

1<sup>re</sup> Partie

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



## 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestres 2023

1. Loi		
Moniteur belge	Date	Titre
14.06.2023 – Édition 1	04.06.2023	Loi modifiant, en ce qui concerne l'assurance indemnités et maternité, la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Cette loi prévoit les modifications suivantes de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 :

- modification de l'article 100, § 1<sup>er</sup> : exercice d'une activité dans le cadre des soins et du soutien non directement accessibles pour une personne handicapée le premier jour de l'incapacité de travail

Il est prévu qu'une activité dans le cadre des soins et du soutien non directement accessibles pour une personne handicapée qui est financée par un budget d'assistance personnelle conformément au décret du 7 mai 2004 de la Communauté flamande portant création de l'agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique "Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap" ou par un budget qui suit la personne conformément au décret du 25 avril 2014 de la Communauté flamande portant le financement qui suit la personne pour des personnes handicapées et portant réforme du mode de financement des soins et du soutien pour des personnes handicapées, et qui est effectuée le premier jour de l'incapacité de travail, n'est pas considérée comme une activité à condition que l'activité constitue la poursuite pure de l'exécution d'une convention qui avait déjà été conclue et avait déjà été effectivement exécutée avant le début de l'incapacité de travail.

La poursuite simple d'une telle activité dans le cadre des soins et du soutien non directement accessibles pour une personne handicapée le premier jour de l'incapacité de travail n'empêche donc pas la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail.

Cette modification entre en vigueur le 10<sup>e</sup> jour après la publication de cette loi au Moniteur belge, soit le 24 juin 2023.

- Modification de l'article 103, § 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> : cumul des indemnités octroyées par l'assurance indemnités et maternité avec l'allocation "mobilité interrégionale" et l'allocation "métier en pénurie"

Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2022, deux nouvelles allocations de chômage ont été instaurées dans l'assurance chômage :

- l'allocation "métier en pénurie" : cette allocation est accordée à l'assuré chômeur de longue durée qui reprend une activité dans un métier en pénurie figurant sur une liste établie par la région compétente. Le contrat de travail sur la base duquel le travail est repris a une durée prévue d'au moins trois mois, calculés de date à date
- l'allocation "mobilité interrégionale" : cette allocation est accordée à un assuré chômeur de longue durée qui reprend une activité salariée dans une entreprise ou une institution dont le siège d'exploitation ou, à défaut, le lieu habituel d'occupation est situé dans une région autre que celle dans laquelle le salarié a sa résidence principale. Le contrat de travail sur la base duquel le travail est repris a une durée prévue d'au moins trois mois, calculés de date à date.

Le cumul de l'indemnité d'incapacité de travail avec l'allocation "mobilité interrégionale" ou l'allocation "métier en pénurie" est autorisé si, au cours de cet emploi, l'assuré tombe en incapacité de travail et fait un appel à l'octroi d'indemnités d'incapacité de travail (après la période éventuelle couverte par le salaire garanti). Le cumul de l'indemnité de maternité avec l'allocation "mobilité interrégionale" ou l'allocation "métier en pénurie" est également autorisé.

Cette modification produit ses effets à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2022.

- Modification de l'article 104*bis* : renonciation à la prime de rattrapage annuelle due à certains titulaires reconnus invalides dans l'assurance indemnités

La délégation au Roi, déjà prévue pour déterminer les conditions dans lesquelles il peut être renoncé aux indemnités, est étendue. Il est désormais également prévu que le Roi détermine les conditions dans lesquelles il peut être renoncé à l'octroi de la prime annuelle de rattrapage.

Cette modification produit ses effets à partir du 1<sup>er</sup> mai 2022.

- Remplacement de l'article 108 : droit aux indemnités d'incapacité de travail après l'âge légal de la pension

Le nouveau régime repris à l'article 108 de la loi coordonnée peut être résumé par ce qui suit :

=> l'incapacité de travail débute avant le mois qui suit le mois au cours duquel l'intéressé a atteint l'âge légal de la pension (situation visée à l'art. 108, 1<sup>o</sup>, de la loi coordonnée du 14.07.1994) :

La règle selon laquelle les indemnités sont refusées à partir du mois suivant celui au cours duquel l'intéressé a atteint l'âge légal de la pension est maintenue.

Si l'assuré n'a pas encore été reconnu en incapacité de travail pendant six mois à ce moment-là, il continue à avoir droit aux indemnités pour la période restante (solde de six mois). Toutefois, il n'est plus prévu, après le mois au cours duquel l'intéressé a atteint l'âge légal de la pension, qu'il doive conserver la qualité de titulaire au moyen d'un assujettissement à la "loi ONSS" du 27 juin 1969 pendant la période d'incapacité de travail.

