
TITRE IV
DISPOSITIONS COMMUNES

CHAPITRE I
DU CHAMP D'APPLICATION

Section I
Du chômage contrôlé

Art. 246. Par chômage contrôlé visé à l'article 32, alinéa 1er, 3°, de la loi coordonnée, il y a lieu d'entendre toute journée de chômage pour laquelle le travailleur a rempli ses obligations en matière de contrôle des chômeurs ou en a été dispensé régulièrement et pour laquelle en application de la réglementation en matière de chômage:

1° une allocation de chômage a été payée;

[R - A.R. 13-2-06 - M.B. 5-4] (°)

2° le droit à l'allocation de chômage a été refusé pour une période limitée, en vertu d'une sanction administrative infligée en application des articles 70 ou 153 à 156 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage; en cas d'application de l'article 70 susmentionné, la durée est limitée à une période de trois mois;

3° le droit à l'allocation de chômage a été refusé ou supprimé pour une période limitée, du fait que le travailleur est ou devient chômeur par suite de circonstances dépendant de sa volonté, en application des articles 52 à 54 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 susvisé;

[R - A.R. 23-10-15 - M.B. 16-11 – art. 1] (°°)

4° [le droit à l'allocation de chômage a été refusé pour une période limitée, en application de l'article 56, § 2, de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 susvisé du fait que le chômeur soumet sa remise au travail à des réserves qui ne sont pas fondées, ou en application de l'article 59quater/3 ou de l'article 59quinquies du même arrêté, du fait que le chômeur n'a pas fourni d'efforts suffisants pour s'insérer dans le marché du travail; en cas d'application de l'article 59quater/3 susvisé, la durée est limitée à une période de six mois;]

5° le droit à l'allocation de chômage a été refusé du fait que le travailleur ne s'était pas fait inscrire comme demandeur d'emploi alors qu'il n'en était pas régulièrement dispensé;

6° le droit à l'allocation de chômage a été refusé:

a) en application de l'article 55, 1°, de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 susvisé;

[M – A.R. 22-2-15 – M.B. 10-3 – art. 2] (°°°)

b) du chef d'une occupation à temps partiel en application de [l'article 104, § 1bis, ou de] l'article 131bis du même arrêté royal;

(°) d'application à partir du 1-7-2004

(°°) d'application à partir du 1-1-2013

(°°°) d'application à partir du 1-7-2013

7° le droit à l'allocation de chômage a été refusé du fait que le travailleur a introduit la demande d'allocations ou le dossier administratif en dehors des délais réglementaires;

8° le droit à l'allocation de chômage a été supprimé du fait que le travailleur a été occupé au cours d'un dimanche, d'un jour férié légal ou d'un jour habituel d'inactivité;

9° le droit à l'allocation de chômage a été refusé au travailleur à domicile en application de l'article 75 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 susvisé, exception faite du cas visé à l'alinéa 2, 1°, dudit article 75;

10° le droit à l'allocation de chômage a été refusé du fait que le chômeur qui exerce une activité accessoire ou qui cohabite avec un travailleur indépendant, a omis d'en faire la déclaration, comme prévu respectivement par les articles 48 et 50 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991;

11° le titulaire a renoncé volontairement au droit aux allocations de chômage dans les conditions définies par l'article 42, § 2, 9°, de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 susvisé.

[I – A.R. 30-11-15 – M.B. 11-12 – éd. 1 – art. 1] (°)

[12 ° le droit à l'allocation de chômage a été refusé en application de l'article 48bis, § 2, alinéas 6 à 12 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 susvisé.]

[M - A.R. 10-6-01 - M.B. 31-7 - éd. 1] (°°)

Par chômage contrôlé visé à l'article 32, alinéa 1er, 3°, de la loi coordonnée, il y a lieu d'entendre également la période pendant laquelle le travailleur visé à l'article 32, alinéa 1er, 1°, de ladite loi coordonnée bénéficie d'une allocation d'interruption en cas d'interruption de carrière complète pour laquelle une attestation d'ayant droit à une allocation d'interruption visée à l'article 281, § 3, lui est délivrée; toutefois, pour le travailleur qui, avant l'interruption de sa carrière, n'avait pas la qualité de titulaire aux indemnités visée à l'article 86, § 1er, de la loi coordonnée, le champ d'application de cette disposition est limité au secteur des soins de santé. Cette assimilation n'est, en outre, pas prise en considération pour la prolongation du repos postnatal en application de l'article 114, alinéa 2, de la loi coordonnée.

(°) d'application à partir du 1-7-2014

(°°)d'application à partir du 1-1-2003 (A.R. 5-11-02 - M.B. 20-11 - éd. 1)

[I - A.R. 29-7-97 - M.B. 20-8; R - A.R. 16-4-98 - M.B. 30-5] (°)

Par chômage contrôlé visé à l'article 32, alinéa 1er, 3°, de la loi coordonnée, il y a lieu d'entendre également la période pendant laquelle le travailleur visé à l'article 32, alinéa 1er, 1°, de ladite loi coordonnée a interrompu sa carrière professionnelle en vertu de l'article 14, 1°, de la loi du 1er mars 1958 relative au statut des officiers de carrière des forces terrestre, aérienne et navale et du service médical, ainsi que des officiers de réserve de toutes les forces armées et du service médical, l'article 16, 1°, de la loi du 27 décembre 1961 portant statut des sous-officiers du cadre actif des forces terrestre, aérienne et navale et du service médical et l'article 10, 1°, de la loi du 12 juillet 1973 portant statut des volontaires du cadre actif des forces terrestre, aérienne et navale et du service médical et bénéficie d'une allocation d'interruption pour laquelle une attestation d'ayant droit à une allocation d'interruption visée à l'article 281, § 4, lui est délivrée; toutefois le champ d'application de cette disposition est limité au secteur des soins de santé.

Par chômage contrôlé visé à l'article 32, alinéa 1er, 3°, de la loi coordonnée, il y a lieu d'entendre également la période pendant laquelle le travailleur indépendant qui a cessé définitivement son activité ne peut prétendre aux allocations de chômage en application de l'article 44 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 susvisé et de l'article 4 de l'arrêté royal du 22 août 1983 organisant une intervention dans les prêts subordonnés octroyés par le Fonds de participation créé au sein de la Caisse nationale de Crédit professionnel, aux chômeurs complets indemnisés, désireux de s'établir comme indépendants ou de créer une entreprise.

Par chômage contrôlé visé à l'article 32, alinéa 1er, 3°, de la loi coordonnée, il y a lieu d'entendre également la période pendant laquelle le statut de travailleur à temps partiel avec maintien des droits est reconnu au titulaire, conformément aux dispositions de l'article 29, § 2, de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 susvisé.

[I - A.R. 25-4-04 - M.B. 18-5 - éd.1] (°°)

Par chômage contrôlé visé à l'article 32, alinéa 1er, 3°, de la loi coordonnée, il y a lieu d'entendre également les jours correspondant au nombre d'allocations de garde auquel le gardien ou la gardienne d'enfants peut prétendre pour le mois concerné, conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 26 mars 2003 d'exécution de l'article 7, § 1er, alinéa 3, q, de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, relatif aux gardiens et gardiennes d'enfants.

(°) d'application à partir du 20-8-1997

(°°) d'application à partir du 1-4-2003

Section II

De l'assurance continuée

Art. 247. § 1er. Est considéré comme se trouvant dans une situation sociale digne d'intérêt au sens de l'article 32, alinéa 1er, 6°, de la loi coordonnée, et peut, s'il a satisfait aux conditions prévues à l'article 121 ou à l'article 128 de la loi coordonnée, obtenir le bénéfice de l'assurance continuée pendant les périodes fixées ci-après:

[R - A.R. 10-7-01 - M.B. 31-7 - éd. 1]

1° le titulaire en état de chômage, auquel le bénéfice des allocations de chômage est refusé en application des articles suivants de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage:

a) les articles 30 à 34, 37, 38 et 85, du fait qu'il ne remplit pas les conditions d'admissibilité requises;

b) l'article 44, du fait qu'il n'est pas privé de travail et de rémunération;

c) les articles 52, § 3, 52bis, § 2, 56, § 1er, alinéa 1er, et 155, alinéa 2;

[R - A.R. 13-2-06 - M.B. 5-4] (°)

d) l'article 81, du fait que la durée de son chômage dépasse la limite fixée en vertu de cette disposition, ou l'article 59sexies, du fait que le chômeur n'a pas fourni d'efforts suffisants pour s'insérer dans le marché du travail;

e) l'article 71, du fait qu'il ne remplit pas les obligations en matière de contrôle.

L'assurance continuée est admise pour une durée qui ne peut être inférieure à un mois et qui ne peut dépasser douze mois; dans les cas visés aux points b) et e), l'assurance continuée ne peut être accordée lorsque l'activité exercée est de nature frauduleuse, eu égard aux obligations imposées par la législation sociale;

[R - A.R. 10-7-01 - M.B. 31-7- éd. 1]

2° le titulaire en état de chômage, qui remplit les conditions pour bénéficier des allocations de chômage, mais qui renonce volontairement à celles-ci, sans remplir cependant les conditions visées à l'article 246, alinéa 1er, 11°.

L'assurance continuée est admise pour une durée qui ne peut être inférieure à un mois et qui ne peut dépasser trois mois;

3° *Abrogé par: A.R. 10-7-01 - M.B. 31-7 - éd. 1.*

(°) d'application à partir du 1-7-2004

[R – A.R. 30-3-09 – M.B. 2-6 – éd. 1 – art. 7](°)

4° [le titulaire qui après l'expiration de la période de six mois, visée à l'article 215septies, n'est plus incapable de travailler au sens de l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée et qui exerce une profession par laquelle il est assujéti au statut social des indépendants ou qui exerce une profession non assujéti à l'une des législations en matière de sécurité sociale.

L'assurance continuée peut être admise pour une période maximum de deux ans à compter de l'expiration du délai de six mois, visé à l'alinéa précédent; cette période peut être renouvelée;]

[R - A.R. 19-2-03 - M.B. 18-3] (°°)

5° le titulaire en congé sans solde.

L'assurance continuée est admise pour une durée qui ne peut dépasser trois mois par année civile;

6° la femme titulaire, qui allaite son enfant.

L'assurance continuée est admise pour une période maximum de cinq mois prenant cours le jour de l'accouchement;

[R - A.R. 12-3-03 - M.B. 2-4 - éd. 2] (°°°)

7° le titulaire qui se trouve dans une période de détention préventive ou de privation de liberté. Toutefois, si, à la date de début de la période de détention préventive ou de privation de liberté, il se trouve en état d'incapacité de travail, au sens de l'article 100 de la loi coordonnée, la période d'assurance continuée ne prend cours qu'à la date à laquelle cet état d'incapacité de travail prend fin.

L'assurance continuée est admise pour une durée qui ne peut dépasser la période de détention préventive ou de privation de liberté;

8° le titulaire qui cesse, temporairement ou définitivement, de travailler au cours d'une période de cinq ans se terminant à la fin du mois au cours duquel il atteint l'âge visé à l'article 108, 1°, de la loi coordonnée.

L'assurance continuée est admise pour une durée expirant à la fin du mois au cours duquel le titulaire atteint l'âge fixé audit article lorsqu'il s'agit d'une cessation définitive et pour la durée indiquée par le titulaire lors de sa demande d'entrée en assurance continuée lorsqu'il s'agit d'une cessation temporaire;

(°) d'application à partir du 1-7-2009 [Confirmé par la Loi(div)(I) du 28-4-2010 - M.B. 10-5 - éd. 1 - art. 102]

Toute demande relative à un programme de réadaptation professionnelle, introduite auprès du Collège des médecins-directeurs, dont les prestations se rapportent en tout ou en partie à une période postérieure au 30 juin 2009, est transmise à partir du 1er juillet 2009 à la Commission supérieure du Conseil médical de l'Invalidité. Cette disposition ne déroge pas à la compétence de décision du Collège précité jusqu'au 30 juin 2009.

Les dépenses relatives à la réadaptation professionnelle, qui sont introduites à partir du 1er juillet 2009, sont prises en charge par l'assurance indemnités si le programme auquel se rapportent ces dépenses, se poursuit après le 30 juin 2009.

(°°) d'application à partir du 1-1-2003

(°°°) d'application à partir du 1-1-2003

9° l'homme ou la femme titulaire qui renonce au travail pour permettre à son conjoint titulaire de bénéficier du montant maximum de sa pension de vieillesse.

L'assurance continuée est admise pour une durée expirant à la fin du mois au cours duquel le titulaire atteint l'âge de 65 ou de 60 ans selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme;

10° le titulaire qui, après sa période normale de service militaire, est maintenu ou rappelé sous les drapeaux par une mesure disciplinaire.

L'assurance continuée est admise pour une durée qui ne peut être inférieure ni supérieure à celle du maintien ou du rappel sous les drapeaux;

11° le titulaire exerçant temporairement à l'étranger la même profession que celle qu'il exerçait en Belgique, lorsqu'il n'est pas assujettissable à la législation en matière de sécurité sociale de son nouveau lieu de travail.

L'assurance continuée est admise pour une durée qui ne peut dépasser celle de l'occupation à l'étranger;

[R - A.R. 19-2-03 - M.B. 18-3] (°)

12° le titulaire en chômage temporaire par suite de grève ou de lock-out et qui, à défaut d'une autorisation du Comité de gestion de l'Office national de l'emploi, ne peut être admis au bénéfice des allocations de chômage.

L'assurance continuée est admise pour une durée qui ne peut dépasser celle de la grève ou du lock-out;

13° le titulaire qui, dans un cas de force majeure, est absent du travail.

Le Service du contrôle administratif se prononce, à la demande de l'organisme assureur, sur les cas de force majeure que celui-ci reconnaît.

L'assurance continuée est admise pour la durée déterminée par ce service;

14° le titulaire qui, en vertu de l'arrêté royal du 11 mars 1954, portant statut du Corps de protection civile, suit les cours de l'école de protection civile.

