

1^e Partie

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



1^{er} trimestre 2021

1. Loi		
Moniteur belge	Date	Titre
15.01.2021	24.12.2020	Loi portant confirmation des arrêtés royaux pris en application de la loi du 27 mars 2020 habilitant le Roi à prendre des mesures de lutte contre la propagation du coronavirus COVID-19 (II)

Résumé des modifications

Les arrêté royaux suivants sont confirmés :

- l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé
- l'arrêté royal n° 28 du 3 juin 2020 modifiant l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé
- 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
- l'arrêté royal n° 33 du 23 juin 2020 adaptant les ressources de l'assurance obligatoire soins de santé pour couvrir les dépenses spécifiques liées à la pandémie COVID-19
- l'arrêté royal n° 41 du 26 juin 2020 modifiant la loi du 23 mars 2020 modifiant la loi du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants et introduisant des mesures temporaires dans le cadre COVID-19 en faveur des travailleurs indépendants.

La loi apporte les modifications suivantes :

- dans l'article 72 de l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé, la première phrase est complétée par les mots "et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025".
- dans l'article 31 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, dans la première phrase, les mots "et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025" sont insérés entre les mots "par le Roi," et "même si".

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

Moniteur belge	Date	Titre
13.01.2021	28.12.2020	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 2 juin 1998 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour le matériel d'incontinence visé à l'article 34, 14° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal du 28 décembre 2020 modifiant l'arrêté royal du 2 juin 1998 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour le matériel d'incontinence visé à l'article 34, 14° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités exécute les modifications suivantes:

- la durée de validité des échelles de KATZ qui donnent lieu à l'octroi du forfait pour personnes dépendantes doit être écoulée
- le forfait pour personnes dépendantes peut également être octroyé sur la base d'une attestation
- l'accord du médecin-conseil concernant le forfait pour incontinence urinaire non traitable est valable pour une durée illimitée pour les bénéficiaires âgés de 75 ans et plus
- le forfait pour personnes dépendantes peut être octroyé dans les 12 mois suivant l'octroi du forfait pour incontinence urinaire non traitable, moyennant un calcul au *pro rata*
- le jour de référence pris en compte pour la condition relative au fait "d'être à domicile" est uniformisé pour les deux forfaits ;
- la mise en oeuvre de la condition "à domicile" est adaptée suite à la réforme de l'État ;
- l'interdiction de cumul avec d'autres prestations de la nomenclature est assouplie.
- les autres adaptations apportées par l'arrêté royal sont de nature formelle (p. ex. remplacement de "geneesheer" par "arts" en néerlandais).

Moniteur belge	Date	Titre
18.01.2021	10.01.2021	Arrêté royal modifiant l'article 223bis 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

La loi-programme du 20 décembre 2020 (M.B. 30.12.2020) a étendu le congé de paternité ou de naissance :

- à 15 jours à partir du 1^{er} janvier 2021 (pour les naissances ayant lieu à partir de cette date)
- à 20 jours à partir du 1^{er} janvier 2023 (pour les naissances ayant lieu à partir de cette date).

Le travailleur a droit à la rémunération à charge de son employeur pour les 3 premiers jours de congé de paternité ou de naissance (inchangé) et à une indemnité à charge du secteur des indemnités :

- pour les 12 jours suivants si la naissance a lieu à partir du 1^{er} janvier 2021
- pour les 17 jours suivants si la naissance a lieu à partir du 1^{er} janvier 2023.

Le nombre de jours à charge du secteur des indemnités visé à l'article 223*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, au-delà des trois premiers jours rémunérés par l'employeur, est adapté via l'arrêté royal du 10 janvier 2021 en fonction du nombre de jours de congé de paternité ou de naissance supplémentaires prévus dans le cadre du droit du travail (en fonction de la date à laquelle a lieu la naissance).

Moniteur belge	Date	Titre
18.01.2021	12.01.2021	Arrêté royal modifiant l'article 214 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal insère le montant de base de l'indemnité minimale d'incapacité de travail pour un titulaire "travailleur régulier" avec personne à charge (43,4679 EUR) et le montant de base de l'indemnité minimale d'incapacité de travail pour un titulaire "travailleur régulier" isolé (34,7853 EUR).

Cet arrêté royal exécute la mesure de l'accord du gouvernement concernant le découplage du montant de l'indemnité minimale "travailleur régulier" pour un titulaire avec personne à charge et pour un titulaire isolé du montant minimum garanti de la pension de retraite applicable pour un travailleur salarié avec une carrière complète, évalué en jours ouvrables.

Moniteur belge	Date	Titre
26.01.2021 – Édition 2	17.01.2021	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne l'octroi d'un montant journalier minimum durant les six premiers mois d'incapacité primaire, 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 l'octroi d'une indemnité minimale durant les six premiers mois d'ncapacité primaire.

- Règle générale : durant les six premiers mois d'incapacité primaire, l'assuré reçoit en principe au moins le montant forfaitaire de 49,6804 EUR (= 49,68 EUR), sans distinction, selon le cas, de la situation familiale ou la qualité de "travailleur régulier" ou "travailleur non-régulier". Ce montant de 49,6804 EUR est égal au montant actuel de l'indemnité minimale "travailleur régulier" pour un titulaire isolé.
- Limitation du montant minimum garanti : afin d'éviter que, durant les six premiers mois d'incapacité primaire, le montant de l'indemnité d'incapacité primaire soit plus élevé que la rémunération perdue de l'intéressé vu la garantie de 49,68 EUR, il est prévu une limitation éventuelle du montant de l'indemnité minimale à la rémunération perdue.

- Une entrée en vigueur de la mesure par étapes est d'application :
 - => un octroi de l'indemnité minimale à partir du premier jour du cinquième mois d'incapacité primaire à partir du 1^{er} janvier 2021 ;
 - => un octroi de l'indemnité minimale à partir du premier jour du quatrième mois d'incapacité primaire à partir du 1^{er} janvier 2022 ;
 - => un octroi de l'indemnité minimale à partir du premier jour du troisième mois d'incapacité primaire à partir du 1^{er} janvier 2023 ;
 - => un octroi de l'indemnité minimale à partir du premier jour d'incapacité primaire à partir du 1^{er} janvier 2024.
 - => l'anticipation (progressive) de l'octroi de l'indemnité minimale est toujours applicable, à partir du 1^{er} janvier de l'année civile concernée, à tous les assurés (indépendamment de la date de début précise de l'incapacité de travail) qui sont reconnus en incapacité primaire plus longtemps que quatre mois (2021), trois mois (2022) ou deux mois (2023).
 - => à partir du 1^{er} janvier 2024, l'indemnité minimale est garantie à partir du premier jour de l'incapacité primaire et donc aussi aux assurés qui ne sont pas encore reconnus durant deux mois en incapacité primaire à ce moment.
- Refus de l'octroi de l'indemnité minimale : l'octroi de l'indemnité minimale est évidemment refusé durant la période couverte par le salaire garanti. En outre, il est explicitement prévu que l'octroi de l'indemnité minimale soit refusé si le travailleur peut prétendre au complément sur la base de la convention collective de travail n° 12*bis* ou la convention collective de travail n° 13*bis*.

Moniteur belge	Date	Titre
12.02.2021 – Édition 1	26.01.2021	Arrêté royal portant exécution de l'article 37, § 16 <i>bis</i> , alinéa 1 ^{er} , 3 ^o , et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les oxyconcentrateurs pour l'oxygénothérapie pendant la crise du COVID-19

Résumé des modifications

L'arrêté royal détermine les conditions auxquelles les patients tels que définis à la section 6 du chapitre 2 de la partie I de la liste annexée à l'arrêté royal du 24 octobre 2002 obtiennent une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans le coût des oxyconcentrateurs figurant sur la liste reprise en annexe de l'arrêté royal du 26 janvier 2021.

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

Moniteur belge	Date	Titre
09.02.2021 – Édition 2	20.01.2021	Arrêté royal modifiant l'article 31 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal complète l'article 31, II., de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, par un alinéa rédigé comme suit :

“Pour les bénéficiaires âgés de moins de 7 ans, lorsque l'intention est de passer à un appareil à ancrage osseux mais que cela n'est pas encore médicalement possible, un appareillage doté d'un audio-processeur adapté à l'ancrage osseux doit être considéré comme un appareillage avec ancrage osseux. Ces bénéficiaires ont donc droit à une intervention de l'assurance pour un appareillage en conduction aérienne et à une intervention complémentaire de l'assurance par appareillage en conduction osseuse avec ancrage osseux. Le médecin prescripteur, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, consigne dans le dossier médical du bénéficiaire que l'ancrage osseux est temporairement impossible du point de vue médical. Ces informations peuvent être demandées par le médecin-conseil et/ou le Service d'évaluation et de contrôle médical de l'Institut national d'assurance maladie et invalidité.”.

Moniteur belge	Date	Titre
19.02.2021	10.01.2021	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 :

- les mots “geneesheer” et “geneesheren” sont remplacés par les mots “arts” et “artsen” dans le texte en néerlandais
- au § 2, l'alinéa 1^{er} est remplacé par : “Les prestations suivantes ne sont remboursées que si elles ont été prescrites par le praticien ayant le patient en traitement, soit par un médecin dans le cadre de la médecine générale ou spécialisée, soit par un dentiste dans le cadre des soins dentaires, soit par un autre praticien dans la limite de ses compétences.”

Moniteur belge	Date	Titre
15.03.2021	22.02.2021	Arrêté royal modifiant l'article 32 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
02.04.2021	22.02.2021	Arrêté royal modifiant l'article 32 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. - Corrigendum

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- dans le texte néerlandais le mot “geneesheer” est à chaque fois remplacé par le mot “arts”
- dans le texte néerlandais le mot “geneesheer-specialist” est à chaque fois remplacé par le mot “arts-specialist”
- dans le texte néerlandais le mot “prestatie” est à chaque fois remplacé par le mot “verstrekking”
- dans le texte néerlandais le mot “prestaties” est à chaque fois remplacé par le mot “verstrekkingen”
- dans le texte néerlandais le mot “afnamen” est à chaque fois remplacé par le mot “afnames”
- dans l'intitulé de la section 1 du chapitre VII les mots “Anatomo-pathologie” sont remplacés par les mots “Anatomie Pathologique”
- au paragraphe 1^{er}, les modifications suivantes sont apportées :
 - => le “a) Examens histologiques :” est remplacé
 - => le “b. examens cytologiques :” est remplacé
- au paragraphe 2, dans le texte néerlandais, les mots “door een geneesheer die is erkend als specialist voor pathologische anatomie” sont remplacés par les mots “door een arts die is erkend als specialist in de pathologische anatomie”;
- au paragraphe 2*bis*, les modifications suivantes sont apportées :
 - => les mots “ou 588291-588302” sont remplacés par les mots “588291-588302 ou 587112-587123”;
 - => le mot “histopathologiques” est abrogé;
- au paragraphe 3, les mots “élaborés par les unions professionnelles et sociétés scientifiques d'anatomie pathologique” sont remplacés par les mots “fixés par l'arrêté royal du 5 décembre 2011 relatif à l'agrément des laboratoires d'anatomie pathologique par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions”
- au paragraphe 3*bis*, les modifications suivantes sont apportées :
 - => les mots “que élaborés par les unions professionnelles et sociétés scientifiques d'anatomie pathologique” sont remplacés par les mots “fixés par l'arrêté royal du 5 décembre 2011 relatif à l'agrément des laboratoires d'anatomie pathologique par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions”;

=> Les mots “par les pharmaciens susvisés” sont remplacés par les mots “par les pharmaciens mentionnés sous § 3*bis*.”;

- au paragraphe 4, les mots “588291 - 588302, 588394 - 588405 et 588416 - 588420, qui sont portées en compte par un spécialiste en anatomie pathologique accrédité” sont remplacés par les mots “588291-588302, 587112-587123, 588394-588405 et 588416-588420, qui sont portées en compte par un médecin spécialiste en anatomie pathologique accrédité”
- le paragraphe 5 est remplacé
- dans le texte néerlandais, le paragraphe 7 est remplacé par : “§ 7. Voor elk anatomo-pathologisch onderzoek moet een verslag worden opgemaakt.”
- des modifications sont apportées au paragraphe 8
- au paragraphe 10, c), Les mots “l’Institut scientifique de santé publique.” sont remplacés par le mot “Sciensano”
- le paragraphe 11 est remplacé par “§ 11. Lorsque la qualité de la lame ne permet pas un examen cytologique correct, les prestations 589853-589864 et 588895-588906 ne peuvent être portées en compte une deuxième fois, ni à l’assurance obligatoire soins de santé, ni à la patiente.”.

Moniteur belge	Date	Titre
17.03.2021	22.02.2021	Arrêté royal modifiant les articles 18, § 2, B., e), et 24, § 1 ^{er} , de l’annexe à l’arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d’assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L’arrêté royal apporte les modifications suivantes à l’article 18, § 2, B., e), dans la rubrique 2/CHIMIE : HORMONOLOGIE, sous l’intitulé 1/Sang :

- le libellé de la prestation 434490-434501 est remplacé
- dans le libellé en néerlandais de la prestation 434512-434523 les mots “1.25-dihydroxy vitamine D” sont remplacés par les mots “1,25-dihydroxyvitamine D”.

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

- dans la rubrique 2/CHIMIE : HORMONOLOGIE, sous l’intitulé 1/Sang
 - => le libellé de la prestation 559311-559322 est remplacé ;
 - => dans le libellé en néerlandais de la prestation 559333-559344 les mots “1,25-dihydroxy vitamine D” sont remplacés par les mots “1,25-dihydroxyvitamine D” ;
- dans la rubrique Règles diagnostiques, la règle diagnostique suivante est ajoutée : “155 Une seule des prestations 434490-434501 et 559311-559322 peut être portée en compte une fois par année civile à l’AMI sauf en cas d’insuffisance rénale chronique de stade IIIb, de dialyse rénale, de malabsorption documentée (maladie inflammatoire chronique de l’intestin, maladie coeliaque, après chirurgie bariatrique, mucoviscidose) ou après transplantation rénale où les prestations peuvent être portées en compte 3 fois par année civile.”.

Moniteur belge	Date	Titre
26.03.2021 – Édition 1	18.03.2021	Arrêté royal modifiant les articles 18, § 2, B., e), et 24, § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 18, § 2, B., e), dans la rubrique 1/CHIMIE, sous l'intitulé 1/Sang :

- le libellé de la prestation 433053-433064 est complété par les mots "(Règle diagnostique 156)"
- la prestation 433075-433086 est abrogée
- le libellé de la prestation 433134-433145 est complété par les mots "(Règle diagnostique 156)".

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

- dans le texte néerlandais les mots "niet isotopen-methode" sont à chaque fois remplacés par le mot "niet-isotopenmethode"
- dans la rubrique 1/CHIMIE, sous l'intitulé 1/Sang :
 - => le libellé de la prestation 541391-541402 est complété par les mots "(Règle diagnostique 156)";
 - => le libellé de la prestation 541435-541446 est complété par les mots "(Règle diagnostique 156)";
 - => la prestation 541450-541461 est abrogée ;
- dans la rubrique Règles de cumul, la règle de cumul 304 est abrogée
- dans la rubrique Règles diagnostiques, la règle diagnostique suivante est ajoutée : "156
Une seule des prestations 433053-433064, 433143-433145, 541435-541446 et 541391-541402 peut être portée en compte une fois par année civile."

Moniteur belge	Date	Titre
31.03.2021 – Édition 1	03.03.2021	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 la modification suivante :

- à l'article 7 de l'annexe, le § 14, 5^o, A., h), 2^e et 3^e alinéas sont remplacés par : "Ces prestations sont prescrites par le médecin spécialiste traitant."

Moniteur belge	Date	Titre
31.03.2021 – Édition 1	22.03.2021	Arrêté royal modifiant l'article 32, § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal du 22 février 2021 modifiant l'article 32 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 abroge la prestation 589875-589886 et les règles d'application qui la suivent. Cependant, cette mesure porte un désavantage grave aux médecins spécialistes en anatomie pathologique et à leurs patients. Dès lors l'article 32, § 1^{er}, a) est complété par ce qui suit :

“589875-589886

Honoraires pour la mise à la disposition de tissu tumoral représentatif pour un examen de biologie moléculaire effectué dans le cadre de la prescription de médication spécifique de la tumeur chez des patients oncologiques.....B 2000

La mise à disposition de tissu tumoral représentatif exige la révision des coupes microscopiques existantes, la mise en corrélation avec le matériel restant, la sélection et la préparation de tissu représentatif à partir du matériel restant.

La prestation 589875 - 589886 ne peut être effectuée et portée en compte que par un médecin spécialiste en anatomie pathologique sur base d'une décision prise lors d'une concertation oncologique multidisciplinaire au sujet du patient à traiter. Les résultats du test doivent être ajoutés au rapport d'anatomie pathologique.

Les prestations 589875 - 589886 et 588976 - 588980 ne sont pas cumulables entre-elles.”.

4. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
07.01.2021 – Édition 1	28.12.2020	Arrêté royal abrogeant certaines mesures temporaires de l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé, et 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 apporte les modifications suivantes à l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé:

- l'article 1^{er} est abrogé sauf pour ce qui concerne les délais visés à l'article 174 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et les délais relatifs aux procédures impliquant la Commission de remboursement des médicaments ou la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs
- l'article 1^{er} est abrogé en ce qui concerne les délais visés à l'article 174 de la loi précitée

- l'article 1^{er} est abrogé pour ce qui concerne les délais relatifs aux procédures impliquant la Commission de remboursement des médicaments ou la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs.

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à 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 :

- l'article 25 en ce qu'il renvoie à l'annexe 21 à cet arrêté est abrogé, à l'exception des points 1.a. et 1.b. de cette annexe
- l'article 25 en ce qu'il renvoie au point 1.a. de l'annexe 21 à cet arrêté est abrogé.

Moniteur belge	Date	Titre
15.01.2021 – Édition 1	28.12.2020	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 décembre 1963 fixant la composition des commissions chargées de négocier et de conclure les conventions nationales dans le cadre de l'assurance-soins de santé

Résumé des modifications

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

- les points a) et b) sont remplacés par ce qui suit : "a) 8 membres effectifs et de 8 membres suppléants, désignés par les organisations professionnelles représentatives des pharmaciens et par celles des pharmaciens hospitaliers répartis comme suit :
 1. cinq membres effectifs désignés par l'Association pharmaceutique belge;
 2. deux membres effectifs désignés par l'Office des pharmaciens coopératives de Belgique;
 3. un membre effectif désigné par l'Association belge des pharmaciens hospitaliers ;
 4. huit membres suppléants désignés par l'Association pharmaceutique belge, l'Office des Pharmaciens coopératives de Belgique et l'association belge des pharmaciens hospitaliers ."
- le point c) devient le point b).

Moniteur belge	Date	Titre
18.01.2021	12.01.2021	Arrêté royal modifiant l'article 9 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

Cet arrêté royal exécute la mesure de l'accord du gouvernement concernant le découplage du montant de l'indemnité d'incapacité primaire (et de l'indemnité d'invalidité "sans cessation de l'activité") pour un titulaire avec personne à charge et pour un titulaire isolé du montant converti en jours ouvrables de la pension de retraite minimum garantie applicable pour un travailleur indépendant avec une carrière complète.

Etant donné ce découplage, il faut reprendre le montant de base de l'indemnité d'incapacité primaire (et de l'indemnité d'invalidité "sans cessation de l'activité") pour un titulaire avec personne à charge et pour un titulaire isolé dans la réglementation même de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants :

- titulaire avec personne à charge : 43,4679 EUR (montant indexé: 62,0809 EUR)
- titulaire isolé : 34,7853 EUR (montant indexé: 49,6804 EUR).

Moniteur belge	Date	Titre
21.01.2021	17.12.2020	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^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021, le prix de la journée d'entretien visé au § 1^{er} est fixé à 553,45 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
22.01.2021	05.01.2021	Arrêté royal octroyant une dotation à l'INAMI pour l'année 2020 dans le cadre de la lutte contre le virus COVID-19

Résumé des modifications

Une dotation de 1.242.009.000 EUR est allouée à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, pour l'année 2020 et est destinée à financer les dépenses de l'INAMI dans le cadre de la lutte contre le virus Covid-19.

Moniteur belge	Date	Titre
28.01.2021 – Édition 2	14.01.2021	Arrêté royal suspendant temporairement, suite à la pandémie de COVID-19, l'application de la condition selon laquelle la période d'incapacité de travail dans l'assurance indemnités en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants peut débuter, au plus tôt, à la date de signature du certificat d'incapacité de travail

Résumé des modifications

Cet arrêté royal prolonge la suspension de l'application de la mesure selon laquelle le médecin-conseil ne peut reconnaître l'incapacité de travail lors d'une première déclaration, qu'au plus tôt, à partir de la date de signature du certificat médical par le médecin traitant pour chaque période d'incapacité de travail qui débute durant la période du 1^{er} janvier 2021 au 31 mars 2021 inclus.

Moniteur belge	Date	Titre
04.02.2021	20.01.2021	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 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 2020."

Moniteur belge	Date	Titre
05.02.2021 – Édition 2	14.01.2021	Arrêté royal fixant le montant à charge des frais d'administration de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité destiné au financement du Fonds des accidents médicaux en 2016, 2017 et 2018

Résumé des modifications

Le montant à charge des frais d'administration de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité destiné au financement du Fonds des accidents médicaux est fixé à 10.109.604,51 EUR en 2016, 12.778.034,44 EUR en 2017 et 10.450.158,07 EUR en 2018.

Moniteur belge	Date	Titre
09.02.2021 – Édition 2	20.01.2021	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des bandagistes et orthopédistes

Résumé des modifications

L'arrêté royal fixe le montant et les conditions de l'intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des bandagistes et orthopédistes.

Moniteur belge	Date	Titre
12.02.2021 – Édition 1	26.01.2021	Arrêté royal 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 dans des circonstances exceptionnelles ou des situations de force majeure

Résumé des modifications

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, il est nécessaire de pouvoir mettre en oeuvre des modifications de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables immédiatement ou dans un délai particulièrement court afin de continuer à garantir la continuité des soins des patients, en tenant compte des indisponibilités actuelles des spécialités pharmaceutiques, ou afin de garantir l'accès aux thérapies essentielles dans la lutte contre la pandémie de COVID-19. Dès lors, dans des circonstances exceptionnelles ou des situations de force majeure déterminées par le Conseil des ministres, le Ministre peut modifier temporairement la liste des spécialités remboursables, sur proposition du service, et après l'avis de la Commission, lorsque le Ministre constate que les bénéficiaires sont privés de l'intervention de l'assurance pour des moyens thérapeutiques valables.

Moniteur belge	Date	Titre
12.02.2021 – Édition 1	31.01.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 février 2007 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des médecins

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- dans l'article 3, § 4, les mots "Pour l'année 2019" sont remplacés par les mots "Pour les années 2019 et 2020"

- dans l'article 5, § 1^{er}, 1^o, les mots "et en ce qui concerne l'année 2019" sont remplacés par les mots "et en ce qui concerne les années 2019 et 2020".

Moniteur belge	Date	Titre
05.03.2021 – Edition 1	09.02.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 novembre 1996 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'alimentation entérale par sonde à domicile

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- dans l'article 1^{er}, C et dans l'Annexe, C, les mots "un déficit nutritionnel" sont remplacés par les mots "une dénutrition"
- dans la version néerlandaise du même arrêté, l'article 1^{er}, C et l'Annexe, C, les mots "ernstige aandoening die een ondervoeding" sont remplacés par les mots "aandoening die een ernstige ondervoeding"
- dans l'article 2/1, le premier alinéa est remplacé
- l'intitulé de l'annexe "Annexe" est remplacé par ce qui suit : "Annexe I"
- il est inséré une Annexe II
- les autorisations qui sont accordées par le médecin conseil avant l'entrée en vigueur du présent arrêté restent valables durant la période de validité de ces autorisations.

Moniteur belge	Date	Titre
17.03.2021	24.02.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 août 2012 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- dans l'article 3, les paragraphes 2 et 3 sont remplacés par ce qui suit :
"Art. 3. § 2. Pour les années 2020 à 2023 incluse, le montant de base visé à l'article 3 § 1, 1^o, est fixé à 8000,00 EUR par organisation professionnelle représentative et le montant complémentaire visé au § 1^{er}, 2^o, est fixé à 88,83 EUR par vote valable émis.

En aucun cas, ces montants cumulés ne peuvent dépasser un montant de 442.150,53 EUR sur base annuelle.

§ 3. Pour les années 2021 à 2023 incluse, les montants visés au § 2 sont adaptés à l'indice des prix à la consommation en vigueur au 1^{er} mars de l'année concernée."

