

V. Transmission des effectifs

1. Introduction

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

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

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

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

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

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

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

2.1. Liste de combinaisons valables

Une liste des combinaisons valables a été établie. Cette liste n'est bien sûr pas limitative et sera adaptée si nécessaire. Cette liste se trouve en annexe¹ de cette circulaire.

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

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

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

2.2. Liste des codes INS valables

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

En cas de différence entre les codes INS de l'organisme assureur et ceux du Registre national, il est proposé de contrôler si le code INS du domicile a vraiment été sélectionné dans le Registre national. Tous les enregistrements ayant un code INS non valable seront refusés ainsi que les enregistrements ayant un code INS 9990 (décédé). Les adaptations de la liste de codes INS seront communiquées aux O.A. Le fichier de référence avec les codes communaux INS (domicile en Belgique) et les codes nationaux (domicile à l'étranger) utilisés lors du contrôle par l'INAMI, se trouve en annexe² de cette circulaire.

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

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

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

Les codes INS se trouvent en annexe³.

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

2.3. Travailleurs frontaliers

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4.2. AUTRES PAYS

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

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

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

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

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

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

2.6. Diplomates et personnes assimilées

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

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

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

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

2.8. Époux/épouses de travailleurs indépendants

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

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

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

2.9. Personnes à charge

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lors de l'adaptation de cette circulaire, les accords précédents repris dans la circulaire 2007/436⁴ – 220/21, du 26 novembre 2007, ont également été pris en considération : dans cette publication a été repris entre autres l'accord selon lequel le code titulaire 2 pour un indépendant à partir du 1^{er} janvier 2008 est toujours provisoirement égal à 460 ou 461.

2.12. Réforme de l'intervention majorée (2014)

Suite à la réforme de l'intervention majorée entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2014 (A.R. du 15.01.2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'art. 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994), le statut OMNIO a disparu et l'intervention majorée peut être obtenue de deux manières :

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

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

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

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

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

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

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

4. Non publiée au B.I.

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

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

2.14.1. DATE DE DÉBUT D'ASSURABILITÉ

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

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

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

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

2.14.2. DATE DE FIN D'ASSURABILITÉ

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

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

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

2.15. Intégration des détenus dans l'ASSI

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

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

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

3. Annexes

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

4. Entrée en vigueur

La présente circulaire annule et remplace la circulaire n° 2022/146⁶ du 5 mai 2022.

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