L'assurance continuée est admise pour une durée qui ne peut dépasser celle de la session à laquelle participe le titulaire;

15° le titulaire bénéficiant d'une pension à charge des pouvoirs publics, ou d'une pension dont le paiement est garanti par l'Etat belge, qui cesse de travailler temporairement à la suite d'une incapacité de travail reconnue au sens de l'article 100 de la loi coordonnée et pour laquelle les prestations en espèces sont refusées en vertu de l'article 108, 3° de la loi coordonnée.

L'assurance continuée est admise pour la durée de l'incapacité de travail;

16° le titulaire qui, ne se livrant à aucun travail lucratif quelconque, suit régulièrement des cours d'enseignement moyen, supérieur, professionnel ou technique à condition que ces cours soient donnés pendant le jour, abstraction faite des vacances, dimanches et jours fériés.

L'assurance continuée est admise pour une durée qui ne peut dépasser celle des cours suivis par le titulaire;

(°) d'application à partir du 1-1-2003

17° le ou la titulaire qui suit les cours d'une école reconnue pour aides familiaux ou familiales. L'assurance continuée est admise pour une durée qui ne peut dépasser celle des cours suivis par le ou la titulaire;

18° le titulaire qui ayant atteint l'âge légal de la mise à la pension continue à travailler ou qui reprend le travail passé cet âge, lorsqu'il cesse temporairement de travailler et ne sollicite pas le bénéfice de la pension.

L'assurance continuée est admise pour une durée indiquée par le titulaire lors de sa demande; elle cesse néanmoins dès le moment où la pension prend cours;

19° le titulaire qui est mis à la pension prématurée pour incapacité physique lorsqu'il ne réunit pas les conditions prévues à l'article 100, § 1er, alinéa 1er, de la loi coordonnée, en ce qu'il vise le taux de l'incapacité de travail, pendant une période qui ne peut dépasser l'âge légal de la mise à la pension en vertu de la législation relative aux pensions de retraite et de survie des ouvriers et des employés.

L'assurance continuée est admise à partir du jour où le titulaire n'atteint plus 66 p.c. d'incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1er, alinéa 1er, de la loi coordonnée;

20° le titulaire dont l'assujettissement pour le régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités est limité au seul secteur des soins de santé et qui:

a) est dispensé de fournir des prestations, soit pour des motifs de convenance personnelle, soit à la suite d'une mesure disciplinaire.

L'assurance continuée est admise pour une durée égale à celle de la période durant laquelle le titulaire est dispensé de fournir des prestations;

b) remplit ses fonctions à l'étranger et y a sa résidence administrative.

L'assurance continuée est admise pour la durée de la période pendant laquelle le titulaire remplit ses fonctions à l'étranger et y a sa résidence administrative;

c) est reconnu définitivement inapte au travail par le service de santé administratif pour autant qu'il ne soit pas incapable de travailler au sens de l'article 100, § 1er, de la loi coordonnée, et qui ne compte pas le minimum requis d'années de service pour bénéficier d'une pension prématurée.

L'assurance continuée est admise pour la durée de la période qui expire à l'âge de la mise à la retraite en vertu du statut administratif et pécuniaire qui lui est applicable;

21° le titulaire qui cesse d'être occupé dans les liens d'un contrat de travail domestique comportant principalement des travaux ménagers d'ordre manuel pour les besoins du ménage de l'employeur ou de sa famille.

L'assurance continuée est admise pour une durée qui ne peut dépasser trois mois par année civile;

22° le titulaire, ouvrier mineur licencié pour fermeture de charbonnage, qui bénéficie de l'allocation d'attente aux travailleurs âgés de l'industrie charbonnière, en application de l'article 56, § 2 du Traité de Paris, instituant la Communauté européenne du Charbon et de l'Acier.

L'assurance continuée est admise pour la durée de la période pendant laquelle l'indemnité d'attente est allouée.

§ 2. La période d'assurance continuée expire soit à la fin de la période pour laquelle elle a été admise, soit à la date à laquelle prend fin la situation qui l'a fait admettre, soit dans les seuls cas visés au § 1er, 2° et 4°, dès que le titulaire se trouve en état d'incapacité de travail au sens de l'article 100 de la loi coordonnée.

Art. 248. Pour être admis en assurance continuée, le titulaire doit en faire la demande à son organisme assureur et lui remettre les pièces justificatives suivantes:

a) pour les situations visées à l'article 247, § 1er, 1°, 2° et 3°, une attestation délivrée par l'Office national de l'Emploi précisant le motif et la période pour lesquels les allocations de chômage sont refusées;

Pour la situation visée à l'article 247, § 1er, 3°, cette attestation peut être remplacée par une déclaration de son dernier employeur;

[R – A.R. 30-3-09 – M.B. 2-6 – éd. 1 – art. 8](°)

b) [pour la situation visée à l'article 247, § 1^{er}, 4°, une preuve de la reprise d'une profession visée audit article;]

c) pour les situations visées à l'article 247, § 1er, 5°, 20° et 21°, une attestation délivrée par l'employeur ou, le cas échéant, par l'autorité religieuse, précisant soit la période exacte de la suspension du contrat ou de l'occupation ou de la période pendant laquelle le titulaire remplit ses fonctions à l'étranger, soit la date de la décision du service de santé administratif, portant qu'une pension prématurée ne peut être accordée, soit la date de la cessation du travail domestique;

d) pour les situations visées à l'article 247, § 1er, 6°, 8°, 9° et 18° une attestation sur l'honneur du titulaire;

e) pour la situation visée à l'article 247, § 1er, 11°, une attestation de l'employeur;

f) pour la situation visée à l'article 247, § 1er, 7°, une attestation du directeur de l'établissement précisant la période de détention ou d'internement;

g) pour la situation visée à l'article 247, § 1er, 10°, une attestation de l'autorité militaire précisant la période du maintien ou du rappel sous les armes;

(°) d'application à partir du 1-7-2009 [Confirmé par la Loi(div)(I) du 28-4-2010 - M.B. 10-5 - éd. 1 - art. 102]

Toute demande relative à un programme de réadaptation professionnelle, introduite auprès du Collège des médecins-directeurs, dont les prestations se rapportent en tout ou en partie à une période postérieure au 30 juin 2009, est transmise à partir du 1er juillet 2009 à la Commission supérieure du Conseil médical de l'Invalidité. Cette disposition ne déroge pas à la compétence de décision du Collège précité jusqu'au 30 juin 2009.

Les dépenses relatives à la réadaptation professionnelle, qui sont introduites à partir du 1er juillet 2009, sont prises en charge par l'assurance indemnités si le programme auquel se rapportent ces dépenses, se poursuit après le 30 juin 2009.

h) pour la situation visée à l'article 247, § 1er, 12°, une attestation délivrée par une organisation syndicale ou par l'employeur. Dans cette dernière hypothèse, cette attestation doit être contresignée par l'Office national de l'Emploi;

i) pour les situations visées à l'article 247, § 1er, 14°, 16° et 17°, une attestation délivrée par le directeur de l'école précisant la période des cours suivis par le titulaire;

j) pour la situation visée à l'article 247, § 1er, 19°, une attestation délivrée par le médecin-conseil de la mutualité à laquelle le titulaire est affilié ou inscrit;

k) pour la situation visée à l'article 247, § 1er, § 1er, 22°, une attestation délivrée par les services de l'Administration des Mines du Ministère des Affaires économiques.

Dans la situation visée à l'article 247, § 1er, 13°, l'assurance continuée est admise sur base de la notification du Service du contrôle administratif à l'organisme assureur;

Dans la situation visée à l'article 247, § 1er, 15°, l'assurance continuée est admise sur base de la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail.

Art. 249. Sur base des pièces prévues à l'article 248, l'organisme assureur établit un certificat d'assurance continuée et réclame au titulaire la cotisation y afférente.

Les certificats d'assurance continuée qui doivent, en application de l'article 247, comporter une durée minimum, peuvent être renouvelés; toutefois, la durée des périodes cumulées ne peut dépasser la période maximum fixée par la disposition de l'article 247 en vertu de laquelle le ou les certificats sont délivrés.

Art. 250. [M - A.R. 11-12-01 - M.B. 22-12 - éd. 2] (°) § 1er. Pour chaque période d'assurance continuée, le titulaire doit payer une cotisation qui est fixée comme suit par jour ouvrable:

21 ans et plus	18 à 21 ans	14 à 18 ans
1,24 EUR	0,94 EUR	0,62 EUR

Sont considérés comme jours ouvrables, tous les jours de l'année, sauf les dimanches.

[M - A.R. 11-12-01 - M.B. 22-12 - éd. 2] (°°) Pour chaque période d'assurance continuée ou chaque partie d'une telle période qui couvre un mois civil complet, la cotisation est fixée comme suit:

21 ans et plus	18 à 21 ans	14 à 18 ans
31,00 EUR	23,50 EUR	15,50 EUR

(°) d'application à partir du 1-1-2002
(°°) d'application à partir du 1-1-2002

§ 2. Toutefois, le titulaire qui pour l'année civile a remis des documents de cotisation dont la valeur atteint le minimum annuel fixé à l'article 286 est dispensé du paiement de la cotisation précitée pour cette année civile.

[M - A.R. 11-12-01 - M.B. 22-12 - éd. 2] (°)

§ 3. Les montants visés au § 1er sont liés à l'indice 104,06 (base 1996 = 100) des prix à la consommation atteint au 31 octobre 1999. Ils sont adaptés, au 1er janvier de chaque année, au taux atteint par l'indice des prix à la consommation le 31 octobre de l'année précédente.

Art. 251. *Abrogé par: A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2* (°°)

CHAPITRE II DES CONDITIONS D'OCTROI DES PRESTATIONS

Section I

Des modalités d'inscription et d'affiliation à un organisme assureur

[R - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd.2] (°°°)

Art. 252. [M - A.R. 3-8-07 - M.B. 17-8 - art.7 ; M - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 17; M - A.R. 11-12-13 - M.B. 16-12 - éd. 2 - art. 61] (°°°°)

Pour choisir un organisme assureur les bénéficiaires repris sous l'article 32, alinéa 1er, [1° à 16°, 18°, 20° à 22°] de la loi coordonnée, remettent à une mutualité, à un Office régional de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie invalidité ou à la [Caisse des soins de santé de HR Rail] une demande d'inscription comportant un bulletin de composition de ménage, conforme au modèle en annexe II de cet arrêté. L'authenticité des renseignements y repris est vérifiée par le délégué de l'organisme assureur.

L'organisme assureur est tenu d'accuser réception au bénéficiaire de toute demande d'inscription et de lui notifier, dans un délai d'un mois, son refus ou son acceptation. Sans préjudice des dispositions des articles 255 à 274, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité est tenue d'inscrire tout bénéficiaire qui lui adresse la demande.

(°) d'application à partir du 1-1-2002

(°°) d'application à partir du 1-1-1998

(°°°) d'application à partir du 1-1-1998

(°°°°) d'application à partir du 1-1-2014 ou à une date ultérieure fixée par le Roi et au plus tard le 1-4-2014

[M – A.R. 11-12-13 – M.B. 16-12 – éd. 2 – art. 61] (°)

Les bénéficiaires des oeuvres sociales de la Société nationale des Chemins de fer belges, qui ne peuvent pas invoquer une autre qualité, sont inscrits de plein droit à la [Caisse des soins de santé de HR Rail].

Toutefois, les bénéficiaires, qui ont encore une autre qualité, choisissent auprès de quel organisme assureur ils veulent être inscrits ou affiliés.

[M - A.R. 8-4-03 - M.B. 15-5 - éd. 2] (°°)

Lorsque l'organisme assureur accepte, l'inscription du titulaire porte ses effets le premier jour du trimestre au cours duquel la qualité de titulaire visée à l'article 32, alinéa 1er, de la loi coordonnée est acquise et l'inscription de la personne à charge porte ses effets le jour de l'acquisition de la qualité de personne à charge. Toutefois, l'acceptation n'a d'effet qu'à la condition que le titulaire remette un des documents visés à l'article 276, § 2 ou à condition que les données visées dans ces calculs soient communiqués électroniquement aux organismes assureurs; la personne à charge doit satisfaire aux conditions déterminées par les articles 123 à 126.

[M – A.R. 1-7-08 – M.B. 23-7 – art. 17] (°°°)

Par dérogation à l'alinéa précédent, l'inscription des titulaires visés à [l'article 32, alinéa 1er, 12°, 14°, 15° et 22°] de la loi coordonnée n'a cependant effet qu'à partir du premier jour du trimestre au cours duquel la demande d'inscription est faite. Le Fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif ou un fonctionnaire délégué par lui peut, sur proposition de l'organisme assureur et pour les cas dignes d'intérêt reconnus comme tels, par lui et par cet organisme, décider si le titulaire peut se faire inscrire avec effet rétroactif ou s'affilier avec effet rétroactif et fixer la date d'effet de cette inscription ou affiliation. De même, par dérogation à l'alinéa précédent, l'inscription du titulaire visé à l'article 32, alinéa premier, 13°, de la loi coordonnée précitée porte ses effets au plus tôt le premier jour du trimestre au cours duquel a été introduite, la demande visée à l'article 128ter, à l'article 8, § 1er, de la loi du 27 février 1987 relative au allocations aux handicapés ou à l'article 56septies, 62, § 3, et 63 des lois coordonnées sur les allocations familiales pour travailleurs salariés et de l'article 96 de la loi du 29 décembre 1990 portant des dispositions sociales.

[M – A.R. 1-7-08 – M.B. 23-7 – art. 17; M – A.R. 26-1-18 – M.B. 13-2 – art. 3] (°°°°)

L'inscription des titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 12°, 14°, 15° et 21°, n'est valable que si le montant d'une cotisation trimestrielle est payée, au plus tard, le dernier jour du trimestre suivant le trimestre au cours duquel l'inscription a été demandée. [L'inscription du bénéficiaire qui est placé dans un établissement de soins conformément à l'article 19 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, à l'exception des institutions visées à l'article 3, 4°, a), b) et c) de cette loi, prend effet à compter du jour du placement.]