En ce qui concerne le cumul avec une pension de retraite (art. 108, 3<sup>o</sup>, de la loi coordonnée du 14.07.1994), l'application de la règle actuelle de non-cumul strict prévoyant qu'il n'y a plus de droit aux indemnités d'incapacité de travail après le mois dans lequel l'intéressé a atteint l'âge légal de la pension, est limitée à la situation dans laquelle le bénéfice de la pension de retraite en vertu du régime salarié belge intervient. Le bénéfice de la pension de retraite belge, en tant qu'indépendant ou fonctionnaire, ainsi que le bénéfice d'une pension de retraite étrangère (indépendamment du régime), en soi, ne constitue donc pas un obstacle à l'octroi des indemnités dans le régime salarié. Il faut néanmoins encore tenir compte de la règle de cumul ('règle de la différence') visée à l'article 235, §1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

=> L'incapacité de travail débute après le mois au cours duquel l'intéressé a atteint l'âge légal de la pension (situation visée à l'art. 108, 2<sup>o</sup>, de la loi coordonnée du 14.07.1994):

La règle selon laquelle les indemnités sont refusées à partir du premier jour du septième mois d'incapacité primaire est maintenue pour le droit aux indemnités au-delà du mois au cours duquel l'âge légal de la pension est atteint.

Il n'est plus exigé que, pendant l'incapacité de travail, l'assuré concerné conserve la qualité de titulaire en se soumettant à la "loi ONSS" du 27 juin 1969. Il suffit qu'il ait été occupé en qualité de travailleur salarié (ou assimilé) après le mois au cours duquel l'âge légal de la pension a été atteint.

En ce qui concerne le cumul avec une pension de retraite (art. 108, 3<sup>o</sup>, de la loi coordonnée du 14.07.1994) : l'application de la règle actuelle de non-cumul strict prévoyant qu'il n'y a plus de droit aux indemnités d'incapacité de travail après le mois dans lequel l'intéressé a atteint l'âge légal de la pension, est limitée à la situation dans laquelle le bénéficiaire de la pension de retraite en vertu du régime salarié belge intervient. Le bénéficiaire de la pension de retraite belge, en tant qu'indépendant ou fonctionnaire, ainsi que le bénéficiaire d'une pension de retraite étrangère (indépendamment du régime), en soi, ne constitue donc pas un obstacle à l'octroi des indemnités dans le régime salarié. Il faut néanmoins encore tenir compte de la règle de cumul ("règle de la différence") visée à l'article 235, §1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Cette modification entre en vigueur le premier jour du mois qui suit l'expiration d'un délai de dix jours prenant cours le jour suivant sa publication au Moniteur belge (soit le 01.07.2023) et s'applique aux périodes d'incapacité de travail qui débutent, au plus tôt, à cette date, ainsi qu'aux périodes d'incapacité de travail qui sont encore en cours à cette même date.

- Modification de l'article 194, § 3 : frais d'administration des organismes assureurs - Montants indus non récupérables en application de l'article 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social

En ce qui concerne le secteur des indemnités, l'identification des montants indus non récupérables en application de l'article 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social s'effectue en pratique de manière fractionnée entre les deux régimes, étant donné la distinction structurelle qui peut être constatée entre, d'une part, l'assurance indemnités et maternité des travailleurs salariés et, d'autre part, l'assurance indemnités et maternité des travailleurs indépendants et des conjoints aidants.

Via une modification de l'alinéa 2 du paragraphe 3 de l'article 194 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, cette pratique est précisée explicitement dans le texte légal.

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

Moniteur belge	Date	Titre
08.05.2023	07.04.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2022, deux nouvelles allocations de chômage ont été instaurées dans l'assurance chômage :

- l'allocation "métier en pénurie" : cette allocation est accordée à l'assuré chômeur de longue durée qui reprend une activité dans un métier en pénurie figurant sur une liste établie par la région compétente. Le contrat de travail sur la base duquel le travail est repris a une durée prévue d'au moins trois mois, calculés de date à date

- l'allocation "mobilité interrégionale" : cette allocation est accordée à un assuré chômeur de longue durée qui reprend une activité salariée dans une entreprise ou une institution dont le siège d'exploitation ou, à défaut, le lieu habituel d'occupation est situé dans une région autre que celle dans laquelle le salarié a sa résidence principale. Le contrat de travail sur la base duquel le travail est repris a une durée prévue d'au moins trois mois, calculés de date à date.