Moniteur belge	Date	Titre
19.03.2021 – Édition 1	09.03.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- dans l'article 5, le paragraphe 1, dernier alinéa, est complété par les mots “- il s'agit d'une spécialité pour laquelle le ou les principes actifs sont considérés comme complexes, conformément au § 1, alinéa 3 et 4 de l'article 35^{ter} de la Loi.”
- dans l'article 8, les modifications suivantes sont apportées :
 - => dans le paragraphe 3, l'alinéa 2 est remplacé
 - => dans le paragraphe 3, alinéa 6, les mots “alinéas 49 à 54” sont remplacés par les mots “alinéas 70 à 77”;
 - => dans le paragraphe 3, alinéa 9, les mots “de l'alinéa 56” sont remplacés par les mots “de l'alinéa 78”;
 - => dans le paragraphe 3, alinéa 10, les mots “alinéas 49 à 54” sont remplacés par les mots “alinéas 70 à 77”;
 - => dans le paragraphe 3, alinéa 13, les mots “l'alinéa 56” sont remplacés par les mots “l'alinéa 78”;
 - => dans le paragraphe 3, alinéa 14, la dernière phrase est remplacée par la phrase suivante “Lorsque, plus tard, l'inscription d'une spécialité pharmaceutique classée en classe 3, sous-classe 3A ou 3B, implique que la spécialité n'appartient plus à la sous-classe 3C les pourcentages de baisse visés à l'article 8, § 3, 3^e alinéa et à l'article 8, § 3, 7^e alinéa sont appliqués de plein droit, sauf pour les spécialités pour lesquelles le ou les principes actifs sont considérés comme complexes, conformément au § 1, alinéa 3 et 4 de l'article 35^{ter} de la Loi. »;
 - => dans le paragraphe 4, alinéa 4, les mots “alinéas 49 à 54” sont remplacés par les mots “alinéas 70 à 77”;
 - => dans le paragraphe 4, alinéa 5, les mots “alinéas 49 à 54” sont remplacés par les mots “alinéas 70 à 77”.
- dans l'article 79, les modifications suivantes sont apportées :
 - => dans le paragraphe 1, l'alinéa 1 est remplacé ;
 - => dans le paragraphe 1, alinéa 2, 1^o) a) les mots “alinéa 1 ou 2” sont chaque fois remplacés par les mots “alinéa 1, 2 ou 3” ;
 - => dans le paragraphe 1, alinéa 2, 2^o) a), les mots “alinéa 1 ou 2” sont remplacés par les mots “alinéa 1, 2 ou 3” ;
 - => dans le paragraphe 2, alinéa 1, les mots “l'article 35^{ter}, § 1^{er}, alinéa 5” sont remplacés par les mots “l'article 35^{ter}, § 1^{bis}, alinéa 1” ;
 - => dans le paragraphe 2, alinéa 2, a), les mots “alinéa 1 ou 2” sont remplacés par les mots “alinéa 1, 2 ou 3”.
- dans l'article 80, les modifications suivantes sont apportées :
 - => dans le paragraphe 1, alinéa 1^{er}, les mots “alinéas 49 à 54” sont remplacés par les mots “alinéas 70 à 77”;
 - => dans le paragraphe 5, alinéa 1^{er}, les mots “alinéas 49 à 54” sont remplacés par les mots “alinéas 70 à 77”.

- dans l'article 126, § 4, les modifications suivantes sont apportées :
 - => l'alinéa 5 est abrogé ;
 - => dans l'alinéa 6 ancien, devenant l'alinéa 5, les mots "à l'alinéa 2" sont remplacés par les mots "aux alinéas 2 et 3";
 - => dans l'alinéa 7 ancien, devenant l'alinéa 6, les mots "à l'alinéa 2" sont remplacés par les mots "aux alinéas 2 et 3" et les mots "à l'alinéa 9" sont remplacés par les mots "à l'alinéa 7";
 - => l'alinéa 8 ancien est abrogé.
 - => l'alinéa 9 ancien, devenant l'alinéa 7, est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
24.03.2021 – Édition 2	11.03.2021	Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1 ^{er} , 1 ^o , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour l'intervention dans le coût d'un traitement par hadronthérapie

Résumé des modifications

L'arrêté royal fixe les conditions dans lesquelles les conventions peuvent être conclues en vue de bénéficier de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le traitement par hadronthérapie.

5. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
21.01.2021 – Édition 2	18.01.2021	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
16.02.2021	18.01.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. - Erratum
10.03.2021	18.01.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. - Erratum

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
18.02.2021	11.02.2021	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
26.02.2021 – Édition 1	15.02.2021	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications aux chapitres I et IV de l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
19.03.2021 – Édition 1	11.03.2021	6 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
19.04.2021	11.03.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. - Erratum

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
26.03.2021 – Édition 1	19.03.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
26.04.2021	19.03.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. - Erratum

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
26.03.2021 – Édition 1	22.03.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
19.04.2021	22.03.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. - Erratum

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
18.02.2021	15.02.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques
10.03.2021	15.02.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques. - Erratum

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
08.03.2021	19.02.2021	Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 30 septembre 2020 fixant l'intervention complémentaire de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés, cancéreux et dans le cadre de la rééducation fonctionnelle en cas de transport en ambulance en raison de mesures sanitaires prises dans le cadre de la pandémie COVID-19

Résumé des modifications

L'intervention peut être demandée jusqu'au 31 mars 2021 inclus pour les voyages effectués entre le 1^{er} mars 2020 et le 30 novembre 2020.

Moniteur belge	Date	Titre
16.03.2021 – Édition 2	10.03.2021	Arrêté ministériel portant exécution de l'article 5, § 4, alinéa 1 ^{er} , de l'arrêté royal du 30 septembre 2020 fixant une intervention financière temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé dans les coûts des mesures de protection spécifiques et du matériel, dans le cadre de la pandémie COVID-19

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel fixe les règles relatives à l'introduction de la demande d'intervention financière visée à l'article 5, § 4, alinéa 1^{er} de l'arrêté royal du 30 septembre 2020 fixant une intervention financière temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé dans les coûts des mesures de protection spécifiques et du matériel, dans le cadre de la pandémie COVID-19.

6. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
17.02.2021	25.01.2021	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Le règlement remplace l'annexe 13.

Moniteur belge	Date	Titre
24.02.2021 – Édition 1	20.01.2021	Règlement modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, § 1 ^{er} , 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Le règlement adapte le règlement des indemnités du 16 avril 1997 à la suite de l'extension du congé de paternité ou de naissance de 10 jours :

- à 15 jours à partir du 1^{er} janvier 2021 (pour les naissances ayant lieu à partir de cette date)
- à 20 jours à partir du 1^{er} janvier 2023 (pour les naissances ayant lieu à partir de cette date).

7. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge

20.01.2021

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 29, § 1^{er}, de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 37

Question

En cas de renouvellement anticipé de chaussures orthopédiques en raison d'un changement anatomique unilatéral (voir art. 29, § 7bis), la chaussure du pied inchangé peut-elle également être renouvelée et remboursée ?

Réponse

Oui, en cas de renouvellement anticipé de chaussures orthopédiques des catégories A et B, en raison d'un changement anatomique, une paire de chaussures peut être renouvelée. La deuxième chaussure de la paire doit être demandée sous le même numéro de nomenclature que la délivrance précédente.

La présente règle interprétative produit ses effets au 1^{er} avril 1995.

Moniteur belge

26.02.2021 – Édition 1

Règle interprétative pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques à base de fulvestrant

Question :

Dans quelle mesure une spécialité pharmaceutique à base de fulvestrant peut-elle être remboursée pour le traitement d'un cancer du sein, localement avancé ou métastatique à récepteur hormonal positif et HER2-négatif, s'il s'agit d'un traitement de combinaison avec KISQALI ?

Réponse :

Si un patient bénéficie du remboursement pour KISQALI et les conditions de remboursement de § 9350300 (le traitement des femmes présentant un cancer du sein symptomatique, localement avancé ou métastatique à récepteur hormonal positif et HER2-négatif, ayant reçu antérieurement un traitement hormonal en adjuvant et présentant une rechute au-delà de 12 mois après la fin de leur traitement en adjuvant) sont remplies ou les conditions de remboursement de § 9350400 (le traitement des femmes présentant lors d'un diagnostic initial (de novo) un cancer du sein symptomatique, localement avancé ou métastatique à récepteur hormonal positif et HER2-négatif) sont remplies, la spécialité à base de fulvestrant est remboursable sans autorisation préalable, même si certains des critères des conditions de remboursement de la spécialité à base de fulvestrant ne sont pas remplis et ceci pour une période égale à la durée de l'autorisation de remboursement de KISQALI, et pour autant que la délivrance de la spécialité à base de fulvestrant soit exécutée par le pharmacien hospitalier qui exécute la délivrance de KISQALI.

La règle interprétative précitée prend effet le 1^{er} mars 2021.

Moniteur belge

26.02.2021 – Édition 1

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 YescartaR dans le cadre du traitement dans l'indication DLBCL et de l'indication PMBCL ?

Réponse :

Si un patient bénéficie du remboursement d'un traitement par la spécialité pharmaceutique YescartaR, 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 axicabtagene ciloleucel, conformément au résumé des caractéristiques du produit (RCP) de tisage axicabtagene ciloleucel 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 YescartaR.

La règle interprétative précitée prend ses effets le 1^{er} mars 2021.

Moniteur belge

26.03.2021 – Édition 1

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 29, § 1^{er}, de la nomenclature des prestations de santé

REGLE INTERPRETATIVE 38

Question

Que couvre le mot "cosmétique" dans la phrase du § 13, G. Entretien et réparations, "le prix de base sur lequel est calculé le montant total de l'entretien annuel est le prix de remboursement total de la prothèse, y compris les accessoires remboursés, mais sans les prestations annuelles (gainés de moignon, cosmétique, liner)" ?

Réponse

Le mot "cosmétique" couvre aussi: le coating ou la gaine cosmétique en PVC ou silicone. Ceux-ci ne sont pas inclus dans le calcul du montant total de la prothèse. L'un d'entre eux peut donc être facturé séparément lors d'une réparation et entretien.

La présente règle interprétative produit ses effets au 1^{er} septembre 2004.

Moniteur belge

31.03.2021 – Édition 1

Règle interprétative pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques ayant le bevacizumab comme principe actif.

Question :

Dans quelle mesure une spécialité pharmaceutique à base de bevacizumab peut-elle être remboursée dans le traitement des bénéficiaires adultes atteints d'un carcinome hépatocellulaire (CHC) avancé ou non résécable n'ayant pas reçu de traitement systémique antérieur et ceci si administrée en association avec TecentriqR (atezolizumab) 1200 mg ?

Réponse :

Si un patient bénéficie du remboursement pour TecentriqR 1200 mg et les conditions de remboursement de § 9120000 (le traitement des bénéficiaires adultes atteints d'un carcinome hépatocellulaire (CHC) avancé ou non résécable n'ayant pas reçu de traitement systémique antérieur, en association avec bevacizumab) sont remplies, la spécialité à base de bevacizumab est remboursable sans autorisation préalable, même si certains des critères des conditions de remboursement de la spécialité à base de bevacizumab ne sont pas remplis et ceci pour une période égale à la durée de l'autorisation de remboursement de TecentriqR 1200 mg, et pour autant que la délivrance de la spécialité à base de bevacizumab soit exécutée par le pharmacien hospitalier qui exécute la délivrance de TecentriqR 1200 mg.

La règle interprétative précitée prend effet le 1^{er} avril 2021.

Moniteur belge

31.03.2021 – Édition 1

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

Question :

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

Réponse :

Si un patient bénéficie du remboursement pour TecentriqR 840mg et les conditions de remboursement de § 10320000 (le traitement des bénéficiaires adultes atteints d'un cancer du sein triple négatif localement avancé non résécable ou métastatique, dont les tumeurs présentent une expression de PD-L1 ≥ 1 % et n'ayant pas précédemment reçu de chimiothérapie en situation métastatique, en association avec nab-paclitaxel) sont remplies, la spécialité à base de nab-paclitaxel est remboursable sans autorisation préalable, même si certains des critères des conditions de remboursement de la spécialité à base de nab-paclitaxel ne sont pas remplis et ceci pour une période égale à la durée de l'autorisation de remboursement de TecentriqR 840mg, et pour autant que la délivrance de la spécialité à base de nab-paclitaxel soit exécutée par le pharmacien hospitalier qui exécute la délivrance de TecentriqR 840mg.

La règle interprétative précitée prend effet le 1^{er} avril 2021.

Moniteur belge

31.03.2021 – Édition 1

Règle interprétative pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques ayant le bevacizumab comme principe actif.

Question :

A partir du 1^{er} mars 2021, dans quelle situation une spécialité pharmaceutique ayant le bevacizumab comme principe actif, peut-elle être remboursée dans le cadre du traitement de bénéficiaires adultes atteints d'un cancer épithélial de l'ovaire, des trompes de Fallope ou péritonéal primitif récidivant résistant au platine, n'ayant pas reçu plus de deux lignes de chimiothérapie antérieurement et n'ayant pas été préalablement traitées par bevacizumab ou d'autres inhibiteurs du VEGF ou d'autres agents ciblant le récepteur du VEGF lorsque la spécialité est administrée en association au paclitaxel jusqu'à progression de la maladie ou toxicité inacceptable?

Réponse :

Sur base d'une demande de remboursement électronique introduite par le médecin spécialiste responsable du traitement et qui est agréé en oncologie médicale ou possède une compétence particulière en oncologie, identifié et authentifié par la plateforme e-Health pour le § 6830400, ce patient peut bénéficier du remboursement du bevacizumab pour autant qu'il disposait au 28 février 2021 d'une autorisation de remboursement en cours de validité pour le § 6830300.

La règle interprétative précitée produit ses effets le 1^{er} mars 2021.

9. Avis et protocole

Moniteur belge	Date	Titre
21.01.2021	15.01.2021	Avenant à la Convention nationale du 12 décembre 2019 entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs (Hôp/2020).

Résumé des modifications

L'avenant apporte les modifications suivantes :

- la prestation 220253 - 220264 Cure chirurgicale de phlegmon profond est supprimée dans la partie "Groupe 6" de la liste nominative des prestations qui figure à l'annexe I à la Convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs du 12 décembre 2019
- un article 14^{bis} est ajouté comme suit : "Le budget libéré par la suppression de la prestation 220253-220264 de la liste du 'Groupe 6' à partir du 1^{er} janvier 2021 sera utilisé pour augmenter temporairement les montants forfaitaires alloués aux/à la nouvelle(s) prestation(s) ajoutée(s) aux listes de la convention au plus tard le 1^{er} juillet 2021, afin d'encourager la réalisation de celle(s)-ci en hospitalisation de jour. Le budget pour l'augmentation temporaire des montants forfaitaires pour les/la nouvelle(s) prestation(s) sera calculé au *pro rata* de la période pendant laquelle le budget pour la suppression de la prestation 220253-220264 n'a pas été compensé par l'ajout de/d'une nouvelle(s) prestation(s). Le budget libéré est estimé à 1.039.506. EUR sur une base annuelle pour 2021"
- l'alinéa 2 de l'article 15 est remplacé par l'alinéa suivant : "Elle est valable jusqu'au 30 juin 2021 et n'est pas tacitement reconductible."

Moniteur belge	Date	Titre
25.01.2021	15.01.2021	Accord national médico-mutualiste 2021

Résumé des modifications

L'accord pour 2021 prévoit 5 objectifs:

- renforcer la collaboration entre les dispensateurs de soins et l'implication du patient
- utiliser les moyens financier de façon stratégique afin de promouvoir la coordination des soins, les objectifs de qualité et de santé
- poursuivre le développement des soins numériques
- améliorer l'accessibilité
- maîtriser la tendance à la hausse des suppléments d'honoraires et des rétrocessions sur les honoraires.

Pour le patient, seul la part personnelle pour une visite à domicile change. Ce montant augmente de 0,14 centime, passant de 13,87 EUR à 14,01 EUR. La part personnelle pour une consultation reste ce qu'elle était. Pour un dossier médical global (DMG), le patient ne paie toujours rien.

Les changements concernent surtout les honoraires des médecins, notamment les honoraires suivants :

- une consultation chez le médecin généraliste augmente de 0,28 centime, passant de 26,78 EUR à 27,06 EUR
- une visite à domicile augmente de 0,41 centime, passant de 39,63 EUR à 40,04 EUR
- la gestion d'un DMG augmente de 0,39 centime, passant de 31,61 EUR à 32,00 EUR
- les prestations spéciales et les prestations de gynécologie et surveillance sont indexés de 0,84 %
- les prestations de chirurgie et d'anesthésiologie sont indexés de 0,90 %
- les prestations de biologie clinique et imagerie médicale sont indexées de 0,80 %
- les consultations, visites et avis et la Consultation oncologique multidisciplinaire (COM) sont indexés de 1,01 %. Le DMG est indexé de 1,25 %.

Des mesures seront concrétisées pour améliorer l'accessibilité, notamment :

- lever l'interdiction d'appliquer le système du tiers payant pour les consultations et les visites
- développer un modèle standard pour l'estimation du coût des hospitalisations courantes
- communiquer obligatoirement aux organismes assureurs les suppléments attestés au patient via une facturation électronique
- rendre la facturation des suppléments dans le secteur ambulatoire plus transparente
- améliorer le taux de conventionnement de certains spécialistes (dermatologues, ophtalmologues, gynécologues, etc.)

Les projets spécifiques :

- télémédecine : Dans le cadre de la poursuite du développement de la télémédecine, le groupe de travail transversal sur les soins numériques élaborera un cadre pour les téléconsultations, la télé-expertise, la télésurveillance et les applications de mHealth. Afin de favoriser des soins de qualité, nous développerons un cadre juridique pour les remboursements des prestations de télémédecine.
- postes de garde de médecine générale : le budget pour les postes de garde de médecine générale augmente de 33 à 34,7 millions d'EUR. La CNMM soutiendra les coopérations fonctionnelles qui doivent se connecter au système d'appel centralisé 1733 en 2021 et qui devront assurer la permanence médicale dans des zones géographiques données.
- réforme de l'accréditation
- simplification des procédures administratives : un groupe de travail veillera à la simplification des procédures administratives existantes autour des différents certificats (Chapitre IV, attestations d'incapacité de travail, certificats médicaux de courte durée, etc.) ;
- médecins en formation : une attention particulière est accordée aux médecins en formation. Outre l'allocation de 10 millions d'EUR dans le cadre des soins efficaces, la CNMM souhaite améliorer les droits sociaux et appelle à une rémunération juste et uniforme, tout en respectant les horaires légaux et en garantissant des conditions de travail adéquates.
- les prestations sociales pour les médecins en formation sous contrat sont fixées à 6.351,21 EUR.

Dans le cadre des soins efficaces, 40 millions seront libérés dans ce secteur en 2021. Ces ressources ne sont pas suffisamment utilisées aujourd'hui. Elles seront utilisées pour mettre en oeuvre certaines initiatives, notamment : améliorer la protection des médecins en formation (ASO/HAIO), étendre et de réévaluer le dossier médical global, réévaluer l'honoraire de surveillance en gériatrie et prendre différentes mesures en matière d'accessibilité.

Moniteur belge	Date	Titre
25.01.2021	25.01.2021	Convention M/21 entre les kinésithérapeutes et les organismes assureurs. - Notification point 10

Résumé des modifications

La convention 2021 entre les kinésithérapeutes et les organismes assureurs (M/21) comprend les grandes lignes suivantes :

- augmentation à partir du 1^{er} janvier 2021 :
 - => des tarifs pour les 9 premières prestations de base aux pathologies courantes M24 ;
 - => de l'indemnité pour le démarrage d'un dossier de kinésithérapie ;
 - => des honoraires pour les prestations périnatales et les prestations M48 de la liste E, y compris le drainage lymphatique.
- augmentation à partir du 1^{er} juillet 2021 des prestations M 16 à la résidence communautaire des personnes handicapées et âgées ainsi que dans les établissements de soins psychiatriques
- augmentation à partir du 1^{er} octobre 2021 du tarif pour le démarrage d'un dossier de kinésithérapie.

En raison du système des parts personnelles (tickets modérateurs) fixes, ces augmentations ne changent pas le montant que le patient doit payer lui-même :

- maintien de la prime à la promotion de la qualité en 2021
- augmentation de 5 % en plus de l'indexation des montants du statut social.

Plan opérationnel pluriannuel

La Commission de conventions développera un plan opérationnel pluriannuel avant le 30 juin 2021 comprenant notamment les objectifs suivants :

- le développement d'un système permettant de mettre à jour la nomenclature afin de :
 - => poursuivre l'alignement du remboursement des kinésithérapeutes sur celui d'autres groupes professionnels ;
 - => essayer d'objectiver des gains d'efficacité
- l'amélioration de l'accès aux soins pour le patient
- le déploiement d'une feuille de route pour la numérisation.

La règle de -25%

La pertinence de la règle de - 25 % sera examinée, d'ici le 30 juin 2021, en collaboration avec d'autres secteurs.

Il s'agit de la réduction du remboursement, par l'assurance soins de santé, de toutes les prestations fournies par des kinésithérapeutes non conventionnés si plus de 60 % de la profession adhère à la convention. Toutefois, ce remboursement réduit ne s'applique pas aux soins fournis à des patients bénéficiaires de l'intervention majorée.

Moniteur belge	Date	Titre
25.01.2021	25.01.2021	Avenant Y/2018 ^{quater} à la Convention nationale entre les bandagistes et les organismes assureurs. - Avenant T/2018 ^{quinquies} à la Convention nationale entre les orthopédistes et les organismes assureurs

Résumé des modifications

- Troisième avenant Y/2018^{quater} à la Convention nationale conclue entre les bandagistes et les organismes assureurs

La Commission de convention bandagistes- orthopédistes - organismes assureurs a conclu le troisième avenant Y/2018^{quater} par lequel l'article 3 du chapitre I est remplacé à partir du 1^{er} janvier 2021.

- Quatrième avenant T/2018^{quinquies} à la Convention nationale entre les orthopédistes et les organismes assureurs

La Commission de convention entre les orthopédistes et les organismes assureurs a conclu le quatrième avenant T/2018^{quinquies} par lequel l'article 3 est remplacé à partir du 1^{er} janvier 2021.

Moniteur belge	Titre
22.02.2021	Adaptation hors index au 1 ^{er} janvier 2021 du montant de certaines prestations sociales

Résumé des modifications

À l'indice-pivot 107,20 (basis 2013 = 100), le montant des prestations sociales suivantes est fixé, à partir du 1^{er} janvier 2021 à :

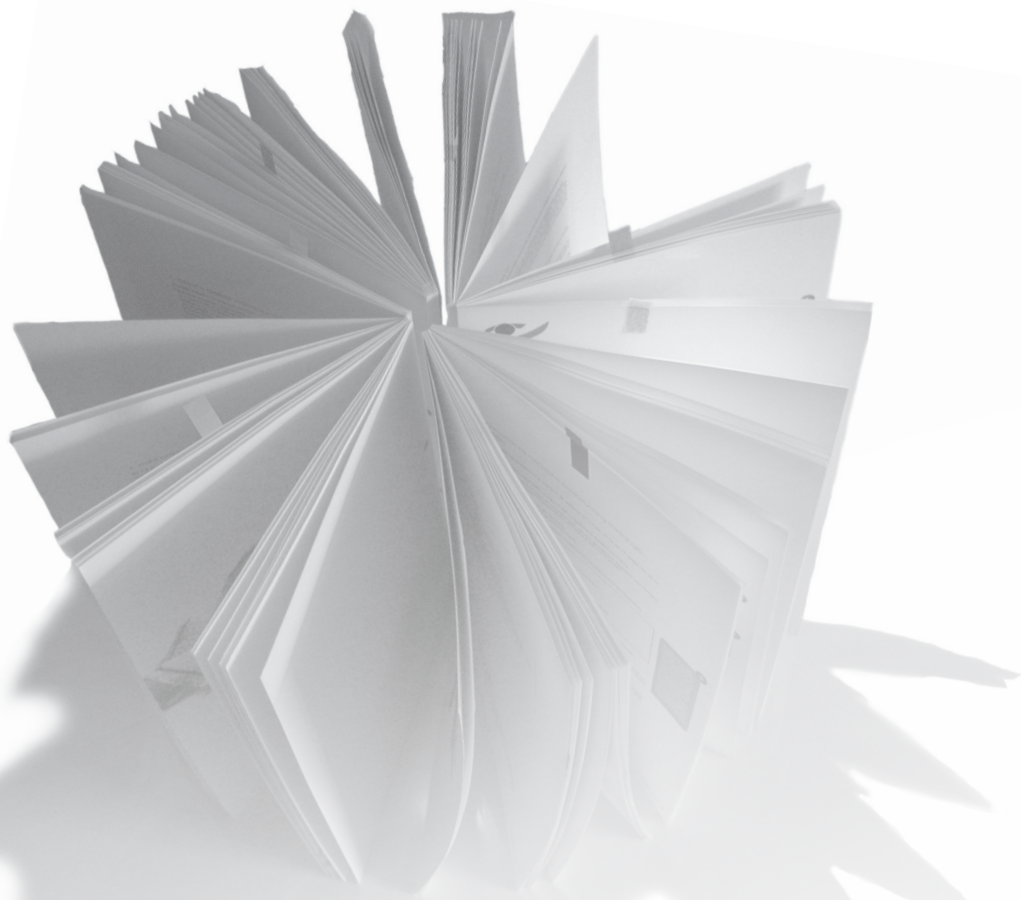
- montant journalier minimum non limité (à partir du 1^{er} jour du 5^e mois de l'incapacité de travail) : 49,68 EUR ;
- montant journalier minimum de l'indemnité (à partir du 1^{er} jour du 7^e mois de l'incapacité de travail) :

=> travailleur non régulier avec charge de famille : 51,18 EUR ;

=> travailleur non régulier sans charge de famille : 37,87 EUR.

2^e Partie

Jurisprudence



I. Cour du travail de Gand, section de Gand, 8 mars 2021

Évaluation de l'incapacité de travail - Article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 - Critères objectifs d'évaluation du degré d'incapacité de travail - Abstraction d'éléments subjectifs - Expertise

L'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 définit des critères objectifs pour l'évaluation du degré d'incapacité de travail. Pour cette évaluation, il n'est pas tenu compte d'éventuels éléments subjectifs tels que le point de vue et la perception du travailleur concerné ou un éventuel accès possible au marché du travail.

En vertu de l'article 100, § 1^{er}, susmentionné, il doit y avoir une diminution de la capacité de gain d'au moins deux tiers pour pouvoir être reconnu ou maintenu en incapacité de travail.

Le fait de pouvoir exercer une activité physique non pénible à temps partiel indique, selon l'expert désigné par le Tribunal du travail en vue d'émettre un avis impartial quant au degré d'incapacité de travail, le maintien d'une capacité de gain supérieure à un tiers.