(°) d'application à partir du 1-1-2014 ou à une date ultérieure fixée par le Roi et au plus tard le 1-4-2014

(°°) d'application à partir du 1-1-2003

(°°°) d'application à partir du 1-1-2008

(°°°°) d'application à partir du 1-1-2018

[I – A.R. 13-3-16 – M.B. 30-3 – art. 1] (°)

[Par dérogation à l'alinéa 5, pour le secteur des soins de santé, l'inscription des titulaires visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 1° bis, de la loi coordonnée, porte ses effets à partir du premier jour du trimestre au cours duquel la qualité est acquise, sous la condition suspensive soit du paiement de la première cotisation sociale trimestrielle due en vertu de l'article 13bis de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, soit de l'obtention de la dispense de cotisation pour cette première cotisation sociale trimestrielle, en application de l'article 17 du même arrêté]

Tant pour l'inscription que pour les modifications ultérieures dans la composition du ménage, le titulaire est tenu de fournir les preuves permettant de justifier que les personnes à charge remplissent les conditions prévues aux articles 123 et 124. Toutefois, en cas de modifications dans la composition du ménage le titulaire est dispensé de fournir l'attestation de la commune.

Les pièces justificatives produites sont conservées au dossier prévu à l'article 254.

[R – A.R. 1-7-08 – M.B. 23-7 – art. 17; M – A.R. 11-12-13 – M.B. 16-12 – éd. 2 – art. 61] (°°)

Un bénéficiaire ne peut être affilié qu'à une seule mutualité ou inscrit qu'à un seul office régional de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité ou à la [Caisse des soins de santé de HR Rail].

Le Service du contrôle administratif peut se prononcer sur la régularité de l'affiliation en cas de double inscription, soit d'initiative, soit à la demande d'un organisme assureur.

L'inscription ou l'affiliation visées dans le présent article est maintenue pour un délai allant au plus tard jusqu'à la fin de la deuxième année écoulée après la dernière année où le titulaire avait encore droit à des prestations de santé. Pendant la durée de validité de l'inscription ou de l'affiliation, l'acquisition d'une autre qualité de titulaire n'entraîne pas de nouvelle inscription ou affiliation.

Au cas où le titulaire introduit une demande d'inscription après que soit expirée la validité de la précédente inscription en application de l'alinéa précédent, cette nouvelle inscription, si elle est acceptée, sera considérée comme une réinscription ou une réaffiliation. La réinscription ou la réaffiliation ne peut avoir d'effet au plus tôt que le jour après l'expiration de la validité de la précédente inscription. Les mêmes règles que celles qui sont en vigueur pour l'inscription ou l'affiliation sont par ailleurs d'application pour la réinscription ou la réaffiliation.

Art. 253. [Abrogé par : A.R. 26-1-14 – M.B. 7-3 – éd. 2 – art. 10] (°°°)

(°) d'application à partir du 1-4-2016 et ce pour le titulaire dont la période de début d'activité conformément à l'article 13bis, § 2, de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, commence au plus tôt au 2e trimestre de l'année 2016.

(°°) d'application à partir du 1-1-2014 ou à une date ultérieure fixée par le Roi et au plus tard le 1-4-2014

(°°°) d'application à partir du 1-1-2014

Art. 254. L'organisme assureur établi au nom de chaque titulaire, un dossier contenant la demande d'inscription, ainsi qu'une fiche qui reproduit les données suivantes:

1. la date et le numéro d'inscription du titulaire, son identité ainsi que celle des personnes à charge et leur adresse ainsi que leur numéro d'identification dans le Registre national;
2. toute modification dans le nombre et la qualité de personnes à charge;
3. la nature des documents de cotisation, le type de transmission de données et les données y figurant relatives à l'assurabilité;
4. le montant et la nature des cotisations personnelles et des compléments de cotisation, la date de leur paiement et la période à laquelle elles se rapportent;
5. un relevé des sanctions qui ont été infligées au titulaire ainsi qu'aux personnes à sa charge.

Ce dossier contient également tous les documents relatifs à la qualité de bénéficiaire du titulaire et des personnes à charge. Le dossier est conservé au niveau de la mutualité ou de l'office régional.

Tous les renseignements d'ordre médical relatifs au titulaire et aux personnes à sa charge sont conservés par le médecin-conseil dans un dossier spécial.

[M - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°)

L'organisme assureur doit adresser, au plus tard le 1er décembre de chaque année aux titulaires qui ne répondent pas aux critères permettant d'avoir droit à partir du 1er janvier aux prestations de l'assurance soins de santé, une formule sur laquelle il est fait mention des documents de cotisation manquants et/ou des cotisations personnelles en retard.

Une copie de cette formule est conservée dans le dossier du titulaire.

Section II

Des mutations

Art. 255. La mutation individuelle consiste dans le passage d'un titulaire à un organisme assureur autre que celui auquel il appartenait.

[R - A.R. 19-7-13 - M.B. 14-8 - éd. 2 - art. 1] (°°)

[Elle peut s'opérer le premier jour de chaque trimestre civil]

[I - A.R. 19-7-13 - M.B. 14-8 - éd. 2 - art. 1] (°°°)

[Le passage d'un organisme assureur à un autre organisme assureur doit se faire sous les conditions prévues aux articles 257 à 274.]

(°) d'application à partir du 1-1-1998
(°°) d'application à partir du 1-1-2014
(°°°) d'application à partir du 1-1-2014

Art. 256. [M – A.R. 19-7-13 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 2; M – A.R. 11-12-13 – M.B. 16-12 – éd. 2 – art. 61] (°)

L'article 255, alinéa 1er n'est pas applicable aux titulaires qui acquièrent ou perdent la qualité de bénéficiaire des oeuvres sociales de la [SNCB Holding] et qui, en cette qualité, doivent être ou sont inscrits auprès de la [Caisse des soins de santé de HR Rail]. Dans ces cas, l'inscription auprès de l'organisme assureur prend cours à la date à laquelle lesdits titulaires obtiennent leur nouvelle qualité.

Les renseignements nécessaires à la constitution du dossier doivent néanmoins être envoyés au nouvel organisme assureur conformément à l'article 261, alinéa 2.

[R – A.R. 19-7-13 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 3] (°°)

Art. 257. [Le titulaire qui désire changer d'organisme assureur doit en faire la demande à l'organisme assureur auquel il désire s'inscrire ou s'affilier. A cette fin, il remplit un formulaire de demande de mutation qui lui est remis par le nouvel organisme assureur.

L'assuré doit être informé de manière claire et explicite qu'il peut retirer la demande de mutation auprès de son ancien organisme assureur jusqu'au dernier jour ouvrable précédant la date de mutation.

L'ancien organisme assureur communique le retrait de la demande de mutation de l'assuré au nouvel organisme assureur dans les 10 jours ouvrables et le communique également au Service du contrôle administratif.]

(°) d'application à partir du 1-1-2014 ou à une date ultérieure fixée par le Roi et au plus tard le 1-4-2014

(°°) d'application à partir du 1-1-2014

Art. 258. Le nouvel organisme assureur envoie au plus tard le 5 du mois précédent celui à partir duquel la mutation est demandée, le formulaire de demande de mutation à l'ancien organisme assureur. Si le 5 est un samedi, un dimanche ou un jour férié, le formulaire doit être envoyé le premier jour ouvrable qui le suit.

[R – A.R. 19-7-13 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 4] (°)

[La demande de mutation doit être envoyée soit sous pli recommandé à la poste, soit par un envoi électronique suivant l'article 4/2 de la loi du 24 février 2003 relative à la modernisation de la gestion de la sécurité sociale et relative à la communication électronique entre entreprises et l'administration fédérale.]

[R – A.R. 19-7-13 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 4] (°°)

[Les données relatives aux demandes de mutation précitées sont également transmises au Service du contrôle administratif.]

(°) d'application à partir du 1-1-2014
(°°) d'application à partir du 1-1-2014

[R – A.R. 19-7-13 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 5] (°)

Art. 259. [L'ancien organisme assureur a la faculté de refuser la demande de mutation dans les cas visés sous a) à e). Ce dernier a l'obligation de refuser la demande de mutation dans les cas visés sous f) à h) :

a) si, à la date pour laquelle la mutation est demandée, douze mois ne se sont pas écoulés depuis la date de l'inscription ou de l'affiliation comme titulaire dans l'organisme assureur qu'il désire quitter, la date d'inscription ou la date d'affiliation est fixée en application de l'article 252 ou de l'article 255, alinéa 2;

b) si, à la date pour laquelle la mutation est demandée, le titulaire subit une sanction en vertu de l'article 168quinquies, § 2, de la loi coordonnée précitée ou si une sanction est prononcée avant cette date, celle-ci ne pourra sortir ses effets qu'après cette date.

Toutefois, cette disposition ne s'applique pas aux sanctions prononcées avec sursis;

c) si un des renseignements suivants fait défaut dans la demande de mutation : nom, prénom, numéro d'identification de la sécurité sociale ou à défaut de numéro, la date de naissance, dénomination du nouvel organisme assureur et date de mutation;

d) si la demande de mutation n'a pas été envoyée dans le délai prévu à l'article 258;

e) si le titulaire a, à la date pour laquelle la mutation est demandée, une dette vis-à-vis de son ancien organisme assureur, dette résultant de l'application des dispositions de la loi coordonnée précitée.

Le montant de la dette et sa description sont indiqués sur la notification visée à l'article 260.

Cependant, la mutation doit être accordée, si le nouvel organisme assureur paie l'intégralité de la somme due à l'ancien organisme assureur au plus tard le jour de la mutation et qu'il fournit à l'ancien organisme assureur la preuve que l'assuré lui a remboursé cette somme, dans un délai de 20 jours ouvrables à partir de la date de mutation;

(°) d'application à partir du 1-1-2014

f) si le titulaire a sollicité sa mutation pour la même date auprès de plusieurs organismes assureurs;

g) lorsque l'organisme assureur constate que la demande de mutation n'est pas signée par le titulaire concerné.

La demande de mutation ne doit cependant pas être refusée si le titulaire de la demande confirme celle-ci par écrit;

h) si la personne qui a introduit la demande de mutation est inscrite comme personne à charge auprès de l'ancien organisme assureur.]

[R – A.R. 19-7-13 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 6] (°)

Art. 260. [Dans les cas visés à l'article 259, sous a) à h), le refus motivé doit être notifié au titulaire et au nouvel organisme assureur dans un délai de vingt jours courant à dater du premier jour ouvrable qui suit la date fixée à l'article 258. Cependant, si le formulaire de demande de mutation est envoyé à l'ancien organisme assureur après la date fixée à l'article 258, ce délai courra à dater de la date de la notification de la demande de mutation.

La décision motivée de refus visée à l'alinéa précédent peut être donnée au plus tôt à partir de la date de la mutation.

La décision de refus de la demande de mutation est également transmise au Service du contrôle administratif.

Lorsque l'ancien organisme assureur omet de notifier le refus dans le délai fixé, la demande de mutation est considérée comme acceptée.]

(°) d'application à partir du 1-1-2014

Art. 261. [M – A.R. 19-7-13 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 7] (°)

En cas de [demande de mutation] acceptée, celle-ci est notifiée au nouvel organisme assureur dans le même délai que celui prévu à l'article 260, alinéa 1er.

Cette notification s'effectue par l'envoi des renseignements nécessaires à la constitution du dossier visé à l'article 254 et notamment du document visé à l'article 264, dûment complété et accompagné de ses annexes.

Art. 262. [*Abrogé par : A.R. 19-7-13 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 13*] (°°)

[R – A.R. 19-7-13 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 8] (°°°)

Art. 263. [Dès l'acceptation de la demande de mutation, le nouvel organisme assureur actualisera la carte d'identité sociale en vertu de l'article 253.]

(°) d'application à partir du 1-1-2014
(°°) d'application à partir du 1-1-2014
(°°°) d'application à partir du 1-1-2014

[R – A.R. 19-7-13 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 9] (°)

Art. 264. [Pour les mutations acceptées, l'ancien organisme assureur indique sur le formulaire « demande de mutation » tous les renseignements demandés qui ont trait à la situation du titulaire vis-à-vis de l'assurance soins de santé et indemnités, y compris la mention d'une sanction avec sursis dont il est l'objet.

Le formulaire ainsi rempli et signé est envoyé au nouvel organisme assureur dans le délai fixé à l'article 260, alinéa 1^{er}.

Les données relatives aux mutations acceptées sont également transmises au Service du contrôle administratif.]

Art. 265. [*Abrogé par : A.R. 19-7-13 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 13*] (°°)

Art. 266. [*Abrogé par : A.R. 19-7-13 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 13*] (°°°)

(°) d'application à partir du 1-1-2014
(°°) d'application à partir du 1-1-2014
(°°°) d'application à partir du 1-1-2014

Art. 267. [*Abrogé par : A.R. 19-7-13 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 13*] (°)

(°) d'application à partir du 1-1-2014

Art. 268. [R – A.R. 19-7-13 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 10] (°)

[Lorsqu'un organisme assureur a connaissance d'une mutation éventuellement irrégulière, à savoir toute mutation qui ne semble pas avoir eu lieu conformément aux dispositions de cette section, il en avertit le Service du contrôle administratif qui est compétent pour se prononcer sur l'irrégularité de la mutation.]

[M – A.R. 19-7-13 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 10] (°°)

Si cet avertissement est donné dans le délai d'un an à partir de la date de la mutation irrégulière, le Service du contrôle administratif informe le bénéficiaire et les deux organismes assureurs intéressés, [soit sous pli recommandé à la poste, soit par un envoi électronique suivant l'article 4/2 de la loi du 24 février 2003 relative à la modernisation de la gestion de la sécurité sociale et relative à la communication électronique entre entreprises et l'administration fédérale], que [l'affiliation ou inscription] au nouvel organisme assureur n'est pas valable.

