

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 7, § 5, 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 :

- les mots "558832-558843 et 558994 559930-559941, visées" sont remplacés par les mots 558832-558843, 558994, 559930-559941 et 557793-557804, visées"
- les mots "cette intervention personnelle est fixée à 5 p.c. desdits honoraires" sont complétés par les mots ", sauf pour la prestation 557793-557804 pour laquelle il n'y a pas d'intervention personnelle."

Moniteur belge	Date	Titre
24.03.2023 – Édition 1	14.03.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 décembre 2021 fixant les conditions et les règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes pour la gestion du dossier médical global

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'arrêté royal du 23 décembre 2021 fixant les conditions et les règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes pour la gestion du dossier médical global :

- à l'article 2, 9°, les mots "entre l'année de son 45<sup>e</sup> anniversaire jusqu'à l'année de son 75<sup>e</sup> anniversaire" sont remplacés par les mots "entre l'année de son 30<sup>e</sup> anniversaire jusqu'à l'année de son 85<sup>e</sup> anniversaire" ;
- disposition transitoire : les délais visés aux articles 5, § 2, 3°, a), et 6, § 2, du même arrêté, pour le paiement des honoraires majorés visés à l'article 2, 9°, du même arrêté, et ayant expirés au cours du premier semestre 2022 sont prolongés jusqu'au 30 juin 2022, quand il s'agit d'un bénéficiaire qui, entre l'année de son 30<sup>e</sup> anniversaire jusqu'à l'année de son 45<sup>e</sup> anniversaire et entre l'année de son 75<sup>e</sup> anniversaire jusqu'à l'année de son 85<sup>e</sup> anniversaire, avait le statut affection chronique l'année précédant l'ouverture ou la prolongation du dossier médical global.

Moniteur belge	Date	Titre
31.03.2023 – Édition 2	12.03.2023	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 en ce qui concerne l'instauration des "Trajets Retour Au Travail" sous la coordination d'un "Coordinateur Retour Au Travail"

### Résumé des modifications

L'arrête royal prévoit les différentes modalités d'exécution dans le cadre de l'instauration des "Trajets Retour Au Travail" sous la coordination du "Coordinateur Retour Au Travail" dans l'assurance indemnités des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, telles que entre autres :

- les conditions à remplir pour pouvoir travailler en tant que "Coordinateur Retour Au Travail"
- les missions du "Coordinateur Retour Au Travail"
- le démarrage du "Trajet Retour Au Travail" : 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 ;
  - => 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 ;
- les différents aspects du trajet formel de réintégration visant la réinsertion socioprofessionnelle dans le cadre d'un "Trajet Retour Au Travail"
- une nouvelle présomption légale d'incapacité de travail durant une partie du trajet formel.

## 5. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
20.01.2023 – Édition 1	16.01.2023	4 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> 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 les modifications suivantes :

- à l'annexe I
- à l'annexe II, le point IV.30 est inséré, rédigé comme suit : "Les relaxants musculaires à action périphérique: Fb-13"
- à l'annexe IV, les codes ATC libellé sont ajoutés
- au chapitre IV à l'annexe I de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> 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, le paragraphe 10330000 est inséré.

Moniteur belge	Date	Titre
30.01.2023	17.01.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications à l'annexe I et IV :

Moniteur belge	Date	Titre
17.02.2023 – Édition 2	10.02.2023	4 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
16.03.2023 – Édition 1	10.02.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> 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

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

Moniteur belge	Date	Titre
21.03.2023	17.03.2023	4 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> 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
12.04.2023	17.03.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> 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 les modifications suivantes :

- à l'annexe I :
  - => insère des au chapitre I ;
  - => remplace l'inscription de spécialités au chapitre IV-B a) Au § 5400000.
- à l'annexe II :
  - => le point VIII.1.33 est inséré, rédigé comme suite : "Les antitumoraux et autres médicaments destinés au traitement de certaines tumeurs appartenant aux groupes suivants : Combinaison liposomale antimétabolite et antibiotique : A-151 " ;
  - => le point XXIII.23 est inséré, rédigé comme suit : "Les produits destinés au traitement des patients avec l'insuffisance rénale chronique, les inhibiteurs du co-transporteur glucose-sodium (SGLT-r) : B-375".

Moniteur belge	Date	Titre
27.03.2023 – Édition 2	17.03.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> 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 remplace l'inscription de spécialités dans l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
01.02.2023 – Édition 1	12.01.2023	Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 28 février 2018 fixant l'organisation pratique des élections médicales telles qu'elles sont prévues à l'article 211, § 1 <sup>er</sup> , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- à l'article 2, paragraphe 2, 3<sup>o</sup>, b), dans la version en français les mots "dans tous les organes" sont supprimés une fois
- à l'article 8, paragraphe 1, les mots "Avenue de Tervuren 211 à 1150 Bruxelles." sont remplacés par les mots "Avenue Galilée 5/01 à 1210 Bruxelles".

Moniteur belge	Date	Titre
01.02.2023 – Édition 1	13.01.2023	Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 24 janvier 1985 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés et l'arrêté ministériel du 6 juillet 1989 portant exécution de l'article 37, § 11, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté ministériel du 24 janvier 1985 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés :

- au § 2, l'alinéa 2 est abrogé
- l'article est complété par un paragraphe 7 rédigé comme suit : § 7. Pour des bénéficiaires dialysés admis dans un hôpital disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) et/ou à un service de gériatrie (indice G), ou un hôpital disposant uniquement d'un service Sp palliatif ou un hôpital psychiatrique, l'hôpital peut porter en compte à l'organisme assureur l'intervention visée au § 2 en fonction de la distance réelle séparant l'hôpital du centre de dialyse où le patient est en traitement."

L'arrêté ministériel complète par un § 5 l'article 2 de l'arrêté ministériel du 6 juillet 1989 portant exécution de l'article 37, § 11, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, rédigé comme suit : "§ 5. Pour des bénéficiaires visés à l'article 1<sup>er</sup> admis dans un hôpital disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) et/ou à un service de gériatrie (indice G), ou un hôpital disposant uniquement d'un service Sp palliatif ou un hôpital psychiatrique, l'hôpital peut porter en compte à l'organisme assureur l'intervention visée au § 2 en fonction de la distance réelle séparant l'hôpital du service spécialisé où le bénéficiaire suit son traitement."

Moniteur belge	Date	Titre
03.02.2023 – Édition 2	30.11.2022	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe comme annexe 1 <sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

### Résumé des modifications

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

- au chapitre "E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive", les modifications suivantes sont apportées à l'intitulé :
  - => à l'intitulé "E.7 Sphincter artificiel", les prestations 181672-181683 et 181694-181705 et leurs modalités de remboursement sont ajoutées ;
  - => à l'intitulé "E.8 Neurostimulation", les prestations 181672-181683 et 181694-181705 et leurs modalités de remboursement sont supprimés ;
- au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie", à la condition de remboursement F- § 17, le premier alinéa est remplacé
- au chapitre "L. Orthopédie et traumatologie", à la condition de remboursement L- § 26, les modifications suivantes sont apportées :
  - => le point "5.2. Autres règles" est remplacé ;
  - => le point "5.3. Dérogation" est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
16.03.2023 – Édition 1	07.03.2023	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs
19.05.2023 – Édition 1	07.03.2023	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexe 1 <sup>re</sup> et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs. - <i>Erratum.</i>

### Résumé des modifications

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

- au point "F.1.1.1.1 Stimulateur cardiaque", les modifications suivantes sont apportées :
  - => le libellé de la prestation 172454-172465 est remplacé;
  - => les prestations 182851-182862, 182873-182884, 182895-182906, 182910-182921, 182932-182943, 182954-182965, 182976-182980 et 182991-183002 et leurs modalités de remboursement sont ajoutées ;
- au point "F.1.1.1.4 Stimulateur de resynchronisation cardiaque", le libellé de la prestation 170612-170623 est remplacé
- la condition de remboursement F- § 01 qui correspond aux prestations précitées est remplacé.

Aux listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, les modifications suivantes sont apportées à la liste nominative 349 relative aux "Stimulateurs cardiaques" :

- une nouvelle liste nominative 34904 associée aux prestations 182851-182862, 182873-182884, 182895-182906 et 182910-182921 est ajoutée
- une nouvelle liste nominative 34905 associée aux prestations 182932-182943, 182954-182965, 182976-182980 et 182991-183002 est ajoutée.

## 6. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
19.01.2023 – Édition 2	05.12.2022	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 remboursable

### Résumé des modifications

Le règlement modifie le formulaire F-Form-II-06 concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste.

Moniteur belge	Date	Titre
03.02.2023 – Édition 2	20.12.2021	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

### Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
07.02.2023 – Édition 2	21.11.2022	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

### Résumé des modifications

Le règlement modifie le formulaire T-Temp-I-05 concernant le formulaire de demande pour l'inscription ou la modification d'une prestation ou des modalités de remboursement.

Moniteur belge	Date	Titre
06.03.2023	19.12.2022	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 insère un second alinéa à l'article 6, § 3<sup>ter</sup>, du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

"En cas d'utilisation d'une attestation globale de soins donnés conforme au modèle de l'annexe 28, l'hygiéniste bucco-dentaire ayant effectué la prestation est identifié dans la colonne "N° INAMI et nom du dispensateur", en dessous de la ligne identifiant le praticien de l'art dentaire qui atteste le soin, avec la mention "hygiéniste bucco-dentaire:" suivi du numéro INAMI de l'hygiéniste."

Moniteur belge	Date	Titre
10.03.2023	06.03.2023	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 remplace le paragraphe 1<sup>er</sup> de l'article 6<sup>bis</sup> du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, par ce qui suit :

"§ 1<sup>er</sup>. Lorsque les documents dont les modèles figurent aux annexes du règlement prévoient la possibilité d'apposer une vignette de l'organisme assureur pour identifier le bénéficiaire, cette vignette doit répondre aux prescriptions suivantes :

- elle doit respecter un format maximum 2,54 cm X 7,9 cm
- seules les mentions suivantes peuvent y figurer :
  - => un code barre du type 128, reprenant le numéro NISS en 11 positions sans espace ni blanc (AAMMJJXXXXX) ;
  - => le numéro NISS du bénéficiaire ;
  - => le nom et le prénom du bénéficiaire ;
  - Ces données sont obligatoires;
  - => le nom et le numéro de l'organisme assureur ;
  - => le numéro interne du bénéficiaire ;
  - => l'adresse du bénéficiaire ;
  - => le code CT1/CT2 ;
  - Ces données sont facultatives."

Moniteur belge	Date	Titre
15.03.2023 – Édition 2	23.12.2022	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes :

- à l'article 6 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :  
=> dans le § 1<sup>er</sup>, il est inséré un 11° ;  
=> dans le § 9, les mots "26/2" sont insérés entre les mots "26, et 30".
- dans le chapitre XIV du même règlement, il est ajouté une section 5 "Concernant le document justificatif qui doit être remis par les neuropsychologues", comportant l'article 31/4
- dans le même règlement, il est inséré une annexe 26/2.

Moniteur belge	Date	Titre
16.03.2023 – Édition 1	06.02.2023	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

Les formulaires F-Form-I-01 et F-Form-I-16 auquel il est fait référence au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, sont modifiés.

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

### Moniteur belge

09.01.2023

### Règle interprétative pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques ayant le tocilizumab comme principe actif

Question :

Dans quelle situation une spécialité pharmaceutique ayant le tocilizumab comme principe actif, peut-elle être remboursée dans le cadre du traitement du syndrome de libération de cytokines grave ou mettant la vie en danger induit par la perfusion de TecartusR dans le cadre du traitement dans l'indication LCM ?

Réponse :

Si un patient bénéficie du remboursement d'un traitement par la spécialité pharmaceutique TecartusR, une spécialité pharmaceutique ayant le tocilizumab comme principe actif peut être remboursée, pour autant cette dernière soit administrée pour le traitement du syndrome de libération de cytokines induit par la perfusion de brexucabtagene autoleucl, conformément au résumé des caractéristiques du produit (RCP) de tisage brexucabtagene autoleucl et pour autant que la spécialité pharmaceutique concernée ayant le tocilizumab comme principe actif ait été utilisée et facturée par l'hôpital où le patient bénéficie du remboursement de la spécialité pharmaceutique TecartusR.

La règle interprétative précitée prend effet rétroactivement le 1<sup>er</sup> décembre 2022.

### Moniteur belge

18.01.2023

#### Règles interprétatives relatives à la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

##### RÈGLE INTERPRÉTATIVE 13

Question

Quel type de matériel est couvert par les mots "matériel implantable" dans un libellé d'une prestation en catégorie II (Dispositifs médicaux invasifs autres que pour usage à long terme) de la Liste ?