R.G. 2020/AG/132
... c./INAMI

...

1. De feiten

Appellante was vanaf 15 augustus 2013 arbeidsongeschikt erkend wegens blijvende pijnklachten aan heup, schouders, polsen en vingers en hoofdpijn.

Bij beslissing van 29 juli 2014, ter kennis van appellante gebracht bij brief van 30 juli 2014, verklaarde geïntimeerde appellante vanaf 15 augustus 2014 niet langer arbeidsongeschikt zoals bedoeld in artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 (ZIV-wet) omdat de letsels of functionele stoornissen van appellante niet langer een vermindering van twee derden van haar verdienvermogen met zich meebrachten in de beroepscategorie waartoe zij behoorde of in de verschillende beroepen die zij had of zou kunnen uitoefenen hebben uit hoofde van haar beroepsopleiding.

Appellante meende dat deze beslissing ten onrechte werd genomen zodat zij beroep instelde bij de bevoegde arbeidsrechtbank.

2. De procedure en de beslissing in eerste aanleg

2.1.

Bij verzoekschrift, op de griffie van de arbeidsrechtbank Gent, afdeling Sint-Niklaas, neergelegd op 16 september 2014 heeft oorspronkelijk eiseres, thans appellante, verhaal ingesteld tegen de beslissing van de geïntimeerde van 29 juli 2014.

Bij tussenvonnis van 23 februari 2016 van de arbeidsrechtbank Gent, afdeling Sint-Niklaas, werd het hoger beroep ontvankelijk verklaard en vooraleer ten gronde recht te doen, werd dr. ... aangesteld als deskundige met als opdracht na te gaan of appellante vanaf 15 augustus 2014 een graad van arbeidsongeschiktheid bezat en nadien is blijven bezitten zoals deze wordt bepaald door artikel 100, § 1 van de ZIV-wet.

Het deskundigenverslag werd op de griffie van de arbeidsrechtbank Gent, afdeling Sint-Niklaas neergelegd op 28 juni 2017.

Bij tussenvonnis van 10 april 2018 werd aan dezelfde deskundige een aanvullende opdracht gegeven, met name om de opmerkingen van de behandelende arts van oorspronkelijke eiseres, thans appellante, op het voorverslag alsnog te beantwoorden.

De deskundige legde zijn definitief eindverslag op de griffie van de arbeidsrechtbank Gent, afdeling Sint-Niklaas, neer op 10 juli 2019 en kwam tot volgend besluit:

“Mevrouw ... lijdt aan fibromyalgie sinds 2011. Dit wordt overvloedig aangetoond door de diverse, ook meer recente, verslagen van de diverse artsen die haar hebben gevolgd, en vanuit het terzake deskundig multidisciplinair team van het UZ Gent.

Fibromyalgie is een aandoening gekenmerkt door persisterende pijnklachten, getriggerd door diverse factoren, geënt op een deels genetische constitutie.

De aandoening kent een geprotraheerd beloop, de behandeling ervan is niet altijd eenvoudig, en moet stoelen op diverse therapeutische benaderingsmethodes (psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie, fysieke therapie, en eventueel medicatie). Ondanks een optimale behandeling is een succes, zeker op korte termijn, niet altijd realiseerbaar.

Het invaliderende karakter van de aandoening kan niet worden gecontesteerd, en zwaardere fysieke arbeid – zeker initieel – is voor personen met deze problematiek quasi onhaalbaar.

Specifiek voor betrokkene betekent dit dat een hervatten van bijvoorbeeld haar laatste activiteit (kelner) geen haalbare kaart is, zeker niet voltijds.

In die zin is er, ten opzichte van deze activiteit en vergelijkbare activiteiten uit haar voorgeschiedenis, inderdaad een vermindering van verdienvermogen tot minder dan een derde.

Minder duidelijk kan worden vastgesteld of het verdienvermogen ten opzichte van elke andere mogelijke activiteit, zeker wanneer deze meer administratief en fysisch minder belastend is, en eventueel deeltijds mogelijk is, inderdaad verminderd was (en bleef) tot minder dan een derde.

Het is zeer moeilijk, zonet onmogelijk, in het licht van het klachtenpatroon, de pathofysiologie en de voorliggende epidemiologische gegevens, om hierop een eenduidig antwoord te formuleren.

In dit verband wordt dan ook verwezen naar de studies die gedaan zijn op epidemiologisch vlak, waarbij inderdaad wordt teruggevonden dat patiënten die dienden te worden verwezen naar tertiaire specialistische centra – en dus een belangrijke symptomatologie en relatieve therapieresistentie presenteren – ook op sociaal economisch vlak een problematische evolutie kennen.

De eindconclusie is dan ook dat wanneer men het standpunt en de perceptie van mevrouw zelf aanvaardt zij inderdaad tijdens de kwestieuze periode meer dan “66%” werkonbekwaam was.

Stelt men zich anderzijds op het strikte standpunt dat er geen formele reden is waarom zij niet in staat zou zijn deeltijds een niet fysieke belastende taak op zich te nemen, dan kan niet worden gesteld dat zij een graad van arbeidsongeschiktheid bezat en is blijven bezitten die wordt bepaald bij artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, dit vanaf 15 augustus 2014.”

Op basis van deze informatie besluit het thans bestreden vonnis dat de deskundige enkel een mogelijkheid ziet om een arbeidsongeschiktheid van meer dan 66% te weerhouden, indien men “het standpunt en de perceptie van mevrouw zelf” zou aanvaarden. Echter, het standpunt en de perceptie van oorspronkelijke eiseres, thans appellante, kan volgens het bestreden vonnis moeilijk op zichzelf en los van andere elementen aanvaard worden als bewijs van een arbeidsongeschiktheid van meer dan 66%. Er moeten ook formele, objectieve elementen aanwezig zijn die de deskundige zouden toelaten te besluiten tot een arbeidsongeschiktheid van meer dan 66%. Dergelijk objectieve, formele elementen zijn voor het bestreden vonnis duidelijk niet voorhanden. Integendeel, de deskundige besluit dat er geen formele reden is waarom oorspronkelijke eiseres, thans appellante, niet in staat zou zijn deeltijds een fysieke niet belastende taak op zich te nemen, al dan niet na herscholing.

2.2.

Het bestreden vonnis van de arbeidsrechtbank Gent, afdeling Sint-Niklaas, kamer 54, van 6 mei 2020 verklaart de reeds ontvankelijk verklaarde vordering van oorspronkelijke eiseres, thans appellante, niet gegrond, bevestigt dienvolgens de bestreden beslissing van oorspronkelijke verweerder, thans geïntimeerde, van 30 juli 2014 (lees: 29.07.2014) waarin oorspronkelijke eiseres, thans appellante, vanaf 15 augustus 2014 niet langer arbeidsongeschikt wordt erkend in de zin van artikel 100 van de ZIV-wet en legt bij toepassing van artikel 1017, tweede lid Gerechtelijk Wetboek de gedingskosten ten laste van oorspronkelijke verweerder, thans geïntimeerde.

...

5. Bespreking

5.1.

Het bestreden vonnis van 6 mei 2020 werd overeenkomstig artikel 792, tweede lid Gerechtelijk Wetboek aan partijen ter kennis gebracht bij gerechtshof van 13 mei 2020.

Het hoger beroep, zoals ingesteld bij verzoekschrift ter griffie van het arbeidshof Gent, afdeling Gent op 4 juni 2020, is tijdig en regelmatig naar de vorm ingesteld. Het is ontvankelijk.

5.2.

De arbeidsongeschiktheid zoals deze thans ter discussie staat wordt beheerst door artikel 100 §1 van de ZIV-wet:

“Wordt als arbeidsongeschikt erkend als bedoeld in deze gecoördineerde wet de werknemer die alle werkzaamheid heeft onderbroken als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen waarvan erkend wordt dat ze zijn vermogen tot verdienen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen uitoefenen hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

...

Nochtans wordt die vermindering van het vermogen tot verdienen, over de eerste zes maanden primaire arbeidsongeschiktheid, gewaardeerd ten aanzien van het gewone beroep van de betrokkene, in zover de oorzakelijke aandoening voor een gunstig verloop of voor genezing vatbaar is binnen een tamelijk korte tijdsspanne.”

Teneinde de medische discussie te beslechten heeft de arbeidsrechtbank terecht beroep gedaan op een gerechtsdeskundige-geneesheer. Het deskundigenverslag komt tot het hierboven (sub 2.1.) geciteerde besluit en stelt tot slot:

“De eindconclusie is dan ook dat wanneer men het standpunt en de perceptie van mevrouw zelf aanvaardt zij inderdaad tijdens de kwestieuze periode meer dan “66%” werkonbekwaam was.

Stelt men zich anderzijds op het strikte standpunt dat er geen formele reden is waarom zij niet in staat zou zijn deeltijds een niet fysische belastende taak op zich te nemen, dan kan niet worden gesteld dat zij een graad van arbeidsongeschiktheid bezat en is blijven bezitten die wordt bepaald bij artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, dit vanaf 15 augustus 2014.”

De criteria zoals voorzien in het hierboven vermelde artikel 100 van de ZIV-wet voorziet in objectieve criteria voor de beoordeling van de graad van arbeidsongeschiktheid en houdt geenszins rekening met subjectieve elementen of zoals het deskundigenverslag het uitdrukt *“het standpunt en de perceptie”* van de betrokken werknemer. In die zin is het deskundigenverslag duidelijk en niet voor interpretatie vatbaar waar het stelt dat niet kan worden gesteld dat appellante een graad van arbeidsongeschiktheid is blijven bezitten in de zin van artikel 100 van de ZIV-wet nu zij in staat is om deeltijds een fysische niet belastende taak op zich te nemen. Vertaald naar de tekst van artikel 100 van de ZIV-wet betekent dit dat appellante haar vermogen tot verdienen niet is verminderd tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door haar werkzaamheid in de verschillende beroepen die zij heeft of zou kunnen uitoefenen hebben uit hoofde van haar beroepsopleiding. Het deskundigenverslag sluit in die zin niet uit dat appellante nog bepaalde, fysisch lichte, arbeid zou kunnen verrichten.

Het feit dat appellante omwille van haar beroepsverleden een eerder bemoeilijkte toegang tot de arbeidsmarkt zou hebben, is correct, doch is geen onderdeel van de beoordeling in het kader van de toepassing van de ZIV-wet.

Het hof sluit zich verder nog aan bij de argumenten zoals aangenomen door het bestreden vonnis en maakt deze tot de zijne.

Alle overige middelen en argumenten worden door het hof als irrelevant of niet ter zake dienend afgewezen. Zij wegen zeker niet op tegen de voormelde motieven en zijn niet van aard om tot een andere overtuiging te leiden.

OM DEZE REDENEN,**HET ARBEIDSHOF,**

Gelet op de wet van 15 juni 1935 op het gebruik der talen in gerechtszaken en inzonderheid op artikel 24.

Rechtsprekende op tegenspraak.

Alle andere en strijdige conclusies verwerpende.

Verklaart het hoger beroep ontvankelijk doch ongegrond.

Bevestigt het bestreden vonnis van 6 mei 2020 van kamer 54 van de arbeidsrechtbank Gent, afdeling Sint-Niklaas, in al zijn onderdelen.

Verwijst overeenkomstig artikel 1017, tweede lid van het Gerechtelijk Wetboek geïntimeerde in de kosten van het hoger beroep, aan de zijde van appellante vereffend op 174,94 EUR rechtsplegingsvergoeding hoger beroep en aan de zijde van geïntimeerde niet vereffend bij gebrek aan begroting.

Legt de bijdrage van 20 EUR voor het Begrotingsfonds voor de juridische tweedelijnsbijstand, die bij de neerlegging van het verzoekschrift tot hoger beroep niet van appellante kon worden geïnd, ten laste van geïntimeerde.

...

II. Tribunal du travail du Brabant Wallon, division Wavre, 12 mars 2021

Code judiciaire - Articles 23 et 25 - Autorité de chose jugée

L'autorité de chose jugée comporte deux volets :

- l'effet négatif de l'autorité de chose jugée : il s'agit d'une fin de non recevoir qui suppose la réunion de trois conditions à savoir l'identité d'objet, de cause et de parties et ce quelque soit le fondement juridique invoqué^{1 2};
- l'effet positif de l'autorité de chose jugée : ce qui a été tranché en justice entre parties ne peut être remis en cause à l'occasion d'un autre litige.

La décision judiciaire vaut à l'égard des tiers comme présomption réfragable dont la preuve contraire peut être rapportée. Par contre, la décision judiciaire est revêtue d'une force probante irréfragable à l'égard des parties au procès.

Concrètement, la possibilité pour un tiers de se prévaloir de l'effet positif de l'autorité de la chose jugée se traduit donc par une impossibilité légale pour la personne concernée de rapporter, dans le nouveau procès, la preuve d'un fait ou d'un acte dont l'existence aurait été déniée par une précédente décision à laquelle elle aurait été partie.

R.G. 15/1403/A – 15/2181/A – 16/22/A – 16/864/A – 17/1167/A

... c./O.A. et INAMI

...

II. Objet de la demande

Dossier RG 15/1403/A

Par requête du 10 juin 2015, Monsieur ... conteste la décision adoptée par l'O.A. en date du 23 mars 2015 en ce qu'elle suspend le versement de ses indemnités AMI dans l'attente d'une décision du Médecin Conseil et/ou de l'INAMI, dès lors qu'elle a reçu un P.V. de constatation d'infraction établi par le Service d'Inspection de l'INAMI selon lequel il n'aurait pas cessé son activité de travailleur indépendant depuis la survenance de son incapacité de travail, soit le 5 octobre 2009.

1. L'autorité de chose jugée a été renforcée par la loi du 19.10.2015, dite loi pot-pourri I : on ne peut plus réitérer une même demande sur base d'un nouveau fondement juridique.
2. La loi du 21.12.2018 portant des dispositions diverses en matière de justice a introduit une exception : "L'autorité de la chose jugée ne s'étend toutefois pas à la demande qui repose sur la même cause mais dont le juge ne pouvait pas connaître eu égard au fondement juridique sur lequel elle s'appuie." Cela signifie que, lorsqu'un fondement juridique ne peut pas être invoqué, du fait des particularités de la procédure, la partie conserve alors la possibilité d'invoquer ce fondement dans une procédure ultérieure.

Dossier RG 15/2181/A

Par requête du 17 septembre 2019, Monsieur ... conteste

- la décision adoptée par l'O.A. en date du 16 juin 2015 ce qu'elle refuse la reconnaissance de son incapacité de travail à partir du 20 octobre 2009 au motif qu'il n'a pas cessé toute activité.
- la décision adoptée par l'O.A. en date du 17 juin 2015 ce qu'elle lui indique la récupération d'une somme de 26.692,96 EUR au titre de remboursement de l'indu dans les limites de la prescription biennale.

Dossier RG 16/22/A

Par requête du 11 janvier 2016, l'O.A. postule la condamnation de Monsieur ... au paiement d'une somme de 74.742,16 EUR au titre de remboursement de l'indu (Indemnités AMI), pour la période du 1^{er} octobre 2010 au 28 février 2015, retenant l'intention frauduleuse.

Dossier RG 16/864/A

Par requête du 27 avril 2016, Monsieur ... conteste la décision adoptée par l'INAMI en date du 28 janvier 2016 en ce qu'elle l'exclut du droit aux indemnités d'incapacité de travail à raison de 180 indemnités journalières en application de l'article 168*quinquies*, § 2, 3^o, a, b et § 3, alinéa 1, 4^o de la loi du 14 juillet 1994.

Dossier RG 17/1167/A

Par requête du 21 septembre 2017, l'O.A. postule la condamnation de Monsieur ... au paiement d'une somme de 6.898,89 EUR au titre de remboursement de l'indu (Soins de santé), pour la période du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2011.

III. Jonction des causes :

Le tribunal considère que la connexité entre les causes R.G. 15/1403/A, 15/2181/A, 16/22/A, 16/864/A et 17/1167/A est évidente : il y a lieu de les joindre en application de l'article 30 du Code judiciaire.

En effet, leur rapport est si étroit qu'il y a intérêt à les instruire et juger en même temps, afin d'éviter des solutions qui seraient susceptibles d'être inconciliables si les causes étaient jugées séparément.

IV. Compétence et recevabilité :

La compétence du tribunal de céans est justifiée au regard des articles 580, 2^o CJ (compétence d'attribution) et 627, 14^o CJ (compétence territoriale) du Code judiciaire.

Introduites dans les formes et délai légaux, les recours sont recevables, leurs recevabilités n'étant d'ailleurs pas contestées, et aucun moyen l'infirmant n'a été constaté d'office par le Tribunal.

V. Les faits

Monsieur ... a été reconnu en incapacité de travail au sens de l'article 100 de la loi de 1994, en date du 5 octobre 2009.

Monsieur ... et son épouse exercent depuis septembre 2008 une activité d'import et de vente de textiles au travers d'une SPRL ... inscrite à la BCE sous le n° ...

Cette entreprise a été créée en date du 10 septembre 2008.

Monsieur ... est désigné par les statuts en tant que "gérant non rémunéré".

Monsieur ... détient 80 parts sociales de cette SPRL tandis que son épouse en possède 20 parts sociales.

Le siège social de la société et celui de son exploitation se situe au domicile des époux.

Cette SPRL n'emploie pas de personnel.

Selon les déclarations TVA, le chiffre d'affaire de la SPRL est de :

- 2008 : 73.904 EUR
- 2009 : 70.201,88 EUR
- 2010 : 172.232,95 EUR
- 2011 : 264.663,53 EUR
- 2012 : 235.658,60 EUR
- 2013 : 369.135,60 EUR
- 2014 : 287.866 EUR

En 2012, Monsieur ... perçoit notamment une somme de 1.200 EUR en tant que dirigeant d'entreprise.

Par courrier du 29 août 2013, dans le cadre d'une enquête de moralité initiée dans le cadre de l'article 12*bis*, § 1, 4° du Code de nationalité belge, Monsieur le Procureur du Roi de Bruxelles signale à l'INAMI que Monsieur ... agit comme gérant de la SPRL

Courant 2015, l'INAMI va constater, suite à une enquête menée par le contrôleur du Service du contrôle administratif que, durant la période d'incapacité de travail indemnisée par l'O.A. à partir du 5 octobre 2009, Monsieur ... a exercé cette activité sans autorisation du médecin conseil et sans avoir averti l'O.A. de la reprise du travail, ni des revenus en découlant.

Lors de cette enquête, le Contrôleur social va interroger notamment deux de ses clients, soit Monsieur ... (gérant de l'entreprise portant son nom BCE ...) et Monsieur ... gérant de la SPRL... .

Ceux-ci confirmant l'existence d'un flux d'affaire entre leurs sociétés et la SPRL de Monsieur ..., lequel apparait comme étant leur seul interlocuteur (il signe les factures, il est présent sur les marchés, il le contacte sur son GSM pour les commandes etc...).

Monsieur ... a été entendu le 3 février 2015 par les services de l'INAMI.

Lors de cette audition, il explique travailler avec son épouse, qu'il passait des commandes aux fournisseurs lors de ses séjours au Pakistan, qu'il conseillait les clients, qu'il se rendait sur les marchés et qu'il prenait les commandes.

Un P.V. constatant ces infractions a été établi le 16 février 2015 par l'INAMI, et fut notifié à Monsieur ... en date du 24 février 2015.

Sur base de ces contrats, tant l'INAMI que l'O.A. vont adopter les décisions litigieuses dont question au point II (Objet de l'action).

En date du 20 octobre 2016, l'ONEm va, sur base d'une enquête effectuée par son service de contrôle en 2016, suite à une dénonciation de l'INAMI, décider d'exclure Monsieur ... du bénéfice des allocations de chômage à partir du 1^{er} septembre 2008 d'une part et d'autre part, va décider de récupérer une somme de 13.925,50 EUR pour la période du 1^{er} mars 2015 au 31 août 2016.

Par requête du 3 janvier 2017, Monsieur ... va contester la décision de l'ONEm (Dossier R.G. 17/7/A) devant le Tribunal de céans.

Par décision prononcée le 26 janvier 2018, le Tribunal de céans va confirmer la décision administrative de l'ONEm et condamner Monsieur ... à lui rembourser une somme de 13.925,50 EUR au titre de l'indu.

Cette décision n'a fait l'objet d'aucun recours.

Elle est donc coulée en force de chose jugée.

Par cette décision, le Tribunal indiquera notamment, en page 5 et 6 :

"1.4. En l'espèce, le demandeur ne conteste pas avoir été gérant de la SPRL ... depuis sa constitution en 2008 et il n'allègue pas que cette société n'aurait pas ou plus eu d'activité depuis lors, et pour cause : selon le relevé annuel des déclarations à la TVA, le chiffre d'affaires de la société a évolué comme suit depuis sa création (cfr courrier de l'INAMI - p. 6b) :

- *année 2008 (4^e trimestre) : 73.904,00 EUR*
- *année 2009 : 70.201,88 EUR*
- *année 2010 : 172.232,95 EUR*
- *année 2011 : 264.663,53 EUR*
- *année 2012 : 235.658,60 EUR*
- *année 2013 : 369.135,60 EUR*
- *année 2014 : 287.886,00 EUR*

Il est donc évident que le demandeur a effectivement exercé une activité au sens de l'article 45 précité. Cette activité n'était pas compatible avec le bénéfice des allocations de chômage, à défaut d'avoir été exercée à titre accessoire dans les conditions prévues par l'article 48 : non seulement le demandeur n'en a jamais fait la déclaration et ne l'a pas exercée lorsqu'il était occupé comme travailleur salarié, mais en outre, le mandat de gérant d'une société commerciale active présente un caractère permanent qui fait obstacle à ce qu'il puisse être exercé "principalement avant 7 heures et après 18 heures".

1.5. Contrairement à ce que le demandeur tente de soutenir, il n'est absolument pas démontré qu'il aurait mis fin à son mandat dès le 9 septembre 2008 (le lendemain de sa constitution !), et il résulte au contraire des pièces produites et de ses propres déclarations, que

- *tous les comptes annuels déposés à la Banque nationale, depuis 2009, le renseignent systématiquement comme gérant de la SPRL (v. p. 8g à 8j), les statuts de la société n'ont été publiés que le 10 septembre 2008 et elle n'a obtenu son n° de TVA qu'à partir du 15 septembre 2008, de sorte que son affirmation selon laquelle il aurait démissionné le 9 septembre 2008, "une fois le numéro de TVA obtenu" n'a aucun sens*
- *le P.V. actant sa démission au 9 septembre 2008 n'a été déposé au greffe que le 4 octobre 2016 et publié aux annexes du Moniteur belge le 5 octobre 2016, soit la veille de son audition ... ce qui confirme encore, si besoin en était, son manque évident de bonne foi.*

1.6. Il suit de ces éléments que, de toute évidence, le demandeur a exercé à partir de septembre 2008, une activité incompatible avec le maintien des allocations de chômage. Par conséquent, la décision de l'ONEm de l'exclure du bénéfice des allocations à partir du 1^{er} septembre 2008 est entièrement justifiée et doit être confirmée."

VI. Discussion

L'autorité de chose jugée comporte deux volets :

Le premier est le mécanisme prévu par l'article 25 du Code judiciaire : il s'agit d'une fin de non-recevoir opposée à une demande qui est réitérée. Cela suppose la réunion des trois conditions prévues par l'article 23 du Code judiciaire : identité d'objet, de cause et de parties.

Cette fin de non-recevoir a été renforcée par la loi du 19 octobre 2015, dite loi pot-pourri I, qui a précisé que son application supposait que la demande repose sur la même cause, quel que soit le fondement juridique invoqué.

Dans cette conception restrictive, on parle d'effet négatif de l'autorité de la chose jugée.

Le second volet est donc l'autorité positive de la chose jugée.

Sous cette acceptation, ce qui a été tranché en justice entre parties ne peut être remis en cause à l'occasion d'un autre litige.

Dans ce cas de figure, seule l'identité de parties est exigée et non celle d'objet ou de cause.

À cet égard, la Cour de cassation a pu préciser :

“les articles 23 à 27 inclus du Code judiciaire n'impliquent pas s'il existe une différence entre l'objet et la cause d'une demande qui a fait l'objet d'une décision définitive et l'objet et la cause d'une demande ultérieure entre les mêmes parties, le juge peut accueillir une réclamation dont le fondement est inconciliable avec la décision antérieure” (Cass., 23.06.1995, Pas., 1995, p. 981, Cass., 27.03.1998, Pas., 1998, p. 174, Cass., 14.02.1992, Pas., 1992, p. 429, Cass., 27.05.2004, Pas. 2004, p. 932, Cass., 30.09.2004, Pas., p. 1432, Cass., 30.03.2006, Pas., 2006, p. 725, Cass., 04.12.2008, www.juridat.be, Cass., 14.12.2009, www.juridat.be).

Bien que la décision judiciaire ne soit revêtue de l'autorité de chose jugée, au sens de l'article 23 du Code judiciaire, qu'entre les parties, elle est susceptible d'avoir une certaine force probante à l'égard de tiers ou à l'égard d'une partie au bénéfice de tiers.

À l'égard des tiers, qui n'étaient pas parties au procès, la décision judiciaire fait foi, jusqu'à preuve du contraire, des faits constatés par le Juge et des conséquences juridiques qu'il en a tirées.

En d'autres termes, la décision judiciaire vaut, à l'égard des tiers, comme présomption réfragable, dont la preuve contraire peut être apportée (cass., 16.10.1981, Pas., 1982, p. 245 ; cass., 28.04.1989, Pas., p. 914 ; Cass., 21.01.2011, www.cassonline.be, R.G. n° c100100Net concl. Av. gén. VAN INGELGEM ; O. CAPRASSE, “L'effet des décisions judiciaires à l'égard des tiers”, Le contentieux interdisciplinaire, dlr. DE LEVAL, LEWALLE et STORME, Kluwer-Bruylant, Série Centre universitaire de droit Judiciaire, Bruxelles, 1996, p. 265 et s ; A. SCHAUS, “Quelques observations relatives aux effets des décisions judiciaires à l'égard des tiers”, Cah. Or. Jud., 1993, n°13, p. 38 et s.).