Le versement des cotisations afférentes aux documents visés à l'article 276 qu'il a remis au nouvel organisme assureur auquel le bénéficiaire s'était irrégulièrement inscrit, ainsi que les cotisations personnelles qu'il lui a payées, reste acquis à cet organisme. Les prestations accordées durant la période d'inscription irrégulière restent à la charge de l'organisme assureur qui les a octroyées. Sont nuls tous engagements de cet organisme relatifs à des prestations non encore effectuées à la date de la notification visée à l'alinéa 2.

Tout document visé à l'article 276 remis et toute cotisation personnelle versée postérieurement à la date de la notification sont transférés à l'organisme assureur auquel le bénéficiaire reste régulièrement inscrit. Les prestations accordées après cette date restent à charge de l'organisme assureur qui les a octroyées.

[R – A.R. 19-7-13 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 11] (°°°)

Art. 269. [La charge de la preuve de l'envoi des documents ou des données, qui en vertu de cette section doivent être envoyés par l'organisme assureur, incombe à l'organisme assureur chargé de cet envoi.]

(°) d'application à partir du 1-1-2014
(°°) d'application à partir du 1-1-2014
(°°°) d'application à partir du 1-1-2014

Art. 270. [*Abrogé par : A.R. 19-7-13 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 13*] (°)

(°) d'application à partir du 1-1-2014

Art. 271. En cas de mutation les prestations de santé autorisées préalablement par le médecin-conseil mais non encore effectuées à la date de la mutation, sont à charge du nouvel organisme assureur sans qu'une nouvelle autorisation puisse être exigée par ce dernier.

Art. 272. Lors du passage d'un titulaire d'une mutualité à une autre au sein de la même Union nationale ou d'un Office régional à un autre, les dispositions des articles 255 à 271 ne sont pas d'application, mais tous les renseignements nécessaires à la constitution du dossier visé à l'article 254 doivent être transmis à la nouvelle mutualité ou au nouvel Office régional.

Art. 273. Les dispositions relatives aux mutations individuelles sont également applicables aux bénéficiaires d'une pension ou d'une rente d'une législation étrangère, aux saisonniers et frontaliers ayant leur résidence principale en Belgique et occupés à l'étranger et qui ouvrent droit aux prestations de santé en vertu des dispositions d'une convention ou d'un règlement de sécurité sociale.

[R – A.R. 19-7-13 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 12] (°)

Art. 274. [Le Service du contrôle administratif détermine de quelle manière et à quels moments les échanges de données découlant des dispositions de cette section ont lieu.]

Art. 275. En cas de mutation collective, de dissolution ou de fusion de mutualités intervenant en vertu des dispositions de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, leurs affiliés peuvent individuellement demander leur inscription à un autre organisme assureur sans que doivent être respectées les conditions fixées par les articles 255 à 274. Toutefois, les renseignements nécessaires à la constitution du dossier visé à l'article 254 doivent être transmis par l'ancien organisme assureur au nouveau.

Section III

Des documents de cotisation et des documents permettant d'établir la qualité de titulaire

Art. 276. § 1er. Sont considérés comme documents de cotisation pour l'application de la loi coordonnée:

1. le bon de cotisation et l'attestation de contrat d'apprentissage de professions exercées par des travailleurs salariés;

(°) d'application à partir du 1-1-2014

2. le bon de cotisation " accident du travail ";
3. le bon de cotisation " maladie professionnelle ";
4. l'attestation de chômage;
5. l'attestation de travail domestique;
6. les pièces justificatives visées à l'article 248, à condition que la cotisation afférente à la période d'assurance continuée ait été payée;

7. l'attestation d'ayant droit à une allocation d'interruption ;

[I – A.R. 22-5-14 – M.B 23-7 – éd. 1 – art. 2] (°)

[8. l'attestation d'ayant droit à une indemnité en compensation du licenciement visée à l'article 7, § 1^{er}, alinéa 3, zf), de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.]

Sont assimilées à des documents de cotisation, l'attestation de milicien assuré social et l'attestation d'objecteur de conscience assuré social visées à l'article 282.

La déclaration visée à l'article 282 selon laquelle l'intéressé est orphelin de père et de mère et bénéficie d'allocations familiales et l'attestation selon laquelle l'intéressé est orphelin de père et de mère bénéficiant du droit à l'allocation de remplacement de revenus, sont assimilées à un document de cotisation.

[M - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°°)

Ceci vaut également pour l'attestation visée à l'article 282 sur laquelle le médecin traitant mentionne la date présumée de l'accouchement pour les titulaires visées à l'article 32, alinéa 1er, 4^o, de la loi coordonnée ainsi que pour le document de stage visé à l'article 130, § 1er.

[I – A.R. 1-7-08 – M.B. 23-7 – art. 19] (°°°)

[Les documents visés aux §§ 3 à 8 sont assimilés à des documents de cotisation.]

§ 2. La qualité de titulaire telle qu'elle est visée à l'article 32, alinéa 1er, 1^o, 3^o, 5^o et 6^o de la loi coordonnée, est établie sur base des documents de cotisation visés au § 1er.

Les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 7^o, 8^o et 9^o de la loi coordonnée, établissent leur qualité de titulaire en fournissant la preuve qu'ils bénéficient des avantages visés dans ces dispositions. La preuve est établie par l'autorité chargée du paiement de ces avantages.

[M - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2 ; M – A.R. 1-7-08 – M.B. 23-7 – art. 19] (°°°°)

Les personnes qui obtiennent pour la première fois la qualité de titulaire telle qu'elle est visée à l'article 32, alinéa 1er, 1^o, 3^o, 16^o et 20^o de la loi coordonnée, [à l'exception des personnes visées aux §§ 5 ou 6] et qui, le cas échéant en cette qualité, reçoivent des documents de cotisation qui sont établis annuellement, ainsi que les personnes qui obtiennent pour la première fois la qualité de titulaire telle qu'elle est visée à l'article 86, § 1er de la loi coordonnée, prouvent leur qualité de titulaire en produisant un des documents suivants:

(°) d'application à partir du 1-1-2014

(°°) d'application à partir du 1-1-1998

(°°°) d'application à partir du 1-1-2008

(°°°°) d'application à partir du 1-1-2008

- pour les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 1°, ainsi que pour ceux visés à l'article 86, § 1er, 1°, a), de la loi coordonnée, une déclaration de l'employeur selon laquelle le titulaire est un travailleur salarié assujetti à un ou aux deux secteurs de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en vertu de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs ou un travailleur salarié assujetti à l'arrêté-loi du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs ou assimilés;

- pour les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 3°, ainsi que pour ceux visés à l'article 86, § 1er, 1°, c), de la loi coordonnée, une déclaration de l'Office National de l'Emploi établissant que le titulaire est en chômage contrôlé;

[M - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2 ; M - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 19] (°)

- pour les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 16°, de la loi coordonnée, [à l'exception des personnes visées aux §§ 5 ou 6] un extrait de l'acte de décès ou une attestation qui prouve que l'intéressé est titulaire d'une pension de survie, établie par l'instance chargée du paiement de la pension de survie, pour le titulaire visé ici qui s'affilie en cette qualité à un autre organisme assureur, une attestation de l'ancien organisme assureur relative à la dernière qualité du conjoint décédé;

[M - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2 ; M - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - éd. 1 - art. 19] (°°)

- pour les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 20°, de la loi coordonnée, une attestation délivrée par l'instance qui paye les allocations familiales, selon laquelle l'intéressé est orphelin de père et de mère et bénéficie du droit aux allocations familiales ou une attestation délivrée par le Ministère des Affaires sociales établissant que l'intéressé est un handicapé, orphelin de père et de mère bénéficiant d'une allocation de remplacement de revenus au sens de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations [aux personnes handicapées.]

[I - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°°°)

Sur proposition du Service du contrôle administratif, le Ministre ayant la Prévoyance sociale dans ses attributions fixe les modalités selon lesquelles doit être prouvée la qualité de titulaire telle qu'elle est fixée à l'article 32, alinéa premier 12° à 15° de la loi coordonnée et précisée aux articles 128bis à 128quinquies.

[I - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - éd. 1 - art. 19] (°°°°)

[§ 3. Pour les travailleurs indépendants visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 1^{er}bis, de la loi coordonnée, la qualité de titulaire est établie par la communication à leur organisme assureur des données concernant l'accomplissement de l'obligation de cotisation afférente à chaque année civile écoulée par la caisse libre d'assurances sociales ou par la Caisse nationale auxiliaire à laquelle ils sont affiliés en application de l'arrêté royal n° 38 précité.

(°) d'application à partir du 1-1-2008
(°°) d'application à partir du 1-1-2008
(°°°) d'application à partir du 1-1-1998
(°°°°) d'application à partir du 1-1-2008

[M – A.R. 13-3-16 – M.B. 30-3 – art. 2] (°)

Les personnes qui obtiennent pour la première fois la qualité précitée de titulaire, prouvent leur qualité de titulaire au moyen des données qui sont communiquées par les caisses susvisées dans le mois suivant l'affiliation et qui attestent que ces personnes sont soumises à l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité en application de l'arrêté royal n° 38 précité. [Toutefois, pour le secteur des soins de santé, ces données sont communiquées par les caisses susvisées dans le mois suivant soit le paiement de la première cotisation sociale trimestrielle due en vertu de l'article 13bis de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, soit l'obtention d'une dispense de cotisation pour cette première cotisation sociale trimestrielle, en application de l'article 17 du même arrêté, et attestent que ces personnes sont soumises à l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité en application du même arrêté, et qu'elles ont payé ou ont été dispensées de payer la première cotisation sociale trimestrielle due.]

Si le titulaire cesse son activité de travailleur indépendant, les caisses précitées communiquent ce fait et les données relatives à l'accomplissement de l'obligation de cotisation à l'organisme assureur dans le mois qui suit le dernier trimestre d'assujettissement à l'arrêté royal n° 38 précité.

Lorsqu'un titulaire a obtenu l'exonération complète de cotisations en application de l'article 22 de l'arrêté royal n° 38 précité, cette donnée est mentionnée dans les données communiquées par les caisses d'assurances sociales.]

[I – A.R. 1-7-08 – M.B. 23-7 - éd. 1 – art. 19] (°°)

[§ 4. Les dispositions du § 3 sont applicables aux titulaires visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 6^{°bis}, 6^{°ter} et 11^{°quater}, de la loi coordonnée. Toutefois, les personnes qui bénéficient des dispositions de l'article 32, alinéa 1^{er}, 6^{°ter} sont censées avoir accompli leur obligation de cotisation pendant la période qui y est déterminée.]

[I – A.R. 1-7-08 – M.B. 23-7 – éd. 1 – art. 19; R – A.R. 6-9-12 – M.B. 14-9 – éd. 1 – art. 1]
(°°°)

[§ 5. Les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 11^{° bis} et 11^{° ter} de la loi coordonnée, et les personnes qui sont titulaires en vertu de l'article 32, alinéa 1^{er}, 16[°] parce qu'elles sont veufs ou veuves d'un travailleur indépendant, établissent qu'ils ont la qualité de titulaire par une attestation qui leur est délivrée par l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants.]

(°) d'application à partir du 1-4-2016 et ce pour le titulaire dont la période de début d'activité conformément à l'article 13bis, § 2, de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, commence au plus tôt au 2^e trimestre de l'année 2016

(°°) d'application à partir du 1-1-2008

(°°°) d'application à partir du 1-1-2010

[I – A.R. 1-7-08 – M.B. 23-7 – éd. 1 – art. 19] (°)

[§ 6. Pour les travailleurs indépendants qui, dans les conditions prévues en vertu de la législation relative à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants, ont interrompu leur activité professionnelle pour cause de maladie ou d'invalidité et qui, en cette qualité, maintiennent leurs droits en application de la même législation, la qualité de titulaire est établie par la communication de la possession de celle-ci par l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants à leur organisme assureur.]

[I – A.R. 6-9-12 – M.B. 14-09 – éd. 1 – art. 1] (°°)

[Pour les travailleurs indépendants qui bénéficient d'une assimilation en vertu de l'article 37bis de l'arrêté royal du 22 décembre 1967 portant règlement général relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants, la qualité de titulaire est établie par la communication de la possession de celle-ci par l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants à leur organisme assureur.]

[I – A.R. 1-7-08 – M.B. 23-7 – éd. 1 – art. 19] (°°°)

§ 7. [Abrogé par : A.R. 6-9-12- M.B. 14-9 – éd. 1 – art. 1] (°°°°)

[I – A.R. 1-7-08 – M.B. 23-7 – art. 19] (°°°°°)

[§ 8. Les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 21°, de la loi coordonnée, établissent qu'ils ont la qualité de titulaire par la remise d'une attestation qui leur est fournie par leur autorité religieuse.

Cette attestation est remise par le titulaire à son organisme assureur.

La personne qui ne possède plus la qualité de titulaire susvisée remet à l'organisme assureur auprès duquel elle est affiliée ou inscrite un document attestant la perte de cette qualité et fourni par l'autorité religieuse dont elle dépendait.]

(°) d'application à partir du 1-1-2008

(°°) d'application à partir du 1-1-2010

(°°°) d'application à partir du 1-1-2008

(°°°°) d'application à partir du 1-1-2010

(°°°°°) d'application à partir du 1-1-2008

[I – A.R. 1-7-08 – M.B. 23-7 – art. 19] (°)

[§ 9. Les Ministres ayant le statut social des travailleurs indépendants et les Affaires sociales dans leurs attributions fixent conjointement la manière dont les données visées aux §§ 3 à 6 sont établies et transmises et déterminent également le délai de transmission de ces données. Lorsque les travailleurs indépendants visés aux §§ 3 à 6 ne sont pas affiliés à un organisme assureur ou que la transmission de données en dehors du titulaire ne s'avère pas possible, les données dont il est question dans les dispositions précitées sont transmises aux travailleurs indépendants concernés, qui les transmettent dans le mois qui suit leur réception, à l'organisme assureur auquel ils s'affilient.]