Réponse

Lorsque le terme "matériel implantable" est utilisé dans le libellé d'une prestation en catégorie II de la Liste, il faut comprendre ceci : un dispositif médical implantable tel que défini par le règlement (UE) 2017/745 (MDR) utilisé lors d'une procédure de viscérosynthèse ou endoscopique et servant à faire une ligature ou une suture (y compris les renforts de suture), à l'exception des dispositifs médicaux qui font l'objet d'une intervention de l'assurance via une autre prestation spécifique de la Liste.

La règle interprétative 13 entre en vigueur le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

## 8. Avis et protocole

Moniteur belge	Date	Titre
30.01.2023	30.09.2022	Troisième avenant à la convention nationale entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs

#### Résumé des modifications

L'avenant apporte les modifications suivantes :

- à l'article 2, § 2 de la convention nationale U/2014 entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs, modifiée par l'avenant U/2014bis et par l'avenant U/2014ter :
  - => aux alinéas 2. et 4., les mots "(à l'exception du ciment)" sont remplacés par "ciment y compris".
  - => au douzième alinéa, les mots "prestations relatives aux" sont abrogés.

- à l'article 2, § 2, est complété par l'alinéa suivant : "24. Pour les prestations relatives aux valves endobronchiques, inscrites au titre "I.1.3 Valve endobronchique" de la "Liste", le plafond est calculé par intervention." ;
- à l'article 2, § 3 :
  - => les mots "pour faire fonctionner correctement le matériel pour assistance ventriculaire dans le cas d'un "bridge-to-transplant" sont remplacés par "pour faire fonctionner correctement le matériel pour assistance ventriculaire dans le cas de "bridge-to-transplant" de "bridge-to-decision" ou de "destination therapy" " ;
  - => les mots "la marge de délivrance pour la prestation pour le matériel pour assistance ventriculaire dans le cas d'un "bridge-to-transplant" " sont remplacés par "la marge de délivrance pour la prestation pour le matériel pour assistance ventriculaire dans le cas de "bridge-to-transplant", de "bridge-to-decision" ou de "destination therapy"."

Moniteur belge	Date	Titre
31.01.2023	30.01.2023	Avenant à la convention R/22 pour les logopèdes. - Notification point 13

#### Résumé des modifications

La principale adaptation apportée par cet avenant est une revalorisation supplémentaire des honoraires des séances de bilan initial, compte tenu de la charge de travail administrative importante et du coût élevé des logiciels nécessaires à la réalisation des tests pour ces séances.

Moniteur belge	Date	Titre
01.02.2023	20.01.2023	Avenant à la convention entre les sages-femmes et les organismes assureurs. - Notification point 12

#### Résumé des modifications

Les principales adaptations apportées par ce 8<sup>e</sup> avenant sont :

- une indexation sélective des honoraires au 1<sup>er</sup> janvier 2023 pour certaines prestations
- pour les honoraires des soins postnatals à domicile à partir du 6<sup>e</sup> jour : la revalorisation est plus importante. Ceci tient compte de l'importance de soutenir à domicile pendant cette période les femmes ayant accouché
- une mesure supplémentaire pour les soins postnatals à domicile le 5<sup>e</sup> jour, dispensés le week-end ou un jour férié : à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023, l'honoraire est 50% plus élevé que celui pendant la semaine.

Moniteur belge	Date	Titre
03.02.2023 – Édition 2	20.01.2023	Avenant à la convention entre les praticiens de l'art infirmier et les organismes assureurs. - Notification point 14

#### Résumé des modifications

Cet avenant contient une indexation sélective des honoraires au 1<sup>er</sup> janvier 2023 :

- pour certains honoraires, l'indexation est limitée à 2% par rapport aux honoraires de janvier 2022. Ils correspondent donc aux honoraires en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2022. Cela concerne :
  - => les prestations effectuées au cabinet de l'infirmier situé au sein d'un hôpital ou d'une polyclinique en dehors d'un site hospitalier chez un (des) médecin(s) spécialiste(s) (rubrique 3C) ;

=> les honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques.

- les honoraires supplémentaires accordés une fois par journée de soins pour les patients palliatifs (appelés "forfaits PN") sont indexés de 0,58 % par rapport aux honoraires du 1<sup>er</sup> janvier 2022. Cela concerne les prestations dispensées aux patients palliatifs qui ne sont pas lourdement dépendants
- un effort supplémentaire est réalisé pour les honoraires des prestations de base qui sont indexés de 9,13 %
- les honoraires des autres prestations de l'article 8 de la nomenclature sont indexés de 8,14 %.

Moniteur belge	Date	Titre
07.02.2023 – Édition 2	20.01.2023	Avenant Y/2018septies a la convention nationale entre les bandagistes et les organismes assureurs. - Avenant T/2018septies a la convention nationale entre les orthopédistes et les organismes assureurs. - Conseil des ministres du 20 janvier 2023. - Notification point 10

### Résumé des modifications

#### AVENANT Y/2018SEPTIES

Lors de sa réunion du 6 décembre 2022, la Commission de conventions bandagistes - orthopédistes -organismes assureurs a conclu le sixième avenant Y/2018septies par lequel :

- la valeur de la lettre-clé des prestations de l'article 27 relatives au matériel pour mucoviscidose et aux lombostats est indexée de 2 % au 1<sup>er</sup> janvier 2023
- la valeur de la lettre-clé de toutes les autres prestations de l'article 27 est indexée de 8,31% au 1<sup>er</sup> janvier 2023.

#### AVENANT T/2018SEPTIES

Lors de sa réunion du 6 décembre 2022, la Commission de conventions bandagistes- orthopédistes -organismes assureurs a conclu le sixième avenant T/2018septies par lequel :

- la valeur de la lettre-clé des prestations de l'article 29 relatives aux lombostats et aux orthèses lombo-sacrées préfab est indexée de 2 % au 1<sup>er</sup> janvier 2023
- la valeur de la lettre-clé de toutes les autres prestations de l'article 29 de la nomenclature est indexée de 8,30 % au 1<sup>er</sup> janvier 2023.

#### AVENANT Z/2018BIS

Lors de sa réunion du 8 décembre 2022, la Commission de conventions opticiens - organismes assureurs a conclu le premier avenant Z/2018bis par lequel la valeur de la lettre-clé de toutes les prestations de l'article 30 de la nomenclature est indexée de 2 % au 1<sup>er</sup> janvier 2023.

Moniteur belge	Date	Titre
13.02.2023	03.02.2023	Avenant à la Convention nationale du 12 décembre 2019 (HOP/2020) entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs. - Conseil des ministres du 3 février 2023. - Notification point 8

### Résumé des modifications

Lors de sa séance du 7 décembre 2022, la Commission de convention hôpitaux-O.A. a conclu un avenant à sa convention nationale avec les hôpitaux généraux.

Cet avenant contient les modifications suivantes.

- Deux nouveaux montants forfaitaires à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023 sont ajoutés à la convention :  
=> pour le refroidissement du cuir chevelu afin de prévenir la perte de cheveux en cas de chimiothérapie : 34 EUR par séance de traitement ;  
  
=> par séance de traitement pour le refroidissement des mains et des pieds par hilotérapie afin de prévenir la neuropathie périphérique et la toxicité des ongles induites par la chimiothérapie : un forfait de 15 EUR.
- Règlement sur les suppléments de chambre de l'hôpital de jour : le règlement sur les suppléments de chambre de la loi sur les hôpitaux (art. 97) s'appliquera également aux forfaits de la convention, à condition que le patient ait explicitement opté pour une chambre individuelle via une déclaration d'admission signée
- Adaptations selon la nomenclature pour un certain nombre de prestations figurant sur les listes de l'hôpital de jour
- Intervention dans les frais de voyage pour les hôpitaux généraux spécialisés dans les frais de déplacement des bénéficiaires qui doivent recevoir un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie ou une hémodialyse chronique ou une dialyse péritonéale dans un hôpital général ou dans un service collectif d'autodialyse, en plus du remboursement prévu à cet effet dans la loi sur les hôpitaux
- Prolongation : la convention sera prolongée jusqu'au 31 décembre 2024.

Moniteur belge	Date	Titre
24.02.2023 – Édition 1	27.01.2023	Avenant à la convention M/22 pour les kinésithérapeutes. - Notification point 11

### Résumé des modifications

Lors de sa séance du 6 décembre 2022, la Commission de conventions entre les kinésithérapeutes et les organismes assureurs a conclu un avenant à sa convention nationale.

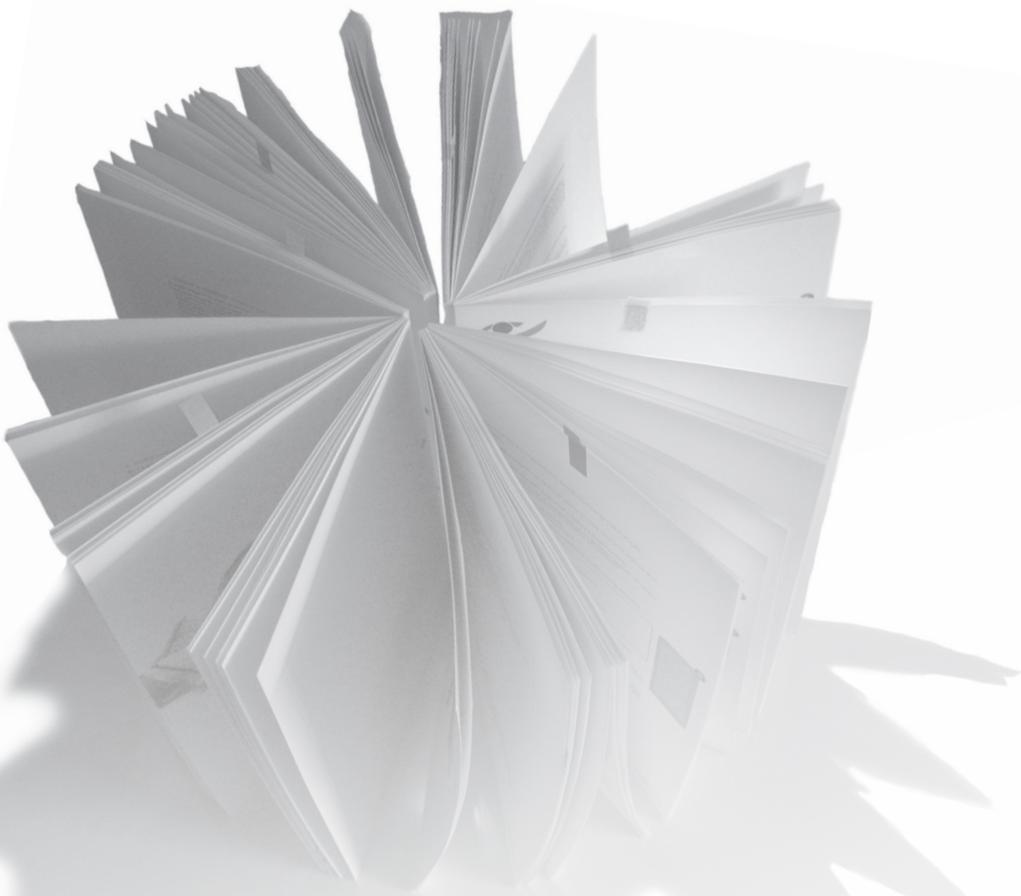
Cet avenant comprend ces grandes lignes :

- à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023, les honoraires de ces prestations sont revalorisés :  
=> les prestations M24 en pathologie courante (de la 1<sup>re</sup> à la 9<sup>e</sup> séance et de la 10<sup>e</sup> à la 18<sup>e</sup> séance) ;  
=> les prestations M24 en liste Fa (de la 1<sup>re</sup> à la 20<sup>e</sup> séance et de la 21<sup>e</sup> à la 60<sup>e</sup> séance) et en liste Fb (de la 1<sup>re</sup> à la 60<sup>e</sup> séance et de la 61<sup>e</sup> à la 80<sup>e</sup> séance) ;  
=> la 2<sup>e</sup> séance de la journée à l'hôpital ;  
=> les prestations M24 pour la kinésithérapie périnatale ;

- => les prestations M24 en liste E ;
- => la prestation M24 pour la visite à domicile chez un patient palliatif ;
- => les prestations M48 et M96 en liste E ;
- => les prestations M16 au domicile ou à la résidence communautaire, temporaire ou définitif, de personnes âgées et de personnes handicapées, et dans les maisons de soins psychiatriques.
- la prime à la promotion de la qualité est maintenue
- la Commission soumettra, dans le cadre du budget 2024, une proposition concrète visant à indexer annuellement et augmenter structurellement la prime de qualité à partir de 2024
- la Commission élaborera et soumettra au Comité de l'assurance, au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2023, une proposition concrète pour une méthodologie de nouvel étalonnage des tickets modérateurs fixes, en concertation avec les autres secteurs concernés
- la Commission insiste pour que la réflexion sur l'harmonisation des indemnités de déplacement ait lieu au Comité de l'assurance en 2023
- la Commission proposera, d'ici le 1<sup>er</sup> mai 2023, des mesures pour les soins efficaces pour gagner en efficacité. Le montant de ces gains sera réinjecté dans le secteur à partir de l'entrée en vigueur.