Dans le cadre de l'octroi de cette allocation "métier en pénurie" et de cette allocation "mobilité interrégionale", l'arrêté royal du 7 avril 2023 apporte les modifications suivantes dans la réglementation de l'assurance indemnités et maternité :

- adaptation de l'article 225, § 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 : le montant de l'allocation "mobilité interrégionale" et de l'allocation "métier en pénurie" est neutralisé dans le cadre de la détermination de la situation familiale du titulaire reconnu en incapacité de travail
- adaptation de l'article 230, § 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 : l'allocation "mobilité interrégionale" et l'allocation "métier en pénurie" ne constituent pas un "revenu professionnel" découlant de l'exercice de l'activité autorisée
- adaptation de l'article 246 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 : les journées pour lesquelles une allocation "mobilité interrégionale" ou une allocation "métier en pénurie" est versée, ne sont pas considérées comme des jours de chômage contrôlé.

Moniteur belge	Date	Titre
07.06.2023 – Édition 2	13.05.2023	3 arrêtés royaux modifiant l'arrêté royal du 23 mars 2019 portant exécution de l'article 37, § 16bis, alinéa 1 <sup>er</sup> , 3 <sup>o</sup> , et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les pansements actifs

#### Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
09.08.2023	11.07.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 2019 portant exécution de l'article 37, § 16bis, alinéa 1 <sup>er</sup> , 3 <sup>o</sup> , et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les pansements actifs
16.10.2023 – Édition 1	11.07.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 2019 portant exécution de l'article 37, § 16bis, alinéa 1 <sup>er</sup> , 3 <sup>o</sup> , et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les pansements actifs. - <i>Erratum</i>

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

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

- à l'annexe 1<sup>ère</sup> jointe au même arrêté, des lignes sont remplacées.

Moniteur belge	Date	Titre
18.07.2023	28.06.2023	Arrêté royal portant exécution de l'article 53, § 1 <sup>er</sup> , alinéas 1 <sup>er</sup> , 3 et 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif à la facturation électronique et la transparence des praticiens de l'art dentaire

### Résumé des modifications

À partir du 1<sup>er</sup> septembre 2023, pour les prestations ambulatoires des praticiens de l'art dentaire, en cas d'utilisation d'un logiciel permettant la transmission de données aux organismes assureurs au moyen d'un réseau électronique, les données visées à l'article 53, § 1/2, de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins et prestations médicaux, coordonnée le 14 juillet 1994, sont transférées aux organismes assureurs si elles doivent être reprises sur le document justificatif.

Les données à transmettre concernent :

- le montant des suppléments pour les prestations donnant droit à une intervention de l'assurance soins de santé
- le montant total des prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire, mais dont les conditions préalables au remboursement ne sont pas remplies
- le montant total à charge du patient pour les prestations qui ne donnent pas lieu à une intervention de l'assurance soins de santé
- le montant pour le matériel, la technique ou les instruments qui ne sont pas pris en compte pour le remboursement par l'assurance obligatoire et pour lesquels il n'existe pas de code de nomenclature ou pour lesquels la prestation de base est bien prise en considération pour le remboursement.

Pour les données visées à l'alinéa précédent, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup>, des pseudocodes sont créés par un règlement du Comité de l'assurance, visé à l'article 22, 11<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins et prestations médicaux, coordonnée le 14 juillet 1994.

L'obligation visée au premier alinéa de transmettre les données supplémentaires naît, pour les données visées au deuxième alinéa, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup>, au moment où le pseudocode est disponible dans le logiciel précité et ce au plus tard six mois après la décision du Comité de l'assurance de créer des pseudocodes, comme indiqué à l'alinéa précédent.

La transmission électronique de données concerne la facturation de prestations ambulatoires des praticiens de l'art dentaire dans et en dehors du régime du tiers payant.

Après l'expiration du délai de deux ans, visé à l'article 53, § 1<sup>er</sup>, alinéa 4, de la loi précitée, la transmission peut se faire exceptionnellement par papier :

- si la facturation a lieu en dehors du cabinet du praticien de l'art dentaire et la facturation électronique n'est techniquement pas possible
- en cas de force majeure qui rend la facturation électronique impossible
- si le praticien de l'art dentaire a atteint l'âge de 63 ans à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Moniteur belge	Date	Titre
18.07.2023	28.06.2023	Arrêté royal portant exécution de l'article 53, § 1 <sup>er</sup> , alinéas 1 <sup>er</sup> , 3 et 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

À partir du 1<sup>er</sup> septembre 2023, pour les prestations ambulatoires des médecins, en cas d'utilisation d'un logiciel permettant la transmission de données aux organismes assureurs au moyen d'un réseau électronique, les données visées à l'article 53, § 1<sup>er</sup>/2, de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins et prestations médicaux, coordonnée le 14 juillet 1994, sont transférées aux organismes assureurs si elles doivent être reprises sur le document justificatif.