Par contre, à l'égard des parties à un procès, la décision judiciaire est revêtue d'une force probante irréfragable : les faits constatés par le juge sont, à leur égard, établis et elles ne peuvent en apporter la preuve contraire.

Cette force probante peut être invoquée à l'encontre des parties à un premier procès dans le cadre d'un procès ultérieur, par un tiers qui n'était pas partie au premier procès.

“Concrètement, cette possibilité pour le tiers de se prévaloir de l'effet positif de la chose jugée se traduit donc par une impossibilité légale pour la personne concernée de rapporter, dans le nouveau procès, la preuve d'un fait ou d'un acte dont l'existence aurait été déniée par une précédente décision à laquelle elle aurait été partie. Elle doit se résigner à l'échec de la preuve” (H. BOULARBAH, “Vers l'extension de l'effet positif de la chose jugée au profit d'un tiers à la décision de justice ?”, note sous Cass., 26.11.2009, R.D.C., 2011, p. 119, Bruxelles, 14.09.2012, J.T., 2013, p. 399).

Dans sa décision du 26 janvier 2018, le Tribunal a admis que Monsieur ... a exercé une activité depuis le 8 septembre 2008 et qu'il ne démontre pas qu'il aurait mis fin à celle-ci en date du 9 septembre 2008.

Le Tribunal considère donc que depuis le 8 septembre 2008, Monsieur ... a toujours effectivement exercé la fonction de gérant de la SPRL

Cette vérité, constituant la preuve d'un fait, s'impose à Monsieur ... de manière irréfragable, et peut dès lors, lui être opposée tant par l'O.A. que par l'INAMI.

Il en ressort que Monsieur ... n'est plus fondé, à soutenir dans le litige l'opposant à l'INAMI et à l'O.A., qu'il n'exerçait plus d'activité depuis le 9 septembre 2008.

Or, l'article 100 de la loi du 14 juillet 1994 dispose :

"Est reconnu incapable de travailler au sens de la présente loi coordonnée, le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle..."

L'article 100 de la loi AMI fixe donc 3 conditions de reconnaissance de l'incapacité de travail :

- le travailleur doit avoir cessé toute activité
- la cessation d'activité doit être la conséquence directe du début ou de l'aggravation des lésions ou des troubles fonctionnels
- l'incapacité doit réduire la capacité de gain de deux tiers au moins.

Monsieur ... ne remplit pas les conditions de cet article.

Il n'est pas contestable que Monsieur ... n'a pas informé l'O.A. de la reprise de cette activité et qu'il n'a pas reçu l'autorisation du médecin conseil.

Il faut donc admettre que les décisions administratives adoptées tant par l'INAMI que par l'O.A. sont légalement justifiées, de sorte qu'il convient de les confirmer.

Les demandes de Monsieur ... doivent donc être déclarées non fondées.

Par identité de motifs, les demandes reconventionnelles de l'O.A. doivent être déclarées fondées.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL,

Statuant contradictoirement :

Sur avis de Monsieur FUNCK, Substitut délégué à l'Auditorat du Travail,

JOINT les causes 15/1403/A – 15/2181/A – 16/22/A – 16/864/A et 17/1167/A pour cause de connexité.

DIT les recours de Monsieur ... recevables mais non fondés,

DIT la demande reconventionnelle de l'O.A. recevable et fondée.

CONFIRME les décisions administratives adoptées par l'O.A. et la décision administrative adoptée par l'INAMI, en toutes leurs dispositions.

CONDAMNE Monsieur ... à payer à l'O.A. la somme de 81.641,05 EUR au titre de remboursement de l'indu.

CONDAMNE les parties défenderesses, chacune pour moitié, aux frais et dépens de l'instance, dont l'indemnité de procédure liquidée d'office à 131,18 EUR et au paiement de la contribution au Fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne (20 EUR) par l'O.A.

(...)

3^e Partie
Questions et réponses
parlementaires



Règles de remboursement des soins dentaires

Formes de surconsommation et de fraude – Nomenclature – Commission nationale dento-mutualiste (CNDM) – Bonnes pratiques – SECM - Conseil supérieur des médecins directeurs - Indicateurs – Enquêtes – Logiciels dentaires – e-Fact et e-Attest - Modèle d'attestation de soins donnés "unique" - Accord national dento-mutualiste – Transparence

Question n° 248 posée le 2 décembre 2020 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante GIJBELS¹

Une comparaison d'un rapport de la Cour des comptes de 2016 sur le remboursement des soins dentaires (https://www.courdescomptes.be/Docs/2016_16_Remboursement-SoinsDentaires.pdf) avec l'état actuel de la situation en matière de soins dentaires suscite un grand nombre d'interrogations.

La nomenclature comporte toute une série de règles de remboursement qui incitent le dentiste ou le patient à adopter un comportement conforme aux bonnes pratiques. La Cour des comptes a toutefois estimé que ces règles n'étaient pas suffisamment efficaces.

1. Quelles mesures ont entre-temps été prises en vue de promouvoir une utilisation rationnelle de toutes les consultations, de tous les soins et de toutes les radiographies remboursées ? Les avis de la Cour des comptes ont-ils été pris en compte à cet égard ?
2. A-t-on une idée des différentes formes de surconsommation et de fraude en matière de soins à l'heure actuelle ? En quoi cette situation diffère-t-elle de celle de 2016 ?
3. a) Comment assure-t-on, à l'heure actuelle, le suivi des dépenses de remboursement par patient ? La numérotation dentaire et le tiers payant sont-ils toujours enregistrés correctement de nos jours ?
b) La lisibilité des attestations de soins pour le patient a-t-elle été améliorée entre-temps ? Dans l'affirmation, de quelle manière ?
c) Quelles mentions les notes d'honoraires doivent-elles aujourd'hui contenir obligatoirement ?

1. Bulletin n° 044, Chambre, session ordinaire 2020-2021, p.151.

Réponse :

1. Comme le mentionne le rapport de la Cour des comptes, un certain nombre de prestations comprennent des règles de remboursement qui incitent le praticien ou le patient à adapter son comportement conformément aux bonnes pratiques.

La nomenclature n'a pas pu être revue de manière globale depuis 2016 ; néanmoins, certaines règles de bonne pratique ont pu être introduites comme par exemple des limitations dans les soins conservateurs : limitation du nombre d'obturation à deux fois par an sur une même dent, limitation de la pulpotomie à une fois par dent de lait, limitation du retraitement des canaux radiculaires à une fois par dent. La Commission nationale dento-mutualiste (CNDM) tient compte des bonnes pratiques dans la rédaction de nouveaux textes de nomenclature.

2. Tout comme en 2016, la CNDM suit de près la consommation des prestations dentaires via l'audit permanent effectué annuellement par le Service des soins de santé. En outre, le Service d'évaluation et contrôle médicaux (SECM) effectue régulièrement des enquêtes nationales en matière de surconsommation (comme par ex. pour le traitement radiculaire et le détartrage en 2018), des enquêtes individuelles sur base de signalements ainsi que, depuis 2019, des enquêtes nationales dans le cadre des valeurs P (détection des outliers via un coefficient de pondération P dans la nomenclature).

De plus, comme suggéré par le rapport de la Cour des comptes, le SECM a mis au point en 2020 des indicateurs pour détecter des profils-patients soins dentaires aberrants. Ces indicateurs ont été discutés avec les médecins directeurs des organismes assureurs (O.A.) au sein du Conseil Supérieur des Médecins Directeurs.

3. Les dépenses en soins dentaires sont suivies par la CNDM via l'audit permanent annuel ainsi qu'un rapport trimestriel indiquant l'évolution des dépenses. Le secteur a fortement travaillé sur son informatisation ces dernières années avec l'introduction de e-Fact pour la facturation aux O.A. en tiers payant et e-Attest dans le cadre du paiement au comptant. Ces deux services sont ou seront prochainement implémentés par les principaux logiciels dentaires. Cela permettra certainement d'améliorer la qualité de transmission des données de facturation.

En ce qui concerne l'attestation de soins donnés, depuis le 1^{er} janvier 2017, il y a un nouveau modèle d'attestation de soins donnés "unique" qui vise à fournir plus de transparence au patient notamment sur le volet fiscal de l'attestation de soins donnés.

Au niveau de la quittance ou note d'honoraires, l'arrêté royal du 18 septembre 2015 relatif au tiers payant, prévoit l'obligation pour le dentiste qui applique le tiers payant de délivrer au bénéficiaire au moment de la consultation ou de l'acte ou, au plus tard au moment où il établit l'attestation de soins à l'intention de l'organisme assureur si l'attestation couvre plusieurs prestations, une quittance ou note d'honoraires mentionnant le montant qui doit être pris en charge par le patient et le montant qui doit être pris en charge par l'organisme assureur.

Cette quittance ou cette note d'honoraires doit mentionner les prestations par référence au numéro de la nomenclature des soins de santé visée à l'article 35 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ainsi que la date à laquelle la prestation a été dispensée. Le praticien de l'art dentaire doit conserver un double de la quittance ou de la note d'honoraires dans le dossier du patient.

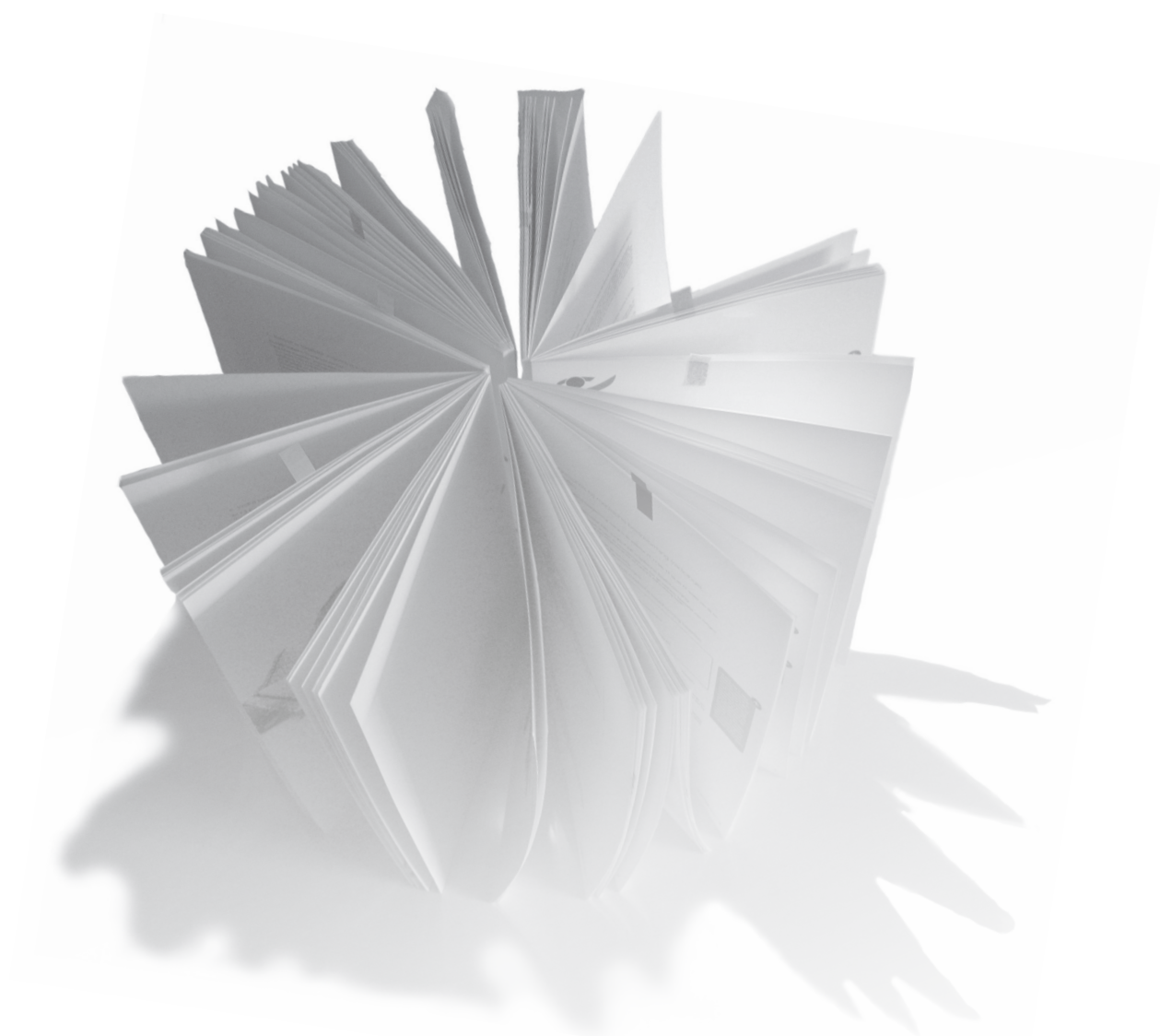
De plus, lors de la facturation électronique ou en cas de cumul de prestations remboursables avec des prestations non remboursables, l'obligation de remettre un document justificatif tel que défini par l'article 53, § 1^{er}/2 de la même loi coordonnée s'applique également aux dentistes. Un même document peut reprendre les mentions exigées du document justificatif et de la quittance ou note d'honoraires.

En outre, dans le cadre de l'accord national dento-mutualiste 2020-2021 dans un objectif d'amélioration de la transparence pour le patient, la CNDM a établi des modèles de formulaires harmonisés à utiliser par les praticiens de l'art dentaire dans le cadre des assurances complémentaires et facultatives des organismes assureurs à partir du 1^{er} janvier 2021.

Ces formulaires reprennent d'une part les mentions obligatoires du document justificatif et de la quittance, et d'autre part, des mentions utiles pour la facturation dans le cadre des assurances complémentaires et facultatives des organismes assureurs (avec une liste des principales prestations non remboursables facturées à ces assurances).

4^e Partie

Directives de l'INAMI



I. Prescription de l'action en paiement des prestations de santé (art. 174, 3^o et 4^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994) - Fin des mesures exceptionnelles Covid-19

En vigueur à partir du 31 mars 2021.

Cette circulaire complète la circulaire O.A. n° 2021/6¹ en ce qui concerne les délais de prescription.


Les délais de prescription qui ont expiré entre le 13 mars 2020 et le 30 mars 2021 (période de "confinement") sont prolongés jusqu'au 31 mars 2021.

Les délais qui n'ont pas expiré entre le 13 mars 2020 et le 31 mars 2021 sont suspendus jusqu'au 31 mars 2021 inclus. Il y a lieu pour ces délais suspendus de distinguer deux cas de figure :

- les délais qui ont débuté avant la période de confinement seront prolongés d'un an (période de suspension du 13.03.2020 au 31.03.2021)
- les délais qui auraient dû débiter pendant la période de confinement se comptent à partir du 1^{er} avril 2021 et expirent donc tous le 1^{er} mai 2023.

Exemples :

- une prestation de santé a été délivrée le 1^{er} février 2019 : le délai de prescription devait en principe expirer le 1^{er} mars 2021, durant la période de confinement susvisée :
 - il est donc prolongé jusqu'au 31 mars 2021 et la prescription interviendra à partir du 1^{er} avril 2021.
- une prestation de santé a été délivrée le 1^{er} février 2020 : le délai devait en principe expirer le 1^{er} mars 2022, il n'a donc pas expiré durant la période de confinement susvisée, et a débuté avant cette période :
 - il est donc suspendu depuis le 13 mars 2020 jusqu'au 31 mars 2021 inclus : ceci signifie qu'à dater du 1^{er} mars 2022 (date à laquelle devait en principe intervenir la prescription), il y aura lieu de prolonger le délai d'un an ; la prescription interviendra à partir du 1^{er} mars 2023.
- une prestation de santé a été délivrée le 1^{er} février 2021 : le délai devait en principe expirer le 1^{er} mars 2023, il n'a donc pas expiré durant la période de confinement susvisée et aurait dû débiter pendant cette période :
 - il est donc suspendu d'emblée et ne commence réellement à courir qu'à partir du 1^{er} avril 2021 ; la prescription interviendra à partir du 1^{er} mai 2023.

 Circulaire O.A. n° 2021/132 - 257/2 du 3 mai 2021.

II. Remboursement des prestations de santé dispensées pendant un séjour temporaire dans un pays où les dispositions des Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009 ou une convention bilatérale en matière de sécurité sociale s'appliquent

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2021.
Abroge la circulaire O.A. n° 2018/109 du 30 mars 2018.

Introduction

Cette circulaire a pour objectif d'expliquer les modalités de l'octroi d'une intervention dans les frais de prestations de santé prodiguées à un bénéficiaire de l'assurance soins de santé obligatoire pendant un séjour temporaire dans un pays où s'appliquent les dispositions des Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 ou d'un accord bilatéral en matière de sécurité sociale.

Les dispositions de cette circulaire ne s'appliquent pas à l'octroi de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans le coût des prestations en nature que le bénéficiaire de l'assurance obligatoire soins de santé a reçues à l'étranger et pour lesquelles son organisme assureur lui a délivré une autorisation préalable sur base de l'article 20 du Règlement (CE) n° 883/2004 ou dans le cadre des conventions de coopération transfrontalière (ZOAST, la disposition Ostbelgien, etc.).

Les dispositions de la présente circulaire, en particulier en ce qui concerne l'octroi d'un remboursement en appliquant un pourcentage moyen de 75 %, ne sont toutefois pas applicables à la situation d'un assuré social qui se rend à l'étranger dans le but de se faire soigner et qui a droit au remboursement des soins de santé en application du Règlement (CE) 883/2004 ou en application du tarif et des conditions de l'assurance obligatoire soins de santé belge (en application de l'art. 294, § 1, 13° et 14° de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994 – ci-après : A.R. du 03.07.1996).

Enfin, le remboursement au pourcentage moyen de 75 % ne s'applique pas aux soins de santé prodigués par un prestataire privé qui ne travaille pas dans le réseau de l'assurance maladie publique de l'État de séjour.

Cette circulaire O.A. est une mise à jour suite à la sortie du Royaume-Uni de l'Union européenne et à ses conséquences sur le remboursement des coûts des prestations de santé dispensées à un bénéficiaire de l'assurance obligatoire soins de santé durant un séjour temporaire au Royaume-Uni.

1. Cadre réglementaire et principes généraux

En vertu des Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009, ainsi que des accords bilatéraux en matière de sécurité sociale que la Belgique a conclus avec d'autres pays et qui prévoient une prise en charge des prestations de santé (immédiatement) nécessaires pendant un séjour temporaire, un assuré belge bénéficie, pendant un séjour temporaire sur le territoire de l'autre pays, de l'accès aux soins de santé du système de santé public ainsi qu'à la prise en charge de ceux-ci dans les mêmes conditions et procédures que les assurés sociaux du pays de séjour. Les soins de santé lui sont prodigués et remboursés par les organismes assureurs des pays des soins pour le compte de l'assurance maladie belge.

Lorsque l'assuré de la législation belge n'a pas accompli les formalités de remboursement dans le pays de séjour, il adresse ses factures ainsi que ses preuves de paiement à son organisme assureur belge qui poursuit la procédure de prise en charge soit en application de la nomenclature du pays de séjour ou, selon le cas, en application de la nomenclature belge.

Dans tous les cas, le remboursement accordé à l'assuré ne peut pas dépasser le montant des frais réellement consentis.

1.1. Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 relatifs à la coordination des systèmes de sécurité sociale

§ 1. Le principe de base des *règlements européens* est que les frais inhérents aux soins de santé prodigués sont remboursés aux tarifs appliqués pour le remboursement par l'institution du lieu de séjour. L'assuré belge qui a partiellement ou intégralement payé les frais inhérents aux prestations de santé doit en principe effectuer les démarches nécessaires pour en obtenir le remboursement auprès des organismes d'assurance soins de santé de l'État de séjour (art. 25, § 4 du Règlement (CE) n° 987/2009).

Si l'assuré belge n'a pas introduit de demande de remboursement de ces frais directement auprès de l'institution compétente du pays où les soins ont été prodigués, une demande de tarification peut être envoyée à l'étranger *a posteriori* (art. 25, § 5, du Règlement (CE) 987/2009).

§ 2. Par dérogation à la demande de tarification, l'organisme assureur belge peut, en vertu de l'article 25, § 6, du Règlement (CE) 987/2009, accorder une intervention dans les frais encourus selon les tarifs et les modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé belge à condition que l'assuré accepte que cette disposition lui soit appliquée.

§ 3. Si la législation de l'État membre de séjour ne prévoit pas de tarifs de remboursement, l'organisme assureur belge peut accorder une intervention dans les frais encourus selon les tarifs et les modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé belge sans l'accord de l'assuré (art. 25, § 7, du Règlement (CE) 987/2009).

1.2. Le Royaume-Uni

§ 1. Le 1^{er} février 2020, le Royaume-Uni est sorti de l'Union européenne (U.E.).

§ 2. La coordination des systèmes de sécurité sociale, y compris l'accès aux prestations de santé et leur remboursement, dans les relations entre l'Union européenne (U.E.) et le Royaume-Uni, est régie par :

- l'Accord du 24 janvier 2020 sur le retrait du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord de l'Union européenne et de la Communauté européenne de l'énergie atomique (J.O.U.E. L 29 du 31.01.2020, ci-après : "Accord de retrait"), et
- l'Accord de commerce et de coopération du 24 décembre 2020 entre l'Union européenne et la Communauté européenne de l'énergie atomique, d'une part, et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, d'autre part, et plus particulièrement le Protocole en matière de coordination de la sécurité sociale (J.O.U.E. L 444 du 31.12.2020, ci-après : "Protocole"). Le Protocole peut être considéré comme un accord bilatéral de sécurité sociale entre, les États membres de l'U.E., d'une part, et le Royaume-Uni, d'autre part.

§ 3. À partir du 1^{er} janvier 2021, il convient d'établir une distinction entre :

- les personnes couvertes par l'Accord de retrait, qui, dans les relations avec le Royaume-Uni, continueront à bénéficier (en tout ou en partie) des règles européennes contenues dans les Règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009 relatifs à la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : "Règlements (CE) n°s 883/2004 et n° 987/2009"), et
- les personnes couvertes par le Protocole.

§ 4. Pour les personnes couvertes par l'Accord de retrait, qui continuent à bénéficier des Règlements (CE) n°s 883/2004 et n° 987/2009, le cadre réglementaire défini au point 1.1 continuera à s'appliquer tant qu'elles se trouveront dans une situation inchangée.

§ 5. Le Protocole contient, entre autres, des dispositions sur l'accès aux prestations de santé et leur remboursement, dans les relations entre les États membres de l'U.E. et le Royaume-Uni, qui sont similaires, voire *quasi* identiques, aux règles européennes énoncées dans les Règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009. Les dispositions relatives à l'accès et au remboursement des prestations de santé lors d'un séjour temporaire au Royaume-Uni sont les suivantes :

- prendre les mesures nécessaires afin d'obtenir le remboursement des frais sur place auprès de l'institution d'assurance maladie (principe de base) (art. SSCI.22, § 4, du Protocole)
- envoi *a posteriori* d'une demande de tarification au Royaume-Uni (art. SSCI.22, § 5, du Protocole)
- accorder une intervention dans les frais encourus, conformément aux tarifs et aux modalités de remboursement de l'assurance obligatoire belge sur les soins de santé, à condition que l'assuré accepte que cette disposition lui soit appliquée (en dérogation à la demande de tarification) (art. SSCI.22, § 6, du Protocole).

1.3. Accords bilatéraux en matière de sécurité sociale

§ 1. Un principe similaire est d'application dans les conventions bilatérales liant la Belgique à certains États et qui prévoient le droit à des prestations de santé en cas de séjour temporaire sur le territoire de l'autre État contractant.

En vertu de ces conventions, si l'assuré belge n'a pas pu effectuer les formalités nécessaires pendant son séjour temporaire pour demander le remboursement à l'institution compétente du pays où les soins ont été prodigués, une demande de tarification peut être envoyée à l'étranger *a posteriori*.

§ 2. Par dérogation à la demande de tarification, l'organisme assureur belge peut accorder une intervention dans les frais encourus selon les tarifs et les modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé belge, à condition que l'assuré marque son accord et que le montant des frais encourus ne dépasse pas un certain montant (qui peut varier d'un pays à l'autre).

1.4. Article 294 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

Pour être exhaustif, soulignons encore qu'en vertu de l'article 294 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, l'assuré social peut prétendre à une intervention dans les coûts des prestations de santé à charge de l'assurance obligatoire soins de santé belge, à l'exception de la situation décrite dans le point 2.4, § 2.



Exemple 1 : intervention dans le coût de soins médicaux reçus en Turquie après l'expiration de la durée de validité du formulaire BE-TR.111 (3 mois max., non renouvelable) (art. 294, § 1^{er}, 3^o, de l'A.R. du 03.07.1996).



Exemple 2 : intervention dans les frais occasionnés par une admission dans un hôpital privé en Espagne, la CEAM ne pouvant pas être utilisée parce qu'elle couvre uniquement les soins médicaux prodigués par des dispensateurs travaillant dans le réseau du système de soins de santé public (art. 294, § 1^{er}, 12^o, de l'A.R. du 03.07.1996).

2. Remboursement de prestations de santé dispensées à l'étranger

Complémentaire aux règles générales étayées dans le point 1, lorsqu'ils reçoivent les documents relatifs à des prestations de santé qui ont été dispensées lors d'un séjour temporaire à l'étranger, les organismes assureurs peuvent procéder de la manière suivante pour octroyer une intervention dans les frais.