# 2<sup>e</sup> Partie

## Jurisprudence



## Tribunal du travail de Liège, division Liège – Jugement du 21 avril 2023

Article 100, §1 et 109*bis* de la Loi coordonnée le 14 juillet 1994 – Article 215*quater* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996  
Réinsertion socio-professionnelle d'un titulaire reconnu en incapacité de travail – Demande de prise en charge d'un programme de formation par l'assurance indemnités – Charge de la preuve du respect des conditions légales - Caractère de nécessité - Capacités de travail restantes suffisantes pour réintégrer un milieu de travail

*Il appartient à l'assuré(e) reconnu(e) en incapacité de travail de démontrer que sa demande de prise en charge d'une formation professionnelle par l'assurance indemnités, remplit bien les conditions requises à l'article 215quater de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. En l'espèce, il est constaté qu'elle dispose déjà de qualifications et de compétences professionnelles suffisantes qui lui permettront de réintégrer un milieu de travail.*

*Or, l'assurée ne démontre pas que ses lésions et troubles fonctionnels la rendraient désormais définitivement inapte à exercer toute activité dans le cadre de toutes les professions qui lui sont potentiellement accessibles, compte tenu de sa formation et de son expérience professionnelle (à savoir ses métiers de référence). à cet égard, le fait qu'elle ait été reconnue incapable de travailler définitivement chez son dernier employeur ne permet pas de conclure qu'elle restera incapable d'exercer toute activité auprès d'autres employeurs. Il est en effet établi que ses capacités de travail restantes lui permettront un retour au travail à terme, sans qu'il soit nécessaire de les valoriser ou de les restaurer par le biais de la formation souhaitée.*

*Seules les formations professionnelles qui sont nécessaires pour permettre à l'assuré social de retrouver une capacité de travail doivent être financées par la collectivité. Or, ce caractère de nécessité n'est ici ni démontré, ni rencontré.*

*Le fait que le suivi d'une formation puisse apporter des bénéfices thérapeutiques aux assurés reconnus en incapacité de travail ainsi que la motivation pour la suivre ne constituent pas des critères légaux justifiant sa prise en charge financière au sens de l'article 215quater précité. Ce refus de prise en charge pris par la Commission Supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité n'interdit pas à l'assurée de la poursuivre mais à ses propres frais et non à charge de la sécurité sociale.*

R.G. 22/1448/A

... c./INAMI

...

## 2. Position du Tribunal

### 2.1. Rappel des principes

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit que le Conseil médical de l'invalidité a pour mission d'autoriser la prise en charge par l'assurance indemnités des programmes de réadaptation professionnelle en faveur des bénéficiaires de l'assurance indemnités (art. 109bis).

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 précise dans quelles conditions et selon quelles modalités ces programmes peuvent être pris en charge.

Il prévoit ainsi (art. 215quater) notamment que :

*“ Les prestations de réadaptation professionnelle, visées à l'article 109bis, alinéa 2 de la loi coordonnée, comprennent toutes les interventions ou tous les services visant à restaurer tout ou partie de la capacité de travail initiale du titulaire reconnu incapable de travailler ou à valoriser la capacité de travail potentielle de ce titulaire, en vue de son intégration complète dans un milieu de travail.*

*Elles comprennent notamment tout examen, tel qu'un examen d'orientation professionnelle, visant à déterminer la possibilité d'entreprendre un programme de réadaptation professionnelle et son utilité, et toute formation, encadrement ou apprentissage, qui contribue directement à l'intégration, visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>. ”*

Au regard de ces dispositions, l'assuré social a droit au remboursement des frais de réadaptation professionnelle si :

- il est reconnu incapable de travailler
- l'intervention ou le service dont la prise en charge est demandée vise à restaurer tout ou partie de la capacité de travail initiale du demandeur ou à valoriser sa capacité de travail
- l'intervention ou le service permet une intégration complète dans un milieu de travail
- s'il s'agit d'une formation, si elle contribue directement à l'intégration complète dans un milieu de travail.

Il appartient à l'assuré social de démontrer qu'il remplit les conditions d'octroi.

### 2.2. Application dans les faits

Le Tribunal estime que Madame ... ne démontre pas qu'elle remplit les conditions précitées.

En effet, elle ne démontre pas que la formation en question vise à restaurer tout ou partie de sa capacité de travail.

Pour ce faire, il faudrait en effet qu'elle démontre au préalable, qu'elle est désormais incapable de travailler dans toute profession qui lui est accessible à l'heure actuelle, par le biais de sa formation et de son expérience professionnelle, c'est-à-dire dans ses professions de référence.

Certes, elle expose que le poste qu'elle exerçait chez ... était trop stressant et qu'elle n'était pas capable d'y retourner. Elle a d'ailleurs été reconnue incapable de façon définitive d'exercer ce poste de travail, c'est-à-dire *cette* fonction dans *cette* agence de voyage.

Cela ne signifie toutefois pas qu'elle est incapable d'exercer tout autre poste (auprès d'autres employeurs) auquel sa formation et son expérience lui donnent accès.

Elle soutient qu'il lui serait impossible désormais d'encre travailler dans une agence de voyage (quelle qu'elle soit) en raison du stress que cela implique.

Sa psychologue, Madame ... indique que *"son emploi précédent (...) n'est pas/plus compatible avec ses capacités physiques et psychiques, avec tout ce que cela implique en terme de stress, rythme, pression et charge mentale"*.

Cela ne démontre toutefois pas que toute profession de référence serait maintenant exclue puisque n'est visé finalement par la psychologue que son *emploi précédent*.

Le Tribunal relève du reste que Madame ... a été placée en incapacité de travail en raison d'une dépression réactionnelle au décès de son père et non en raison du stress provoqué par son emploi.

Enfin, à supposer même que tout emploi dans une agence de voyage soit désormais exclu, le gr- duat en tourisme offre d'autres possibilités qu'un poste d'employé dans une agence de voyage.

Comme l'indique l'INAMI, cette formation et l'expérience professionnelle de Madame ... que ce soit en agence de voyage ou dans la vente lui ont fait acquérir un panel de compétences qu'elle pourrait réexploiter aisément auprès d'autres employeurs, qu'il s'agisse ou non d'agences de voyage (sec- teur administratif, vente, accueil, office du tourisme, etc.).

Les documents déposés par Madame ... (attestation de sa psychologue, Madame ... et attestation de l'école ...) démontrent seulement que Madame ... était investie et motivée dans cette nouvelle formation en lien avec l'enfance et que grâce à celui-ci, elle se sentait mieux, surmontait son stress et reprenait confiance.

Malheureusement, ces bienfaits de la formation ne font pas partie des critères que l'INAMI (et donc le Tribunal) doit prendre en compte pour accepter ou refuser de financer la formation.

Seules doivent être financées par la collectivité les formations professionnelles qui sont nécessaires pour permettre à l'assuré social de retrouver une capacité de travail et non les formations professi- onnelles qui permettent à l'assuré social de guérir ...

Le Tribunal entend bien la colère et le désarroi de Madame ... face à une décision de refus de l'INAMI alors que ... s'était, semble-t-il, montré (à tort) optimiste et alors que par le biais de cette formation, elle parvenait à se projeter dans l'avenir.

**Le tribunal insiste par conséquent sur le fait que l'INAMI n'interdit pas à Madame ... d'ac- complir cette formation** (que Madame ... estime utile et bienfaitrice pour sa santé et son avenir professionnel).

La question qui occupe le Tribunal en l'espèce n'est pas celle de l'autorisation ou non d'accomplir cette formation mais celle de la prise en charge financière ou non de cette formation par la collec- tivité.

Or il n'est pas démontré que cette formation est nécessaire pour que Madame ... puisse retrouver une capacité de travail.

**Cette formation ne peut donc être mise à charge de la collectivité.**

La demande sera donc déclarée non fondée.

**DÉCISION DU TRIBUNAL**

Le Tribunal, statuant contradictoirement,

Sur avis verbal conforme de l'Auditorat du travail,

Dit le recours recevable mais non fondé,

**Confirme la décision de l'INAMI,**

...



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



## I. Fonds des accidents médicaux (FAM)

Proposition d'indemnisation – Responsabilité - Combien de demandeurs obtiennent-ils une indemnité - Combien d'experts (médecins) le fonds collabore-t-il ? - Comment ces experts sont-ils rémunérés ?

Question n° 1638 posée le 1<sup>er</sup> août 2022 au Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante DEPRAETERE<sup>1</sup>

Le Fonds des accidents médicaux (FAM) examine si un dommage engage ou non la responsabilité d'un prestataire de soins. À cet égard et en toutes circonstances, ce fonds fournit un avis gratuitement. Cet avis n'est pas contraignant, ce qui signifie que la victime pourra toujours s'adresser au tribunal.

Ensuite, dans les cas suivants, le fonds fera une proposition d'indemnisation :

- si la responsabilité du prestataire de soins est engagée, le FAM réclamera le paiement d'une indemnité par l'assureur du prestataire de soins. Sur demande, le fonds avancera cette indemnité, quel que soit le degré de gravité du dommage
- si la responsabilité du prestataire de soins n'est pas engagée, le FAM paiera une indemnité à des conditions strictes, à savoir que l'accident ne peut pas être dû à l'état de santé du patient, que l'accident a causé un préjudice anormal et que ce préjudice répond à des critères de gravité (invalidité permanente de 25 % minimum, incapacité de travail temporaire d'au moins six mois, perturbations particulièrement importantes des conditions de vie (y compris économiques), décès). Par préjudice anormal, on entend que ces dommages n'auraient pas dû se produire, compte tenu des avancées scientifiques actuelles, de l'état de santé du patient et de son évolution objective probable.

1. Combien de demandeurs obtiennent-ils une indemnité par rapport au nombre total de demandeurs ?

2. La Cour des comptes a déjà fait remarquer précédemment que le seuil pour déposer une plainte auprès du FAM était trop bas. Combien de plaintes le fonds a-t-il reçues ces cinq dernières années ? Dans combien de cas une procédure a-t-elle été entamée et clôturée ?

3. Avec combien d'experts (médecins) le fonds collabore-t-il ? Comment ces experts sont-ils rémunérés ?

### Réponse

Avant de répondre à vos questions précises, je tiens à clarifier certains points.

Comme vous le faites remarquer à juste titre, le Fonds indemnise les victimes de dommages résultant de soins de santé dans les limites des articles 4 et 5 de la loi.

1. Bulletin n° 103, Chambre, session ordinaire 2022-2023, p. 173.

Le Fonds indemnise donc uniquement les dommages qui résultent de soins de santé, et donc pas les éventuels dommages qui n'ont pas de lien avec des soins de santé ou qui découlent de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible, comme l'échec thérapeutique ou un diagnostic erroné sans faute.

Sauf circonstances exceptionnelles, une indemnisation du Fonds exige également que le seuil de gravité soit atteint.

Pour obtenir l'indemnisation d'un dommage résultant de soins de santé, la victime peut s'adresser soit à la justice soit au Fonds. L'introduction d'une demande auprès du Fonds suspend de plein droit l'examen et le jugement des actions civiles relatives à l'accident médical.

Pour les demandes dans lesquelles le Fonds retient dans son avis une responsabilité du dispensateur de soins et où le seuil de gravité est atteint, le Fonds invite dans tous les cas la partie responsable et/ou son assureur à verser une indemnisation. Ce n'est que si ce dernier refuse d'indemniser que le Fonds se charge d'indemniser sur fonds propres. Dans les cas où le Fonds procède à une indemnisation, il récupérera cette indemnisation devant le tribunal.

Pour les demandes dans lesquelles le Fonds retient dans son avis une responsabilité du dispensateur de soins et où le seuil de gravité n'est pas atteint, le Fonds n'indemnise pas sauf si le dispensateur de soins n'est pas assuré. De plus, le Fonds peut encore intervenir quand le dispensateur de soins ou son assureur formule une offre d'indemnisation que le Fonds juge insuffisante.