Art. 277. [R - A.R. 4-6-98 - M.B. 17-7] (°°)

§ 1er. 1° L'Office national de sécurité sociale et l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales communiquent aux organismes assureurs, pour les employeurs affiliés chez eux, les données d'identification du travailleur et les données d'assurabilité, visées au § 3, 1°, pour chaque année de référence.

2° L'Office national de sécurité sociale communique aux organismes assureurs, pour chaque année de référence, les données d'identification ainsi que les données d'assurabilité, visées au § 3, 2°, de la personne à laquelle une indemnité, un supplément, une rente ou un capital est dû en vertu de la législation sur la réparation des dommages résultant d'accidents du travail et qui tombe sous l'application des dispositions de l'arrêté royal du 21 décembre 1971 portant exécution de certaines dispositions de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

3° L'Office national de sécurité sociale communique aux organismes assureurs, pour chaque année de référence, les données d'identification ainsi que les données d'assurabilité, visées au § 3, 2°, de la personne à laquelle une indemnité, allocation ou rente est due en vertu de la législation sur la réparation des dommages causés par des maladies professionnelles et qui tombe sous l'application des dispositions de l'arrêté royal du 18 janvier 1964 réglant les modalités de perception et de répartition des cotisations de sécurité sociale dues par les victimes des maladies professionnelles, bénéficiaires de la loi du 24 décembre 1963 relative à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles et à la prévention de celles-ci.

(°) d'application à partir du 1-1-2008
(°°) d'application à partir du 1-1-1998

[M – A.R. 6-9-18 – M .B. 26-9 – art. 44] (°)

Lorsque la transmission électronique de données visée au point 1° à 3° s'avère être impossible ou lorsque le travailleur, la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle n'est pas affilié ou inscrit auprès d'un organisme assureur, l'Office national de sécurité sociale ou l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales fournissent, dans les deux semaines qui suivent la constatation de l'impossibilité de transmettre un bon de cotisation électronique, un bon de cotisation papier à l'employeur **[ou à Fedris]** ou à l'entreprise d'assurances habilitée à traiter les accidents du travail qui à leur tour remettent le bon de cotisation au travailleur, à la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, dans un délai de deux semaines.

§ 2. Abrogé par: A.R. 10-7-01 - M.B. 31-7 - éd. 1 (°°)

(°) d'application à partir du 1-1-2017
(°°) d'application à partir du 1-1-1999

[R - A.R. 4-6-98 - M.B. 17-7] (°)

§ 3. [M - A.R. 11-12-01 - M.B. 22-12 - éd. 2] (°°)

1° Le bon de cotisation visé au § 1er, 1°, mentionne, pour chaque trimestre de l'année de référence, la rémunération sur laquelle est retenue la cotisation pour l'assurance indemnités et/ou la cotisation pour l'assurance soins de santé, ainsi que la période à laquelle se rapporte cette rémunération, telles que ces notions sont respectivement définies dans la réglementation en matière de sécurité sociale des travailleurs et dans la réglementation en matière de sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés. Pour l'établissement du bon de cotisation, la rémunération est limitée au montant obtenu en multipliant le plafond de rémunération journalier par le nombre de jours de travail. Le plafond de rémunération journalier est fixé à 143,43 EUR pour les travailleurs occupés à temps plein en régime de cinq jours par semaine, et à 119,52 EUR pour les travailleurs occupés à temps plein dans un autre régime de travail, les travailleurs à temps partiel, les travailleurs saisonniers et les travailleurs intermittents; ces montants sont liés à l'indice-pivot 103,14 (base 1996 = 100) et sont, à partir de 1987, adaptés au 1er janvier de chaque année à l'indice-pivot atteint au 1er juillet de l'année précédente.

Le bon de cotisation mentionne également pour chaque trimestre de l'année de référence, le nombre de jours de travail, tel qu'il est défini à l'article 203, et le nombre de jours couverts par l'indemnité payée au cours de la deuxième semaine de salaire garanti; pour les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel, le bon de cotisation mentionne en outre, pour chaque trimestre, le nombre d'heures de travail.

Le bon de cotisation comporte également une mention qui totalise pour les quatre trimestres de l'année de référence, le montant de la rémunération, le nombre de jours de travail, le nombre de jours couverts par l'indemnité payée au cours de la deuxième semaine de salaire garanti et, le cas échéant, le nombre d'heures de travail.

L'attestation de contrat d'apprentissage de professions exercées par des travailleurs salariés est remise par l'employeur dans les deux mois qui suivent la fin de l'année de référence ou la fin du contrat d'apprentissage. Cette attestation mentionne, pour chaque trimestre de l'année de référence, le nombre de jours et d'heures de travail. Elle comporte également une mention qui totalise pour les quatre trimestres de l'année de référence, le nombre de jours et d'heures de travail.

2° Le bon de cotisation visé au § 1er, 2° et 3° indique, pour chaque trimestre de l'année civile, notamment la nature du dédommagement, le montant de ce dédommagement sur lequel est retenue la cotisation pour l'assurance soins de santé et indemnités, la période à laquelle il se rapporte ainsi que le degré d'incapacité.

Ce bon de cotisation mentionne également le montant du dédommagement, totalisé pour les quatre trimestres de l'année civile.

(°) d'application à partir du 1-1-1998

(°°) d'application à partir du 1-1-2002

Art. 278. *Abrogé par: A.R. 10-7-01 - M.B. 31-7 - éd. 1(avant alinéa 1^{er})* (°)

[**R** - A.R. 12-6-97 - M.B. 8-7] (°°)

Si la procédure prévue à l'article 277, § 1er, ne peut être appliquée, le Service du contrôle administratif, à la demande des organismes assureurs et pour autant que des preuves suffisantes soient produites, transmet les données manquantes à l'Office national de sécurité sociale ou à l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales, qui font parvenir ces données aux organismes assureurs conformément à la procédure prévue à l'article 277, § 1er.

(°) d'application à partir du 1-1-1999

(°°) d'application à partir du 1-1-1997

[**M** - A.R. 4-6-98 - M.B. 17-7 ; **R** - A.R. 10-7-01 - M.B. 31-7 - éd. 1] (°)

Le Service du contrôle administratif peut en outre envoyer à l'organisme assureur une attestation tenant lieu de bon de cotisation provisoire. Sur base de cette attestation et compte tenu des autres données d'assurabilité, l'organisme assureur peut octroyer au travailleur concerné une assurabilité provisoire dont la durée de validité est fixée par le Service du contrôle administratif.

Abrogé par: A.R. 4-6-98 - M.B. 17-7 (avant alinéa 4) (°°)

Art. 279. *Abrogé par: A.R. 4-6-98 - M.B. 17-7 (°°°)*

Art. 280. *Abrogé par: A.R. 4-6-98 - M.B. 17-7 (°°°°)*

(°) d'application à partir du 1-1-2002
(°°) d'application à partir du 1-1-1998
(°°°) d'application à partir du 1-1-1998
(°°°°) d'application à partir du 1-1-1998

Art. 281. § 1er. L'Office national de l'emploi communique aux organismes assureurs, pour chaque année de référence, les données d'identification des chômeurs et les données d'assurabilité visées aux alinéas 3 et 4.

Lorsque la transmission électronique de données s'avère être impossible ou lorsque le chômeur n'est pas affilié ou inscrit auprès d'un organisme assureur, l'organisme de paiement des allocations de chômage remet, dans les deux semaines qui suivent la constatation de l'impossibilité de transmettre les données relatives au chômage par voie électronique, une attestation de chômage papier au chômeur.

L'attestation de chômage mentionne, pour chaque trimestre de l'année civile, notamment le nombre de journées de chômage contrôlé, le nombre de jours de vacances légales et la période à laquelle ces journées se rapportent.

Cette attestation comporte également une mention qui totalise, pour les quatre trimestres de l'année civile, le nombre de journées de chômage contrôlé et le nombre de jours de vacances légales.

§ 2. Au chômeur qui met un terme à son chômage, en acceptant d'effectuer à l'intervention de l'Office national de l'Emploi, un travail domestique, cet office remet, dans les deux mois suivant la fin de chaque année civile, éventuellement par l'intermédiaire de l'employeur l'attestation de travail domestique.

Cette attestation mentionne, pour chaque trimestre de l'année civile, notamment le nombre de jours de travail domestique et la période à laquelle ces jours se rapportent.

Cette attestation comporte également une mention qui totalise, pour les quatre trimestres de l'année civile, le nombre de jours de travail domestique.

[R - A.R. 12-6-97 - M.B. 8-7] (°)

§ 3. Pour les travailleurs bénéficiant d'une allocation d'interruption visée à l'article 6 de l'arrêté royal du 2 janvier 1991 relatif à l'octroi d'allocations d'interruption, ou à l'article 4 de l'arrêté royal du 28 février 1991 relatif à l'interruption de la carrière professionnelle dans les administrations et autres services des ministères, ou à l'article 4 de l'arrêté royal du 12 août 1991 relatif à l'octroi d'allocations d'interruption aux membres du personnel de l'enseignement et des centres psycho-médico-sociaux, ou l'article 4, § 3, de l'arrêté royal du 27 novembre 1985 relatif à l'interruption de la carrière professionnelle pour les membres du personnel administratif, du personnel spécialisé, du personnel de maîtrise et des gens de métier ou de service des institutions universitaires, l'Office national de l'emploi communique aux organismes assureurs, pour chaque année de référence, les données d'identification des travailleurs concernés et la période au cours de laquelle ceux-ci ont bénéficié d'une allocation d'interruption.

(°) d'application à partir du 1-1-1997

Lorsque la transmission électronique de données s'avère être impossible ou lorsque le travailleur bénéficiant d'une allocation d'interruption n'est pas affilié ou inscrit auprès d'un organisme assureur, l'Office national de l'emploi remet, dans les deux semaines qui suivent la constatation de l'impossibilité de transmettre les données relatives à l'interruption de carrière par voie électronique, une attestation d'ayant droit à une allocation d'interruption au travailleur.

Cette attestation mentionne, pour l'année civile, la période au cours de laquelle le travailleur a bénéficié de l'allocation d'interruption visée à l'alinéa 1er.

[I - A.R. 16-4-98 - M.B. 30-5] (°)

§ 4. Au militaire bénéficiant d'une allocation d'interruption visé à l'article 3, § 3bis, de la loi du 20 mai 1994 relative aux droits pécuniaires des militaires, le Ministère de la Défense nationale délivre une attestation d'ayant droit à une allocation d'interruption, dans les deux mois suivant la fin de chaque année civile au cours de laquelle le travailleur a bénéficié d'une allocation d'interruption.

Cette attestation mentionne pour l'année civile, la période au cours de laquelle le travailleur a bénéficié de l'allocation d'interruption visée à l'alinéa 1er.

[I - A.R. 22-5-14 - M.B. 23-7 - éd. 1 - art. 3] (°°)

[§ 5. Pour les travailleurs qui bénéficient d'une indemnité en compensation du licenciement, visée à l'article 7, § 1^{er}, alinéa 3, zf), de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, l'Office national de l'Emploi communique aux organismes assureurs les données d'identification des travailleurs concernés ainsi que la période au cours de laquelle ils bénéficient de l'indemnité en compensation du licenciement et le montant de cette indemnité.]

(°) d'application à partir du 20-8-1997
(°°) d'application à partir du 1-1-2014

Art. 282. *Abrogé par: A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2 (avant alinéa 1^{er})* (°)

Abrogé par: A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2 (avant alinéa 2) (°°)

Abrogé par: A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2 (avant alinéa 3) (°°°)

Abrogé par: A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2 (avant alinéa 4) (°°°°)

L'instance qui paie les allocations familiales délivre à l'orphelin de père et de mère dans les deux mois suivant la fin de chaque année civile une attestation établissant que le titulaire est un orphelin de père et de mère bénéficiant du droit aux allocations familiales. L'attestation mentionne la période de l'année civile considérée pour laquelle les allocations familiales ont été payées.

Le handicapé, orphelin de père et de mère, bénéficiant d'une allocation de remplacement de revenus en application de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux handicapés est assimilé à l'orphelin de père et de mère bénéficiant d'allocations familiales.

Le Ministère des Affaires sociales délivre dans les deux mois suivant la fin de chaque année civile à l'orphelin de père et de mère susvisé une attestation établissant que le titulaire est un orphelin de père et de mère bénéficiant d'une allocation de remplacement de revenus.

Sur cette attestation figure la période de l'année civile considérée durant laquelle une allocation de remplacement de revenus a été octroyée.

Ces attestations doivent être remises à l'organisme assureur dans les trois mois suivant l'année civile à laquelle elles se rapportent.

La titulaire visée à l'article 32, alinéa 1er, 4°, de la loi coordonnée est tenue de produire, à titre de preuve de sa situation, un certificat dans lequel le médecin traitant mentionne la date présumée de l'accouchement. Ce certificat doit être remis à l'organisme assureur dans les trente jours suivant la date de début du repos d'accouchement visé à l'article 32, alinéa 1er, 4°, précité.

(°) d'application à partir du 1-1-1998

(°°) d'application à partir du 1-1-1998

(°°°) d'application à partir du 1-1-1998

(°°°°) d'application à partir du 1-1-1998

Art. 283. Au début de chaque période d'assurance continuée visée à l'article 32, alinéa 1er, 6°, de la loi coordonnée, l'organisme assureur établit un certificat d'assurance continuée sur base des attestations produites par l'intéressé justifiant qu'il se trouve dans les conditions fixées à l'article 247.

Section IV

De la remise des documents de cotisation

[R - A.R. 4-6-98 - M.B. 17-7] (°)

Art. 284. Par dérogation aux alinéas 2 et 3, les documents de cotisation visés à l'article 276, § 1er, 1 à 5 et 7, doivent être remis par les titulaires à leur organisme assureur dans les trente jours qui suivent la délivrance de ces documents.