2.1. Prestations reçues dans un État membre de l'Espace Économique Européen ou en Suisse


- a. Si le montant des frais engagés ne dépasse pas la contre-valeur de 200,- EUR, le remboursement peut être effectué à raison d'un pourcentage moyen de 75 % et selon les modalités suivantes :
 - (i) les prestations qui n'entrent pas en ligne de compte pour le remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé belge (comme l'homéopathie, l'ostéopathie, les médicaments pour lesquels aucun remboursement n'est prévu, etc.) doivent être déduites du montant des frais consentis auquel le pourcentage de remboursement moyen peut être appliqué, et
 - (ii) les organismes assureurs doivent vérifier si les factures présentées concernent bien des prestations de santé et non des dépenses d'ordre privé (p.ex. pour le taxi, un restaurant, etc.).

 **ATTENTION :**

- ce mode de remboursement ne peut pas être appliqué aux soins de santé prodigués par un prestataire privé qui n'est pas lié au système d'assurance soins de santé de l'État de séjour
 - l'assuré social a le droit de refuser l'application du tarif forfaitaire et d'exiger l'application des règles des Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 (soit l'application des tarifs de l'État des soins) ou, si la nature des soins le permet, l'application de la nomenclature belge (p.ex. l'art. 294, § 1^{er}, 12^o de l'A.R. du 03.07.1996).
- b. Si le montant des frais engagés dépasse la contre-valeur de 200,- EUR, l'organisme assureur doit :
- (i) soit envoyer une demande de tarification à l'étranger en vue de rembourser en application du tarif de l'Etat de séjour ;
 - (ii) soit accorder une intervention dans les frais consentis aux tarifs et aux modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé à condition que l'assuré accepte que cette disposition lui soit appliquée.

2.2. Prestations reçues au Royaume-Uni

- a. Si le montant des frais engagés ne dépasse pas la contre-valeur de 200,- EUR, le remboursement peut être effectué à raison d'un pourcentage moyen de 75 % et selon les modalités suivantes :
- (i) les prestations qui n'entrent pas en ligne de compte pour le remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé belge (comme l'homéopathie, l'ostéopathie, les médicaments pour lesquels aucun remboursement n'est prévu, etc.) doivent être déduites du montant des frais consentis auquel le pourcentage de remboursement moyen peut être appliqué, et
 - (ii) les organismes assureurs doivent vérifier si les factures présentées concernent bien des prestations de santé et non des dépenses d'ordre privé (p.ex. pour le taxi, un restaurant, etc.).


 **ATTENTION :** l'assuré social a le droit de refuser l'application du tarif forfaitaire et d'exiger l'application des Règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009 ou du Protocole (soit, l'application des tarifs britanniques) ou, si la nature des soins le permet, l'application de la nomenclature belge (par ex., l'art. 294, § 1^{er}, 3^o, de l'A.R. du 03.07.1996).

- b. Si le montant des frais engagés dépasse la contre-valeur de 200,- EUR, l'organisme assureur doit :
- (i) soit envoyer une demande de tarification au Royaume-Uni en vue de rembourser en application du tarif britannique ;
 - (ii) soit accorder une intervention dans les frais encourus, aux tarifs et aux modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé belge, si la nature des soins le permet (notamment, l'art. 294, § 1^{er}, 3^o, de l'A.R. du 03.07.1996) et à condition que l'assuré accepte que cette disposition lui soit appliquée.

2.3. Prestations de santé reçues au Maroc, en Algérie, en Tunisie, Turquie, Albanie, Macédoine, Bosnie-Herzégovine, Serbie ou au Monténégro

a. Si le montant des frais consentis ne dépasse pas la contre-valeur de 200,- EUR, le remboursement peut être effectué à raison d'un pourcentage de remboursement moyen de 75 %, selon les modalités suivantes :

- (i) les prestations qui n'entrent pas en ligne de compte pour le remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé belge (comme l'homéopathie, l'ostéopathie, les médicaments pour lesquels aucun remboursement n'est prévu,...) doivent être déduites du montant des frais consentis auquel le pourcentage de remboursement moyen peut être appliqué, et
- (ii) les organismes assureurs doivent vérifier si les factures présentées concernent bien des prestations de santé et non des dépenses d'ordre privé (pour le taxi, un restaurant, etc. par ex.) ;

 **ATTENTION** : l'assuré social a le droit de refuser l'application du tarif forfaitaire et d'exiger l'application de la convention bilatérale concernée (soit l'application des tarifs de l'État ou les soins ont été reçus) ou, si le type de ses soins le permet, l'application de la nomenclature belge (p.ex. l'art. 294, § 1, 3^o de l'A.R. du 03.07.1996).

b. Si le montant des frais engagés dépasse la contre-valeur de 200,- EUR et est inférieur à 500,- EUR, l'organisme assureur doit :

- (i) soit envoyer une demande de tarification à l'étranger en vue de rembourser les frais au tarif de remboursement du pays de séjour ;
- (ii) soit accorder une intervention dans les frais encourus, aux tarifs et aux modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé belge à condition que l'assuré accepte que cette disposition lui soit appliquée.

c. Si le montant des frais engagés dépasse la contre-valeur de 500,- EUR, l'organisme assureur doit envoyer une demande de tarification à l'étranger en vue de rembourser les frais encourus au tarif de remboursement du pays de séjour.

d. Les points a, b et c ci-dessus sont d'application aux soins de santé reçus après :


- le 1^{er} juillet 2012, en ce qui concerne l'Algérie, la Turquie, la Macédoine, la Bosnie-Herzégovine, la Serbie et le Monténégro
- le 1^{er} mai 2014, en ce qui concerne le Maroc
- le 1^{er} janvier 2016, en ce qui concerne l'Albanie
- le 1^{er} mai 2017, en ce qui concerne la Tunisie.

e. *Particularité* : les prestations de santé reçues en Tunisie.

Dans les cas où un assuré belge séjournant en Tunisie a fait appel au service de l'assurance complémentaire de sa mutualité qui est intervenu directement dans le paiement des soins de santé encourus sur place, la convention belgo-tunisienne ne peut plus être appliquée. L'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé ne peut être envisagée que si les soins en question répondent aux conditions prévues par l'article 294 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

2.4. Dispositions complémentaires

§ 1. Lorsque un organisme assureur constate, suite à une demande de tarification introduite à l'étranger, qu'il n'y a pas d'intervention de l'assurance maladie de l'État de séjour, il ne peut également y avoir aucune intervention dans les frais en question en application du principe de remboursement par pourcentage moyen. Le remboursement sera exclusivement examiné en application de l'article 294 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

 **§ 2. ATTENTION** : le remboursement en application des tarifs et modalités de l'assurance obligatoire soins de santé belge ne peut être envisagé lorsque le bénéficiaire des soins (pensionnés, membre de famille de pensionnés, membre de famille des travailleurs/indépendants) réside dans un des États repris dans l'Annexe n°3 du Règlement (CE) 987/2009 et que les soins en question ont été dispensés par un prestataire privé ou reçus dans une institution de soins privé qui ne rentrent pas dans *le système public des soins de santé de l'État de séjour*. Dans ce cas, les dépenses de soins de santé sont à charge de l'État de résidence.

§ 3. À titre de confirmation du fait que l'assuré ne souhaite pas recourir à la prise en charge des soins reçus au tarif de l'État de séjour, les organismes assureurs doivent conserver, dans son dossier administratif, une copie de son accord (sous format papier ou sous format électronique) chaque fois qu'ils accordent le remboursement en application :

- du système de remboursement au pourcentage moyen de 75 % lorsque le montant des frais exposés n'excède pas le plafond des 200,- EUR (application des p. 2.1.a., 2.2.a. et 2.3.a. de la présente circ.)
- du tarif et des conditions de l'assurance obligatoire soins de santé belge si le montant des frais exposés par l'assuré est supérieur à 200,- EUR (application des p. 2.1.b., 2.2.b. et 2.3.b. de la présente circ.).

3. Recours forcé à l'octroi d'une intervention aux tarifs et modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé

Si on constate qu'une demande de tarification (SED067, formulaire E.126 ou formulaire bilatéral équivalent) envoyée dans les règles à l'institution étrangère compétente ne reçoit pas de réponse dans un délai de trois mois, un rappel est envoyé à cette institution. Une fois un nouveau délai de trois mois écoulé, l'organisme assureur belge peut accorder une intervention aux tarifs et modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé belge si l'institution étrangère compétente n'a pas réagi.

4. Modalités de prescription

Dans les dossiers où on utilise le pourcentage de remboursement moyen, il faut respecter le délai prévu à l'article 174, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, à savoir deux ans après la fin du mois au cours duquel les soins ont été dispensés.

Une fois ce délai dépassé, seul l'envoi d'une demande de tarification à l'institution compétente du lieu de séjour reste possible. Remarquons que les règles relatives à la prescription sont celles prévues par les dispositions de la législation du pays où les soins ont été reçus.

5. Données statistiques

L'intérêt croissant pour la mobilité transfrontalière des patients et l'existence d'obligations financières y afférentes pour l'assurance obligatoire soins de santé, ont démontré la nécessité de données statistiques correctes.

En vue de l'évaluation éventuelle de l'application de cette circulaire O.A., il est demandé aux organismes assureurs de rassembler des données concernant :

- a. l'intervention dans les frais liés aux prestations de santé qu'un bénéficiaire de l'assurance obligatoire soins de santé a reçues pendant un séjour temporaire à l'étranger.

Pour chaque année civile, l'INAMI souhaite disposer des données suivantes :

- (i) pour le nombre de demandes de tarification envoyées à l'étranger :

- le nombre de dossiers individuels
- une répartition par pays
- les dépenses consenties
- l'intervention accordée telle qu'elle a été communiquée par l'institution étrangère du pays de séjour.

- (ii) pour le nombre de dossiers auxquels un pourcentage moyen de remboursement a été appliqué :

- le nombre de dossiers individuels
- une répartition par pays
- les dépenses consenties
- l'intervention accordée.

- b. le nombre de cas pour lesquels les organismes assureurs ont été obligés d'accorder une intervention aux tarifs et modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé belge conformément au point 3.1 de la présente circulaire pour que l'INAMI puisse, le cas échéant, intervenir auprès des autorités compétentes des pays concernés.

Les données statistiques relatives à une année, seront transmises par les organismes assureurs au Service des soins de santé – Direction relations internationales de l'INAMI, **avant la fin du mois de mai de l'année suivante**. Ces données seront transmises par voie électronique (en utilisant le modèle *Excel* en annexe).



Circulaire O.A. n° 2021/117 - 80/124 du 14 avril 2021.

III. Demande de renonciation à la récupération des indemnités en application de l'article 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 : procédure administrative

En vigueur à partir du 1^{er} juin 2021.

Abroge la circulaire O.A. n° 2012/503¹ du 14 décembre 2012.

En vertu de l'article 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, le titulaire en incapacité de travail qui a effectué une activité non autorisée ou qui a travaillé sans respecter les conditions de l'autorisation a la possibilité d'introduire une demande de renonciation à la récupération des indemnités auprès du Comité de gestion du Service des indemnités et ce, dans les cas dignes d'intérêt et en l'absence d'intention frauduleuse.

Depuis le 12 avril 2013, cette possibilité existe également pour le titulaire reconnu en incapacité de travail qui déclare tardivement avoir repris le travail à sa mutualité, plus précisément plus de 14 jours calendrier après sa reprise effective, et qui en demande l'autorisation au médecin-conseil.

La décision du Comité de gestion tient compte de la proportionnalité à observer entre l'importance de la récupération, d'une part, et la nature ou la gravité du manquement du titulaire à ses obligations, d'autre part.

À cet égard, le Comité de gestion prend notamment en considération les éléments suivants :

1° la situation du titulaire sur le plan social et financier ainsi que tout autre élément personnel pertinent ;

2° l'assujettissement ou non des activités non autorisées à la sécurité sociale ;

3° le volume desdites activités ainsi que l'importance des revenus s'y rapportant.

Si le Comité de gestion estime que la situation de l'intéressé est digne d'intérêt, il peut, en fonction des éléments concrets du dossier, décider de renoncer à la récupération.

Dans ce cadre, un montant maximal déterminé doit être pris en considération.

Détermination du montant maximal de la renonciation

Étant donné que le titulaire reconnu en incapacité de travail qui ne déclare pas la reprise de son activité professionnelle adaptée ou qui la déclare plus de 14 jours civils après la reprise ne peut être favorisé par rapport au titulaire qui aurait déclaré sa reprise dans les 14 jours civils, pour déterminer le montant maximal de la renonciation dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 101, il y a lieu de tenir compte du montant des prestations auquel l'intéressé aurait pu prétendre en application de la règle du cumul visée à l'article 230 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, diminué de 10 %.

1. Publiée dans le B.I. n° 2012/4.

Par conséquent, en tous cas, aucune renonciation n'est possible à la différence entre le montant normal des indemnités accordées pour toute la période d'activité non autorisée et le montant des indemnités obtenu après l'application de la règle de cumul "article 230" pour la même période, cependant réduit de 10 %.

Le Comité de gestion peut donc au maximum renoncer à la différence entre le montant de la récupération et le résultat du calcul ci-dessus.



Exemple :

Montant des prestations octroyées pour toute la période : 10.000 EUR

Montant de la récupération : 6.000 EUR

Montant en application de la règle de cumul "article 230" : 7 000 EUR (réduction de 30 %)

Montant en application de la règle de cumul "article 230" - 10% = 6.300 EUR (7.000 EUR - 700 EUR)

Donc calcul 1 : 10.000 EUR – 6.300 EUR = 3.700 EUR, soit un montant auquel ne peut pas être renoncé

Donc renonciation maximale possible pour 2.300 EUR (6.000 EUR - 3.700 EUR)

Une renonciation à la récupération n'est pas possible si :

- il est question de mauvaise foi dans le chef de l'assuré
- l'action en récupération est entièrement prescrite en application du délai de prescription de l'article 174, alinéa 1^{er}, 5^o, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou pour la partie du montant de la récupération qui est déjà prescrit en application de l'article précité
- il s'agit d'une reprise normale du travail.

La présente circulaire établit la procédure administrative qui doit être suivie afin de soumettre un dossier au Comité de gestion du Service des indemnités.

I. Constitution du dossier administratif par la mutualité

L'assuré social introduit sa demande de renonciation auprès de sa mutualité.

Si l'assuré envoie une demande directement au Service des indemnités de l'INAMI, ce dernier renvoie la demande à l'Union nationale concernée. L'assuré en est informé.

La mutualité constitue un dossier administratif concernant la demande de renonciation de l'assuré social au moyen du formulaire "**Demande de renonciation à la récupération d'indemnités induitement perçues. Application de l'article 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994**". Le modèle de ce formulaire est joint en annexe².

Le dossier administratif doit comporter les données suivantes :


- I. Identification du titulaire
- II. Date d'introduction de la demande de renonciation par l'intéressé
- III. Données relatives à l'incapacité de travail
- IV. Données relatives à l'activité non autorisée
- V. Données relatives aux indemnités à récupérer
- VI. Application de la règle de cumul
- VII. Bonne foi
- VIII. Évaluation du caractère digne d'intérêt.

La mutualité complète, dans le formulaire de demande, toutes les données dont elle dispose et conserve les pièces justificatives dans le dossier administratif. Le cas échéant, elle demande à l'assuré social les données manquantes.

Ensuite, la mutualité transmet le dossier administratif à l'Union nationale, qui doit vérifier si les données sont exactes et complètes, en vue d'un éventuel contrôle par le Service du contrôle administratif de l'INAMI. Si le dossier administratif ne contient pas toutes les données requises, indiquées dans le formulaire de demande, la demande de renonciation à la récupération ne peut pas être présentée au Comité de gestion du Service des indemnités.

L'Union nationale introduit ensuite le dossier administratif auprès du Service des indemnités de l'INAMI. Le Service des indemnités prépare une note à l'intention du Comité de gestion, qui prend la décision.

L'Union nationale est informée de la décision par courrier ordinaire.

 **Communication importante** : même après que la demande de renonciation a été introduite auprès de l'INAMI, la mutualité entreprend les démarches nécessaires pour interrompre le délai de prescription visé à l'article 174, alinéa 1^{er}, 5^o, et à l'article 174, alinéa 3, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 (voir partie II ci-dessous).


II. Prescription

Durée du délai de prescription

En vertu de l'article 174, alinéa 1^{er}, 5^o, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, l'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance indemnités se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement de ces prestations a été effectué.

Ce délai est fixé à 5 ans si l'octroi indu de prestations a été provoqué par des manœuvres frauduleuses dans le chef de l'assuré social (cf. art. 174, al. 3, de la loi précitée).

Ces délais de prescription s'appliquent uniquement dans le rapport juridique entre la mutualité et l'assuré social qui a perçu des prestations indues à charge de l'assurance indemnités.

 **Exemple** : un assuré a perçu indûment des indemnités de maladie à partir du 16 mai 2021. L'action de la mutualité en récupération des indemnités indûment payées en mai 2021 se prescrit, en l'absence de fraude, le 1^{er} juin 2023. Si la fraude peut être retenue dans le chef de l'assuré social, le droit de récupération de la mutualité se prescrit le 1^{er} juin 2026.

Interruption de la prescription

En vertu de l'article 174, alinéa 4, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, une lettre recommandée à la poste suffit pour interrompre la prescription. L'interruption peut être renouvelée. La responsabilité incombe aux mutualités d'envoyer à temps une lettre recommandée à l'assuré social afin d'éviter la prescription de leur droit à la récupération.

La prescription peut également être interrompue par les dispositions de droit commun (cf. art. 2242 à 2250 inclus du C. civ.).

Cela signifie que la prescription est notamment interrompue par :

- la signature d'une reconnaissance de dette par l'assuré social (art. 2248 C.C.)
- une citation en justice (ou une requête), un commandement ou une saisie, *signifiés à celui qu'on veut empêcher de prescrire* (art. 2244 C.C.).

L'introduction par la mutualité d'une requête devant le tribunal du travail pour l'obtention d'un titre exécutoire interrompt par conséquent la prescription.

Distinction entre le délai de prescription et le délai de récupération

En vertu de l'article 326 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, la récupération des prestations payées indûment est effectuée par la mutualité dans un délai de deux ans, à compter de la date :

- de la constatation pour les cas visés à l'article 325, a)
- de la notification du Service du contrôle administratif pour les cas visés à l'article 325, b)
- du prononcé de la décision judiciaire définitive pour les cas visés à l'article 325, c) et d).

Ce délai doit être distingué du délai de prescription de deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement de ces prestations a été effectué, dont il est question à l'article 174, alinéa 1^{er}, 5^o, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Le délai de récupération de deux ans est notamment suspendu à partir de la date d'introduction de la demande de renonciation à la récupération en application de l'article 101, § 2, alinéa 2 de la loi coordonnée, jusqu'à la décision du Comité de gestion (cf. art. 326, § 2, f), de l'A.R. du 03.07.1996). Le délai de prescription, en revanche, continue de courir, à moins d'être interrompu par les actes interruptifs précités.

Vu que la procédure de demande de renonciation, introduite auprès de l'INAMI, n'interrompt pas la prescription, la mutualité doit continuer à interrompre la prescription au moins jusqu'à ce qu'elle soit informée de la décision du Comité de gestion.



Circulaire O.A. n° 2021/123 - 406/19 du 27 avril 2021.

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

Introduction :

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

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

La présente circulaire traite des accords conclus entre les organismes assureurs (O.A.), le Collège intermutualiste national (CIN) et l'INAMI concernant l'application de ce contrôle intermédiaire.

1. Dispositions générales

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

L'organisme assureur gestionnaire est responsable du contrôle intermédiaire du ménage I.M. bénéficiaire d'une ouverture du droit à la suite d'un contrôle des revenus sans période de référence. La première phase du contrôle consiste à vérifier la présence d'un indicateur. Ce contrôle est effectué au plus tard le 31 août de l'année qui suit celle de l'ouverture du droit.

L'organisme assureur responsable effectue le contrôle, au plus tard le 31 août, sur la base d'informations (sur l'indicateur) dont il dispose quant à la situation du ménage I.M. au 30 juin. Le contrôle des revenus doit être clôturé au plus tard le 31 décembre de l'année du contrôle intermédiaire.

L'indicateur doit être présent chez un des membres du ménage mais il ne doit pas nécessairement s'agir du même indicateur ou d'un indicateur chez le même membre du ménage. S'il n'y a plus d'indicateur présent au sein du ménage, le droit à l'I.M. du ménage est retiré le 31 décembre, à moins que le ménage ne souscrive une déclaration sur l'honneur dont il ressort que les revenus au moment de cette déclaration sont toujours inférieurs au plafond applicable à ce même moment (art. 36 de l'A.R. du 15.01.2014).

Quels sont les indicateurs permettant de ne pas devoir appliquer de période de référence dans le cadre du contrôle des revenus ? (L'art. 18 stipule ceci : Par dérogation à l'art. 17, il n'y a aucune période de référence applicable pour le ménage dont un des membres, au moment de l'introduction de la demande est) :

- 1) pensionné
- 2) invalide
- 3) agent des services publics en disponibilité
- 4) militaire placé en retrait temporaire d'emploi
- 5) en incapacité de travail ou en chômage contrôlé si la somme des périodes d'incapacité de travail et de chômage atteint la durée d'un an
- 6) handicapé
- 7) veuf ou veuve
- 8) titulaire au sein d'un ménage monoparental.

Les personnes en maintien de droit suite à une modification de la composition de ménage entre le 1^{er} juillet 2021 et le 31 août 2021 (fin du droit au 31.12.2021) sont exclues du contrôle intermédiaire en raison du fait qu'elles ont déjà (en principe) signé une nouvelle déclaration sur l'honneur.

Pour le contrôle intermédiaire chez les veufs ou veuves, les revenus sont réexaminés, même si l'état civil de ces personnes n'a pas changé (toujours veufs ou veuves).

2. Contrôle des indicateurs

Les informations concernant le contrôle des indicateurs se trouvent dans la circulaire relative aux preuves des indicateurs. (Circ. O.A. n° 2014/500¹ - 3991/258 du 22.12.2014).

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

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

S'il n'y a plus d'indicateur dans le ménage, le droit à l'I.M. pour le ménage est clôturé le 31 décembre, à moins que le ménage signe une déclaration sur l'honneur avant cette date, déclaration dont il ressort que le revenu au moment de la déclaration est inférieur au plafond applicable à cette date (à la date de la déclaration – il est convenu de prendre en compte les revenus du mois qui précède la remise de la déclaration). (art. 36 A.R. du 15.01.2014).

1. Publiée dans le B.I. n° 2015/1.

4. Contrôle intermédiaire spécifique pour les veufs ou veuves

4.1. Pourquoi un contrôle intermédiaire spécifique pour les personnes récemment veufs ou veuves ?

Il se peut qu'un veuf ou une veuve, au moment de rédiger sa déclaration sur l'honneur, n'ait pas encore reçu de pension de survie ni le calcul de celle-ci.

D'après les instructions données à ce propos, les mutualités doivent, lors du contrôle des revenus, tenir compte pour ces veufs ou veuves de la pension même si elle n'est pas encore versée, dès lors que son montant est connu (le calcul en a été effectué). Le fait que le calcul n'ait pas encore été effectué ne doit pas empêcher l'ouverture du droit à l'intervention majorée.

Pour éviter que cette ouverture du droit à l'I.M. ne subsiste pour une période courant jusqu'à ce qu'un changement dans la situation des revenus ne soit constaté via le contrôle systématique, il a été proposé d'effectuer déjà un nouveau contrôle des revenus chez ces veufs ou veuves via le contrôle intermédiaire.

4.2. Modalités du contrôle intermédiaire pour les nouveaux veufs ou les nouvelles veuves

Lors du contrôle intermédiaire "ordinaire", on vérifie si un indicateur est encore présent au sein du ménage au 30 juin de l'année qui suit celle de l'ouverture du droit à l'I.M.

Le contrôle intermédiaire spécifique se limite aux titulaires qui :

- ont ouvert un droit à l'I.M. au cours de l'année précédente sur la base de l'indicateur "veuf ou veuve"
- ont indiqué, lors du contrôle des revenus, qu'ils ne percevaient pas de "pension"
- ont indiqué, lors du contrôle des revenus, qu'ils percevaient une allocation transitoire.

L'idée est de vérifier lors du contrôle intermédiaire les droits qui sont octroyés alors que toutes les données de revenus ne sont pas connues au moment de la déclaration sur l'honneur étant donné que le veuf ou la veuve n'a pas reçu de pension de survie ni le calcul de celle-ci au moment de faire cette déclaration. Ce nouveau contrôle des revenus n'est pas nécessaire pour les veufs ou veuves dont la situation des revenus est intégralement connue au moment de la déclaration sur l'honneur ou dont le ménage a, en raison d'un changement de composition, fait l'objet d'un nouveau contrôle du droit avant le 30 juin de l'année après l'ouverture du droit.

Pour les veufs ou veuves, le contrôle intermédiaire n'est pas effectué dans les cas suivants :

- pour les veufs ou veuves qui n'entrent pas en ligne de compte pour le bénéfice d'une pension de survie et pour lesquelles un nouveau contrôle n'a donc pas de sens
- pour les veufs ou veuves qui, au 30 juin de l'année du contrôle intermédiaire, n'ont plus l'état civil de veuf ou veuve (il y a donc eu un changement dans la composition de leur ménage et leur situation a fait l'objet d'un nouveau contrôle)
- pour les veufs ou veuves qui, au 30 juin de l'année du contrôle intermédiaire, ont connu une extension de leur ménage I.M. par la venue d'un "cohabitant (légal)" (il y a en effet alors déjà eu un changement de composition du ménage ayant entraîné un nouveau contrôle de leur situation).