1. Pour éviter tout malentendu, il importe de savoir que le Fonds fait toujours rapport dans des dossiers de patients et non des dossiers de demande. Pour un seul dossier de patient, il peut y avoir plusieurs dossiers de demande, comme par exemple s'il y a plusieurs enfants lors du décès d'un parent.

Jusqu'en juillet 2022, le Fonds a enregistré 6.200 dossiers.

Dans 80 % de ces dossiers, le Fonds a rendu un avis ou le dossier a été clôturé anticipativement, par exemple pour cause de non-recevabilité ou à la demande du demandeur.

Pour les 4.000 dossiers dans lesquels le Fonds a rendu un avis, il a retenu à 485 reprises que le seuil de gravité a été atteint et qu'il y avait soit une responsabilité d'un dispensateur de soins, soit un accident médical sans responsabilité, et qu'une indemnisation de la part du Fonds était donc possible. Il est important de noter que dans les dossiers dans lesquels une responsabilité a été retenue et où le seuil de gravité a été atteint, le dispensateur de soins ou son assurance semblaient disposés à indemniser dans un tiers de ces dossiers.

Dans 283 dossiers, le Fonds a jugé qu'il y avait une responsabilité d'un dispensateur de soins mais que le seuil de gravité n'avait pas été atteint. Dans ces cas-là, le Fonds n'indemnise pas. Le nombre de cas de dispensateurs de soins insuffisamment assurés ou non assurés est extrêmement limité.

2. La remarque de la Cour des Comptes est justifiée : il n'y a pas de seuil à franchir pour déposer une demande auprès du Fonds. Toute demande introduite auprès du Fonds est traitée.

	Nombre de nouvelles demandes	Nombre de dossiers terminés
2017	505	599
2018	480	616
2019	457	602
2020	359	615
2021	380	850

3. Le cadre du personnel du Fonds prévoit une dizaine de médecins. Ces médecins sont rémunérés comme les fonctionnaires qui travaillent pour l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

En outre, le Fonds dispose d'un certain nombre d'experts externes. Ces médecins sont recrutés par voie de marché public. Ce marché public est chaque fois lancé pour quatre ans. La rémunération convenue dans ce marché public l'est par heure. Lorsqu'aucun médecin n'est disponible dans le cadre de ce marché public, il peut être exceptionnellement fait appel à un autre médecin, dans ces cas-là avec une mission unique.

Le Fonds compte actuellement plus de 400 experts externes dans son carnet d'adresses.

Ces experts externes sont désignés pour les expertises unilatérales et contradictoires telles que prévues dans la loi.

Il est fait appel à ces experts externes en fonction de leurs disponibilités, mais aussi de leurs compétences et situation spécifiques.

Durant une expertise, l'expert doit être neutre et attentif, est soumis à la déontologie médicale, doit disposer des qualifications professionnelles nécessaires, doit rendre un avis objectif basé sur des constatations médicales fondées, et doit respecter les droits du patient. De plus, il doit veiller à ce que toutes les parties soient entendues et que l'expertise s'effectue facilement et de manière qualitative.

## II. Disponibilité

Données - L'indemnité AMI - Organismes assureurs communiquent - Collège intermutualiste national (CIN) - Banque carrefour de la Sécurité sociale (BCSS)

Question n° 1817 posée le 7 décembre 2022 au Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante VAN PEEL<sup>1</sup>

Les données relatives à l'indemnité d'assurance maladie-invalidité (AMI) sont gérées par l'Agence InterMutualiste (AIM). Dans le cadre de la disponibilité des données relatives à l'indemnité AMI, les autres acteurs concernés peuvent également consulter les revenus des demandeurs du revenu d'intégration.

1. À quelles données des bénéficiaires d'une indemnité AMI les institutions affiliées à la Banque-carrefour de la sécurité sociale (BCSS) ont-elles accès ?
2. a) Dans quelle mesure d'autres institutions publiques de sécurité sociale (IPSS) (Office national de l'Emploi, Service fédéral des pensions, etc.) ont-elles accès aux données des bénéficiaires d'une indemnité AMI pour détecter des cumuls interdits ou dans le cadre d'une demande ?
  - b) Peuvent-elles demander ces données directement par le biais de la BCSS ou doivent-elles également introduire une demande spécifique auprès de l'AIM à cet effet ?
3. a) Dans quelle mesure les CPAS ont-ils accès aux données des bénéficiaires d'une indemnité AMI pour détecter des cumuls interdits ou pour obtenir un aperçu des moyens de subsistance des demandeurs d'une aide sociale ou d'un revenu d'intégration ?
  - b) Peuvent-ils demander ces données directement par le biais de la BCSS ou doivent-ils également introduire une demande spécifique auprès de l'AIM à cet effet ?
4. Dans quelle mesure la possibilité pour les IPSS et les CPAS d'accéder aux données relatives à l'indemnité AMI diffère-t-elle de celle d'accéder aux données relatives à d'autres prestations sociales ?
5. Diriez-vous qu'il est plus difficile d'accéder aux informations relatives au droit à une indemnité AMI par le biais des flux BCSS ou d'autres flux de données ? Dans l'affirmative, quelle en est la cause ?
6. Quelles mesures comptez-vous prendre afin de permettre aux CPAS et à d'autres IPSS d'accéder plus facilement aux informations relatives aux bénéficiaires d'une indemnité AMI ?

### Réponse

Les organismes assureurs communiquent - toujours dans le strict respect de la réglementation en vigueur en matière de protection de la vie privée et à l'intervention appropriée tant de Collège intermutualiste national (CIN) que la Banque carrefour de la sécurité sociale (BCSS) - aux diverses institutions de sécurité sociale uniquement les données personnelles relatives aux périodes d'inactivité ou de reprise partielle du travail en cas de maladie.

1. Bulletin n° 102, Chambre, session ordinaire 2022-2023, p. 194..

L'intervention susmentionnée du CIN (l'organisme de gestion du réseau secondaire des O.A.) et de la BCSS (l'organisme de gestion du réseau primaire de sécurité sociale) offre la garantie que l'identité de l'organisme assureur de la personne concernée demeure inconnue du destinataire des données à caractère personnel (rôle du CIN) et que les données personnelles ne sont communiquées qu'aux personnes effectivement connues du destinataire (rôle de la BCSS).



Pour plus d'informations au sujet du fonctionnement sécurisé du réseau de sécurité sociale, je vous renvoie au site web <https://www.ksz-bcss.fgov.be/fr>.

En outre, je tiens à souligner que l'Agence Intermutualiste (AIM) que vous mentionnez dans votre question n'intervient aucunement lors de l'échange opérationnel de données personnelles entre les organismes assureurs et les institutions de sécurité sociale. Si cette organisation rassemble des données à caractère personnel des organismes assureurs belges sur une seule plateforme et les prépare en vue de leur analyse, elle ne joue aucun rôle lors de l'échange de données personnelles entre organismes assureurs et les tierces parties.

Les services actuels concernés par le traitement des données à caractère personnel provenant d'organismes assureurs sont actuellement utilisés par plusieurs institutions de sécurité sociale, soit via un mécanisme dit *push* (les O.A. communiquent de leur propre initiative des données à caractère personnel aux destinataires) soit via un mécanisme dit *pull* (les destinataires procèdent eux-mêmes à une consultation *ad hoc* des données à caractère personnel auprès des O.A.).

Fedris, l'Agence fédérale des Risques professionnels, traite la période d'incapacité de travail (date de début et de fin) pour pouvoir prendre des décisions en matière d'indemnisation des maladies professionnelles. L'Office national des vacances annuelles ainsi que les caisses de vacances ont besoin, pour le calcul de la durée des congés et du pécule de vacances, d'informations relatives aux jours assimilés d'absence pour cause de maladie.

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité a besoin des données à caractère personnel puisque les périodes d'inactivité ou de reprise du travail à temps partiel autorisée sont assimilées pour le maintien des droits. Sigedis tient à jour le compte individuel des travailleurs salariés, qui contient à la fois des données à caractère personnel relatives aux périodes effectivement prestées et des données à caractère personnel relatives aux périodes d'inactivité et constitue le fichier de base notamment pour l'application de la réglementation relative aux pensions des travailleurs salariés. De son côté, l'Office national de l'Emploi consulte des données à caractère personnel notamment pour vérifier, l'admissibilité aux allocations de chômage. Enfin, le Forem utilise les données à caractère personnel dans le cadre de ses missions de placement de chômeurs.

Bien que les CPAS aient déjà été autorisés par délibération n° 06/063 du 19 septembre 2006 de l'ancien Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé à consulter des données à caractère personnel auprès d'organismes assureurs pour effectuer des enquêtes sociales et se prononcer sur le droit à l'aide ou à l'intégration sociale, ils ont explicitement choisi pour le moment de ne pas rendre opérationnels les services actuellement offerts par la BCSS permettant d'accéder aux données de santé à caractère personnel des divers organismes assureurs.

Actuellement, les services disponibles pour l'échange de données à caractère personnel des organismes assureurs sont en cours de modernisation, tant sur le plan technique que sur le plan du contenu. À l'avenir, tant les périodes indemnisées que les montants payés pourront être mis à la disposition des organisations qui en ont besoin pour remplir leurs missions respectives et ce, pour autant qu'elles disposent d'une délibération du Comité de sécurité de l'information. Les CPAS ont choisi de s'abonner à cette nouvelle communication de données personnelles et ne vont donc pas investir dans l'ancienne communication des données à caractère personnel qui sera supprimée dans un avenir proche.

Les différents acteurs pourront encore utiliser à la fois les anciens et les nouveaux services pendant une période à convenir, afin de pouvoir migrer en fonction de leurs ressources disponibles.

La BCSS anime un groupe de travail pour assurer un déploiement rapide des nouveaux services et apporte le soutien nécessaire aux organisations pour que les communications (étendues) de données à caractère personnel soient légalement couvertes par une délibération de la chambre "sécurité sociale et santé" du Comité de sécurité de l'information. L'article 15 de la loi du 15 janvier 1990 relative à la création et à l'organisation d'une Banque-Carrefour de la sécurité sociale prévoit en effet explicitement que toute communication de données à caractère personnel par une institution de sécurité sociale (telle qu'un organisme assureur) à un tiers nécessite en principe, une délibération de la chambre "sécurité sociale et santé" du Comité de sécurité de l'information.

Le Comité de sécurité de l'information - dont les membres sont désignés par la Chambre des représentants - vérifiera en détail que le traitement prévu des données à caractère personnel respecte effectivement les principes de protection de la vie privée, en particulier les principes de limitation de la finalité, de traitement minimal des données, de limitation de la conservation et d'intégrité et de confidentialité, tels que définis dans le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE.

Je souhaite également attirer votre attention sur le fait qu'un échange de données à caractère personnel entre les organismes assureurs et les autres institutions de sécurité sociale n'est possible que si chaque partie (tant la partie émettrice que celle destinataire) a préalablement mentionné la personne dont les données à caractère personnel sont traitées dans le répertoire de référence de la BCSS. Ils doivent donc signaler expressément et préalablement qu'ils gèrent un dossier concernant un assuré social déterminé. Pour chaque communication de données à caractère personnel, la BCSS vérifiera si le destinataire dispose effectivement d'un dossier relatif à la personne concernée. Si tel n'est pas le cas, la communication de données à caractère personnel est inutile et ne sera pas poursuivie.

### III. Intervention majorée dans le cadre d'une bourse de doctorat

Bourse – ONSS - l'INAMI - l'IT

Question n° 1877 posée le 15 décembre 2022 au Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante DEPOORTER<sup>1</sup>

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) peut, dans un certain nombre de cas, accorder une intervention majorée (IM). Il apparaît par exemple qu'elle peut également accorder une intervention majorée aux doctorants, et ce par le biais de la bourse de doctorat. De cette bourse ne sont prélevées que les cotisations ONSS. En outre, elle n'est pas imposable. Étant donné que l'INAMI se base, pour l'octroi de l'IT, sur le revenu net imposable, elle part du postulat que ce revenu s'élève ici à 0 EUR et procède à l'octroi. En réalité, il s'agit d'une aberration, dès lors que par rapport à d'autres, un doctorant boursier ne se situe pas parmi les bénéficiaires des salaires les plus bas.

1. Êtes-vous au courant de cette anomalie ?
2. Pouvez-vous et/ou ferez-vous modifier les choses afin de rectifier la situation ?

#### Réponse

Votre question s'inscrit dans la ligne de questions précédentes, notamment de mesdames Lanjri et Bonaventure, sur la prise en compte des bourses de doctorat en tant que moyens de subsistance dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité.

Leurs questions portaient sur leur traitement dans le cadre de l'assurance indemnités, la vôtre concerne leur traitement dans le cadre de l'assurance soins de santé.