[M - A.R. 6-9-18 - M.B. 26-9 - art. 45] (°°)

Les données d'assurabilité déduites des déclarations trimestrielles des employeurs, [de Fedris], de l'entreprise d'assurances habilitée à traiter les accidents du travail [...], faites à l'Office national de sécurité sociale et les déclarations trimestrielles des employeurs faites à l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales et les données d'assurabilité visées à l'article 281, §§ 1er et 3 sont transmises aux organismes assureurs, par voie électronique, par les institutions précitées, au plus tard le 20 mars de l'année qui suit celle à laquelle les données se rapportent.

Les travailleurs qui ont reçu un bon de cotisation papier de l'Office national de sécurité sociale ou de l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales ou de l'Office national de l'emploi ou des organismes de paiement des allocations de chômage doivent remettre ce document de cotisation à leur organisme assureur dans le mois qui suit la réception.

Art. 285. Sans préjudice des dispositions de l'article 284, l'organisme assureur est tenu d'accepter les documents de cotisation présentés en dehors du délai prévu audit article.

(°) d'application à partir du 1-1-1998

(°°) d'application à partir du 1-1-2017

Section V

De la valeur minimum des documents de cotisation pour les secteurs soins de santé et indemnités

Art. 286. [R - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°) La valeur minimum que les documents de cotisation doivent atteindre est égale au produit de la multiplication des rémunérations annuelles fixées ci-dessous par la somme des taux des cotisations de sécurité sociale destinées au secteur des soins de santé et le cas échéant, au secteur indemnités, de l'assurance soins de santé et indemnités, respectivement pour les travailleurs manuels, les travailleurs intellectuels et les ouvriers mineurs:

21 ans et plus...

quatre fois le montant du revenu mensuel minimum moyen garanti par la convention collective de travail n° 43 conclue au sein du Conseil national du travail et rendue obligatoire par l'arrêté royal du 29 juillet 1988;

moins de 21 ans...

trois-quarts du montant qui doit être pris en considération pour la tranche d'âge au-delà de 21 ans.

La valeur minimale que le titulaire doit prouver est celle liée à la catégorie d'âge à laquelle il appartient au début de l'année civile ou celle à laquelle il appartient au moment de son inscription. L'adaptation du revenu mensuel minimum moyen garanti à l'indice des prix dans le courant d'une année civile ne porte ses effets, pour la détermination de la valeur minimale qui doit être atteinte, qu'au 1er janvier qui suit son application.

(°) d'application à partir du 1-1-1998

Toutefois pour les handicapés mis au travail dans les ateliers protégés, les rémunérations annuelles à prendre en considération sont fixées comme suit:

21 ans et plus.....	80.400
19 et 20 ans	64.800
17 et 18 ans	48.000
moins de 17 ans.....	40.800

[M – A.R. 27-4-17 – M.B. 28-4 – éd. 2 – art. 15] (°)

La valeur minimum à atteindre pour la période visée [à l'article 116/1, § 1er ou à l'article 121, § 2,] de la loi coordonnée est égale à la moitié de la valeur minimum susmentionnée.

Cette valeur minimum est adaptée de la même manière, proportionnellement à la période de référence à prendre en considération, lorsque celle-ci est réduite à une période plus courte ou est supérieure à un an.

Art. 287. Le titulaire pour lequel l'organisme assureur a reçu un ou des documents de cotisation, représentant ensemble pour une année une valeur de cotisation inférieure aux minimums fixés à l'article 286, n'a droit pour lui et les personnes à sa charge aux prestations prévues par la loi coordonnée, qu'à la condition d'avoir versé à l'organisme assureur pour l'année de référence visée à l'article 123 de la loi coordonnée, toutes les cotisations, dites compléments de cotisation, destinées à combler la différence.

Art. 288. *Abrogé par: A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2 (avant alinéa 1) (°°)*

[M - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2; M - A.R. 27-4-17 – M.B. 28-4 – éd. 2 – art. 16] (°°°)

Le paiement des indemnités auxquelles le titulaire pourrait prétendre à partir du premier janvier de la deuxième année suivant l'année de référence susvisée, est de même suspendu tant que l'intéressé n'a pas payé le complément de cotisation requis dans le cadre de l'assurance indemnités pour ladite année de référence, si en raison du défaut de paiement de ce complément de cotisation le titulaire ne remplit pas les conditions d'assurance requises pour l'octroi des indemnités en vertu des articles [116/1 à 116/3 ou] 128 à 130 de la loi coordonnée; dans un tel cas, l'organisme assureur procède en outre à la récupération des indemnités payées indûment à l'intéressé.

Art. 289. Les organismes assureurs tiennent à la disposition du Service du contrôle administratif les listes des compléments de cotisation qu'ils ont perçus de leurs membres ou les documents d'où il ressort que les compléments de cotisation ont été perçus.

(°) d'application à partir du 1-5-2017 et s'applique aux incapacités de travail, aux périodes de protection de la maternité, aux congés de maternité convertis, aux pauses d'allaitement, aux congés de paternité ou de naissance et aux congés d'adoption qui débutent à partir du 1^{er} mai 2017, pour autant que ces dispositions concernent les risques susvisés

(°°) d'application à partir du 1-1-1998

(°°°) d'application à partir du 1-5-2017 et s'applique aux incapacités de travail, aux périodes de protection de la maternité, aux congés de maternité convertis, aux pauses d'allaitement, aux congés de paternité ou de naissance et aux congés d'adoption qui débutent à partir du 1^{er} mai 2017, pour autant que ces dispositions concernent les risques susvisés

Art. 290. Le complément de cotisation se calcule comme suit:

A. De la rémunération annuelle fixée à l'article 286 sont déduits:

1. Le montant indiqué sur les bons de cotisation;

2. Pour chacune des périodes de l'année de référence énumérées ci-après, telles qu'elles sont le cas échéant mentionnées sur les bons de cotisation respectifs, le montant obtenu en multipliant la rémunération annuelle fixée à l'article 286 par une fraction dont le numérateur est constitué par le nombre de jours ouvrables de la période et dont le dénominateur est 240:

[R - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 – art. 20] (°)

1° [la période au cours de laquelle le titulaire s'est trouvé dans une période de protection de la maternité au sens de la loi coordonnée ainsi que la période au cours de laquelle le titulaire visé à l'article 32, alinéa 1^{er}, 1°, de la loi coordonnée a été reconnu incapable de travailler ;]

[M – A.R. 4-5-05 – M.B. 26-5] (°°)

2° la période au cours de laquelle le titulaire a épuisé le reste du repos postnatal, à la place de la mère, conformément à l'article 114, alinéa 5, de la loi coordonnée;

3° la période se composant des jours au cours desquels le titulaire était en chômage contrôlé;

4° la période au cours de laquelle la travailleuse avait cessé le travail ou interrompu une période de chômage contrôlé pour se reposer au plus tôt à partir du cinquième mois de grossesse;

5° la période au cours de laquelle le titulaire a, pour mettre un terme à son chômage, effectué un travail domestique tout en conservant, pour l'application de la réglementation de l'assurance chômage, la qualité de salarié habituel;

[R – A.R. 29-6-14 – M.B. 23-7 – éd 1 – art. 1] (°°°)

6° [la période pendant laquelle le titulaire était lié par un contrat d'apprentissage visé à l'article 1^{er}bis de l'arrêté royal du 28 novembre 1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs;]

(°) d'application à partir du 1-1-2008

(°°) d'application à partir du 1-7-2004

(°°°) d'application à partir du 1-7-2015. L'article 1^{er} n'est pas applicable aux contrats d'apprentissage au sens de la loi du 19 juillet 1983 sur l'apprentissage de professions exercées par des travailleurs en cours au moment de l'entrée en vigueur du présent arrêté. Pour ces cas, l'article 290, A, 2, alinéa 1, 6° 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, reste d'application comme défini avant l'entrée en vigueur du présent arrêté. Le texte actuellement en vigueur est rédigé comme suit : la période pendant laquelle le titulaire était lié par un contrat d'apprentissage des professions exercées par des travailleurs salariés

[**R** – A.R. 29-12-97 – M.B. 31-12 – éd. 2; **M** - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 – art. 20] (°)

7° la période d'assurance continuée [visée à l'article 32]; cette période ne peut toutefois être prise en considération qu'à la condition que l'obligation de cotisation, prévue à l'article 250, ait été remplie pour cette période;

[**R** - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2; **M** – A.R. 11-9-13 – M.B. 9-10 – art. 1] (°°)

8° la période pendant laquelle le titulaire est envoyé à l'étranger par son employeur ou son autorité religieuse pour y accomplir une mission de même que la période pendant laquelle le titulaire accomplit son service militaire à l'étranger [et la période d'engagement volontaire militaire pendant laquelle le titulaire perçoit une solde];

[**R** - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2; **M** - A.R. 1-7-08 – M.B. 23-7 – art. 20] (°°°)

9° la période au cours de laquelle l'intéressé avait la qualité de titulaire visée à l'article 32, alinéa 1er, [7° à 11°ter] et 16°, de la loi coordonnée; [pour le calcul du complément de cotisation dû pour les années de référence 2006 et 2007, la période susvisée est prise en considération si les cotisations personnelles dues par les titulaires susvisés et par les titulaires visés à l'article 4, 7°, 8° et 9° de l'arrêté royal du 29 décembre 1997 susvisé, tel qu'il était d'application au 31 décembre 2007, ont été payées];

(°) d'application à partir du 1-1-2008

(°°) le présent arrêté est d'application pour la prolongation du droit aux soins de santé à partir de l'année de référence 2013

(°°°) d'application à partir du 1-1-2008

[**R** - A.R. 29-12-97- M.B. 31-12 - éd. 2; **M** - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 20] (°)

10° la période au cours de laquelle le titulaire était personne à charge au sens de l'article 32, alinéa 1er, 17° à 19° de la loi coordonnée [...] de cette loi coordonnée ou continuait à bénéficier des prestations en vertu de l'article 127 ainsi que la période au cours de laquelle le titulaire avait la qualité de titulaire au sens de l'article 32, alinéa 1er, 20°, de la loi coordonnée.

[**R** - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°°)

11° la période pendant laquelle existait le droit aux interventions pour soins de santé à charge des pouvoirs publics belges en dehors des régimes d'assurance obligatoire relevant de l'Institut, ou pendant laquelle le droit aux interventions existait en application d'un régime d'assurance obligatoire d'un pays étranger avec lequel une convention de sécurité sociale est intervenue ou en vertu d'un régime d'assurance obligatoire organisé par un des pays de l'Espace économique européen ou en vertu du statut d'une institution de droit international ou européen, établie en Belgique ou dans laquelle le titulaire était occupé en Belgique;

[**R** - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 20] (°°°)

[12° pour le calcul du complément de cotisation dû pour les années 2008 et suivantes, la période se composant des jours ouvrables pendant lesquels l'intéressé avait la qualité de titulaire visée à l'article 32, alinéa 1^{er}, 1^{er}bis, de la loi coordonnée, à condition, soit qu'il ait payé une cotisation sociale au moins égale à la cotisation minimum due en application de l'article 12, § 1^{er}, de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, soit qu'il ait payé les cotisations dues en application de l'article 12, § 1^{er}bis ou § 1^{er}ter, du même arrêté, soit enfin qu'il ait obtenu une dispense de cotisation en application de l'article 22 du même arrêté ;]

[**I** - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 20] (°°°°)

[12°bis pour le calcul du complément de cotisation dû pour les années 2006 et 2007, la période se composant des jours ouvrables d'assujettissement au régime d'assurance soins de santé instauré par l'arrêté royal du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses, tel qu'il était d'application au 31 décembre 2007, pour autant que le titulaire ait rempli ses obligations de cotisation imposées par le même arrêté pour obtenir le droit aux prestations énumérées par son article 1^{er} ;]

[**R** - A.R. 10-6-01 - M.B. 31-7 - éd. 1] (°°°°°)

13° la période de vacances légales;

[**I** - A.R. 6-12-15 - M.B. 18-12 - éd. 2 - art. 5] (°°°°°°)

[13°bis la période de vacances supplémentaires;]

(°) d'application à partir du 1-1-2008

(°°) d'application à partir du 1-1-1998

(°°°) d'application à partir du 1-1-2008

(°°°°) d'application à partir du 1-1-2008

(°°°°°) d'application à partir du 1-1-2003 (A.R. 5-11-02 - M.B. 20-11 - éd. 1)

(°°°°°°) d'application à partir du 1-4-2012

[R - A.R. 10-6-01 - M.B. 31-7 - éd. 1] (°)

14° la période de devoirs civiques sans maintien de la rémunération, de mandat public ou de mission syndicale;

[R - A.R. 10-6-01 - M.B. 31-7 - éd. 1] (°°)

15° la période de promotion sociale;

[R - A.R. 10-6-01 - M.B. 31-7 - éd. 1] (°°°)

16° la période de grève ou de lock-out;

[I - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2; M - A.R. 3-8-07 - M.B. 17-8 - art. 8] (°°°°)

17° la période se composant des jours ouvrables pendant lesquels l'intéressé avait la qualité de titulaire telle que visée à l'article 32, alinéa premier, 12° à 15° et 22° de la loi coordonnée, cette période ne peut cependant être prise en considération qu'à la condition que l'obligation de paiement d'une cotisation a été remplie dans la qualité précitée. La période, pendant laquelle une des qualités susvisées de titulaire existait, ne peut, en outre, être prise en considération pour une partie seulement.