Les données à transmettre concernent :

- le montant des suppléments pour les prestations qui entrent en ligne de compte pour le remboursement par l'assurance obligatoire
- le montant total pour les prestations qui sont remboursables par l'assurance obligatoire, mais pour lesquelles les conditions de remboursement ne sont pas remplies
- le montant total à charge du patient pour les prestations qui n'entrent pas en ligne de compte pour un remboursement par l'assurance obligatoire
- le montant pour le matériel, la technique ou les instruments qui ne sont pas pris en compte pour le remboursement par l'assurance obligatoire et pour lesquels il n'existe pas de code de nomenclature ou pour lesquels la prestation de base est bien prise en considération pour le remboursement.

Pour les données visées à l'alinéa précédent, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup>, des pseudocodes sont créés par un règlement du Comité de l'assurance, visé à l'article 22, 11<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins et prestations médicaux, coordonnée le 14 juillet 1994.

L'obligation visée au premier alinéa de transmettre les données supplémentaires naît, pour les données visées au deuxième alinéa, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup>, au moment où le pseudocode est disponible dans le logiciel précité.

La transmission électronique de données concerne la facturation de prestations ambulatoires des médecins dans et en dehors du régime du tiers payant.

Après l'expiration du délai de deux ans, visé à l'article 53, § 1<sup>er</sup>, alinéa 4, de la loi précitée, la transmission peut se faire exceptionnellement par papier :

- si la facturation a lieu en dehors du cabinet du médecin et la facturation électronique n'est techniquement pas possible
- en cas de force majeure qui rend la facturation électronique impossible
- si le médecin a atteint l'âge de 67 ans à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2023.

Moniteur belge	Date	Titre
18.07.2023	05.07.2023	Arrêté royal modifiant l'article 213/1 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Cet arrêté royal prévoit la suppression de la dernière étape de l'introduction progressive de la garantie d'une indemnité minimale pendant les six premiers mois d'incapacité de travail, ce qui fait qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024, il n'y aura pas d'octroi d'une indemnité minimale durant les deux premiers mois d'incapacité primaire.

L'indemnité minimale restera donc garantie, également en 2024, à partir du premier jour du troisième mois d'incapacité primaire.

Moniteur belge	Date	Titre
18.07.2023	05.07.2023	Arrêté royal instaurant la possibilité de renonciation à la prime de rattrapage annuelle due à certains titulaires reconnus invalides dans l'assurance indemnités

### Résumé des modifications

Après l'adaptation de la délégation au Roi prévue à l'article 104*bis* de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 par l'intermédiaire de la loi du 4 juin 2023 modifiant, en ce qui concerne l'assurance indemnités et maternité, la loi coordonnée du 14 juillet 1994, l'article 236*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 est modifié en ce sens que le titulaire peut renoncer à la prime de rattrapage annuelle, ainsi qu'annuler cette renonciation, dans les mêmes conditions que celles régissant la renonciation aux indemnités.

Dans le cadre de cette possibilité de renonciation, cette prime de rattrapage est réputée se rapporter au mois de mai.

La demande doit donc porter sur une période d'au moins un mois et doit être introduite via un envoi recommandé. Elle produit ses effets au plus tôt à partir du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel la demande a été introduite auprès de l'organisme assureur, le cachet de la poste faisant foi. L'intéressé peut renouveler la demande.

Une demande de renonciation pour une période précédant le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel la demande a été introduite auprès de l'organisme assureur, ne peut être acceptée que dans les cas suivants :

- lorsqu'une autre prestation est accordée avec effet rétroactif
- moyennant l'approbation du Fonctionnaire dirigeant du Service des indemnités, lorsque des éléments particuliers le justifient.

Toutefois, pour la prime de rattrapage due pour l'année 2022, un régime spécifique s'applique en ce qui concerne la demande de renonciation (une demande de renonciation par écrit suffit).

Moniteur belge	Date	Titre
18.07.2023	09.07.2023	Arrêté royal modifiant l'article 230 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Si le titulaire souhaite exercer une activité pendant la période d'incapacité de travail reconnue, il est, en principe, tenu d'informer, au préalable, sa mutualité de cette reprise d'activité et d'introduire une demande d'autorisation d'exercer cette activité auprès du médecin-conseil de sa mutualité et ce, au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement la reprise de cette activité.