En réponse à la question orale de madame Lanjri, il a été indiqué et motivé pourquoi, lors du calcul du montant de l'indemnité d'incapacité de travail, de telles bourses sont effectivement considérées comme des moyens de subsistance (dans le cas précis, il s'agissait de celles d'un membre de la famille résident).

Certes, cela concernait, comme mentionné ci-dessus, l'assurance indemnités, mais je peux vous confirmer qu'elles sont également prises en compte pour l'évaluation du droit à une éventuelle intervention majorée dans le cadre de l'assurance soins de santé.



Les informations figurant sur le site web de l'INAMI (<https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/intervention-majoree-meilleurremboursement-frais-medicaux.aspx>) sont explicites sur ce point :

“Les revenus pris en compte dans le cadre de l'intervention majorée sont les revenus imposables bruts, c'est-à-dire les revenus tels qu'ils sont fixés en matière d'impôts sur les revenus avant toute déduction, réduction, exonération, immunisation. Les revenus professionnels, immobiliers, mobiliers et divers sont pris en compte dans ce cadre, y compris ceux provenant de l'étranger.

1. Bulletin n° 104, Chambre, session ordinaire 2022-2023, p. 220..

Concrètement, cela signifie que toutes les sommes considérées fiscalement comme un revenu sont prises en compte dans le calcul du revenu du ménage, et ce, même si ce revenu n'est pas taxé.”

Si vous avez des informations - sur la base desquelles vous avez, je présume, rédigé votre question - indiquant une pratique différente, vous pouvez bien évidemment me les communiquer, et je les examinerai avec l'INAMI.

## IV. Invalidité en Espagne

Longue durée – Confirmer que les années où la personne a travaillé en Belgique sont prises en compte – Quelle administration le demandeur doit-il s'adresser

Question n° 1881 posée le 21 décembre 2022 au Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante SAMYN<sup>1</sup>

Une personne d'origine belge résidant en Espagne qui doit introduire une demande d'invalidité à la suite d'une maladie de longue durée, ne peut bénéficier d'allocations en Espagne que si elle peut justifier d'une carrière d'au moins cinq ans. Il semblerait que le calcul des années de carrière tienne compte des années où la personne a travaillé à l'étranger - en l'occurrence en Belgique -, moyennant bien entendu confirmation des autorités belges.

1. Pourriez-vous confirmer que les années où la personne a travaillé en Belgique sont prises en compte dans le calcul des cinq années de travail en Espagne ?
2. Quelles données la Belgique doit-elle transmettre à l'Espagne pour que la personne puisse y prétendre au régime d'invalidité ?
3. À quelle administration le demandeur doit-il s'adresser et sur la base de quelles données celle-ci prend-elle sa décision ?
4. Quelle est la durée normale de la procédure (laps de temps entre la demande de l'ayant droit et la transmission aux autorités espagnoles des données nécessaires) ?
5. De quelle manière le demandeur peut-il être informé de l'état d'avancement de la procédure ?

### Réponse

Je pars du principe que le cas décrit concerne une personne de nationalité belge, qui, après une carrière professionnelle en Belgique, a exercé en Espagne une activité professionnelle soumise à la législation espagnole (assuré espagnol), et qui a, en raison d'une incapacité de travail de longue durée, par la suite demandé une pension d'invalidité espagnole.

L'institution espagnole compétente ne pourrait pas (pour l'instant) l'accorder car l'intéressé n'a pas été assuré pendant cinq ans à la législation espagnole.

La coordination du droit à la sécurité sociale des personnes ayant exercé leur droit à la libre circulation au sein de l'Union européenne est régie par le Règlement européen (CE) 883/2004 et son règlement d'application (CE) 987/2009.

1. Bulletin n° 105, Chambre, session ordinaire 2022-2023, p. 208..

Ces règlements prévoient notamment :

- le principe de la "totalisation des périodes" (art. 6 du règlement (CE) n° 883/2004), selon lequel l'institution compétente d'un État membre dont la législation subordonne l'acquisition, le maintien, la durée ou le recouvrement du droit aux prestations (d'invalidité) à l'accomplissement de périodes d'assurance, d'activité salariée, non salariée ou de résidence tient compte, dans la mesure nécessaire, des périodes d'assurance, d'emploi, d'activité non salariée ou de résidence accomplies sous la législation de tout autre État membre comme s'il s'agissait de périodes accomplies sous la législation qu'elle applique
- un régime de coordination des prestations d'invalidité (chap. IV du titre III du règlement (CE) 883/2004) sur la base duquel, entre la Belgique et l'Espagne (toutes deux classées comme États membres dits de type B), s'applique la règle selon laquelle, pour les personnes ayant une carrière mixte en Espagne et en Belgique, une demande de prestations d'invalidité introduite dans un État membre doit également donner lieu à un examen du droit à une prestation d'invalidité (proratisée) dans l'autre État membre concerné.

Sur cette base, je peux répondre aux questions posées de la manière suivante :

1. Dans le cas où les périodes accomplies sous la législation espagnole ne seraient pas suffisantes pour satisfaire aux conditions d'assurance pour l'octroi des prestations d'invalidité espagnoles prévues par la législation espagnole, l'institution espagnole compétente doit tenir compte, le cas échéant, des périodes d'assurance accomplies par l'intéressé sous la législation belge au cours de la période de référence prévue par la législation espagnole.

2. L'institution espagnole compétente chargée d'examiner le droit à une pension d'invalidité espagnole doit demander, via le réseau européen EESSI, un aperçu des périodes d'assurance pour les prestations d'invalidité accomplies sous la législation belge (P5000 BE).

En raison de la présence d'une carrière d'assurance belge antérieure, il appartient également à l'institution espagnole d'entamer, par le biais du même réseau EESSI, une procédure de demande d'indemnité d'invalidité belge proportionnelle.

3. L'institution espagnole doit introduire sa demande d'attestation des périodes d'assurance belges par le biais du réseau EESSI auprès de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).

Par ailleurs, l'institution espagnole devra également initier une procédure de demande d'indemnités d'invalidité belges via le réseau EESSI, et dans ce cadre, devra fournir, entre autres, un aperçu de la carrière espagnole ainsi que des rapports médicaux détaillés établis par le médecin de contrôle espagnol.

L'INAMI reconstituera la carrière d'assurance belge et établira l'avis P5000 BE avec l'indication des jours d'assurance attestés accomplis sous la législation belge pour le risque "invalidité".

L'INAMI vérifiera ensuite, en collaboration avec l'institution d'assurance belge à laquelle l'intéressé était affilié en dernier lieu, si les conditions d'octroi (administratives et médicales) prévues par la législation belge sont remplies, en tenant compte des données fournies par l'institution espagnole.

Si les conditions légales d'octroi des prestations susmentionnées sont remplies, il sera octroyé à l'intéressé une indemnité d'invalidité belge proratisée, sur la base d'un coefficient de carrière reflétant le rapport entre la carrière d'assurance belge et la carrière totale accomplie sous les législations espagnole et belge

4. Le délai de réponse pour la préparation et l'envoi d'un relevé de carrière belge P5000 BE "invalidité" est largement lié à la complexité de la carrière belge, en particulier à l'existence ou non de périodes d'assurance dans différents régimes (salariés, indépendants, fonctionnaires).

L'INAMI ne dispose pas de banque de données de carrière et doit par conséquent interroger les banques de données de carrière des institutions de pension en Belgique (Sigedis, Office national de sécurité sociale, etc.).

En moyenne, les relevés de carrière P5000 peuvent être délivrés dans le mois qui suit la demande.

L'appréciation du droit à une indemnité d'invalidité belge proratisée prend entre six mois et un an en moyenne

5. Le demandeur peut, pour ces deux aspects, s'adresser à l'INAMI, Service des indemnités, division des affaires internationales.

## V. Reprise progressive du travail

### Ventilation

Question n° 1890 posée le 6 janvier 2023 au Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante SAMYN<sup>1</sup>

Le système de la reprise progressive du travail permet aux travailleurs en incapacité de travail de reprendre partiellement le travail et de se réhabituer à leur rythme de travail régulier. Ce système permet de réintégrer les travailleurs dans le monde du travail après une maladie ou une absence de longue durée.

Combien de travailleurs ont repris progressivement le travail en 2019, 2020 et 2021 ? J'aimerais une ventilation par région et par catégorie d'âge. Qu'en est-il du rapport hommes/femmes ?

### Réponse

Le tableau 1 ci-dessous reprend le nombre de titulaires salariés disposant d'une autorisation en cours pour exercer une activité à temps partiel au 31 décembre de l'année concernée pour la période de 2019 à 2021. Ces données sont par ailleurs ventilées par région.

La rubrique "Inconnu/Étranger" regroupe le nombre de titulaires résidant à l'étranger ou pour lesquels le lieu de résidence n'est pas déterminé actuellement auprès du registre de la population pour une raison administrative (radiation, dispense d'inscription, etc.) ou n'est plus disponible en raison du décès du titulaire.

Tableau 1: nombre de titulaires salariés disposant d'une autorisation en cours pour exercer une activité à temps partiel au 31 décembre - 2019-2021 - par région.

	2019	2020	2021
Bruxelles	3.653	3.569	4.217
Flandre	44.868	42.799	50.302
Wallonie	19.270	20.142	22.929
Inconnu-Étranger	1.251	1.085	1.102
<b>Total</b>	<b>69.042</b>	<b>67.595</b>	<b>78.550</b>

1. Bulletin n° 105, Chambre, session ordinaire 2022-2023, p. 202..

Le tableau 2 ci-dessous reprend le nombre de titulaires salariés disposant d'une autorisation en cours pour exercer une activité à temps partiel au 31 décembre de l'année concernée pour la période de 2019 à 2021. Ces données sont par ailleurs ventilées par catégorie d'âge.

Tableau 2: nombre de titulaires salariés disposant d'une autorisation en cours pour exercer une activité à temps partiel au 31 décembre - 2019-2021 - par catégorie d'âge.

	2019	2020	2021
0-19	6	0	2
20-24	450	370	424
25-29	2.516	2.143	2.601
30-34	4.692	4.492	5.398
35-39	7.164	6.665	7.625
40-44	9.023	8.814	10.433
45-49	11.389	10.661	12.055
50-54	14.094	13.713	15.302
55-59	14.117	14.575	17.083
60-64	5.550	6.122	7.567
65-99	41	40	60
<b>Total</b>	<b>69.042</b>	<b>67.595</b>	<b>78.550</b>

Le tableau 3 ci-dessous reprend le nombre de titulaires salariés disposant d'une autorisation en cours pour exercer une activité à temps partiel au 31 décembre de l'année concernée pour la période de 2019 à 2021. Ces données sont par ailleurs ventilées par genre.

Tableau 3: nombre de titulaires salariés disposant d'une autorisation en cours pour exercer une activité à temps partiel au 31 décembre - 2019-2021 - par genre.

	2019	2020	2021
Hommes	22.493	21.145	24.544
Femmes	46.549	46.450	54.006
<b>Total</b>	<b>69.042</b>	<b>67.595</b>	<b>78.550</b>

## VI. Octroi de l'allocation d'invalidité

### Prise en compte d'une bourse de doctorat pour la détermination - Base légale ou réglementaire

Question n° 1894 posée le 12 janvier 2023 au Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Monsieur le Représentant VAN DER DONCKT<sup>1</sup>

Selon l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), la bourse de doctorat de la fille doit être prise en compte pour déterminer l'allocation de remplacement de revenus de l'assurance-maladie du père dans le cas où sa fille serait domiciliée à la même adresse.

Sur quelle base légale ou réglementaire une personne invalide qui cohabite avec une doctorante boursière n'est-elle pas considérée comme une personne invalide ayant une personne à charge ?

### Réponse

Pour qu'un enfant puisse être considéré comme une personne à charge pour l'octroi d'une indemnité d'incapacité de travail pour un titulaire ayant personne à charge, cet enfant ne doit pas percevoir un revenu professionnel ou de remplacement dépassant 1.160,02 EUR bruts par mois (montant applicable depuis le 01.12.2022).

En ce qui concerne les revenus découlant d'une activité professionnelle, il faut entendre, dans ce contexte, par activité professionnelle, toute occupation susceptible de produire des revenus visés, suivant le cas, à l'article 23, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> ou 4<sup>o</sup>, ou à l'article 228, § 2, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup>, du Code des impôts sur les revenus 1992, même si elle est exercée par personne interposée, et toute activité analogue exercée dans un pays étranger ou au service d'une organisation internationale ou supranationale (art. 225, § 3 de A.R. du 03.07.1996).