5. Entrée en vigueur

La présente circulaire est applicable pour le contrôle intermédiaire des bénéficiaires de l'I.M. après un contrôle des revenus effectué par l'organisme assureur sans période de référence (art. 18 de l'A.R. du 15.01.2014) à partir de 2020.

Cette circulaire remplace, à partir de sa publication, la circulaire O.A. n° 2020/83² - 3991/317 du 25 mars 2020.



Circulaire O.A. n° 2021/126 – 3991/330 du 30 avril 2021.

V. Modalités de preuve pour l'inscription en qualité de personne inscrite au Registre national des personnes physiques en application de l'article 32, alinéa 1, 15^o de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

I. Introduction

En application de l'article 32, alinéa 1, 15^o de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les personnes inscrites au Registre national des personnes physiques peuvent être considérées comme bénéficiaires du droit aux prestations de santé.

En vertu des dispositions de l'article 128^{quinquies}, § 1^{er} 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, les personnes énumérées ci-après ne sont pas exclues du champ d'application de l'article 32 précité et peuvent, elles aussi, être inscrites en qualité de personnes inscrites au Registre national des personnes physiques :

1. Les étrangers qui sont admis de plein droit ou autorisés de plein droit à séjourner plus de trois mois dans le Royaume (inscrits dans le Registre des étrangers).
2. Les étrangers qui sont autorisés au séjour pour une durée illimitée (inscrits dans le Registre des étrangers) ou établis dans le Royaume (inscrits dans le Registre de la population).
3. Les candidats réfugiés dont la demande a été déclarée recevable avant le 1^{er} juin 2007 par l'Office des étrangers ou par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (inscrits dans le Registre d'attente) et pour lesquels la procédure d'asile n'est pas encore terminée.¹

1. La loi du 15.09.2006 modifiant la loi du 15.12.1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers a réformé la procédure de demande d'asile et supprimé la distinction entre la phase de recevabilité et la phase de l'examen au fond à partir du 01.06.2007. Il n'y a donc plus qu'une seule phase.
Par ailleurs, la loi du 12.01.2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile et d'autres catégories déterminées d'étrangers, octroie une aide matérielle à tout demandeur d'asile qui, à partir du 01.06.2007 a demandé l'asile, en ce inclus les demandeurs d'asile qui, avant le 01.06.2007, n'ont pas encore reçu de décision de l'Office des étrangers ou du Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides sur la recevabilité de leur demande d'asile. Le droit à l'aide matérielle est maintenu pendant toute la procédure d'asile, y compris pendant le recours introduit devant le Conseil du Contentieux des étrangers, ainsi que pendant le recours éventuel en cassation administrative introduit devant le Conseil d'État.
L'accompagnement médical (c.-à-d. l'aide et les soins médicaux) nécessaire pour mener une vie conforme à la dignité humaine fait partie de l'aide matérielle et est pris en charge par l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (= Fedasil) ou le CPAS si le demandeur d'asile réside dans une initiative d'accueil locale (IAL).

De même, les candidats réfugiés dont la demande a été déclarée recevable avant le 1^{er} juin 2007, qui ont, avant ou après le 1^{er} juin, reçu une décision négative du Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides, et qui ont introduit un recours contre cette décision devant le Conseil du Contentieux des étrangers ainsi, que les candidats réfugiés pour lesquels la demande a été déclarée recevable avant le 1^{er} juin 2007 et qui ont reçu, avant ou après le 1^{er} juin, une décision négative du Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides, qui a été confirmée par le Conseil du Contentieux des étrangers, et qui ont introduit un recours en cassation contre l'arrêt auprès du Conseil d'État.

4. Les personnes qui, en attendant leur inscription au Registre national des personnes physiques, apportent la preuve qu'elles ont fait une déclaration visée dans l'article 7 de l'arrêté royal du 16 juillet 1992 relatif au Registre de la population et au Registre des étrangers.

Pour pouvoir être inscrites en qualité de personnes inscrites au Registre national des personnes physiques, les personnes précitées doivent transmettre les documents suivants à leur organisme assureur. Ces documents ou pièces justificatives sont énumérés pour chacune des 4 catégories.

Il s'agit généralement de documents de séjour délivrés par une commune.

Le contenu de la carte d'identité électronique prime sur une copie de la carte physique (recto et verso de la carte d'identité). Par conséquent, c'est un extrait obtenu grâce à la lecture de la puce qui doit être conservé. En effet, la majorité des informations, les preuves, sont obtenues grâce à la lecture du certificat présent sur la puce de l'eID et ne sont pas sur la carte elle-même. La règle s'applique pour les autres cartes ou titres de séjours dotés d'une puce électronique et repris dans la circulaire O.A. sur les preuves résident, l'extrait de la lecture doit être conservé. Pour ces cartes, dans un objectif d'exhaustivité, une copie du recto et du verso de la carte doit également être conservée.

II. Les étrangers qui sont admis de plein droit ou autorisés de plein droit à séjourner plus de trois mois dans le Royaume et les étrangers qui sont autorisés au séjour pour une durée illimitée ou qui sont établis dans le Royaume²

1. Aperçu général et description des documents de séjour

La liste suivante de pièces justificatives est reconnue comme preuve d'inscription pour les étrangers admis ou autorisés de plein droit à séjourner pendant une période supérieure à trois mois dans le Royaume et pour les étrangers autorisés à séjourner pour une durée indéterminée ou établis dans le Royaume en qualité de bénéficiaire en tant que résident.

- a) la carte électronique A (certificat d'inscription au registre des étrangers – séjour temporaire) et la carte électronique B (certificat d'inscription au registre des étrangers) délivrée aux étrangers non U.E. et publiée en annexe 6 de l'arrêté royal du 8 octobre 1981 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers
- b) la carte électronique C (carte d'identité d'étranger) délivrée aux étrangers établis non U.E. et Suisses³ (avec permanence de séjour) et publiée en annexe 7 de l'arrêté royal du 8 octobre 1981 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers

2. Cette section traite des pièces justificatives pour les assurés visés aux points 1 et 2 de l'introduction.

3. Pour la Suisse, aucune nouvelle carte C n'a été délivrée depuis le 06.06.2016. Il reste 576 Suisses avec des cartes C valables (celles-ci sont valables 5 ans sauf pour les demandeurs d'emploi où une durée de validité de 2 ans s'applique).

- c) la carte électronique D (résident de longue durée – U.E.) délivrée aux étrangers non U.E. et publiée en annexe 7*bis* de l'arrêté royal du 8 octobre 1981 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers
- d) la carte électronique E (déclaration d'inscription) délivrée aux étrangers U.E. et publiée en annexe 8 de l'arrêté royal du 8 octobre 1981 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers
- e) la carte électronique E+ (document attestant de la permanence du séjour) délivrée aux étrangers U.E. et publiée en annexe 8*bis* de l'arrêté royal du 8 octobre 1981 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers
- f) la carte électronique F (carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'U.E.) délivrée aux étrangers non U.E. qui sont membres de famille d'un citoyen de l'U.E. et publiée en annexe 9 de l'arrêté royal du 8 octobre 1981 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers
- g) la carte électronique F+ (carte de séjour permanent de membre de la famille d'un citoyen de l'U.E.) délivrée à l'étranger non U.E. qui est membre de famille d'un citoyen U.E. et publiée en annexe 9*bis* de l'arrêté royal du 8 octobre 1981 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers
- h) la nouvelle carte électronique H (la carte bleue européenne). Cette carte est délivrée à des travailleurs salariés hautement qualifiés issus de pays tiers (citoyens non ressortissant de l'U.E.) ayant parcouru avec succès la procédure de séjour en vue de l'obtention d'une carte bleue européenne (art. 61/26 et suivants de la loi du 15.12.1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers). Elle a été publiée comme annexe 6*bis* à l'arrêté royal du 8 octobre 1981 concernant l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

L'annexe à cette circulaire, portant le numéro d'ordre 9, donne un aperçu des différents types de documents d'identité. L'annexe portant le numéro d'ordre 8 donne un aperçu des preuves qui n'ont pas été acceptées.

Le tableau ci-dessous donne, avec référence au site de l'OE, un aperçu des documents précités qui, en application de l'arrêté royal du 8 octobre 1981 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, doivent être pris en considération comme preuve de la qualité d'inscription au Registre national, conformément à l'article 32, 1^{er} alinéa, 15^o de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Conformément à l'arrêté ministériel du 11 février 2014, les cartes et titres de séjour en papier ne sont plus valables depuis le 1^{er} octobre 2013 et seuls les titres électroniques devraient être utilisés.

Le service signale qu'une modification de la loi précitée du 15 décembre 1980 relative à l'accès sur le territoire, a pour effet qu'à partir du 8 juillet 2016, les personnes reconnues comme réfugiés, sont d'abord admises à un séjour temporaire. Le titre de séjour concerné (carte électronique type-A) est valable pour une durée de cinq ans. Après cinq ans, à compter de la date de demande d'asile, la personne reconnue comme réfugié est admise à un séjour de durée illimitée et reçoit une carte de séjour électronique type-B.

2. Étranger non U.E.

<p>Certificat d'inscription au registre des étrangers - Séjour temporaire Bescheinigung der Eintragung im Ausländerregister - Vorübergehender Aufenthalt</p>
<p>Carte A travailleur hautement qualifié issus de pays tiers (citoyens non ressortissant de l'U.E.) <i>carte H</i></p>
<p>Certificat d'inscription au registre des étrangers Bescheinigung der Eintragung im Ausländerregister</p>
<p>Carte B</p>
<p>Carte d'identité d'étranger Personalausweis für Ausländer</p>
<p>Carte C</p>
<p>Résident de longue durée - C.E. Daueraufenthalt - E.G.</p>
<p>Carte D</p>

3. Étranger non U.E. qui est membre de famille d'un citoyen U.E.

<p>Carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union Aufenthaltskarte für Familienangehörige eines Unionsbürgers</p>
<p>Carte F</p>
<p>Carte de séjour permanent de membre de la famille d'un citoyen de l'Union Daueraufenthaltskarte für Familienangehörige eines Unionsbürgers</p>
<p>Carte F+</p>

4. Citoyen U.E.

<p>Attestation d'enregistrement Anmeldebescheinigung</p>
<p>Carte E</p>
<p>Document attestant de la permanence du séjour Dokument zur Bescheinigung des Daueraufenthalts</p>
<p>Carte E +</p>

III. Les candidats réfugiés dont la demande a été déclarée recevable par l'Office des étrangers ou le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides avant le 1^{er} juin 2007 et dont la procédure d'asile n'est pas encore terminée.

Comme les personnes étaient normalement déjà inscrites en tant que telles au Registre national avant le 1^{er} juin 2007, ces situations ne se produiront que rarement⁴.

1. Les demandeurs d'asile dont la demande a été déclarée recevable avant le 1^{er} juin 2007 par le Service de l'immigration ou par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides et dont la procédure d'asile n'est pas encore terminée

Ils prouvent leur qualité en **produisant simultanément** les documents suivants :

une annexe 25 (l'annexe à cette circulaire, portant le numéro d'ordre 3) OU une annexe 26 (l'annexe à cette circulaire, portant le numéro d'ordre 4) délivrée avant le 1^{er} juin 2007 + une attestation d'immatriculation modèle A (l'annexe à cette circulaire, portant le numéro d'ordre 1).

Une attestation d'immatriculation modèle A seule ne prouve pas qu'il s'agit d'un demandeur d'asile.

2. Les demandeurs d'asile pour lesquels la demande a été déclarée recevable avant le 1^{er} juin 2007, qui avant ou après cette date ont reçu une décision négative, et qui ont introduit un recours contre cette décision auprès du Conseil du Contentieux des étrangers, ainsi que les candidats réfugiés pour lesquels la demande a été déclarée recevable avant le 1^{er} juin 2007 et qui ont reçu, avant ou après cette date, une décision négative du Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides, qui a été confirmée par le Conseil du Contentieux des étrangers, et qui ont introduit un recours en cassation contre l'arrêt auprès du Conseil d'État

La décision concernant la recevabilité de la demande d'asile peut être retrouvée dans le Registre national sous le code 206 (Registre d'attente). Si celui-ci ne peut être consulté, la mutualité peut requérir de l'intéressé qu'il demande à l'administration communale ou via le CPAS un extrait du Registre d'attente.

4. En octobre 2020, le nombre de personnes dans cette situation est encore de 11.

IV. Les personnes qui, en attendant leur inscription au Registre national des personnes physiques, apportent la preuve qu'elles ont fait une déclaration visée dans l'article 7 de l'arrêté royal du 16 juillet 1992 relatif au Registre de la population et au Registre des étrangers

1. Général

Ces personnes fournissent la preuve de leur qualité au moyen d'une attestation des autorités communales ou par tout autre moyen de preuve reconnu comme tel par le Fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif.

Pour les personnes qui prouvent leur qualité au moyen d'une attestation délivrée par les autorités communales, l'annexe 15⁵ ou l'annexe 49⁶ de l'arrêté royal du 8 octobre 1981 concernant l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers est utilisée. Un spécimen de ce document est en annexe 4 de cette circulaire. Il y a lieu d'effectuer une distinction selon le cas.

2. Un étranger qui est citoyen de l'Union européenne

S'il s'agit d'un *citoyen de l'Union européenne*, aucune annexe 15 n'est délivrée.

Dans l'attente de leur carte E ou E+ (qui sont la version électronique des annexes 8 et 8bis), ils se voient délivrer ces annexes 8 ou 8bis. L'annexe 8 ou 8bis est un moyen de preuve suffisant, pour l'autorisation de séjour de respectivement plus de 3 mois (annexe 8 et carte E) ou d'une durée illimitée (annexe 8bis et carte E+).

3. Un étranger qui n'est pas citoyen de l'Union européenne

S'il s'agit d'un *étranger qui n'est pas citoyen de l'Union européenne*, il y a lieu de distinguer les citoyens en possession d'une attestation d'immatriculation (AI) de ceux qui n'en disposent pas.

Ceux qui sont déjà en possession d'une AI, ne reçoivent pas l'annexe 15 mais leur AI est prolongée jusqu'à la délivrance du titre de séjour. Les étrangers ne disposant pas d'une AI reçoivent, quant à eux, une annexe 15. Le service signale que les personnes qui ont reçu l'attestation d'immatriculation dans cette situation, sont tenues à soumettre également une décision positive de l'Office des étrangers.

S'il s'agit d'une situation dans laquelle une décision explicite n'a pas été prise et que ce manque est assimilé à une décision positive, l'inscription enregistrement sur la base d'une carte de séjour valable obtenue *a posteriori* peut donner lieu à une demande d'inscription avec effet rétroactif sur la base de l'article 252, sixième alinéa, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 en exécution de la loi coordonnée.

5. Selon la raison pour laquelle l'annexe 15 a été délivrée et donc selon la case cochée par l'administration communale (par ex. si la case 5 ou 6 est cochée, l'O.A. ne peut pas inscrire la personne en tant que résident). Voir annexe avec le numéro d'ordre 8.
6. La 10^e annexe de cette circulaire donne un aperçu schématique du moment où les annexes 49 et 15 sont émises, de la durée de validité des certificats pour chaque scénario, de la possibilité de prolonger cette période, de l'inclusion ou non du destinataire dans le registre national et de la référence réglementaire.

Ce "principe" qu'une non-décision dans les délais équivaut à une décision positive existe dans différentes procédures de séjour dont les suivantes :

- regroupement familial avec un ressortissant de pays tiers (art. 10^{ter}, § 2, al. 4, § 2^{bis}, al. 3, § 2^{ter}, al. 3 ; art. 12^{bis}, § 2, dernier al., § 3, al. 3, § 3^{bis}, al. 3, de la loi du 15.12.1980 + art. 26, § 4, 26/1, § 4, 26/2, § 5, 26/2/1, § 5, de l'A.R. du 08.10.1981)
- séjour de plus de trois mois d'un citoyen de l'Union européenne (art. 51, § 2, de l'A.R. du 08.10.1981)
- regroupement familial avec un citoyen de l'Union européenne⁷ (art. 52, § 4, de l'A.R. du 08.10.1981)
- acquisition du séjour permanent par un citoyen de l'Union européenne ou un membre de sa famille (art. 55 et 56, de l'A.R. du 08.10.1981)
- autorisation d'établissement (art. 30, de l'A.R. du 08.10.1981)
- acquisition du statut de résident de longue durée (art. 30, de l'A.R. du 08.10.1981)
- permis unique (accord de coopération du 02.02.2018)
- résident de longue durée dans un autre État membre et demandant un séjour de plus de trois mois en Belgique (art. 61/7, § 3, dernier al., de la loi du 15.12.1980)
- travailleur hautement qualifié (art. 61/27-5, de la loi du 15.12.1980)
- droit de retour (art. 40, de l'A.R. du 08.10.1981).

L'annexe 15 vaut comme preuve d'inscription au Registre des étrangers/Registre de la population quand elle est délivrée⁸ :

- si la personne s'est présentée pour introduire une demande d'autorisation de séjour ou une demande d'obtention du statut de résident de longue durée-CE (art. 30 de l'A.R. du 08.10.1981 concernant l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers) (1^{er} case)
- si la personne s'est présentée pour introduire une demande de renouvellement de son titre de séjour ou d'établissement, de son permis de séjour de résident de longue durée - CE (art. 33 – 101 de l'A.R. du 08.10.1981 concernant l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers) (2^e case)
- si la personne s'est présentée pour introduire une demande de séjour de longue durée (art. 56 de l'A.R. du 08.10.1981 concernant l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers) (4^e case)
- si la personne s'est présentée pour se faire inscrire (art. 119 de l'A.R. du 08.10.1981 concernant l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers) (7^e case) en combinaison avec :
 - un visa valable de type D
 - une décision de l'Office des étrangers que l'intéressé peut obtenir, un Certificat d'Inscription au Registre des étrangers (CIRE) (ex. dans le cadre de la procédure de victime de la traite des êtres humains ou dans le cadre d'une demande 9^{ter} ou 9^{bis}...)
- si la personne s'est présentée pour recevoir le document de séjour, le titre de séjour ou d'établissement ou le permis de séjour de longue durée CE auquel elle a droit (art. 119 de l'A.R. du 08.10.1981 concernant l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers) (8^e case).

Vu que les communes ne délivrent pas d'annexe 15 dans certaines situations, en attendant que la carte de séjour électronique de type A ou B soit délivrée, on peut admettre que les documents suivants soient pris en compte, pour les personnes reconnues comme réfugiés et pour les personnes à qui le statut de protection subsidiaire a été accordé :

En cas de reconnaissance ou d'octroi par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA)

7. La Cour de justice de l'Union européenne a condamné cette pratique en ce qui concerne le regroupement familial avec un ressortissant de pays tiers ou avec un citoyen de l'Union.

8. L'utilisation de la 3^e case de l'annexe 15 pour l'enregistrement des bénéficiaires en qualité de résident est toujours en cours d'investigation auprès de l'Office des Étrangers

- l'annexe 25 ou 26 (ou 25bis ou 26bis) accompagnée de la décision de reconnaissance du CGRA.

En cas de reconnaissance par le Conseil du Contentieux des étrangers et à condition qu'aucun recours en cassation n'ait été introduit devant le Conseil d'État après le délai de recours de 30 jours ou, si un recours a été introduit, à condition que ce recours ait été rejeté.

- l'attestation d'immatriculation ou l'annexe 25 ou 26 (ou 25bis ou 26bis) en combinaison avec l'arrêt de reconnaissance du Conseil du Contentieux des étrangers qui est devenu définitif. Cela implique que les organismes assureurs peuvent consulter le registre d'attente pour vérifier si un recours en cassation a été introduit auprès du Conseil d'État.

Suite à l'accord sur le retrait du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord de l'Union européenne et de la Communauté européenne de l'énergie atomique, la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ainsi que son arrêté royal du 8 octobre 1981 ont été modifiés.⁹

Avec ces modifications législatives et réglementaires, de nouveaux documents et titres de séjour ont vu le jour. Il s'agit de l'"annexe 56", de l'"annexe 57", de la "carte M" et de la "carte N". Ces 4 types de documents et de permis de séjour peuvent être utilisés pour l'inscription des assurés en tant que titulaires dans la qualité de résident. Les formulaires des annexes 57 et 56 sont annexés à la circulaire avec le numéro d'ordre 11.

4. Enfants ayant le statut de réfugié

Une pièce d'identité sur papier peut être utilisée conjointement à la preuve du statut de réfugié reconnu pour inscrire les enfants ayant le statut de réfugiés en qualité de résident.

- les étrangers âgés de moins de 12 ans (et pour autant qu'ils séjournent légalement dans le pays) sont mis en possession du certificat d'identité tel que visé à l'arrêté royal du 10 décembre 1996 relatif aux différents documents d'identité pour les enfants de moins de douze ans
- les étrangers âgés de 12 ans et plus (séjournant légalement dans le pays disposant d'un séjour légal) sont mis en possession des documents d'identification prévus par la loi du 15 décembre 1980 et l'arrêté royal du 8 octobre 1981.

V. Modalités de preuve des situations d'exclusion

1. Introduction

Lors de l'inscription en la qualité de résident en vertu de l'article 32, paragraphe 1, 15° de la loi SSI, les organismes assureurs doivent examiner si la personne en question n'a pas ou ne peut pas avoir droit aux soins médicaux en vertu d'un autre régime d'assurance soins de santé belge ou étranger.

Pour les O.A., il n'est pas toujours facile de vérifier si, dans une situation donnée, la personne est exclue ou non de la qualité de résident (parce qu'elle a ou peut avoir un droit en vertu d'une autre réglementation belge ou étrangère), surtout dans un contexte international.

Dans cette partie de la circulaire "Procédures pour prouver l'inscription d'une personne au registre national", les procédures pour prouver ces motifs d'exclusion sont décrites.

9. <https://dofi.ibz.be/sites/dvzoe/FR/Brexit/Pages/Brexit-2.aspx>

2. Personnel diplomatique et personnel des organisations internationales établies en Belgique

DIPLOMATES ET PERSONNES ASSIMILÉES :

- le personnel des missions diplomatiques et consulaires accrédité en Belgique (les titulaires d'une carte d'identité spéciale délivrée par la Direction du Protocole du SPF Affaires étrangères) ne peut plus être inscrit en qualité de "personne inscrite au Registre national" à partir du 1^{er} septembre 2013.

Sur le formulaire d'inscription, l'assuré social devra déclarer s'il est ou non titulaire de la carte d'identité spéciale précitée, afin que les O.A. puissent détecter ces personnes

- les membres du personnel des ambassades ou des consulats inscrits au Registre national, qui ne sont pas en possession d'une carte d'identité spéciale délivrée par la Direction du Protocole du SPF Affaires étrangères, sont en dehors du champ d'application de ladite règle et peuvent donc continuer à être inscrits en qualité de titulaires résidents, à condition néanmoins qu'ils ne soient ou ne puissent être bénéficiaires du droit aux soins de santé en vertu d'un régime de leur pays d'origine (art. 32, 2^e al. de la loi SSI).

La preuve pour ces personnes est leur carte d'identité spéciale. La direction du Protocole du SPF Affaires étrangères, Commerce extérieur et Coopération au Développement délivre des cartes d'identité spéciales ("cartes protocolaires"¹⁰) sur la base de l'arrêté royal du 30 octobre 1991.¹¹ Ces cartes d'identité spéciales ne sont pas reprises dans la liste de l'arrêté royal du 14 janvier 2013 portant exécution du Code de la nationalité belge (CNB).

CERTAINS MEMBRES DU PERSONNEL DES ORGANISATIONS INTERNATIONALES

Les membres du personnel des organisations internationales sont soit des employés soumis à l'ONSS, soit ils bénéficient de leur propre régime. Ceux qui bénéficient de leur propre régime sont exclus de l'inscription en tant que résidents. Les employés des organisations internationales qui sont soumis à l'ONSS sont, sur la base de leur assujettissement à l'ONSS, soumis aux conditions de l'article 32, 1^o de la loi SSI.

VI. Remarque concernant le "Regroupement familial"

En vertu des articles 10, § 2, alinéa 2 - 10bis §§ 1, 2 et 3 - **40bis, § 4, alinéa 2 - 40ter alinéa 2** de la loi du 15 décembre 1980, tout demandeur d'un regroupement familial doit apporter la preuve que la personne étrangère ou la personne belge rejointe dispose d'une assurance maladie couvrant les risques en Belgique pour lui-même et les membres de sa famille.

Dans le cadre de la réglementation précitée un formulaire est exigé attestant le droit potentiel aux soins de santé pour les personnes qui entrent en ligne de compte.

10. L'annexe avec le numéro d'ordre 7 reprend le Guide du protocole Immunités et privilèges du SPF Affaires Etrangères. Ce Guide contient des informations pratiques sur tous les aspects couverts par le Service P1 "Privilèges et Immunités" de la direction du Protocole: la délivrance de cartes d'identité spéciales, les immunités et les privilèges (fiscaux), la sécurité des bâtiments des missions, les plaques d'immatriculation CD et les permis de conduire. Plus d'informations sur les types de pièces d'identité sont disponibles dans l'annexe à cette circulaire avec le numéro d'ordre 9. Il s'agit d'un document du SPF Affaires intérieures, Direction Institutions et Population.

11. Certaines personnes munies d'une carte d'identité spéciale comme les domestiques privés employés par des agents diplomatiques ou consulaires qui représentent un pays auquel la Belgique est liée par un accord bilatéral sur la sécurité sociale (cf. circ. diplomates soumis à l'ONSS). Les mêmes règles leur sont applicables que pour le personnel des organisations internationales.

Cette attestation est disponible sur le site de l'Office des Étrangers du SPF Intérieur ([attestation de la mutuelle](#)) Voir l'annexe à la circulaire avec le numéro d'ordre 6.¹²

Les annexes à cette circulaire sont publiées sur le site web de l' I.N.A.M.I. –



<http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/autres/mutualites/Pages/circulaire-mutualite-sca.aspx>



Circulaire O.A. n° 2021/139 - 2299/11 du 10 mai 2021.