Toutefois, cet arrêté royal prévoit un régime spécifique en cas d'exercice d'une activité dans le cadre des soins et du soutien non directement accessibles pour une personne handicapée qui est financée par un budget d'assistance personnelle (conformément au décret du 07.05.2004 de la Communauté flamande portant création de l'agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique "Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap") ou par un budget qui suit la personne (conformément au décret du 25.04.2014 de la Communauté flamande portant le financement qui suit la personne pour des personnes handicapées et portant réforme du mode de financement des soins et du soutien pour des personnes handicapées) en exécution d'une convention qui avait déjà été conclue et avait déjà été effectivement exécutée avant le début de l'incapacité de travail.

Si pendant la période d'incapacité de travail, le titulaire qui a exercé une activité précitée dans le cadre des soins et du soutien non directement accessibles en exécution d'une convention déjà conclue avant le début de l'incapacité de travail et effectivement exécutée avant le début de l'incapacité de travail, déclare l'exercice de cette activité à sa mutualité dans un délai d'un mois à compter de la déclaration de l'incapacité de travail, et introduit une demande d'autorisation d'exercer cette activité durant l'incapacité de travail, la déclaration de reprise du travail et la demande d'autorisation sont censées avoir été accomplies le premier jour ouvrable qui précède la reprise de l'activité.

Moniteur belge	Date	Titre
04.08.2023	11.07.2023	Arrêté royal modifiant l'article 37bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 37bis, § 1<sup>er</sup>, Bbis, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- l'alinéa 2 est complété par la phrase suivante : "Le droit prolongé jusqu'au 31 décembre 2022 est encore prolongé jusqu'au 31 décembre 2024 à condition qu'au minimum une consultation (101032, 101076) ou une visite (103132, 103412, 103434) a été portée en compte durant l'année 2021 ou l'année 2022 par le médecin qui était déjà précédemment détenteur du DMG."

Moniteur belge	Date	Titre
25.08.2023	11.07.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal complète l'article 131, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 par un alinéa, rédigé comme suit :

"Par dérogation aux alinéas précédents, le droit aux soins de santé en la qualité de titulaire visée à l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 24<sup>o</sup>, de la loi coordonnée, n'est prolongé qu'à partir du jour de l'acquisition de cette qualité."

Moniteur belge	Date	Titre
13.09.2023	13.03.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'article 122*sexdecies* est complété par le paragraphe 7 rédigé comme suit : "§ 7. Au sein de la Commission, il est constitué un bureau, chargé de l'organisation des activités de la Commission et de l'entretien des relations entre les experts et la Commission. Le bureau est composé d'un président et d'un vice-président, d'un représentant des organismes assureurs et d'un représentant des universités désignés par le Ministre parmi les membres de la Commission."

à l'article 122*duovicies*, les modifications suivantes sont apportées :

=> dans le paragraphe 2, alinéa 1<sup>er</sup>, les mots "au Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut" sont remplacés par les mots "à la Commission" ;

=> dans le même paragraphe, alinéa 2, les mots "Le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé" sont remplacés par les mots "Le bureau".

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

Moniteur belge	Date	Titre
14.04.2023 – Édition 2	27.03.2023	Arrêté royal modifiant l'article 31 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 31, VIII., de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- le douzième alinéa est remplacé par ce qui suit :

"Si le produit n'est plus distribué, le distributeur doit prévenir le secrétariat dans les plus brefs délais. Avant d'être supprimé de la liste, le produit concerné y figurera encore pendant 1 an. Tant que l'appareil figure sur la liste ainsi qu'après sa suppression de cette liste, le distributeur garantit la livraison des pièces détachées pour les réparations pour une période de 5 années."

Moniteur belge	Date	Titre
11.05.2023	25.04.2023	Arrêté royal modifiant l'article 25, § 3bis, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal supprime le mot "généraliste" à la troisième règle d'application suivant la prestation 590730 à l'article 25, § 3bis, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

En effet, l'arrêté royal du 26 février 2023 modifiant l'article 25, § 3bis, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités crée une liste regroupant les médecins qui assurent la permanence dans le cadre d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, avec mention de leur qualification, qu'il énumère limitativement les qualifications des médecins pouvant figurer sur cette liste, et donc limite la possibilité d'attester des prestations pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés à ces médecins. La formulation de l'article 1<sup>er</sup> dudit arrêté prive erronément les médecins porteurs du brevet de médecine aiguë autres que les médecins généralistes porteurs du brevet de médecine aiguë de la possibilité d'attester ces prestations et donc d'exercer une permanence dans le cadre d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés. Ces dispositions excluent les médecins concernés de l'exercice de leurs activités dans le cadre de la fonction reconnue de soins urgents spécialisés et portent donc un désavantage financier grave auxdits médecins à partir de l'entrée en vigueur de l'arrêté royal.