Il convient donc de noter que la réglementation actuelle comprend une définition très large de la notion d'activité professionnelle. En effet, il faut souligner qu'une telle activité peut, par exemple, générer une rémunération qui est, en principe, prise en compte sur le plan fiscal. Le fait que ce revenu ne soit finalement pas retenu pour le calcul de l'impôt dû n'y change rien.

Une bourse de doctorat ne peut pas être simplement assimilée à une bourse d'études que, par exemple, un étudiant reçoit dans le cadre de ses études supérieures. Des cotisations de sécurité sociale nécessaires sont retenues sur cette bourse de doctorat (art. 15, § 1<sup>er</sup> de "l'arrêté ONSS" du 28.11.1969), de sorte qu'en cas d'incapacité de travail ou de congé de maternité, par exemple, l'intéressé ouvre un droit aux indemnités de l'assurance indemnités et de l'assurance maternité. Ces indemnités octroyées à l'enfant de l'assuré reconnu en incapacité de travail constituent alors un revenu de remplacement à prendre en considération lors de la vérification de la situation familiale de ce titulaire (bénéficiant d'une pension ou d'une rente, d'une allocation ou d'une indemnité en vertu d'une législation belge ou étrangère).

Enfin, il convient encore de préciser que la bourse de doctorat présente en fait de grandes similitudes avec l'exercice d'un emploi dans le cadre d'un contrat de travail. En termes de montant net de revenu acquis, il est comparable au montant net de revenu acquis par un travailleur débutant titulaire d'un master dans le cadre d'un contrat de travail.

1. Bulletin n° 105, Chambre, session ordinaire 2022-2023, p. 217..

## VII. intervention majorée pour frais médicaux

### MC néerlandophone et la MC francophone - Nombre de demandes de renseignements - Personnes handicapées

Question n° 1906 posée le 24 janvier 2023 au Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante MUYLLE<sup>1</sup>

La MC néerlandophone et la MC francophone constatent une augmentation significative du nombre d'affiliés ayant des questions sur l'intervention majorée.

Si, au troisième trimestre de 2020, seulement 7.231 affiliés avaient contacté la MC pour poser des questions sur l'intervention majorée, au troisième trimestre de 2022 ce chiffre s'est établi à 17.226. Il s'agit d'une augmentation de 140 %.

Sur le plan national - en incluant les chiffres francophones de la MC - le nombre de demandes de renseignements s'est élevé à 10.310 en 2020 et à 25.625 en 2022. En Wallonie, la demande a donc augmenté encore plus qu'en Flandre.

Actuellement, les personnes handicapées ou bénéficiaires du revenu d'intégration, entre autres, ont automatiquement droit à une intervention majorée. La MC demande aux autorités d'étendre cette attribution automatique à d'autres catégories, telles que les personnes isolées et les familles monoparentales. En effet, dans ces situations, la composition du ménage est facile à établir et la complexité de l'enquête sur les revenus est limitée. Plus précisément, il s'agit de personnes qui touchent depuis déjà trois mois des revenus de remplacement (invalidité, chômage, en combinaison ou non) et qui sont invalides ou pensionnées. Dans le système actuel, ces personnes doivent désormais introduire elles-mêmes une demande d'intervention majorée, en tenant compte du revenu actuel et du revenu du mois précédent.

En outre, la mutualité souhaiterait également avoir un accès numérique direct aux données plus récentes en matière de revenus des affiliés. De cette manière, elle espère octroyer plus rapidement l'intervention majorée. Les personnes ne devront plus chercher elles-mêmes toutes sortes de documents pour prouver leurs revenus.

Par ailleurs, pour chacune des catégories précitées, des bases de données contenant des informations récentes sur les revenus, que les organismes assureurs pourraient consulter eux-mêmes et les prendre comme base d'une enquête sur les revenus, sont disponibles.

Quelle est votre position sur ces questions de la part de cette mutualité ? Êtes-vous prêt à étendre l'octroi automatique d'une intervention majorée aux autres catégories précitées ? Que pensez-vous de l'utilisation de bases de données par les organismes assureurs pour consulter les revenus récents et accorder eux-mêmes l'intervention majorée ?

1. Bulletin n° 104, Chambre, session ordinaire 2022-2023, p. 230..

## Réponse

En réponse à votre question, je peux vous communiquer que l'intervention majorée est un droit accordé sur la base des revenus du ménage, qu'ils soient professionnels, immobiliers, mobiliers ou autres.

Dans certaines situations spécifiques, il est possible d'octroyer automatiquement le droit à l'intervention majorée. C'est le cas, par exemple, des personnes qui perçoivent le revenu d'intégration pendant trois mois complets et ininterrompus, puisqu'un contrôle des revenus a déjà été effectué dans ce cas.

Le droit à l'intervention majorée, soit automatique, soit sur la base d'un dossier, repose au fond sur la vérification selon laquelle le ménage ne dispose que de revenus modestes à long terme.

Depuis la fin de l'année 2022, un groupe de travail mis sur pied au sein de l'INAMI étudie comment automatiser davantage ce droit. À cet effet, il analyse dans quelle mesure le revenu peut être contrôlé sans l'intervention de l'assuré et, le cas échéant, pour quels groupes cibles

En effet, les organismes assureurs (mutualités) ont déjà accès à certaines données, mais pas toujours à l'ensemble des données de revenus nécessaires pour décider d'octroyer ou non ce droit. Ainsi, les organismes assureurs ont connaissance de la ou des indemnités d'invalidité d'un assuré, mais pas de ses autres revenus potentiels (biens immobiliers, etc.). La difficulté actuelle pour les organismes assureurs est d'obtenir ces informations requises

Le groupe de travail s'efforce d'identifier les groupes cibles susceptibles de bénéficier automatiquement de ce droit, sans risque de discrimination à l'égard des autres bénéficiaires potentiels de l'intervention majorée. Les mesures seront mises en oeuvre dès que possible, à la fois par les modifications réglementaires nécessaires et par des ajustements techniques au sein des organismes assureurs



# 4<sup>e</sup> Partie

## Directives de l'INAMI



# I. L'assurabilité dans le régime des travailleurs indépendants et lors d'un passage du régime des travailleurs indépendants vers le régime des travailleurs salariés

En vigueur à partir du 2 août 2022.

## I. L'assurabilité dans le régime des travailleurs indépendants

Par rapport aux règles applicables au régime des travailleurs salariés, notons, de manière générale, que dans le régime des travailleurs indépendants, l'incapacité de travail ne peut être reconnue que si l'assuré remplit les conditions d'assurabilité requises.

### 1.1. Stage (art. 14 de l'A.R. du 20.07.1971)

Pour être reconnu en incapacité de travail et bénéficier d'indemnités relevant du régime des travailleurs indépendants, le titulaire doit avoir accompli **un stage de six mois** au sens de l'article 3 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

Le stage prend cours dès le début du premier trimestre civil pour lequel l'intéressé a payé des cotisations (ou a été dispensé du paiement de cotisations) en vertu du statut social des travailleurs indépendants.



**Remarque :** l'article 14<sup>ter</sup> de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 stipule que les périodes au cours desquelles le titulaire est incapable de travailler au sens des articles 19 et 20 dudit arrêté royal du 20 juillet 1971, ne peuvent être prises en considération pour l'accomplissement du stage.

En l'absence de la disposition de l'article 14<sup>ter</sup> de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, il serait possible que, dans le cas d'un travailleur indépendant qui, par exemple, se trouve en incapacité de travail quelques jours après le début du stage, et reste en incapacité de travail quasiment jusqu'à presque la fin de celui-ci, la nouvelle incapacité de travail qui débiterait au cours du trimestre civil suivant la fin du trimestre civil au cours duquel il aurait accompli le stage de six mois, soit reconnue. Cette incapacité de travail pourrait alors être reconnue sur la base du (simple) paiement des cotisations pour les deux trimestres civils précédents (= stage).



**Exemple :** un assuré acquiert la qualité de titulaire dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants le 1<sup>er</sup> janvier 2022, de sorte que le stage de six mois court en principe jusqu'au 30 juin 2022 inclus. L'intéressé se trouve toutefois en incapacité de travail du 1<sup>er</sup> avril 2022 au 24 avril 2022 inclus.

Dans ce cas, le stage peut recommencer à partir du 25 avril 2022 (= le premier jour qui suit la fin de l'état d'incapacité de travail). Le stage se termine le 24 octobre 2022. En application de l'article 17, §1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, les périodes d'incapacité de travail débutant au plus tôt le 1<sup>er</sup> janvier 2023 (premier trimestre suivant celui au cours duquel le stage a été accompli) peuvent être reconnues par le médecin-conseil.

Les mêmes principes s'appliquent aux autres risques indemnisés par le régime des travailleurs indépendants.

## 1.2. Dispense de stage (art. 15 de l'A.R. du 20.07.1971)

### 1.2.1. CAS DANS LESQUELS LA DISPENSE DE STAGE S'APPLIQUE

Certaines situations entraînent une **dispense de stage** :

- pour un premier groupe de titulaires, il est fait référence aux dispositions relatives à la dispense de stage qui s'appliquent aux titulaires relevant du régime des travailleurs salariés (cf. art. 205, §§ 1<sup>er</sup> et 6, de l'A.R. du 03.07.1996).  
Si l'accomplissement préalable d'un stage est requis ou si, conformément à l'article 205, § 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, 6<sup>o</sup> et 7<sup>o</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, une période déterminée est assimilée pour l'accomplissement du stage, il est tenu compte d'un stage d'une durée de six mois. Cette dernière précision est nécessaire car un stage de douze mois doit être accompli dans le régime des travailleurs salariés pour ouvrir le droit à des indemnités d'incapacité de travail
- pour les personnes qui, en qualité de travailleurs salariés, ont accompli le stage (ou en ont été dispensées) et qui, dans les trente jours suivant la perte de leur qualité de titulaire dans le régime des travailleurs salariés, acquièrent la qualité de titulaire dans le régime des travailleurs indépendants
- pour les personnes qui acquièrent la qualité de titulaire dans le régime des travailleurs indépendants durant le trimestre civil suivant une période ininterrompue d'au moins deux trimestres civils, pour lesquels l'étudiant-indépendant, en application de l'article 12bis, § 1<sup>er</sup>, 2., de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967, a payé une cotisation réduite.

### 1.2.2. IMPACT DU PAIEMENT DE LA COTISATION POUR LE PREMIER TRIMESTRE D'ASSUJETISSEMENT AU STATUT SOCIAL DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS SUR L'APPLICATION DE LA DISPENSE DE STAGE

En vertu de l'article 5, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, **la preuve de la qualité de titulaire**, pour l'application des articles 14 à 17 dudit arrêté royal du 20 juillet 1971, est fournie par **les données relatives à l'accomplissement des obligations en matière de cotisations**.

Contrairement à la situation où le titulaire indépendant doit accomplir un stage avant d'être reconnu incapable de travailler et de bénéficier d'indemnités, la dispense de stage signifie plus concrètement qu'après s'être affilié à une caisse d'assurances sociales, l'assuré peut en principe être *immédiatement* reconnu incapable de travailler et prétendre à des indemnités.

La qualité de titulaire ressort en effet de l'affiliation de l'intéressé à une caisse d'assurances sociales. Le fait que l'intéressé ait, à ce moment-là (= début de l'incapacité de travail) déjà payé les cotisations pour ce premier trimestre civil dans le cadre du statut social des travailleurs indépendants, ne doit pas être considéré comme une information pertinente.

Étant donné que les cotisations sociales doivent être payées au plus tard à la fin du trimestre civil, cet assuré peut donc déjà bénéficier de prestations du régime des travailleurs indépendants avant que les cotisations de ce premier trimestre civil d'assujettissement au statut social des travailleurs indépendants et de début de risque, aient été payées.

Après l'expiration de ce trimestre civil, l'organisme assureur a pour mission de vérifier si l'intéressé a effectivement payé les cotisations sociales pour ce trimestre civil (ou en a été dispensé). En vertu de l'article 5 précité, §1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, la preuve de sa qualité de titulaire est en effet fournie par les données relatives à l'accomplissement des obligations en matière de cotisations.

### 1.3. Stage d'attente réduit (art. 16 de l'A.R. du 20.07.1971)

Un **stage d'attente réduit** s'applique dans deux cas de figure :

- lorsqu'une personne n'a pas été titulaire dans le régime des travailleurs salariés pendant la durée nécessaire à l'accomplissement du stage défini dans le régime précité (douze mois pour l'assurance indemnités et six mois pour l'assurance maternité), la période pendant laquelle elle a été soumise à ce régime est déduite du stage de six mois requis dans le régime des travailleurs indépendants, 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 salariés et l'acquisition de la qualité de titulaire dans le régime des travailleurs indépendants

Sur le plan pratique, cette disposition a pour effet que l'assuré doit être assujéti au régime des travailleurs salariés pendant au moins trois mois de sorte que, pour l'accomplissement concret du stage dans le régime des travailleurs indépendants, l'intéressé n'est éventuellement redevable de cotisations que pour un seul trimestre civil. Dans ce contexte, il convient également de noter que le stage prend cours dès le début du premier trimestre civil pour lequel l'intéressé a payé des cotisations (ou a été dispensé du paiement de cotisations) en vertu du statut social des travailleurs indépendants.