[I - A.R. 25-4-04 - M.B. 18-5 - éd. 1] (°°°°°)

18° les jours de vacances et les jours fériés légaux des gardiens et gardiennes d'enfants sans accueil d'enfants, visés à l'article 203, alinéa 4, 14 ;

[I - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 20] (°°°°°°)

[19° la période se composant des jours ouvrables pendant lesquels l'intéressé avait la qualité de titulaire visée à l'article 32, alinéa 1^{er}, 6^obis et 11^oquater, de la loi coordonnée, à condition qu'il ait rempli les obligations visées respectivement à l'article 136ter et 136quater ;]

[I - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 20] (°°°°°°°)

[20° la période se composant des jours ouvrables pendant lesquels l'intéressé avait la qualité de titulaire visée à l'article 32, alinéa 1^{er}, 6^oter, de la loi coordonnée;]

(°) d'application à partir du 1-1-2003 (A.R. 5-11-02 - M.B. 20-11 - éd. 1)

(°°) d'application à partir du 1-1-2003 (A.R. 5-11-02 - M.B. 20-11 - éd. 1)

(°°°) d'application à partir du 1-1-2003 (A.R. 5-11-02 - M.B. 20-11 - éd. 1)

(°°°°) d'application à partir du 1-1-2008

(°°°°°) d'application à partir du 1-4-2003

(°°°°°°) d'application à partir du 1-1-2008

(°°°°°°°) d'application à partir du 1-1-2008

[I - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 – éd. 1 - art. 20; M – A.R. 6-9-12 – M.B. 14-9 - éd. 1 – art. 1] (°)

21° la période se composant des jours ouvrables pendant lesquels le travailleur indépendant a, dans les conditions prévues en vertu de la législation relative à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants, interrompu son activité professionnelle pour cause de maladie ou d'invalidité et qui, en cette qualité, maintient ses droits en application de la même législation [et la période durant laquelle le travailleur indépendant bénéficie d'une assimilation en vertu de l'article 37bis de l'arrêté royal du 22 décembre 1967 portant règlement général relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants];

[I - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 – éd. 1 - art. 20] (°°)

[22° la période se composant des jours ouvrables pendant lesquels l'intéressé avait la qualité de titulaire visée à l'article 32, alinéa 1^{er}, 21°, à condition qu'il ait rempli les obligations visées à l'article 136bis.]

[I – A.R. 22-5-14 – M.B. 23-7 – éd. 1 – art. 4] (°°°)

[23° la période pendant laquelle le titulaire perçoit une indemnité en compensation du licenciement visée à l'article 7, § 1^{er}, alinéa 3, zf), de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.]

[I - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°°°°)

Si une même période de l'année de référence est couverte ou peut être couverte par plusieurs périodes mentionnées sous le littera A ou si une période de l'année de référence est ou peut tout aussi bien être couverte par une période pour laquelle un bon de cotisation a été délivré comme une des périodes précitées, la période à laquelle est liée l'obligation de cotisation la moins élevée pour l'intéressé, est prise en compte prioritairement.

B. § 1er. Le montant du complément de cotisation s'obtient en multipliant le montant résultant de l'application du littera A arrondi à la centaine supérieure, par la somme des taux de cotisation dus pour le secteur des soins de santé et le cas échéant, le secteur indemnités de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

(°) d'application à partir du 1-1-2010

(°°) d'application à partir du 1-1-2008

(°°°) d'application à partir du 1-1-2014

(°°°°) d'application à partir du 1-1-1998

[M - A.R. 20-7-00 - M.B. 30-8 - éd. 1] (°)

Toutefois, si ce montant est inférieur à 10 EUR il n'y a pas lieu de réclamer de complément de cotisation.

[I - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°°)

Si l'année de référence ne se compose que des périodes au sens du littera A, 2., 17°, il y a lieu de payer comme cotisation complémentaire, un montant égal au montant des cotisations personnelles encore dues pour les périodes en question.

[R - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°°°)

§ 2. Si, au cours de l'année de référence concernée, un ou plusieurs mois de stage visé à l'article 130 apparaissent et si ce stage a été accompli, il convient, pour le calcul du complément de cotisation afférent à l'année de référence, de diminuer la valeur minimum visée à l'article 286 proportionnellement à cette période constituée de mois de stage dans l'année de référence.

[R - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°°°°)

§ 3. Lorsqu'il faut contrôler si une cotisation complémentaire est due pour une année de référence, où apparaît une période qui ne peut pas faire partie des périodes énumérées sous A.2, de cette disposition, et qui se situe avant la date à laquelle l'inscription ou la réinscription, au sens de l'article 252 sortit ses effets, il convient pour le calcul de la cotisation complémentaire, de diminuer la valeur minimum visée dans l'article 286 proportionnellement à cette période.

[I - A.R. 20-6-07 - M.B. 18-7 - art. 1] (°°°°°)

Lorsqu'il faut contrôler si une cotisation complémentaire est due pour une année de référence, au cours de laquelle apparaît une période qui ne peut pas faire partie des périodes énumérées sous A, 2, de cette disposition et pendant laquelle le titulaire se trouvait en séjour à l'étranger, il convient, pour le calcul de la cotisation complémentaire, de diminuer la valeur minimum visée à l'article 286 proportionnellement à cette période. Le séjour à l'étranger susmentionné est établi par les moyens de preuve reconnus comme tels par le Service du contrôle administratif.

Art. 291. Pour les personnes assujetties, d'une part, soit à la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, pour le régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, secteurs des soins de santé et des indemnités, soit à l'arrêté-loi du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés et, d'autre part, à la loi du 27 juin 1969 précitée pour le régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, limité au seul secteur des soins de santé, il y a lieu d'appliquer les dispositions de l'article 290, A et B séparément en ce qui concerne le secteur des soins de santé et le secteur des indemnités.

(°) d'application à partir du 1-1-2002
(°°) d'application à partir du 1-1-1998
(°°°) d'application à partir du 1-1-1998
(°°°°) d'application à partir du 1-1-1998
(°°°°°) d'application à partir du 1-1-2007

Art. 292. Pour les travailleurs intermittents, les travailleurs saisonniers et les travailleurs à temps partiel, non dispensés du stage, le complément de cotisation dû pendant la période de stage pour le droit aux indemnités se calcule comme prévu à l'article 290; toutefois pour l'application du point A.2 dudit article, il y a également lieu de déduire le nombre de jours ouvrables situés entre les périodes successives d'assujettissement.

Art. 293. Lorsque le complément de cotisation réclamé en vertu de l'article 288 est insuffisant, les prestations de l'assurance ne sont acquises qu'après que le montant exact ait été payé.

[I - A.R. 18-11-98 M.B. 11-12] (°)

Section Vbis

Des règles relatives à l'Euro

[I - A.R. 18-11-98 - M.B. 11-12] (°°)

Art. 293bis. Dans les formulaires dont le modèle est déterminé par un arrêté d'exécution de la loi coordonnée susvisée, les montants y mentionnés sont libellés en francs belges jusqu'au 31 décembre 2001, à l'exception des formulaires pour lesquels l'indication ou l'utilisation de l'Euro ou le choix d'une monnaie est prévu.

(°) d'application à partir du 1-1-1999

(°°) d'application à partir du 1-1-1999

Section VI

Des prestations fournies en dehors du territoire national

Art. 294. § 1er. En application de l'article 136, § 1er de la loi coordonnée, les prestations de santé fournies en dehors du territoire national sont accordées:

1° pour lui-même et pour les personnes à sa charge qui y séjournent avec lui, au titulaire qui se trouve en période d'incapacité de travail et a été autorisé préalablement par le médecin-conseil à séjourner temporairement à l'étranger tout en gardant sa résidence principale en Belgique.

[R - A.R. 1-4-04 - M.B. 6-5]

Le médecin-conseil peut, pour une période maximale de deux mois, autoriser un séjour temporaire après le début des délais prévus dans l'article 177, § 1er, 1° et 2°, pour l'établissement des rapports qui y sont visés.

[I - A.R. 19-6-98 - M.B. 17-7] (°)

L'autorisation préalable du médecin-conseil n'est pas requise pour les personnes qui tombent sous le champ d'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 du 14 juillet (*lire: juin*) 1971, en ce qui concerne un séjour temporaire dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen.

2° pour le bénéficiaire, lorsque le rétablissement de sa santé nécessite une hospitalisation qui peut être donnée dans de meilleures conditions médicales à l'étranger et qui est préalablement jugée indispensable par le médecin-conseil;

[M - A.R. 18-10-13 - M.B. 24-10 - art. 2] (°°)

3° pour le bénéficiaire qui doit, au cours d'un séjour [dans un pays qui n'appartient pas à l'Union européenne ou à l'Espace économique européen], être hospitalisé d'urgence;

4° pour le titulaire et pour les personnes à sa charge qui résident avec lui sur le territoire d'un autre pays, lorsque le titulaire est occupé sur ce territoire et reste assujéti à la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs ou à l'arrêté-loi du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés;

5° pour le bénéficiaire atteint de tuberculose et pour lequel le médecin-conseil reconnaît la nécessité d'une cure sanatoriale à l'étranger, dans un établissement agréé par le Service des soins de santé;

[M - A.R. 6-9-13 - M.B. 24-9 - éd. 2 - art. 3] (°°°)

6° pour le bénéficiaire qui a recours, en dehors du territoire national, à un médecin ou à une [sage-femme] étrangère, autorisés à pratiquer en Belgique;

(°) d'application à partir du 17-7-1998

(°°) d'application à partir du 25-10-2013. Le présent arrêté transpose partiellement la Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. (A.R. 18-10-13 - M.B. 24-10 - art. 1)

(°°°) d'application à partir du 1-11-2013

7° pour le bénéficiaire ayant sa résidence principale dans une région frontière qui se fait soigner dans un établissement hospitalier, situé en dehors du territoire national dans un rayon de vingt-cinq kilomètres maximum de sa résidence principale, à condition qu'il n'y ait en Belgique, aucun établissement similaire plus rapproché;

[R – A.R. 1-12-16 – M.B. 12-12 – éd. 2 – art. 3] (°)

8° [pour le bénéficiaire dont la rééducation fonctionnelle à l'étranger a été autorisée par le Collège conformément à l'article 138, 1° ou dont la rééducation professionnelle s'effectue à l'étranger;]

(°) d'application à partir du 1-1-2017

9° a) pour le bénéficiaire qui se fait soigner au Grand-Duché du Luxembourg, s'il a sa résidence principale dans un des cantons d'Arlon et de Messancy, arrondissements administratifs de Virton et de Bastogne, ou communes de Mellier, Léglise, Ebly, Juseret, Witry et Anlier;

b) pour le bénéficiaire qui se fait soigner en France dans un rayon de 50 kilomètres de sa résidence principale, si elle se situe dans un des cantons de Bouillon, Chimay, Couvin, Florenville, Gedinne et Virton.

Toutefois, cette dérogation ne vise, en ce qui concerne les prestations de santé, que:

- la médecine spéciale;
- l'obstétrique;
- l'hospitalisation;
- les soins dentaires;
- les fournitures pharmaceutiques, prescrites à l'occasion des soins visés ci-dessus;

10° pour le bénéficiaire blessé au cours d'un accident sur le territoire national, dont l'état requiert des soins urgents et qui est transporté vers un établissement hospitalier situé à l'étranger, plus proche ou mieux accessible que tout établissement similaire situé en Belgique.

Il en est de même du bénéficiaire qui se trouve inopinément dans un état requérant des soins urgents dans un établissement hospitalier.

[R - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 – éd. 2] (°)

11° aux titulaires et à leurs personnes à charge, visés dans l'article 32, alinéa premier, 12°, de la loi coordonnée précitée, lorsqu'ils séjournent sur le territoire d'un pays avec lequel la Belgique n'est pas liée par un instrument international en matière de sécurité sociale comprenant les soins de santé.

[I – A.R. 18-10-13 – M.B. 24-10 – art. 2] (°°)

[12° au bénéficiaire pendant un séjour dans un Etat membre de l'Union européenne ou un Etat appartenant à l'Espace économique européen.

Les prestations de santé comprennent les prestations qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical au cours du séjour, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour;]

(°) d'application à partir du 1-1-1998

(°°) d'application à partir du 25-10-2013. Le présent arrêté transpose partiellement la Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. (A.R. 18-10-13 – M.B. 24-10 – art. 1)

[I – A.R. 18-10-13 – M.B. 24-10 – art. 2] (°)

[13° au bénéficiaire qui reçoit des prestations de santé programmées dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou un Etat appartenant à l'Espace économique européen.

Dans les cas prévus au 14°, une autorisation préalable reste requise;]

[I – A.R. 18-10-13 – M.B. 24-10 – art. 2] (°°)

[14° au bénéficiaire qui reçoit des prestations de santé programmées dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou un Etat appartenant à l'Espace économique européen, pour lesquelles le médecin-conseil a accordé une autorisation préalable.

L'autorisation préalable du médecin-conseil est requise pour les prestations de santé qui :

a) font partie d'une politique de programmation qui vise à garantir un accès suffisant et permanent à une offre équilibrée de traitements de haute qualité en Belgique ou qui s'appuie sur la volonté de maîtriser les coûts et d'éviter, dans toute la mesure du possible, tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines, et

(i) qui requièrent une hospitalisation d'une nuit au minimum, ou

(ii) l'utilisation des infrastructures ou des équipements médicaux hautement spécialisés et onéreux;

b) impliquent un risque particulier pour le patient ou la population;

c) sont dispensées par un dispensateur de soins qui, en l'espèce, pourrait susciter des inquiétudes graves ou spécifiques sur la qualité ou la sécurité des soins, à l'exception des soins de santé qui relèvent de la législation de l'Union qui garantit un niveau de sécurité et de qualité minimal sur tout le territoire de l'Union.

Les prestations de santé visées sous le a) du précédent alinéa sont fixées par le Ministre. La liste de ces prestations de santé est publiée sur le site web de l'Institut national d'assurance maladie invalidité.

Sans préjudice des situations mentionnées sous les lettres a) à c) inclus du deuxième alinéa, l'autorisation préalable ne peut pas être refusée si le traitement ne peut pas être dispensé dans un délai qui, vu l'état de santé du bénéficiaire à ce moment-là, ses antécédents et l'évolution probable de sa maladie, est médicalement acceptable lorsque la demande d'autorisation préalable est introduite ou réintroduite.