12. Non publiée ici.

VI. Flux de données dans le cadre du contrôle systématique du droit à l'intervention majorée effectué en 2021

Introduction :

La présente circulaire concerne le contrôle des revenus visé à l'article 37 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 (A.R. du 15.01.2014) relatif à l'intervention majorée de l'assurance (M.B. du 29.01.2014), visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

La circulaire fixe les modalités d'échange de données entre le Service du contrôle administratif (SCA) et les organismes assureurs (O.A.) dans le cadre du contrôle systématique.

En annexe à cette circulaire figure une description technique de cet échange de données ainsi qu'un document comprenant la liste des codes IPCAL¹ relatifs à l'année d'imposition 2020 (revenus 2019) pour le calcul du revenu du ménage et enfin, le tableau reprenant la dénomination et timing des flux.

1. But du contrôle systématique

Le contrôle systématique est décrit à la section 9 du chapitre 4 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014. Cette section porte sur le maintien du droit (art. 37 à 41).

Ce processus a essentiellement été développé pour permettre aux organismes assureurs de prolonger le droit à l'intervention majorée (plus loin dans cette circulaire en abrégé I.M.) après ouverture de ce droit sur la base d'une déclaration sur l'honneur (plus loin dans cette circulaire en abrégé DSH), sans l'intervention des assurés sociaux. La prolongation est basée sur les revenus des assurés sociaux qui bénéficient actuellement de l'I.M.. L'information sur ces revenus doit être demandée au SPF Finances. Ce processus se fait par l'intermédiaire du Service du contrôle administratif de l'INAMI (plus loin dans cette circulaire en abrégé SCA).

C'est le SCA qui transmet les données sur les revenus du SPF Finances vers les organismes assureurs. Les revenus des membres du ménage permettent aux organismes assureurs d'examiner la situation des revenus du ménage I.M. pour que ceux-ci puissent prolonger le droit à l'I.M. ou y mettre fin.

1. En annexe 2 : la liste des codes IPCAL qui sont demandés au SPF Finances pour l'année de contrôle 2021. Ce sont les revenus de l'année 2019, exercice d'imposition 2020, qui sont demandés. La liste donne également une indication sur la manière de calculer les différents revenus. Les accords concernant le calcul du revenu familial se trouvent dans l'A.R. du 15.01.2014 et sont détaillés dans la circulaire O.A. n° 2020/118 (non publiée) du 29.04.2020 concernant "Intervention majorée: nature des revenus pris en compte". (non publiée)

Si les données sur les revenus, dont les organismes assureurs disposent pendant l'examen des revenus qui suit l'échange de données avec le SPF Finances et le SCA, indiquent qu'il y a un dépassement du plafond ou qu'aucune donnée fiscale n'est disponible pour au moins un membre de la famille le droit est limité au 31 décembre². Si, dans ces deux cas, le ménage présente une nouvelle DSH et le droit est, à nouveau, accordé à partir du 1^{er} janvier de l'année suivante, il ne s'agit pas d'une ouverture de droit.

En outre, les données obtenues dans le cadre de ce processus permettent également aux organismes assureurs et à l'INAMI de suivre et d'évaluer la qualité des déclarations sur l'honneur ainsi que le contrôle des revenus pour l'octroi du droit à l'I.M.

2. Description générale du processus de contrôle systématique

2.1. Description du processus

Dans le cadre du processus de contrôle systématique, les organismes assureurs et le SCA s'échangent trois fichiers.

Le premier fichier, Syst_01, contient les ménages ayant droit à l'I.M. sur la base d'une déclaration sur l'honneur, plus particulièrement les ménages qui :

- au 1^{er} janvier 2021 ont droit à l'intervention majorée et qui bénéficiaient de ce même droit durant toute la deuxième année précédente³
- au 1^{er} janvier 2021 ont droit à l'intervention majorée, dont le droit a été ouvert l'année précédente et auxquels une période de référence d'un an était applicable (art. 37, § 1^{er}, de l'A.R. 15.01.2014)
- au 1^{er} janvier 2021 ont droit à l'intervention majorée, dont le droit a été ouvert deux années précédentes avec une période de référence d'un an et qui ont reçu une prolongation l'année précédente après le contrôle systématique (art. 46 A.R. 15.01.2014).

Le deuxième fichier échangé entre le SCA et les organismes assureurs "Syst_04" contient les données relatives aux revenus. L'INAMI demande ces données au SPF Finances et les transmet aux organismes assureurs concernés. L'échange est effectué via le filtre du Collège intermutualiste national (plus loin dans cette circ. en abrégé CIN).

Le fichier de feed-back, "Syst_05", est le troisième fichier échangé entre les organismes assureurs et le SCA dans le cadre du contrôle systématique. Dans ce fichier, les organismes assureurs indiquent les droits qui ont été prolongés ou retirés ainsi que le motif de leur prolongation ou retrait. Le feed-back sera demandé pour tous les ménages du cycle de contrôle concerné, et donc pas uniquement pour ceux ayant un dépassement ou dont le droit a été retiré.

Les fichiers "Syst_02" et "Syst_03" sont les fichiers qui sont échangés entre le SCA et le SPF Finances et qui contiennent les données fiscales. Les modalités et le contenu de l'échange de données sont précisés dans le Project Initiation Document (PID), un Service level agreement (SLA) conclu entre l'INAMI (SCA) et la Banque carrefour de la sécurité sociale (BCSS). Ils ne sont pas détaillés dans la présente circulaire.

2. Sauf si le membre du ménage pour lequel les revenus manquent au SPF Finances est âgé de moins de 18 ans.

3. Ce sont les ménages dont le droit à l'I.M. était ouvert sur base d'une qualité, et qui en ont bénéficié pendant toute l'année 2019.

2.2. Utilisation du numéro de demande

Le numéro de demande se compose comme suit : organisme assureur + année + NISS du demandeur⁴. L'année est l'année de transmission du fichier. Dans le cadre de la présente circulaire, l'année de transmission est l'année 2021.

Lorsqu'un assuré change de mutualité, il se peut que la mutualité qui doit transmettre les données du flux Syst_05 n'ait pas transmis le flux Syst_01. L'organisme assureur qui transmet les données du flux Syst_05 doit, dans le cadre d'un même processus de contrôle, utiliser le même numéro de demande que pour les autres échanges de données. Il n'est pas possible d'utiliser un autre numéro de demande pour un même ménage dans les fichiers d'une même année de contrôle.

Le numéro de demande ne varie pas en fonction des fichiers Syst_01, Syst_04 ou Syst_05. La raison pour laquelle le numéro de demande est maintenu comme zone est liée à cette stabilité. Un numéro NISS peut changer au cours du processus⁵, l'organisme assureur peut changer, mais le numéro de demande reste le même.

2.3. Effet d'une mutation au cours du processus de contrôle systématique

Dans le cadre du contrôle systématique, les données relatives aux revenus sont envoyées à l'actuel organisme assureur. Cet envoi est possible du fait que l'INAMI transmet les enregistrements via le CIN. Le filtre CIN permet en effet de transmettre les enregistrements contenant les données fiscales à l'organisme assureur actuel du demandeur.

L'utilisation du filtre CIN permet d'éviter des ralentissements. Si l'INAMI renvoyait le fichier complet des données fiscales à l'organisme assureur qui a introduit la demande, celui-ci recevrait des données relatives aux revenus du ménage du demandeur qui n'y est plus affilié.

Il lui serait de ce fait impossible d'effectuer le contrôle systématique. L'organisme assureur concerné devrait informer l'INAMI de la situation et communiquer le nouvel organisme assureur du demandeur. Dès qu'il aura été informé, l'INAMI pourra envoyer un nouveau fichier à tous les nouveaux organismes assureurs respectifs.

L'utilisation du filtre CIN a parfois comme conséquence que les enregistrements contenant les données fiscales sont envoyés à un organisme assureur sans que celui-ci ait envoyé la demande originale. Cette situation s'explique par le fait que cet organisme assureur est entre-temps devenu l'organisme assureur du demandeur. Ceci a une répercussion sur les règles de détermination des numéros de demande. Chaque organisme assureur doit pouvoir manipuler les numéros de demande utilisés par un autre organisme assureur dans ses propres programmes.

Le processus tient compte des mutations qui ont lieu entre l'envoi des demandes et la réception des données fiscales. Le processus ne tient pas compte des mutations qui ont lieu entre la réception des données fiscales par un organisme assureur et l'élaboration et l'envoi du feed-back qui s'ensuit.

C'est l'organisme assureur qui reçoit les données fiscales qui envoie aussi le feed-back. Il donne en outre aussi un feed-back concernant les ménages qui ont entre-temps muté vers un autre organisme assureur. Le cas échéant, il est précisé dans le fichier de feed-back qu'il est mis fin au droit à l'I.M. de ce ménage affilié à cet organisme assureur en raison d'une mutation.

4. Le numéro NISS du demandeur au moment de la demande.

5. Le NISS le plus récent est utilisé dans le processus.

2.4. Historique/modification de(s) NISS

Si au cours de l'élaboration du fichier flux Syst_01, une des parties reçoit un numéro NISS modifié, c'est ce numéro qui sera utilisé dans les échanges de données ultérieurs entre l'INAMI et l'organisme assureur. L'INAMI conserve l'ancien numéro et utilise le nouveau numéro pour les demandes adressées au SPF Finances et les échanges de données avec les organismes assureurs.

Le numéro de demande permet de retrouver l'ancien numéro NISS.

3. Liste des ménages soumis au contrôle systématique (Syst_01)

3.1. Transmission des données

Chaque organisme assureur est tenu de communiquer le fichier des ménages qui bénéficient du droit à l'I.M., qui font l'objet d'un contrôle systématique et dont le demandeur est affilié chez lui. Ce fichier doit être transmis à l'INAMI via l'interface Nippin au plus tard le 15 avril 2021.

Ces ménages sont donc envoyés par l'organisme assureur "gestionnaire" au SCA. L'organisme assureur gestionnaire est l'organisme assureur auquel est affilié le demandeur au 1^{er} janvier. C'est cet organisme assureur qui transmet les demandes pour le contrôle systématique.

La possibilité de corriger certains enregistrements après leur envoi au cas où ils contiendraient des erreurs (sémantiques, syntaxiques) n'a pas été prévue. Vu le caractère exceptionnel de ce type de rejets et le contenu restreint des enregistrements, un fichier de correction n'a pas été prévu dans le processus.

Si le fichier est rejeté dans son intégralité, l'organisme assureur envoie un fichier corrigé dans les trois jours ouvrables.

L'utilisation d'un NISS incorrect ou inexistant dans le fichier Syst_01 aboutit automatiquement à une réponse dont le code retour est différent de 0 dans le fichier de réponse Syst_04. Cela signifie que les données relatives aux revenus ne sont pas connues au SPF Finances. Cette réponse est générée en raison du fait que le numéro NISS ne pouvait pas être intégré et que les revenus ne pouvaient donc pas être demandés.

3.2. Ménages concernés

Le ménage se compose du demandeur, de son/sa conjoint(e) ou du partenaire cohabitant et de leurs personnes à charge (art. 25 de l'A.R. du 15.01.2014). Si le demandeur est une personne à charge, le ménage est composé du demandeur, le titulaire à charge de qui le demandeur est inscrit, le conjoint ou du cohabitant du titulaire et des personnes à charge du titulaire ou du conjoint ou du cohabitant du bénéficiaire. Lorsque le demandeur est un enfant inscrit comme titulaire, qui satisfait aux conditions pour être inscrit comme enfant à charge, et cohabite avec ses parents ou parents adoptifs ou l'un d'eux, le ménage est composé du demandeur, du ou des parents avec qui il cohabite, ainsi que du conjoint ni séparé de fait ni séparé de corps et de biens ou cohabitant de ce parent et de leurs personnes à charge (art. 26 de l'A.R. du 15.01.2014).

Le NISS de chaque membre du ménage est communiqué.

Les organismes assureurs envoient à l'INAMI un fichier de tous les ménages qui ont actuellement droit à l'I.M. sur la base d'une déclaration sur l'honneur et dont la situation financière au moment de la déclaration sur l'honneur est contrôlable, c'est-à-dire les ménages qui, au 1^{er} janvier de cette année, ont droit à l'intervention majorée et qui:

- au 1^{er} janvier 2021 ont droit à l'intervention majorée et qui bénéficiaient de ce même droit durant toute la deuxième année précédente
- au 1^{er} janvier 2021 ont droit à l'intervention majorée, dont le droit a été ouvert l'année précédente et auxquels une période de référence d'un an était applicable (art. 37, § 1^{er}, de l'A.R. du 15.01.2014)
- au 1^{er} janvier 2021 ont droit à l'intervention majorée, dont le droit a été ouvert deux années précédentes avec une période de référence d'un an et qui ont reçu une prolongation l'année précédente après le contrôle systématique (art. 46, A.R. du 15.01.2014).

Les bénéficiaires avec maintien du droit ne sont pas intégrés dans le contrôle systématique.

Les bénéficiaires sur la base d'un droit automatique ne sont pas non plus intégrés dans le fichier à moins qu'ils fassent partie, en tant que personne à charge (PAC), d'un ménage avec droit à l'I.M. sur la base d'une DSH.

Les membres du ménage qui n'ont (temporairement) pas droit à des prestations de soins de santé figurent également dans le fichier. Les ménages dont un ou plusieurs membres n'ont pas droit à des prestations de soins de santé au 1^{er} janvier, mais pour qui le droit à l'I.M. existe potentiellement doivent être intégrés dans le contrôle systématique. Il n'y a pas de problèmes pratiques (par ex. au niveau de l'utilisation du filtre CIN).

Les organismes assureurs communiquent le NISS des membres de ces ménages ainsi que d'autres informations relatives à ces bénéficiaires, comme décrit dans le document technique.

Une différence dans la composition du ménage dans la liste du contrôle systématique et dans le fichier global n'entraînera pas de blocage dans l'échange de données. Dans certains cas, cette différence est le résultat logique d'un certain nombre de décisions (par ex. une personne à charge bénéficiant d'un avantage social devient un ménage bénéficiant d'un droit au terme d'un examen des revenus). Si la composition du ménage dans le contrôle systématique diffère sans raison de celle dans le fichier global, l'échange de données est considéré comme étant de mauvaise qualité.

Si lors de la transmission des données, des ménages ne sont pas repris dans le fichier contrôle systématique, par exemple en raison d'un oubli, aucune donnée fiscale ne sera transmise pour ces ménages. Dès lors, nous considérons ces ménages comme des ménages pour lesquels les données relatives aux revenus sont incomplètes ou ne sont pas connues au SPF Finances.

Lorsqu'aucune donnée fiscale n'est disponible pour au moins un membre du ménage, le droit est limité au 31 décembre 2021⁶. Si le ménage présente une nouvelle déclaration sur l'honneur et le droit est, à nouveau, accordé à partir du 1^{er} janvier de l'année suivante, il ne s'agit pas d'une ouverture.

3.3. Le NISS du demandeur et des membres du ménage

La principale donnée contenue dans ce fichier est le NISS, plus particulièrement celui du demandeur mais aussi celui des différents membres du ménage.

6. Sauf si le membre du ménage pour lequel les revenus manquent au SPF Finances est âgé de moins de 18 ans.

Le NISS du demandeur figure deux fois dans le fichier de contrôle systématique : une première fois en tant que demandeur et une seconde fois en tant que membre du ménage. Le demandeur est le bénéficiaire qui introduit la demande.⁷

3.4. Bénéficiaires sans NISS

Exemples de membres du ménage ne possédant pas de NISS :

- le bénéficiaire/l'assuré social réside à l'étranger. Celui-ci a droit, tout comme les membres de son ménage, à l'I.M. au terme d'un examen des revenus. Les membres du ménage ne possèdent pas de NISS ni de numéro *bis*⁸
- les nouveau-nés qui ne possèdent pas encore de NISS. C'est peu probable. Les NISS sont octroyés dans les 2 à 10 jours.

Dans les exemples ci-dessus, il s'agit toujours de membres du ménage et pas de demandeurs sans NISS. Pour l'assuré social résidant à l'étranger, cette personne sera toujours indiquée comme demandeur (pour le flux). Les autres membres du ménage ne sont pas des assurés sociaux et ils ne peuvent, en effet, pas prétendre au droit à l'I.M. (par ex. les travailleurs frontaliers).

Dans le contrôle systématique, les ménages I.M. sont toujours composés d'au moins un membre avec un numéro NISS, à savoir le demandeur. Dans les ménages ayant droit à l'I.M. qui résident à l'étranger, c'est toujours l'assuré social belge (ou un des assurés sociaux belges) qui est le demandeur. Chaque ménage compte au moins un numéro NISS ou *bis* du demandeur.

Les membres du ménage qui ne possèdent pas de NISS ne sont pas communiqués. Ceci a un léger impact sur les statistiques au niveau du nombre de bénéficiaires, mais pas au niveau du contrôle. Le fisc ne dispose pas des données relatives aux revenus de ces personnes. Il appartient aux organismes assureurs d'assurer le suivi de ces cas.

4. Revenus des ménages et de chaque membre du ménage (Syst_04)

4.1. Transmission des données à l'organisme assureur

Le SCA transmet la liste des NISS du contrôle systématique à l'administration fiscale avant le 15 juin 2021 (art. 37, § 2, de l'A.R. du 15.01.2014). La transmission se fait via la Banque-carrefour de la sécurité sociale (BCSS).

Dans la pratique, les revenus des membres du ménage et ceux du ménage global sont envoyés deux fois au cours de l'année de contrôle. La liste contenant tous les NISS est envoyée une première fois avant le 15 juin. Suit alors un premier fichier de réponse au CIN en août 2021. Une deuxième demande est envoyée à l'administration fiscale pour les ménages pour lesquels le Service, et donc l'organisme assureur, n'a pas reçu de réponse la première fois. La réponse à cette demande est communiquée dans un deuxième fichier en octobre. L'envoi de ce deuxième fichier doit se faire avant le 1^{er} novembre 2021 (art. 37, § 3 de l'A.R. du 15.01.2014). Le CIN communique les informations à l'organisme assureur du demandeur via le filtre CIN.

7. En ce qui concerne l'I.M. sur la base d'un avantage social, le demandeur est la personne qui bénéficie de l'avantage social. Le demandeur dans le fichier photo pour les ménages comptant plusieurs bénéficiaires d'un avantage social est le membre dont l'avantage social ouvre le premier le droit à l'I.M. Les bénéficiaires sur la base d'un avantage social ne sont pas intégrés dans le contrôle systématique, à l'exception de ceux qui font partie d'un ménage I.M. plus vaste bénéficiant d'un droit à l'I.M. sur la base d'une DSH.

8. Les assurés belges qui partent vivre à l'étranger reçoivent, pour leurs enfants (qui naissent à l'étranger), un NISS du SPF Affaires étrangères.

Pour chaque "demande", le SCA envoie une réponse. Par l'utilisation du filtre CIN, il se peut que chaque organisme assureur distinct n'ait pas le même nombre de demandes que de réponses, mais le total sur l'ensemble des organismes assureurs est égal. La réponse est donc également envoyée via deux envois.

4.2 Quelles informations

Outre les informations permettant d'identifier le ménage (NISS du demandeur, NISS des membres du ménage, année de contrôle), la réponse comprend l'année de revenus, un code retour pour chaque membre du ménage généré par TAXI-AS, pour chaque membre du ménage le numéro de la feuille d'impôts pour l'année de revenus concernée, des codes IPCAL éventuels, éventuellement à part, le revenu cadastral de l'habitation propre, le total du revenu personnel et le total du revenu du ménage.

Pour le contrôle systématique, ce sont toujours les revenus de l'année X-2 qui sont demandés, X étant l'année de contrôle. L'année 2019 est l'année de revenus pour le contrôle systématique effectué en 2021. L'année de revenus 2019 correspond à l'exercice d'imposition 2020.

La moyenne des plafonds des revenus de l'année 2019 est utilisée pour le contrôle systématique de 2021.

Le plafond de revenus applicable est fixé à 19.335,92 EUR plus 3.579,60 EUR par personne supplémentaire dans le ménage (art. 21 de l'A.R. du 15.01.2014).

Moyenne des revenus 2019	
Plafond de base	Montant par membre de ménage supplémentaire
19.335,92 EUR	3.579,60 EUR

Le code retour indique la disponibilité du dossier du bénéficiaire dans la banque de données TAXI-AS.

Le code retour 0 signifie que les données relatives aux revenus de la personne concernée pour l'année de revenus concernée sont disponibles dans la banque de données et que le SPF Finances les a transmises. Ce code est suivi d'au moins un code IPCAL. Les autres codes retour indiquent que les données ne sont pas (encore) disponibles dans la banque de données. Ces codes ne sont pas suivis de codes IPCAL. (voir pt. 4.3.).

Plusieurs revenus sont communiqués sous un code bien spécifique appelé code IPCAL. Les revenus pris en considération pour l'octroi et le contrôle de l'intervention majorée sont les revenus bruts imposables (Section 5 de l'A.R. du 15.01.2014). Ce sont ces codes qui sont dès lors demandés pour ces revenus.

En annexe se trouve une liste des codes demandés en 2021 pour l'année de revenus 2019. Cette annexe décrit également la façon dont le Service calcule le revenu total du ménage sur la base des revenus communiqués⁹ (voir pt. 4.4).

9. Les accords concernant le calcul du revenu familial se trouvent dans l'A.R. du 15.01.2014 et sont détaillés dans la circulaire O.A. n° 2019/81 (non publiée) du 01.03.2019 concernant "Intervention majorée : nature des revenus pris en compte".

4.3. Disponibilité des revenus

Si le SPF Finances dispose, dans la banque de données TAXI-AS, de données relatives aux revenus d'un bénéficiaire faisant l'objet du contrôle systématique, il envoie en guise de réponse un code retour égal à "00", la liste des codes IPCAL et les valeurs y correspondantes.

Si un membre du ménage n'est pas connu dans la banque de données pour l'année concernée ou si ses revenus ne sont pas (encore) connus au moment de la demande, la réponse pour cette personne sera un code retour différent de "00" (voir la liste en p. 11 du doc. technique joint en annexe à la présente circ.). Le SPF Finances n'envoie pas de codes IPCAL pour cette personne.

Comme décrit plus loin dans le document technique joint en annexe, le champ réservé au revenu total du ménage est uniquement complété si les revenus de tous les membres du ménage sont connus dans le cadre de l'échange de données. Si le revenu d'un membre du ménage n'est pas connu du SPF Finances, le champ "Revenu total du ménage" dans le fichier Syst_04 ne peut pas être calculé. Dans ce cas, le détail des données fiscales relatives aux revenus des autres membres du ménage dont les revenus sont connus est communiqué à l'organisme assureur.

Si la personne inconnue est un membre du ménage de moins de 18 ans ou si les revenus inconnus sont ceux d'un membre du ménage de moins de 18 ans, ces revenus seront assimilés à zéro EUR. L'organisme assureur reçoit pour ceux-ci un code retour égal à "00". De cette manière, cela permet quand même de calculer le revenu du ménage. Pour ces ménages, l'organisme assureur reçoit donc bien un revenu total du ménage.

Un accord similaire existe pour les membres du ménage de moins de 18 ans qui rejoignent le ménage pendant le premier trimestre de l'année et de ce fait ne sont pas intégrés dans le fichier global. Si ce membre du ménage se retrouve seulement dans le contrôle systématique et l'O.A. reçoit un code retour différent de 00 parce que cette personne n'est pas intégrée et il a reçu une erreur BCSS, l'O.A. peut ignorer le code retour reçu et compter 0,00 EUR au revenu total du ménage.

L'âge d'un membre du ménage est calculé par rapport au 1^{er} janvier de l'année d'imposition. Pour déterminer si un membre du ménage a plus ou moins de 18 ans à la date du contrôle systématique, on calcule son âge par rapport au 1^{er} janvier de l'année d'imposition.

Pour le contrôle systématique en 2021, l'année d'imposition est 2020 car les revenus de 2019 ont pour année d'imposition l'année 2020. Les bénéficiaires qui, au 1^{er} janvier 2020, ont moins de 18 ans et des revenus inconnus dans l'année de contrôle 2021 reçoivent donc quand même un code retour "00" avec un revenu égal à 0 EUR.

Si des données sont disponibles au SPF Finances au mois de juillet, mais qu'elles n'ont pas encore été traitées¹⁰, le Service réitère sa demande au SPF Finances en septembre. Si à ce moment-là, il n'est toujours pas possible d'obtenir un code retour "00" pour ce membre du ménage, les revenus sont considérés comme étant inconnus pour le contrôle en 2021.

4.4. Revenu total du ménage

Le mode de calcul de la valeur du revenu total mentionnée dans le fichier Syst_04 est décrit dans la liste des codes IPCAL en annexe. Le mode de calcul appliqué est un outil d'aide pour les organismes assureurs et doit être considéré comme tel. Les instructions relatives aux revenus définies dans l'arrêté royal du 15 janvier 2014 constituent la base de l'examen des revenus.

10. Il s'agit des codes retour 03, 04, 10 et 11. Voir le Document technique joint en annexe (non publié ici).

Pour calculer le revenu du ménage, l'organisme assureur doit lui-même encore réaliser quelques opérations. Par exemple défalquer les montants exonérés du revenu cadastral, ajouter les revenus étrangers, l'exonération des revenus professionnels des enfants s'ils conservent le bénéfice effectif des allocations familiales pendant la période où ils perçoivent ces revenus...

Si la caisse d'assurance maladie reçoit un revenu total négatif pour une famille, elle peut réduire ce revenu à 0,00 EUR. Ainsi, le revenu négatif ne doit pas être pris en compte.