*Exemples :*

- un assuré exerce une activité salariée du 1<sup>er</sup> février 2023 au 31 mars 2023 inclus. Il entame une activité professionnelle indépendante à partir du 1<sup>er</sup> avril 2023. Pour autant que l'intéressé paie les cotisations pour le deuxième et le troisième trimestre civil de 2023, le 31 juillet 2023 est le dernier jour du stage (stage de six mois raccourci de deux mois en raison de l'assujettissement au régime des travailleurs salariés pendant deux mois).

L'incapacité de travail peut être reconnue et un droit aux indemnités peut être ouvert à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2023 - *cf. infra* 1.4.

- un assuré exerce une activité salariée du 1<sup>er</sup> janvier 2023 au 31 mars 2023 inclus. Il entame une activité professionnelle indépendante à partir du 1<sup>er</sup> avril 2023. Pour autant que l'intéressé paie les cotisations pour le deuxième trimestre civil de 2023, le 30 juin 2023 est le dernier jour du stage (stage de six mois raccourci de trois mois en raison de l'assujettissement au régime des travailleurs salariés pendant trois mois).

L'incapacité de travail peut être reconnue et un droit aux indemnités peut être ouvert à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2023 - *cf. infra* 1.4.

- un assuré exerce une activité salariée du 16 janvier 2023 au 31 mars 2023 inclus. Il entame une activité professionnelle indépendante à partir du 1<sup>er</sup> avril 2023. Pour autant que l'intéressé paie les cotisations pour le deuxième et le troisième trimestre civil de 2023, le 15 juillet 2023 est le dernier jour du stage (stage de six mois raccourci de deux mois et 16 jours civils en raison de l'assujettissement au régime des travailleurs salariés pendant deux mois et 16 jours civils).

L'incapacité de travail peut être reconnue et un droit aux indemnités peut être ouvert à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2023 - *cf. infra* 1.4.

- un assuré exerce une activité salariée du 1<sup>er</sup> février 2023 au 30 avril 2023. Il entame une activité professionnelle indépendante à partir du 1<sup>er</sup> mai 2023. Pour autant que l'intéressé paie les cotisations pour le deuxième trimestre civil, le 30 juin 2023 est le dernier jour du stage (stage de six mois raccourci de trois mois en raison de l'assujettissement au régime des travailleurs salariés pendant trois mois - le stage réduit prend cours dès le début du premier trimestre civil pour lequel l'intéressé a payé des cotisations).

L'incapacité de travail peut être reconnue et un droit aux indemnités peut être ouvert à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2023 - *cf. infra* 1.4.

- lorsqu'un assuré n'était pas, durant une période ininterrompue d'au moins deux trimestres civils, précédant le trimestre civil durant lequel la qualité de titulaire dans le régime des travailleurs indépendants a été acquise, redevable d'une cotisation réduite, comme étudiant-indépendant, en application de l'article 12bis, § 1<sup>er</sup>, 2., de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967, la période pour laquelle il a payé les cotisations réduites précitées, est déduite du stage de six mois requis dans le régime des travailleurs indépendants, à condition qu'il ait acquis la qualité de titulaire dans le régime des travailleurs indépendants durant le trimestre civil suivant le trimestre civil pour lequel il était redevable des cotisations réduites précitées.

#### 1.4. Maintien du droit aux indemnités (art. 17 de l'A.R. du 20.07.1971)

Lorsque l'assuré *a accompli le stage de six mois*, la période d'incapacité de travail peut être reconnue et l'intéressé ouvre un droit aux indemnités à partir du premier trimestre civil suivant celui au cours duquel le stage a été accompli, et jusqu'à la fin du trimestre civil suivant.

Lorsque l'assuré est *dispensé de stage*, la période d'incapacité de travail peut être reconnue et l'intéressé ouvre un droit aux indemnités jusqu'à la fin du deuxième trimestre civil qui suit le trimestre civil au cours duquel il est devenu titulaire, à condition qu'il ait payé les cotisations nécessaires pour ce trimestre civil au cours duquel il est devenu titulaire.

Les périodes ultérieures d'incapacité de travail peuvent être reconnues et indemnisées lorsque l'intéressé atteste sa qualité de titulaire par le paiement des cotisations requises pour les deuxième et troisième trimestres civils précédant celui au cours duquel a débuté son incapacité de travail.

Les mêmes principes s'appliquent aux autres risques indemnisés par le régime des travailleurs indépendants.

#### 1.5. Règle des trente jours (art. 18 de l'A.R. du 20.07.1971)

##### 1.5.1. PRINCIPE

Outre les conditions d'assurabilité (stage / maintien du droit), il faut également tenir compte de la "règle des trente jours", selon laquelle une période d'incapacité de travail ne peut être reconnue qu'à la condition qu'il ne se soit pas écoulé une période ininterrompue de plus de trente jours entre la date de début de l'incapacité de travail et le dernier jour d'une période pendant laquelle la qualité de titulaire au sens de l'article 3 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 a été maintenue.

Cette disposition renvoie uniquement à l'article 3 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 qui énumère les titulaires d'indemnités dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants, sans faire référence à la condition de paiement de cotisations. L'assuré obtient la qualité de titulaire en étant simplement affilié à une caisse d'assurances sociales. Le fait que l'intéressé ait déjà payé les cotisations pour le trimestre civil en cours durant lequel le risque a débuté et ce, dans le cadre du statut social des travailleurs indépendants, ne doit donc pas être considéré comme une information pertinente (cf. également l'art. 5, §1<sup>er</sup>, de l'A.R. du 20.07.1971, qui renvoie uniquement aux art. 14 à 17 de l'A.R. du 20.07.1971).



**Remarque:** si l'intéressé a payé les cotisations pour un trimestre civil déterminé, il a la qualité de titulaire d'indemnités dans le régime des travailleurs indépendants (art. 3 de l'A.R. du 20.07.1971) du début de ce trimestre civil au dernier jour de celui-ci. C'est également le cas lorsque le travailleur indépendant a cessé son activité au cours d'un trimestre civil et n'est depuis lors plus affilié à une caisse d'assurances sociales.

Cette règle des 30 jours s'applique également aux autres risques indemnités par le régime des travailleurs indépendants.

#### 1.5.2. SITUATION PARTICULIÈRE : PROLONGATION DE LA PÉRIODE DE 30 JOURS DE SIX MOIS MAXIMUM (MESURE DE GARANTIE)

Un problème pourrait se poser pour le titulaire qui perd sa qualité de titulaire indépendant et devient travailleur salarié. Pour que le salarié travaillant à temps plein ait droit à des indemnités d'incapacité de travail, il doit accomplir un stage raccourci de six mois au cours duquel il doit justifier de nonante jours de travail ou de jours assimilés à des jours de travail. Un travailleur à temps partiel, un travailleur intermittent ou un travailleur saisonnier doit accomplir un stage raccourci de six mois au cours duquel il doit justifier de quatre cents heures de travail ou d'heures assimilées à des heures de travail.

Au cas où l'intéressé serait reconnu incapable de travailler plus de trente jours après avoir perdu sa qualité de travailleur indépendant et n'aurait, à ce moment-là, pas encore accompli le stage raccourci en qualité de travailleur salarié, il ne pourrait pas prétendre à des indemnités (cf. également le point 2.1. ci-après pour une explication concernant le stage réduit à accomplir dans le régime des travailleurs salariés).

Par conséquent, une **mesure de garantie** a été prévue, laquelle stipule que la période de 30 jours est prolongée *de six mois au maximum* en faveur de l'assuré qui, dans les trente jours après avoir perdu sa qualité de titulaire dans le régime des travailleurs indépendants, acquiert la qualité de titulaire au sens de l'article 86, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et a maintenu cette qualité jusqu'au jour précédant le début de son incapacité de travail.

La prolongation est de six mois au maximum, ce qui signifie qu'elle est limitée à la période nécessaire à l'accomplissement du stage de l'assuré dans le régime général, tenant compte du premier jour d'assujettissement au régime des travailleurs salariés conformément à l'article 86, §1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Pour l'application de cette mesure de garantie, l'assuré doit maintenir la qualité de titulaire au sens de l'article 86, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 *jusqu'au dernier jour précédant le début du risque* :

- "maintenir": si les différentes occupations se succèdent sans être interrompues par autre chose que par des jours de repos normaux, on peut supposer dans ce contexte que l'intéressé est resté titulaire de manière ininterrompue au sens de l'article 86, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

- “le dernier jour précédant le début du risque” : dans ce contexte, il convient de tenir compte des jours de travail normaux (ou assimilés) prestés dans le cadre de cette activité ou du fait que le dimanche n'est pas indemnisé par l'assurance chômage (cf. la qualité de chômeur contrôlé). Un chômeur contrôlé qui tombe en incapacité de travail le lundi, a donc maintenu, en tant que chômeur contrôlé, la qualité de titulaire jusqu'à la veille du début du risque si des allocations de chômage ont été octroyées pour le samedi ou si, pour une autre raison, ce samedi doit être considéré comme un jour de chômage contrôlé conformément à l'article 246 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Dès que l'assuré a accompli le stage raccourci dans le régime des travailleurs salariés, la mesure de garantie n'a plus d'effet sur les périodes d'incapacité de travail qui débutent à ce moment-là.

 *Exemple* : un assuré a la qualité de titulaire dans le régime des travailleurs indépendants jusqu'au 30 juin 2022 inclus. L'intéressé entame une activité salariée au 1<sup>er</sup> juillet 2022 et l'exerce jusqu'à la veille du début de l'incapacité de travail, à savoir le 10 janvier 2023. Le stage réduit dans le régime des travailleurs salariés court du 1<sup>er</sup> juillet 2022 au 31 décembre 2022 inclus et l'assuré justifie, en sa qualité de salarié travaillant à temps plein, de nonante jours de travail pendant ce stage réduit.

La période d'incapacité de travail qui débute le 10 janvier 2023 peut uniquement être indemnisée dans le régime des travailleurs salariés. Le stage d'attente étant accompli dans le régime des travailleurs salariés au 1<sup>er</sup> janvier 2023, la mesure de garantie n'a plus d'effet.

Toutefois, si l'incapacité de travail survient avant l'accomplissement du stage d'attente réduit et celui-ci est finalement accompli pendant cette période d'incapacité de travail (du fait par exemple que la preuve du nombre requis de jours de travail / heures de travail (ou assimilés) a déjà été fournie avant le début de l'incapacité de travail), l'assuré peut prétendre à des prestations dans les deux régimes à partir du moment où le stage d'attente a été accompli dans le régime des travailleurs salariés. En application de la disposition de cumul visée à l'article 29, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, le montant de la prestation à charge du régime des travailleurs indépendants est toutefois diminué du montant de la prestation à charge du régime des travailleurs salariés.

 *Exemple* : un assuré a la qualité de titulaire dans le régime des travailleurs indépendants jusqu'au 30 juin 2022 inclus. L'intéressé entame une activité salariée au 1<sup>er</sup> juillet 2022 et l'exerce jusqu'à la veille du début de l'incapacité de travail, à savoir le 25 octobre 2022. Il justifie à ce moment-là de nonante jours de travail en tant que salarié travaillant à temps plein. Le stage d'attente réduit dans le régime des travailleurs salariés court toutefois du 1<sup>er</sup> juillet 2022 au 31 décembre 2022 inclus.

Compte tenu de la mesure de garantie, l'intéressé peut (uniquement) prétendre à des indemnités à charge du régime des travailleurs indépendants du 25 octobre 2022 au 31 décembre 2022 inclus. À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023, il ouvre également le droit à des indemnités à charge du régime des travailleurs salariés (le stage d'attente réduit est accompli). Le montant de la prestation à charge du régime des travailleurs indépendants doit toutefois être diminué du montant à charge du régime des travailleurs salariés (cf. art. 29, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, de l'A.R. du 20.07.1971).

Compte tenu de la dispense de stage en ce qui concerne le droit à des prestations de l'assurance maternité des travailleurs salariés en cas de passage du régime des travailleurs indépendants au régime des travailleurs salariés, aucune mesure de garantie n'est applicable dans ce cas de figure (cf. également le point 2.2. ci-après pour une explication concernant cette dispense de stage).