Moniteur belge	Date	Titre
15.05.2023 – Édition 1	25.04.2023	Arrêté royal modifiant les articles 14, b), et 20, § 1 <sup>er</sup> , <i>fbis</i> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 14, b), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :  
=> dans le libellé de la prestation 232433-232444, les mots "d'une pile interne ou externe d'un neurostimulateur" sont remplacés par les mots "d'un neurostimulateur externe ou interne" ;  
  
=> dans la troisième règle d'application suivant la prestation 232433-232444, le mot "an" est remplacé par les mots "année civile".
- à l'article 20, § 1<sup>er</sup>, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, le *f)bis* est complété par ce qui suit :

"478295-478306

Programmation d'un neurostimulateur externe ou interne, dans le traitement de la maladie de Parkinson, du tremblement essentiel, de la dystonie ou de l'épilepsie, y compris la mesure des différents paramètres et le protocole.....K 15

La prestation 478295-478306 ne peut pas être cumulée avec les prestations 232330-232341, 232352-232363, 232455-232466, 232396-232400 et 354373-354384.

La prestation 478295-478306 peut également être attestée par le médecin spécialiste en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique.

La prestation 232433-232444 et la prestation 478295-478306 peuvent chacune être remboursées au maximum deux fois par année civile. Cette restriction ne s'applique pas dans les trois mois qui suivent l'implantation ni dans un cas d'urgence exceptionnelle documenté dans le dossier médical."

Moniteur belge	Date	Titre
16.05.2023 – Édition 1	25.04.2023	Arrêté royal modifiant l'article 14, k), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal supprime la prestation 280556-280560 au A., au 2° Tendons, ligaments, bourses séreuses à l'article 14, k), I., § 1<sup>er</sup>, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Moniteur belge	Date	Titre
27.06.2023	21.05.2023	Arrêté royal modifiant l'article 14, k), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

À l'article 14, k), l., § 1<sup>er</sup>, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, au C., au 2<sup>o</sup> Tendons, ligaments, bourses séreuses, la prestation 288050-288061 est supprimée.

Moniteur belge	Date	Titre
30.05.2023	07.05.2023	Arrêté royal modifiant les articles 14, a), et 25, § 4, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 14, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, la prestation 220135-220146 est supprimée ;
- à l'article 25, § 4, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, les numéros d'ordre "220135 - 220146," sont supprimés.

Moniteur belge	Date	Titre
30.05.2023	07.05.2023	Arrêté royal modifiant l'article 11, § 1 <sup>er</sup> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 11, § 1<sup>er</sup>, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- la troisième règle d'application qui suit le libellé de la prestation 350092, est remplacée par ce qui suit : "Les prestations 350070 et 350092 ne sont pas cumulables avec une prestation technique, et/ou une consultation effectuée par le même médecin."

Moniteur belge	Date	Titre
30.05.2023	07.05.2023	Arrêté royal modifiant l'article 21, § 1 <sup>er</sup> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes dans l'article 21, § 1<sup>er</sup>, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- le libellé de la prestation 531215-531226 est remplacé par ce qui suit : "Electrocoagulation des varicosités, par séance"
- la prestation 531414-531425 est supprimée.

Moniteur belge	Date	Titre
06.06.2023	13.05.2023	Arrêté royal modifiant l'article 17, § 1 <sup>er</sup> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal abroge la première règle d'application suivant la prestation 459955-459966 de l'article 17, § 1<sup>er</sup>, 11<sup>o</sup> *ter*, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Moniteur belge	Date	Titre
08.06.2023	13.05.2023	Arrêté royal modifiant les articles 27 et 29 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 27 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- au paragraphe 1<sup>er</sup>, sous l'intitulé Lombostat pour affection de la colonne lombo-sacrée en coutil et métal, sur mesure, les mots "604310-604321 Supplément pour plaque dorsale rigide d'une largeur minimale de 10 cm Y 13" sont supprimés
- au paragraphe 2, le deuxième alinéa est remplacé
- au paragraphe 8, la première phrase est remplacée par la phrase suivante : "Le renouvellement d'un lombostat en coutil et métal (604214-604225, 604236-604240, 604251-604262, 604273-604284 et 604295-604306) ne peut se faire qu'après un délai :".

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 29 de l'annexe au même arrêté :

- au paragraphe 1<sup>er</sup>, A, l'intitulé Groupe principal IV : Orthèse lombo-sacrée (O.L.S.) est remplacé ;
- au paragraphe 1<sup>er</sup>, A, l'intitulé Groupe principal XI : Accessoires, réparation et entretien pour le groupe principal IX est remplacé ;
- le paragraphe 2 est remplacé ;
- au paragraphe 4, A 1<sup>o</sup>, le d), est remplacé par ce qui suit : "d) de quatre ans pour les lombostats en coutil et métal (645352-645363, 645374-645385, 645396-645400, 645411-645422 et 645433-645444) fournis après leur vingt-et-unième anniversaire."