Pour la procédure à suivre en cas d'absence d'informations relatives aux membres du ménage, le Service renvoie à l'article 38, § 3, de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 ainsi qu'au point 4.3.

5. Feed-back des organismes assureurs (Syst_05)

5.1. Transmission des données

Le troisième fichier échangé entre les organismes assureurs et l'INAMI dans le cadre du contrôle systématique est le fichier de feed-back (flux Syst_05). Dans ce fichier, les organismes assureurs indiquent les droits qui ont été prolongés et ceux qui ont été retirés ainsi que le motif de la prolongation ou de la cessation du droit à l'I.M. Les organismes assureurs communiquent plus particulièrement la motivation de la décision (art. 39 de l'A.R. du 15.01.2014).

Les mêmes ménages que ceux dans le fichier Syst_01 sont communiqués dans le fichier de feed-back, avec le même numéro de demande. Le feed-back sera demandé pour tous les ménages du contrôle systématique.

C'est l'organisme assureur qui reçoit les données fiscales qui envoie le feed-back au SCA. Ce fichier doit être envoyé avant le 1^{er} mai de l'année suivant la transmission du fichier flux Syst_01. Pour le contrôle effectué en 2021, ce fichier doit donc être envoyé avant le 1^{er} mai 2022.

Sur la base des informations reçues dans le fichier Syst_04 et des informations dont il dispose (voir l'art. 37, § 3, de l'A.R. du 15.01.2014 et le pt. 4.3), l'organisme assureur examine si le droit à l'I.M. peut ou non être prolongé pour le ménage concerné. Si au terme de l'examen, il apparaît que ce ménage répond aux conditions de revenus pour l'année à laquelle se rapportent ces informations - en l'occurrence pour 2021, le droit à l'I.M. est prolongé jusqu'au 31 décembre 2022.

S'il apparaît que le ménage n'avait pas droit à l'I.M. pour l'année à laquelle se rapportent ces informations, il est mis fin au droit à l'I.M. au 31 décembre 2021. Il est également mis fin à ce droit au 31 décembre 2021 si, pour un ou plusieurs membres du ménage, aucune information n'était disponible au SPF Finances (art. 38, § 3, de l'A.R. du 15.01.2014). Ici aussi, on tient compte de l'exception pour les enfants de moins de 18 ans pour lesquels il n'y a pas de revenus connus au SPF Finances.

Il ne s'agit pas d'une ouverture du droit si les ménages qui se trouvent dans une des deux situations décrites au paragraphe précédent introduisent une nouvelle déclaration sur l'honneur sur la base de laquelle le droit à l'I.M. est octroyé à partir du 1^{er} janvier 2022. Dans ce cas, le ménage est intégré la même année encore dans le contrôle systématique. Le droit est octroyé à partir du 1^{er} janvier 2022 si la nouvelle déclaration sur l'honneur est introduite entre le 1^{er} octobre 2021 et avant le 1^{er} avril 2022.

Dans les situations où l'organisme assureur octroie le droit à partir du 1^{er} janvier 2022 aux ménages qui, en vertu des dispositions de l'article 38, § 4, devraient quand même être communiqués dans le contrôle systématique mais dont la DSH n'est pas complète¹¹ avant le 20 mars 2022 (absence de pièces justificatives, pas encore de signature), il n'y aura pas d'impact pour l'organisme assureur s'il omet d'inscrire ces ménages dans la liste des ménages assujettis au contrôle systématique (Syst_01).

5.2. Quel organisme assureur

C'est l'organisme assureur qui reçoit les données fiscales qui envoie le fichier de feed-back au SCA. Ce fichier doit être envoyé avant le 1^{er} mai 2022.

Le numéro de demande d'un ménage dans le fichier feed-back doit correspondre au numéro de demande de ce même ménage dans la liste des ménages soumis au contrôle (Syst_01).

5.3. Quel feed-back

Après avoir effectivement traité les dossiers, les organismes assureurs communiquent leur décision concernant le maintien ou non du droit à l'I.M. au Service, sous la forme d'un feed-back.

Les décisions possibles sont:

- cessation du droit en raison d'une modification dans la composition du ménage
- fin de l'examen en raison d'un changement d'organisme assureur
- cessation du droit pour cause de décès
- cessation du droit suite à des données fiscales complémentaires dans l'organisme assureur (revenus étrangers, pension alimentaire, ...)
- cessation du droit suite au contrôle systématique (revenus)
- maintien du droit grâce au bénéfice d'un avantage social
- maintien du droit suite à un nouvel examen des revenus (DSH)
- maintien du droit suite au contrôle systématique.

CESSATION DU DROIT EN RAISON D'UNE MODIFICATION DANS LA COMPOSITION DU MÉNAGE

Dans toutes les hypothèses où la composition du ménage est modifiée, il est mis fin au droit à l'intervention majorée dans le cadre du présent chapitre, au plus tard à la fin du trimestre suivant celui au cours duquel la modification a eu lieu, sauf si elle consiste en l'arrivée dans le ménage d'un enfant à charge de moins de 16 ans pour qui une inscription est demandée au Registre national pour la première fois, auquel cas le droit à l'intervention majorée lui est également octroyé (art. 35 de l'A.R. du 15.01.2014). Si le retrait du droit résulte d'une modification dans la composition du ménage, la valeur codée "Cessation du droit en raison d'une modification dans la composition du ménage" est utilisée dans le champ "Motif".

Ci-après, quelques exemples qui illustrent des situations où une modification de la composition de ménage est combinée à un dépassement du plafond. Pour chaque exemple, le motif de fin du droit à l'IM (= ReasonCode) qui doit être utilisé dans le fichier feedback est précisé:

Exemple 1 :

Une modification de la composition de ménage survient au cours du deuxième trimestre 2021 et a pour conséquence qu'il doit être mis fin au droit à l'IM au plus tard à la fin du trimestre suivant celui au cours duquel la modification a eu lieu. Le droit à l'IM prend fin le 30 septembre 2021. La mutualité informe ses membres au sujet de la fin de leur droit à l'I.M. et de la possibilité d'introduire une nouvelle déclaration sur l'honneur. En octobre 2021, le SCA transmet le fichier SYST_04 à l'O.A..

11. La DSH n'est "complète" que lorsqu'elle est signée et qu'elle comprend toutes les pièces justificatives nécessaires.

Selon les données fiscales, le plafond des revenus est dépassé. Suite au contrôle systématique, le droit à l'IM prend fin le 31 décembre 2021. La mutualité ne doit plus entreprendre d'action dans ce dossier parce qu'il a déjà été mis fin au droit à l'IM suite à la modification de la composition de ménage.

En ce qui concerne le motif du retrait du droit à l'IM dans le feedback, l'O.A. utilise le code "STOPFAM" (= retrait du droit suite à une modification de la composition de ménage). L'O.A. communique toujours le "ReasonCode" qui a mis fin au droit à l'IM en premier lieu.

Lors d'une nouvelle déclaration des revenus, les règles relatives à la modification de la composition de ménage s'appliquent et non celles relatives à la fin de droit suite au contrôle systématique.

Exemple 2 :

Une modification de la composition de ménage survient au cours du troisième trimestre 2021 et a pour conséquence qu'il doit être mis fin au droit à l'IM au plus tard à la fin du trimestre suivant celui au cours duquel la modification a eu lieu. Le droit à l'IM prend fin le 31 décembre 2021. La mutualité informe ses membres au sujet de la fin de leur droit à l'IM. et de la possibilité d'introduire une nouvelle déclaration sur l'honneur. En octobre 2021, le SCA transmet le fichier SYST_04 à l'O.A. Selon les données fiscales, le plafond des revenus est dépassé. Suite au contrôle systématique, le droit à l'IM prend fin le 31 décembre 2021.

Le motif du retrait du droit à l'IM. qu'il faut utiliser dans le feedback (fichier Syst_05) est le code "STOPFAM" (= retrait du droit suite à une modification de la composition de ménage). L'O.A. communique toujours le "ReasonCode" qui a mis fin au droit à l'IM. en premier lieu.

Exemple 3 :

Lorsqu'une modification de la composition de ménage survient au cours du premier trimestre de l'année 2020 et que le flux SYST_04 du contrôle systématique est transmis plus tard (par ex. : en juillet 2021) avec un dépassement de plafond, la période de maintien du droit à l'IM. en raison de la modification de la composition de ménage est plus courte que la période de maintien du droit en raison du contrôle systématique. Comme il a déjà été mis fin au droit au 30 juin 2021, il convient d'utiliser le code "STOPFAM" (= retrait du droit suite à une modification de la composition de ménage).

MAINTIEN DU DROIT SUITE À UN NOUVEL EXAMEN DES REVENUS (DSH)

La valeur "Maintien du droit sur la base d'une nouvelle DSH" est utilisée pour les ménages qui introduisent une nouvelle déclaration sur l'honneur sur la base de données fiscales ou en l'absence de données fiscales pour tous les membres (à l'exception des membres jusqu'à 18 ans), sur base de laquelle le droit à l'intervention majorée est prolongé (voir 5.1.).

FIN DE L'EXAMEN EN RAISON D'UN CHANGEMENT D'ORGANISME ASSUREUR

Dans ce cas de figure, l'organisme assureur ne dispose plus d'informations relatives au droit à l'IM. parce que le ménage, présentant un dépassement sur base du contrôle systématique, s'est affilié auprès d'un autre organisme assureur sans avoir introduit de DSH permettant un réexamen.

Pour "l'ancien" organisme assureur, le droit de ce ménage a pris fin, mais un nouvel examen (une nouvelle DSH) peut avoir été effectué dans le nouvel organisme assureur. En outre, il ne doit pas uniquement s'agir de mutations : un titulaire peut devenir personne à charge d'un titulaire dans un autre organisme assureur. Il ne s'agit alors pas de mutation. Afin de décrire clairement la situation, la valeur "Fin du droit en raison d'une mutation" devient "Fin de l'examen en raison d'un changement d'organisme assureur".

6. Délai(s) de conservation des données

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

Afin de garantir le traitement correct de ces dossiers, les organismes assureurs doivent conserver toutes les données relatives aux remboursements accordés à un bénéficiaire pour une année X, jusqu'à la fin de l'année X+6.



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

7. Entrée en vigueur

Cette circulaire s'applique au contrôle systématique en 2021



Circulaire O.A. n° 2021/142 - 3991/333 du 17 mai 2021.

VII. Élaboration des statistiques relatives aux flux de données permettant aux mutualités d'identifier les bénéficiaires potentiels de l'intervention majorée pour l'année 2021

1. Introduction

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

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

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

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

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

3. Procédure technique

Tous les ans, les O.A. envoient un rapport concernant le traitement du flux proactif. C'est l'O.A. gestionnaire de l'échange de données dans le cadre du flux proactif (cf. circ. O.A. n° 2021/151¹ du 19.05.2021) qui est responsable de l'enregistrement d'un ménage et de ses membres dans ces statistiques.

1. Non publiée.

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

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

Pour chacun des ménages contactés, il faut ensuite tenir à jour les informations concernant les personnes qui ont ouvert le droit à l'I.M. ou celles qui ne l'ont pas ouvert. Il y a un tableau indiquant les résultats au niveau des ménages d'une part (tableau à l'annexe 2) et un tableau indiquant le nombre d'assurés individuellement d'autre part (tableau à l'annexe 3).

Les résultats dans ces tableaux sont répartis dans les 6 catégories. Les catégories indiquent si un droit à l'I.M. a été accordé ou non et pourquoi. Nous distinguons 4 motifs de refus d'octroi d'un droit à l'I.M. et 2 motifs d'octroi. Le contenu de ces 6 catégories est spécifié dans la seconde partie de la présente circulaire.

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

Les O.A. transmettent le rapport (composé des tableaux 1, 2 et 3) contenant les statistiques du flux de données proactif au plus tard le 5 novembre de l'année suivant l'échange de données. Ainsi, les O.A. envoient les rapports pour le flux proactif 2021 d'ici le 5 novembre 2022.

Les statistiques sont envoyées par courriel (dans un fichier Excel) à l'adresse générale de la Section contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données



sca-acces@riziv-inami.fgov.be

Les templates des 3 tableaux² sont joints en annexe à la présente circulaire.

4. Explications quant au contenu

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

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

Catégorie 1

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

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

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

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

Catégorie 2

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

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

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

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

Catégorie 3

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

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

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

Catégorie 4

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

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

De même, si une DSH n'est pas traitée par l'assuré dans le délai imparti, cet assuré doit être classé dans la catégorie 4. En effet, il est de la responsabilité de l'assuré de mener cette action jusqu'à son terme.

Un ménage qui fait une déclaration sur l'honneur incomplète ou qui dépasse le délai imparti de 2 mois pour traiter cette DSH (art. 29 de l'A.R. du 29.01.2014) fait donc également partie de cette catégorie.

Les résultats relatifs aux ménages sont présentés dans le tableau 3 et ceux relatifs au nombre d'assurés dans ces ménages dans le tableau 2.

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

Catégorie 5

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

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

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

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

Catégorie 6

Droit automatique à l'I.M.

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

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

5. Entrée en vigueur

Cette circulaire entrera en vigueur le jour de sa publication.



Circulaire O.A. n° 2021/167 - 3991/336 du 8 juin 2021.

VIII. Liste des pièces, documents ou données qui doivent être conservés par les organismes assureurs conformément aux délais ou conditions prescrits par la loi coordonnée susvisée et ses arrêtés d'exécution en application de l'article 329*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Cette circulaire annule et remplace la circulaire O.A. n°2005/299¹ du 29 septembre 2005.

L'article 329*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 dispose qu'après avis de la Commission technique, le Service du contrôle administratif fixe la liste des pièces, documents ou données qui doivent être conservés par les organismes assureurs conformément aux délais ou conditions prescrits par la loi coordonnée susvisée et ses arrêtés d'exécution.

1) Liste des pièces, documents ou données à conserver :

En annexe² unique de la présente circulaire figure la liste, par matière, des pièces, documents ou données qui doivent être conservés par les organismes assureurs.

2) Responsabilité :

L'organisme assureur est responsable de la conservation des pièces, documents ou données pour lui-même et pour les fédérations de mutualités qu'il représente.

3) Délais de conservation :

a) Principe :

La liste en annexe reprend les délais particuliers de conservation pour chaque type de pièce, document ou donnée, **quel que soit le format de conservation (papier ou électronique)**.

1. Non publiée au B.I..
2. Non publiée ici.

Les délais de conservation des pièces sont fixés en fonction de leurs finalités et des dispositions légales spécifiques qui s'y appliquent.

b) Point de départ du délai de conservation :

La date de début des délais de conservation des pièces, documents ou données susvisés **est fixée au 1^{er} janvier de l'année suivant l'événement qui a donné lieu à ces délais.**

Chaque liste de pièces, documents ou données indique le point du départ du délai de conservation.

c) Prolongation du délai de conservation :

En application de l'article 329^{ter} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, les documents devront être conservés **au delà des délais prévus par la présente circulaire :**

- à la demande expresse ou à la suite d'une constatation de l'un des deux services de contrôle de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité³
- dans les cas faisant l'objet d'un litige devant une juridiction.

d) Fin du délai de conservation :

Une fois le délai de conservation écoulé, les pièces, documents et données figurant dans l'annexe à la présente circulaire peuvent, sauf exception prévue par une autre réglementation⁴, être détruits, **quel que soit le format de conservation (papier ou électronique).**

4) Pièces, documents ou données conservés à l'INAMI :

Les pièces, documents ou données établis et transmis par l'INAMI aux organismes assureurs ou transmis par les organismes assureurs en application d'une loi, d'un arrêté, d'un règlement ou d'une circulaire, et conservés à l'INAMI, ne sont pas visés par la présente circulaire.

5) Frais d'administration et récupérations :

a) Majoration des frais d'administration (art. 195 de la loi coordonnée du 14.07.1994) :

Les organismes assureurs qui inscrivent des montants récupérés sur les listes visées à l'article 195, § 2 de la loi coordonnée sont tenus de conserver les pièces, documents ou données dans les dossiers relatifs à ces récupérations aussi longtemps que des montants sont inscrits sur les listes précitées, **indépendamment de la durée de conservation de celles-ci prévue dans la présente Circulaire.** Il en va de même pour les preuves de déduction des montants de ces listes.

3. Les dossiers relatifs aux constatations du SCA doivent être conservés jusqu'à apurement de l'indu ou le paiement du supplément. Le SECM, pour sa part, transmet aux O.A. des listes de pièces qui ne doivent plus être conservées pour ses enquêtes.

4. Cf. pt. 9 ci-dessus et les obligations de la CAAMI et de la Caisse des soins de santé de HR Rail vis-à-vis des Archives du Royaume.

b) Récupération des sommes indûment versées (art. 164 de la loi coordonnée du 14.07.1994) :

Les pièces, documents et données relatives à la récupération d'un paiement indu doivent rester présentes dans le dossier aussi longtemps que l'indu n'a pas été récupéré, pris à charge des frais d'administration ou qu'une dispense de prise à charge des frais d'administration n'a pas été accordée, **indépendamment de la durée de conservation de celles-ci prévue dans la présente Circulaire.**

6) Modalités de conservation :

La présente circulaire n'a pas pour objet d'imposer une méthode de conservation spécifique aux organismes assureurs : ceux-ci restent libres de choisir la forme sous laquelle ils conservent les pièces, documents ou données figurant dans la liste en annexe.

a) Format papier :

Les pièces, documents ou données qui parviennent aux organismes assureurs sur papier peuvent être conservés comme tels.

b) Digitalisation du papier et force probante :

En application de l'article 329^{quater} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, les pièces, documents et données à conserver en application de l'article 329^{bis} et qui étaient à l'origine conservés sur support papier, peuvent être conservés ou reproduits sur un autre support, au moyen d'une technique photographique, optique, électronique ou autre, aux conditions fixées par l'arrêté royal du 7 décembre 2016 relatif à la force probante des données traitées par les institutions de sécurité sociale.

Par conséquent, tous les éléments repris à l'annexe de la présente circulaire peuvent être numérisés dès réception si l'organisme assureur l'estime utile pour son organisation, et ce dans les conditions et selon les modalités fixées dans l'arrêté du 7 décembre 2016. Les pièces ou documents, initialement reçus sous format papier par les organismes assureurs et qui ont été numérisés avant l'entrée en vigueur de la présente circulaire, tombent néanmoins dans son champ d'application.

c) Transmission dès l'origine des données sociales par la voie électronique :

Les données nécessaires à l'application de la sécurité sociale peuvent être directement transmises par la voie électronique avec la même force probante que si elles avaient été communiquées sur un support papier, par le biais de la BCSS ou non. Il en va de même pour leur reproduction sur un support lisible.

En effet, l'article 14^{bis} de la loi du 15 janvier 1990 sur la banque carrefour de la sécurité sociale prévoit que *"les données sociales communiquées par la voie électronique, à l'intervention de la Banque-carrefour, par ou à des institutions de sécurité sociale ou des personnes auxquelles tout ou une partie des droits et obligations résultant de la présente loi et de ses mesures d'exécution a été étendu en application de l'article 18, ainsi que leur reproduction sur un support lisible, **ont la même force probante que celle qu'elles auraient si elles étaient communiquées sur un support papier.**"*

*Les données sociales qui sont communiquées par la voie électronique, sans intervention de la Banque-Carrefour, par ou à des institutions de sécurité sociale dans les cas visés à l'article 14, alinéa 1^{er}, 1^o, 2^o, 3^o et 5^o, ainsi que leur reproduction sur un support lisible, **ont la même force probante que celle qu'elles auraient si elles étaient communiquées sur un support papier**".*

Dès lors, les données sociales recueillies par les organismes assureurs dans un flux ou grâce à une communication électronique quelconque et qui sont nécessaires à l'application de la réglementation sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, doivent être conservées sous une forme **lisible**, notamment pour pouvoir être mises à la disposition des services de contrôle de l'INAMI à la demande de ceux-ci. Cependant, les informations ou données électroniques échangées par le biais de certaines plates-formes non-gérées par les organismes assureurs (telles que RINA,...) restent en dehors de l'application de la présente circulaire. Ce point sera revu en fonction des développements techniques ultérieurs liés à ces plates-formes. En revanche, les mêmes informations ou données existant sous format papier sont bien visées par la présente circulaire.

d) Autres formes de conservation :

La conservation de pièces, documents ou données autrement que sur papier ou sur format électronique (par ex., sur une bande magnétique) n'est pas interdite par la réglementation mais le mode de conservation numérisé de ceux-ci (avec valeur probante, conformément à l'A.R. du 07.12.2016), en tant que moyen prioritaire et standard de conservation est privilégié. Un mode de conservation non standardisé, s'il est encore utilisé, ne peut en aucun cas faire obstacle à la disponibilité d'une pièce, d'un document ou d'une donnée.

7) Données à caractère personnel :

a) Pièces, documents ou données contenant des informations à caractère personnel :

Les règles établies par la présente circulaire valent sans préjudice des droits garantis aux assurés sociaux par le RÈGLEMENT (UE) 2016/679 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 27 avril 2016 ("RGDP") ainsi que par les lois du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et du 5 septembre 2018 instituant le comité de sécurité de l'information et modifiant diverses lois concernant la mise en œuvre du RÈGLEMENT (UE) 2016/679 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 27 avril 2016 quant aux traitements de leur données à caractère personnel.

Plus particulièrement, le droit à l'effacement prévu à l'article 17 du Règlement précité ne trouve pas à s'appliquer pendant la période de conservation de la pièce, du document ou de la donnée concernée, cette obligation de conservation étant une exception légale à l'exercice du droit à l'effacement.

b) Pièces, documents ou données ne contenant pas d'informations à caractère personnel :

Les pièces qui ne contiennent pas de données à caractère personnel ne relèvent pas des obligations imposées par le RÈGLEMENT (UE) 2016/679 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 27 avril 2016 ("RGPD"). Toutefois, afin de préserver une harmonisation des dispositions applicables dans tous les cas, les règles de conservation établies par la présente circulaire s'y appliquent de la même façon que pour les pièces, documents ou données contenant des informations à caractère personnel.

8) Responsabilité financière des organismes assureurs :

L'article 195 §1^{er}, 2° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 permet au Roi de subordonner l'octroi de la partie variable des frais d'administration à chaque organisme assureur à la manière dont il exécute ses missions légales. L'article 3 de l'arrêté royal du 10 avril 2014 instituant un nouveau système de responsabilisation financière des organismes assureurs sur la partie variable de leurs frais d'administration prévoit ainsi une évaluation des performances de chaque organisme assureur dans une série de domaines d'évaluation déterminés chaque année par l'INAMI et l'OCM.

Contrairement à l'annexe II de la Circulaire O.A. n°2005/299 du 29 septembre 2005, la présente Circulaire ne règle plus la question du respect des délais de transmission des pièces comptables aux services de l'INAMI dans le cadre de l'accomplissement de ses missions de gestion et de contrôle. En effet, l'article 318, 4° de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 prévoyant une sanction administrative en cas de remise tardive de ces documents a été abrogé et les nouveaux articles 329*bis* à *quater* du même arrêté ne visent désormais plus que la conservation des pièces, documents ou données.

Le respect des délais de transmission des pièces comptables et financières aux services compétents de l'INAMI relève, depuis l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 10 avril 2014 précité, de la responsabilisation financière des organismes assureurs dans le cadre des domaines d'évaluation choisis annuellement et relatifs à cette problématique .

9) Autres réglementations :

La présente circulaire n'a pas pour objet de régler les délais de conservation fixés par d'autres législations que la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et ses arrêtés d'exécution, par exemple celles concernant l'administration fiscale, l'Office de contrôle des mutualités, les obligations comptables,...



Remarques :

- la réglementation sur les Archives de l'État NE S'APPLIQUE PAS aux organismes assureurs à l'exception de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie invalidité et de la Caisse des soins de santé HR Rail. Cela signifie que l'archiviste général du Royaume et ses mandataires n'exercent pas la surveillance de la gestion des documents des organismes assureurs **et que ceux-ci peuvent éliminer leurs archives sans l'autorisation préalable** de l'archiviste général du Royaume ou de ses mandataires, *à l'exception de la CAAMI et de la Caisse des soins de santé de HR Rail*
- la présente circulaire ne concerne pas les pièces, documents ou données comptables visés par la circulaire OCM 08.10.D1 du 21 octobre 2008.

10) Perte ou destruction d'archives pour cause de force majeure :

L'organisme assureur n'est pas responsable de la perte ou de la destruction de pièces, documents ou données si cette perte ou cette destruction survient pour une raison extérieure, indépendante de la volonté de l'organisme assureur et qu'il n'aurait pas pu éviter. L'organisme assureur concerné doit informer le service du contrôle administratif dès qu'il a connaissance du dommage. Ces situations sont constatées par un inspecteur social du Service du contrôle administratif qui consigne les faits dans un procès-verbal avec, en annexe, une description courte des éléments détruits. Copie de ce procès-verbal et son annexe sont envoyés au Fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif pour validation, à l'O.A. et, le cas échéant, au Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

11) Sanction :

En cas d'infraction à la présente circulaire, les **dispositions de l'article 166, § 1^{er}, a) de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 s'appliqueront le cas échéant**. Cela signifie qu'une amende de 1.250 EUR sera infligée lorsque, malgré un avertissement écrit, l'organisme assureur ne remplit pas, dans un délai d'un mois, l'obligation, prévue aux articles 150 et 163, de transmettre des documents et des informations aux services d'inspection de l'INAMI à la demande de ceux-ci.

12) Mise à jour de la liste :

Un processus structurel de révision et d'adaptation régulière de la présente circulaire, en concertation avec les organismes assureurs et avec les différents services de l'INAMI concernés, est prévu chaque année afin de vérifier quels ajustements sont nécessaires.

13) Entrée en vigueur :

La présente circulaire entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.



Circulaire O.A. n° 2021/178 – 510/53 du 23 juin 2021.

Comité de rédaction

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

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726