## II. Passage du régime des travailleurs indépendants au régime des travailleurs salariés

### 2.1. Stage d'attente réduit pour le droit à des indemnités d'incapacité de travail à charge de l'assurance indemnités des travailleurs salariés (art. 206 de l'A.R. du 03.07.1996)

Le stage d'attente est réduit à six mois comprenant au moins nonante jours de travail ou assimilés en faveur de la personne qui acquiert la qualité de titulaire au sens de l'article 86, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, à condition qu'elle acquière ladite qualité au plus tard le trentième jour après avoir perdu la qualité de titulaire dans le régime des travailleurs indépendants et qu'elle ait accompli le stage d'attente prévu dans ledit régime ou en ait été dispensée.

Les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel accomplissent le stage d'attente réduit s'ils totalisent, au cours d'une période de six mois, quatre cents heures de travail ou assimilées. La période de référence est toutefois prolongée jusqu'à dix-huit mois au maximum pour les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel qui, en raison de leur régime de travail, se trouvent dans l'impossibilité d'accomplir leur stage d'attente réduit dans les six mois.



#### Remarques:

- ce stage d'attente réduit s'applique *a fortiori* également lorsque l'assuré acquiert déjà la qualité de travailleur salarié au sens de l'article 86, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 pendant la période d'assujettissement en qualité de titulaire indépendant visée à l'article 3 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971
- pour que ce stage d'attente réduit soit applicable, l'intéressé doit avoir accompli le stage d'attente de six mois dans le régime des travailleurs indépendants (ou avoir été dispensé d'accomplir un stage d'attente dans ce dernier régime) au moment d'acquérir la qualité dans le régime des travailleurs salariés, conformément à l'article 86, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994
- pour que ce stage d'attente réduit soit applicable, il n'est en soi pas nécessaire que l'intéressé perde sa qualité de titulaire indépendant.

En cas de double qualité, l'intéressé peut - après avoir accompli le stage d'attente réduit - prétendre à des indemnités dans le cadre des deux assurances indemnités. Pour la période éventuellement couverte par le salaire garanti, les indemnités doivent être refusées en vertu de l'article 28, § 1<sup>er</sup>, alinéa premier, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971. En application de la disposition de cumul visée à l'article 29, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, le montant de la prestation à charge du régime des travailleurs indépendants est diminué du montant de la prestation à charge du régime des travailleurs salariés. En d'autres termes, l'intéressé aura droit à une indemnité à charge du régime des travailleurs salariés, majorée, le cas échéant, d'une indemnité réduite à charge du régime des travailleurs indépendants.

## 2.2. Dispense de stage pour le droit à des indemnités à charge de l'assurance maternité des travailleurs salariés (art. 206/1 de l'A.R. du 03.07.1996)

Une dispense de stage est prévue pour l'assuré qui acquiert la qualité de titulaire au sens de l'article 86, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 au plus tard le trentième jour après avoir perdu la qualité de titulaire dans le régime des travailleurs indépendants et à condition que cet assuré ait accompli le stage d'attente prévu dans le régime des travailleurs indépendants ou en ait été dispensé.

Cette dispense de stage s'applique donc aux risques repos de maternité, congé de maternité converti, écartement du travail, congé de paternité ou de naissance, congé d'adoption et congé parental d'accueil.

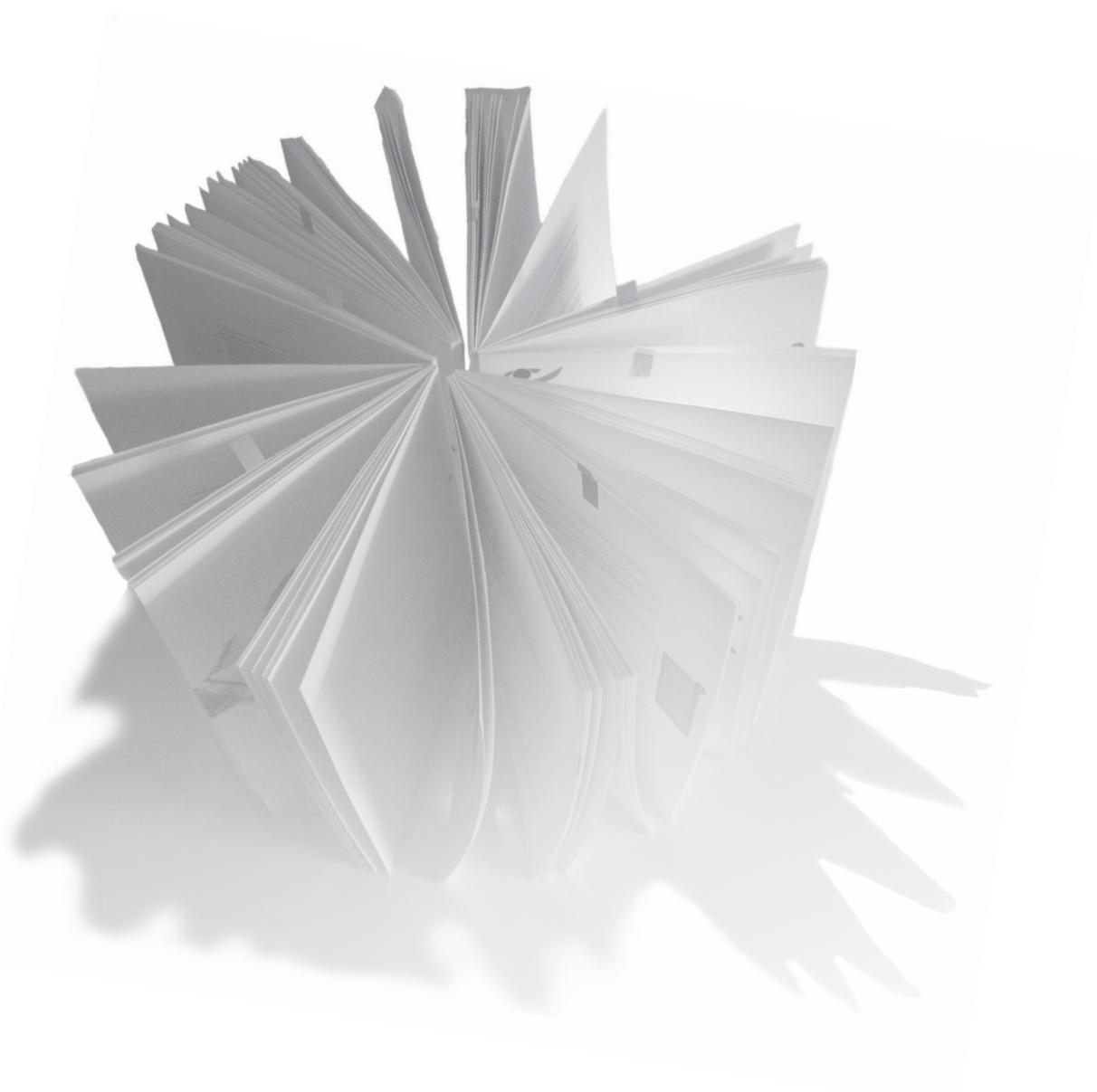


Circulaire O.A. n° 2023/23 – 480/13 du 1<sup>er</sup> février 2023.



# 5<sup>e</sup> Partie

## Données de base



## I. Maximum à facturer - Exercice 2023

En vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023.

### I. Fixation des montants de référence des revenus pour l'exercice 2023

#### a) calcul de l'indice corrigé

Moyenne des indices des prix 2022 :		123,03	
-----	=	-----	= 1,0959
Moyenne des indices des prix 2021 :		112,26	

#### b) plafonds de revenus pour l'exercice 2023

de	0,00	à	12.186,41
de	12.186,42	à	21.801,89
de	21.801,90	à	33.516,33
de	33.516,34	à	45.230,81
de	45.230,82	à	56.457,17
dès	56.457,18		

## II. Fixation des plafonds tickets modérateurs pour l'exercice 2023

### Général

Exercice 2021		487,08	703,56	1.082,40	1.515,36	1.948,32
Exercice 2022	250,00	506,79	732,03	1.126,20	1.576,68	2.027,16
Exercice 2023	250,00	506,79	732,03	1.126,20	1.576,68	2.027,16

### Réduction application maximum à facturer pour malades chroniques

Exercice 2021	108,24
Exercice 2022	112,62
Exercice 2023	112,62

### III. Conditions d'octroi maximum à facturer malades chroniques exercice 2023

Total des interventions personnelles pour les prestations effectuées au cours de la deuxième année civile et au cours de l'année civile précédant l'année en cours :

Exercice 2022	506,79
Exercice 2021	487,08



Circulaire O.A. n° 2023/5 – 3998/59 du 11 janvier 2023.

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

En vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023.

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

### Indexation des plafonds

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

À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2022	38.324,69	4.131,28
À partir du 1 <sup>er</sup> mars 2022	39.090,83	4.213,90
À partir du 1 <sup>er</sup> mai 2022	39.872,14	4.298,25
À partir du 1 <sup>er</sup> août 2022	40.668,62	4.383,98
À partir du 1 <sup>er</sup> novembre 2022	41.482,80	4.471,78
À partir du 1 <sup>er</sup> décembre 2022	42.312,15	4.561,31
<b>À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023</b>	<b>42.312,15</b>	<b>4.682,19</b>

Moyenne annuelle (montants en EUR)		
	Résidents	Personnes à charge
2000	25.453,71 (PM)	2.192,15
2001	26.091,74 (PM)	2.247,06
2002	26.788,76	2.307,14
2003	27.145,29	2.337,88
2004	27.505,18	2.368,85
2005	28.147,63	2.424,18
2006	28.616,46	2.464,56
2007	29.045,04	2.507,30
2008	30.219,96	2.654,70
2009	30.820,06	2.735,85
2010	31.025,71	2.807,26
2011	31.856,74	2.889,22
2012	32.709,91	3.018,84
2013	33.363,74	3.099,72
2014	33.363,74	3.140,77
2015	33.697,51	3.179,56
2016	34.428,04	3.305,54
2017	35.115,58	3.394,38
2018	35.640,25	3.490,68
2019	36.112,24	3.579,60
2020	36.714,87	3.682,55
2021	37.080,66	3.756,71
2022	40.020,69	4.314,18

 Circulaire O.A. n° 2023/6 – 270/94, 273/95, 274/96, 276/145, 2790/97, 2791/94, 2792/93, 3910/2057 et 83/5 du 11 janvier 2023.

### III. Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 19) à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023

En vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023.

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 17.291,03 et 3.201,04 EUR (à l'indice pivot 114,97 base 2004=100). Ces montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation et à l'évolution du bien-être de la même manière que pour les pensions.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2023 :

Montant maximum du montant annuel des revenus des bénéficiaires	
Titulaires	Personnes à charge
25.291,73 EUR	4.682,19 EUR



Circulaire O.A. n° 2023/7 – 3991/361 du 3 janvier 2023.

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

En vertu de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 en exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (art. 124, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> al. 1, modifié par l'art. 2 de l'A.R. du 29.12.1997 (M.B. 31.12.1997 éd.2)), ne peut plus être considérée comme personne à charge (au sens de l'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<sup>er</sup> septembre 2008 indexation*

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

*1<sup>er</sup> septembre 2010 indexation*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1<sup>er</sup> août 2022 indexation

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

1<sup>er</sup> novembre 2022 indexation

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

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

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

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

1 <sup>er</sup> trimestre 2017	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2017	2.419,97*2/3+2.468,37*1/3	2.436,10 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2018	2.468,37*2/3 + 2.517,74*1/3	2.484,83 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2018	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2020	2.517,74*2/3 + 2.568,10*1/3	2.534,53 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2021	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2021	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2021	2.568,10*2/3 + 2.619,46*1/3	2.585,22 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2021	2.619,46*3/3	2.619,46 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2022	2.671,85*2/3 + 2.725,28*1/3	2.689,66 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2022	2.725,28*1/3 + 2.779,79*2/3	2.761,62 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2022	2.779,79*1/3 + 2.835,39*2/3	2.816,86 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2022	2.835,39*1/3 + 2.892,09*1/3 + 2.949,93*1/3	2.892,47 EUR
<b>1<sup>er</sup> trimestre 2023</b>	<b>2949,93*3/3</b>	<b>2.949,93 EUR</b>



Circulaire O.A. n° 2023/80 – 248/85 du 23 mars 2023.



Comité de rédaction

Mme Caroline Marthus  
Mme Caroline Lekane  
Mme Charlotte Lefebre  
M. P.-A. Briffeuil  
Mme Nuray Özdemir  
Mme Espérance Nahimana  
Mme Jolanda Gashi  
Mme Laureline André

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726