(°) d'application à partir du 25-10-2013. Le présent arrêté transpose partiellement la Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. (A.R. 18-10-13 – M.B. 24-10 – art. 1)

(°°) d'application à partir du 25-10-2013. Le présent arrêté transpose partiellement la Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. (A.R. 18-10-13 – M.B. 24-10 – art. 1)

L'autorisation préalable est refusée :

a) si un examen clinique montre avec une certitude suffisante que le patient sera exposé à un risque de sécurité qui ne peut être considéré comme acceptable, compte tenu de l'avantage potentiel pour le patient des prestations de santé transfrontaliers recherchés;

b) s'il existe des raisons valables de penser que la population sera exposée à un risque de sécurité considérable, du fait des prestations de santé en question;

c) si ces prestations de santé doivent être fournis par un dispensateur de soins de santé qui suscite des inquiétudes graves et spécifiques liées au respect des normes et des orientations en matière de qualité des soins et de sécurité des patients, y compris des dispositions sur la surveillance, que ces normes et orientations soient fixées par des dispositions législatives et réglementaires ou par des systèmes d'agrément établis par l'Etat membre de traitement;

d) si le traitement peut être dispensé sur le territoire national dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de l'état de santé du moment du bénéficiaire et de l'évolution probable de sa maladie.]

[**I** – A.R. 18-10-13 – M.B. 24-10 – art. 2; **M** – A.R. 1-12-16 – M.B. 12-12 – éd. 2 – art. 3]

(°)

§ 1er/1. [Les autorisations visées au § 1er, 2°, 8° et 14°], ne peuvent pas être accordées pour des prestations de santé qui ne sont pas remboursées par l'assurance maladie obligatoire soins de santé ou pour lesquelles les conditions de remboursement n'ont pas été remplies.

[**R** – A.R. 18-10-13 – M.B. 24-10 – art. 2] (°°)

[§ 2. Le remboursement des prestations de santé est subordonné à la condition :

- qu'elles aient été données soit par une personne autorisée légalement à exercer l'art de guérir dans le pays où elles ont été données, soit dans un établissement hospitalier présentant les garanties médicales suffisantes ou qui est agréé par les autorités du pays où il est situé, et

- que le bénéficiaire ait déjà payé les frais au moment de la demande de remboursement. La preuve est faite par des pièces justificatives qui ont été reconnues comme telles par le Service du contrôle administratif.

Les autorisations visées au § 1er, 1°, 2°, 5° et 14°, sont immédiatement notifiées à l'intéressé par le médecin-conseil qui verse une copie de la notification au dossier visé à l'article 254, alinéa 1er. Lorsqu'elles concernent des titulaires, une copie de la notification est adressée au bureau provincial du Service d'évaluation et de contrôle médical.

(°) d'application à partir du 1-1-2017

(°°) d'application à partir du 25-10-2013. Le présent arrêté transpose partiellement la Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. (A.R. 18-10-13 – M.B. 24-10 – art. 1)

Les prestations de biologie clinique fournies à l'occasion d'une hospitalisation visée au § 1er, 2°, 3°, 12° et 14°, sont remboursées aux tarifs applicables pour un patient non hospitalisé, conformément à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le remboursement des prestations de santé ne peut jamais dépasser le montant des frais réellement engagés.]

[I – A.R. 18-10-13 – M.B. 24-10 – art. 2] (°)

[§ 2/1. La demande écrite d'autorisation préalable pour des prestations de santé à l'étranger est introduite par le bénéficiaire auprès du médecin-conseil de son organisme assureur par lettre recommandée à la poste ou par tout autre moyen permettant de déterminer avec certitude la date d'introduction de la demande. La demande est signée par le bénéficiaire lui-même ou par son représentant légal.

A la demande est joint le rapport médical circonstancié d'un médecin spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection en question et autorisé légalement à exercer l'art de guérir dans un Etat membre de l'Union européenne ou un Etat appartenant à l'Espace économique européen, et qui doit permettre au médecin-conseil de se faire une opinion. Le médecin-conseil peut, le cas échéant, demander un avis supplémentaire d'un médecin spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection en question et autorisé à exercer l'art de guérir en Belgique.]

(°) d'application à partir du 25-10-2013. Le présent arrêté transpose partiellement la Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. (A.R. 18-10-13 – M.B. 24-10 – art. 1)

[I – A.R. 18-10-13 – M.B. 24-10 – art. 2] (°)

[§ 2/2. Lors de l'examen de la demande d'autorisation préalable, le médecin-conseil tient compte :

- a) de l'état de santé spécifique du bénéficiaire,
- b) de l'urgence et des circonstances individuelles.

Le médecin-conseil réagit dans les 45 jours civils à la demande introduite et en informe l'assuré par écrit. Sa réaction peut contenir les décisions suivantes :

- la demande est approuvée;
- la demande fait l'objet d'un refus justifié par une motivation circonstanciée;
- la demande est incomplète ou nécessite des informations supplémentaires. Dans ce cas, le médecin-conseil en informe le bénéficiaire et lui demande des informations supplémentaires. Au besoin, le médecin-conseil peut convoquer le bénéficiaire à un examen médical.

Le délai fixé à l'alinéa précédent commence le jour suivant le jour de la réception de la demande écrite. Dans le cas où le médecin-conseil demande des informations supplémentaires, le délai dans lequel le médecin-conseil doit réagir est suspendu. Le délai commence de nouveau à courir le jour suivant le jour auquel les informations supplémentaires ont été reçues.

A défaut de réponse du médecin-conseil dans le délai mentionné au présent paragraphe, l'autorisation est réputée avoir été accordée.]

(°) d'application à partir du 25-10-2013. Le présent arrêté transpose partiellement la Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. (A.R. 18-10-13 – M.B. 24-10 – art. 1)

§ 3. En application de l'article 136, § 1er de la loi coordonnée, les indemnités d'incapacité de travail sont accordées lorsque le titulaire se trouve en dehors du territoire national pour autant qu'il soit dans une des situations visées au § 1er et qu'il remplisse les autres conditions d'octroi des indemnités d'incapacité de travail et notamment celles qui sont visées par l'article 100 de la loi coordonnée.

§ 4. [Abrogé par : A.R. 22-11-13 – M.B. 19-12 – éd. 1 – art. 5] (°)

Section VII

De l'octroi des prestations en cas de dommage couvert par une autre législation

Art. 295. § 1er. L'octroi des prestations prévu à l'article 136, § 2 de la loi coordonnée est subordonné aux conditions que celui qui, pour lui-même ou pour les personnes à sa charge, fait appel aux prestations de l'assurance, mette son organisme assureur dans la possibilité d'exercer le droit visé à cet article et l'informe:

1° de ce que le dommage qui motive cet appel est susceptible d'être couvert par le droit commun ou par une autre législation belge ou étrangère;

2° de tous les éléments ou circonstances de nature à établir si le dommage doit être réparé en vertu du droit commun ou d'une autre législation, y compris les informations ou actes judiciaires dont lui-même ou les personnes à sa charge seraient l'objet à propos du dommage;

3° de toute action ou autre procédure engagée en vue d'obtenir, pour lui-même ou pour les personnes à sa charge, la réparation du dommage en vertu du droit commun ou d'une autre législation.

(°) d'application à partir du 1-1-2013

§ 2. L'information visée au § 1er, 1°, peut être donnée au moyen du document visé à l'article 88 de la loi coordonnée, lorsque l'appel aux prestations porte notamment sur l'octroi de l'indemnité d'incapacité de travail.

L'information visée au § 1er, 2° peut être donnée au moyen du formulaire que l'organisme assureur fournit au titulaire aussitôt qu'il a reçu de celui-ci l'information visée au § 1er, 1°.

Le modèle de ce formulaire est établi par le Service du contrôle administratif.

§ 3. [Abrogé par : A.R. 22-11-13 – M.B. 19-12 – éd. 1 – art. 6] (°)

[I - A.R. 24-11-97 - M.B. 23-12] (°°)

CHAPITRE III

NOTIFICATION ET COMMUNICATION DES DECISIONS EN EXECUTION DE LA CHARTRE DE L'ASSURE SOCIAL

[I - A.R. 24-11-97 - M.B. 23-12] (°°°)

Art. 295bis. Toute décision en matière de soins de santé et/ou d'indemnités qui entraîne l'application de la règle de cumul prévue par l'article 136, § 2, de la loi coordonnée est communiquée au bénéficiaire ou à son représentant par lettre ordinaire. Celle-ci mentionne, outre les indications visées à l'article 14, 5° et 6°, de la loi précitée du 11 avril 1995, la faculté pour le titulaire de demander à sa mutualité une révision ou régularisation dans le délai de deux ans conformément à l'article 174 de la loi coordonnée, ainsi que la faculté d'intenter un recours devant la juridiction compétente dans le même délai en cas de désaccord avec sa mutualité.

[I - A.R. 24-11-97 - M.B. 23-12] (°°°°)

Art. 295ter. Les décisions de récupération des prestations à charge du bénéficiaire, visées à l'article 164 de la loi coordonnée, sont notifiées au bénéficiaire par lettre recommandée à la poste.

(°) d'application à partir du 1-1-2013
(°°) d'application à partir du 1-1-1997
(°°°) d'application à partir du 1-1-1997
(°°°°) d'application à partir du 1-1-1997

[M - A.R. 20-7-00 - M.B. 30-8 - éd. 1] (°)

La notification peut être effectuée par lettre ordinaire lorsque le montant de l'indu est inférieur ou égal à 150 EUR, exception faite des cas dans lesquels il convient d'interrompre la prescription visée à l'article 174 de la loi coordonnée.

Ces décisions comportent les mentions suivantes:

- 1° la constatation de l'indu;
- 2° le montant total de l'indu, ainsi que le mode de calcul;
- 3° le texte et les références des dispositions en infraction desquelles les paiements ont été effectués;
- 4° le délai de prescription pris en considération;
- 5° le cas échéant, la possibilité pour l'institution de sécurité sociale de renoncer à la répétition de l'indu et la procédure à suivre afin d'obtenir cette renonciation;
- 6° la possibilité de soumettre une proposition motivée en vue d'un remboursement étalé;
- 7° la possibilité d'intenter un recours devant la juridiction compétente dans les trois mois à dater de la notification de la décision de récupération ainsi que les modalités pour intenter un tel recours;
- 8° le contenu des articles 728 et 1017 du Code judiciaire, ainsi que la liste comportant les adresses des tribunaux de travail;
- 9° les références du dossier, ainsi que le nom et le numéro de téléphone de la personne ou du service qui gère le dossier et qui peut fournir des informations à propos de celui-ci.

[I - A.R. 11-3-02 - M.B. 29-3 - éd. 2]

Art. 295quater. L'Institut et les organismes assureurs fournissent à tout assuré social qui en fait la demande écrite les informations utiles concernant ses droits et obligations dans le cadre de la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Lorsque cette législation présente des points communs avec d'autres secteurs de la sécurité sociale, les informations peuvent aussi concerner les droits et obligations dans ces autres secteurs.

On entend par informations utiles toute information qui éclaire l'assuré social sur sa situation personnelle, dans le domaine concerné par sa demande. Ces informations portent notamment sur les conditions d'octroi des prestations, sur les éléments pris en considération pour déterminer le montant des prestations et sur les raisons de réduction, de suspension ou de refus des prestations.

Ces informations sont fournies dans un délai de quarante-cinq jours au maximum. Ce délai prend cours à la réception de la demande d'informations par l'Institut ou les organismes assureurs.

(°) d'application à partir du 1-1-2002

[I - A.R. 25-4-14 - M.B. 16-6 - art. 1] (°)

[**TITRE IVbis**
DU FONDS DES ACCIDENTS MEDICAUX]

[I - A.R. 25-4-14 - M.B. 16-6 - art. 1] (°°)

[**Art. 295quinquies/1.** Les membres visés à l'article 137quater, § 2, alinéa 1^{er}, 1° de la loi coordonnée, de même que le président et le vice-président sont nommés, sur présentation du Conseil des Ministres.

Les membres visés à l'article 137quater, § 2, alinéa 1^{er}, 2° de la loi coordonnée, sont nommés parmi les candidats présentés par les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs et par les organisations représentatives des travailleurs indépendants en nombre double de celui des mandats à attribuer.

Les membres visés à l'article 137quater, § 2, alinéa 1^{er}, 3° de la loi coordonnée, sont nommés parmi les candidats présentés par les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés, en nombre double de celui des mandats à attribuer.

Les membres visés à l'article 137quater, § 2, alinéa 1^{er}, 4° de la loi coordonnée, sont nommés parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer.

Les membres visés à l'article 137quater, § 2, alinéa 1^{er}, 5° de la loi coordonnée, sont nommés parmi les candidats présentés par les associations représentatives de prestataires de soins.

Les membres visés à l'article 137quater, § 2, alinéa 1^{er}, 6° de la loi coordonnée, sont nommés parmi les candidats présentés par les associations représentatives des institutions de soins.

Les membres visés à l'article 137quater, § 2, alinéa 1^{er}, 7° de la loi coordonnée, sont nommés parmi les candidats présentés par les associations représentatives de patient.

Les membres visés à l'article 137quater, § 2, alinéa 1^{er}, 8° de la loi coordonnée, sont nommés parmi les personnes qui ont adressé une candidature individuelle.]

[I - A.R. 25-4-14 - M.B. 16-6 - art. 1] (°°°)

[**Art. 295quinquies/2.** Pour chaque membre effectif, il est nommé un membre suppléant.]

(°) d'application à partir du 16-6-2014
(°°) d'application à partir du 16-6-2014
(°°°) d'application à partir du 16-6-2014

[I - A.R. 25-4-14 - M.B. 16-6 - art. 1] (°)

[**Art. 295quinquies/3.** Il est pourvu immédiatement au remplacement de tout membre qui aura cessé de faire partie du Comité de gestion avant la date normale d'expiration de son mandat.

Le nouveau membre ainsi désigné achève le mandat de celui qu'il remplace.]

[I - A.R. 25-4-14 - M.B. 16-6 - art. 1] (°°)

[**Art. 295quinquies/4.** Le membre dont le mandat a expiré continue de siéger valablement jusqu'à la nomination de son remplaçant.]

(°) d'application à partir du 16-6-2014
(°°) d'application à partir du 16-6-2014