Moniteur belge	Date	Titre
09.06.2023 – Édition 1	13.05.2023	Arrêté royal modifiant l'article 17, § 1 <sup>er</sup> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

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

- dans la rubrique "7<sup>o</sup> Système ostéoarticulaire", la valeur relative "120" de la prestation 455711-455722 est remplacée par "110"
- dans la rubrique "11<sup>o bis</sup> Résonance magnétique nucléaire", la première règle d'application de la prestation 458975-458986 est remplacée comme suit : "La prestation 458975-458986 est uniquement attestable pour un examen de l'articulation de l'épaule dans le cadre d'un syndrome d'épaule instable, d'une stadification préopératoire en cas de déchirure complète de la coiffe des rotateurs ou d'une suspicion clinique de déchirure partielle de la coiffe des rotateurs avec examen RX et échographie normaux."

Moniteur belge	Date	Titre
12.06.2023	13.05.2023	Arrêté royal modifiant l'article 20, § 1 <sup>er</sup> , f)bis, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

À l'article 20, § 1<sup>er</sup>, f)bis, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, la prestation 478321 est insérée après la prestation 477573 et les règles d'application qui la suivent.

Moniteur belge	Date	Titre
12.06.2023	13.05.2023	Arrêté royal modifiant l'article 2, B, 2, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

À l'article 2, B, 2, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, dans les libellés des prestations 102130, 102631, 106293 et 106315, le mot "éventuel" est à chaque fois remplacé par le mot "obligatoire".

Moniteur belge	Date	Titre
29.06.2023 – Édition 1	30.05.2023	Arrêté royal modifiant les articles 12, § 3, et 34, § 1 <sup>er</sup> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

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

- à l'article 12, § 3, 2<sup>o</sup>, de le c) est remplacé
- à l'article 34, § 1<sup>er</sup>, a), la prestation 590295-590306 et la règle d'application sont insérées après la prestation 590236-590240 et la règle d'application qui la suit.

Moniteur belge	Date	Titre
29.06.2023 – Édition 1	30.05.2023	Arrêté royal modifiant l'article 18 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
14.07.2023	30.05.2023	Arrêté royal modifiant l'article 18 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. - <i>Corrigendum</i>

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace le d) *quater* au paragraphe 2, B, de l'article 18 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Moniteur belge	Date	Titre
30.06.2023 – Édition 1	27.06.2023	Arrêté royal modifiant l'article 30 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes au A. de l'article 30 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- au 1., les modifications suivantes sont apportées :
  - => au 1<sup>o</sup> groupe cible, le libellé des prestations 741016, 741031, 741053, 741075, 741090, 741112, 741134, 741156, 741171, 741193, 741215, 741230, 741252, 741274, 741296, 741311, 741333, 741355, 741370, 741392, 741414, 741436, 741451, 741473, 741495, 741510, 741532, 741554, 741576, 741591 et 741613 est remplacé par "7,00 et plus";
  - => au 2<sup>o</sup> groupe cible, le libellé des prestations 741753, 741775, 741856, 741871, 741893, 741952 et 741974 est remplacé par "3,75 à 6,75 inclus";
  - => au 3<sup>o</sup> groupe cible, le libellé des prestations 742070, 742092, 742114, 742136, 742151, 742173, 742195, 742210, 742232 et 742254 est remplacé par "4,25 à 6,75 inclus";
- au 3.1, alinéa 1<sup>er</sup>, les mots "-/+ 7,75 dioptries" sont remplacés par les mots "-/+ 7,00 dioptries"
- au 4.1, alinéa 1<sup>er</sup>, les mots "-/+ 7,50 dioptries" sont remplacés par les mots "-/+ 6,75 dioptries"
- au 4.1., alinéa 4, les mots "3,75 à 7,50" sont remplacés par les mots "3,75 à 6,75"
- au 5.1, les mots "-/+ 7,50 dioptries" sont remplacés par les mots "-/+ 6,75 dioptries".

Moniteur belge	Date	Titre
06.07.2023	30.05.2023	Arrêté royal modifiant l'article 14, h), § 1 <sup>er</sup> , l, 5 <sup>o</sup> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 14, h), § 1<sup>er</sup>, l, 5<sup>o</sup>, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- à la prestation 247015-247026, le nombre-coefficient exprimant la valeur relative "125" est remplacé par "300"
- à la prestation 247052-247063, le nombre-coefficient exprimant la valeur relative "300" est remplacé par "500"

- à la prestation 247096-247100, le nombre-coefficient exprimant la valeur relative "300" est remplacé par "500"
- à la prestation 247111-247122, le nombre-coefficient exprimant la valeur relative "500" est remplacé par "850"
- à la prestation 247155-247166, le nombre-coefficient exprimant la valeur relative "400" est remplacé par "600"
- à la prestation 247170-247181, le nombre-coefficient exprimant la valeur relative "150" est remplacé par "300".

Moniteur belge	Date	Titre
24.07.2023	12.07.2023	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

L'âge limite pour bénéficier de soins dentaires gratuits passera de 18 à 19 ans. Par ailleurs, l'âge limite pour le remboursement de l'examen buccal préventif annuel est supprimé. Jusqu'à présent, ce remboursement ne s'appliquait pas aux personnes de plus de 80 ans.

Moniteur belge	Date	Titre
27.07.2023	22.06.2023	Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

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

- les § 10, 12<sup>e</sup> alinéa, § 11, 3<sup>e</sup> alinéa et § 14, 2<sup>o</sup>, 21<sup>e</sup> alinéa sont remplacés ;
- le § 14, 5<sup>o</sup>, A, a) est complété ;
- un § 22 est ajouté à la fin de l'article.

Moniteur belge	Date	Titre
31.07.2023 – Édition 1	09.07.2023	Arrêté royal modifiant l'article 18, § 2, B., a), et l'article 24, § 1 <sup>er</sup> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes l'article 18, § 2, B., a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- après le libellé de la prestation 442212-442223, la règle d'application suivante est insérée : "La prestation 442212-442223 et la prestation 545952-545963 ne peuvent pas être portées en compte le même jour."

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

- la rubrique "1/CHIMIE", sous l'intitulé "1/Sang", est complétée par la prestation 545952-545963 et la règle d'application
- la rubrique "Règles diagnostiques" est complétée par la règle diagnostique 170.

Moniteur belge	Date	Titre
08.08.2023	12.07.2023	Arrêté royal modifiant l'article 30 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et modifiant l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'article 30 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités est complété par le I
- dans l'annexe à l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix, le chapitre III, § 1<sup>er</sup>, le point 4 "Aides optiques pour malvoyants", est abrogé
- les dispositions de l'article 30, I., de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sont d'application pour toutes les prestations prescrites après l'entrée en vigueur du présent arrêté. Pour les prestations prescrites avant l'entrée en vigueur du présent arrêté et qui ont été délivrées au plus tard 6 mois après l'entrée en vigueur du présent arrêté, les dispositions reprises dans le chapitre III, § 1<sup>er</sup>, point 4, de l'annexe à l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix, restent d'application
- pour les patients bénéficiant déjà d'un remboursement sur base du chapitre III, § 1<sup>er</sup>, point 4, de l'annexe à l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix, toute nouvelle prescription rédigée après l'entrée en vigueur des dispositions visées au point I. Dispositions de basse vision est considérée comme un renouvellement.

4. Autres arrêtés royaux		
Moniteur belge	Date	Titre
03.04.2023	12.03.2023	Arrêté royal fixant le mode de répartition et l'octroi des frais d'administration entre les unions nationales en ce qui concerne l'élaboration et la mise en œuvre des "Trajets Retour Au Travail" dans l'assurance indemnités des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

#### Résumé des modifications

En ce qui concerne les années de service 2023 à 2026 inclus, cet arrêté royal détermine les modalités selon lesquelles le montant supplémentaire des frais d'administration en vue de la préparation et de la mise en œuvre des "Trajets Retour Au Travail" dans l'assurance indemnités des travailleurs indépendants et des conjoints aidants est réparti entre les cinq unions nationales.

Chaque union nationale transmet, après l'expiration de l'année de service concernée, au Service des indemnités de l'INAMI, un registre dans lequel le nombre de "Coordinateurs Retour Au Travail" occupés durant cette année de service est mentionné, y compris les remplaçants qui, le cas échéant, sont embauchés en cas de suspension de l'exécution du contrat de travail, ainsi que la durée et le volume de travail de leur occupation. Ce registre contient aussi, pour chaque "Coordinateur Retour Au travail", les données nécessaires afin de pouvoir vérifier la condition de diplôme à remplir pour agir en tant que "Coordinateur Retour Au Travail" au sein de la mutualité.

Sur la base des données reçues, le Service des indemnités de l'INAMI calcule par union nationale le montant des frais d'administration auquel cette union nationale a effectivement droit.

Moniteur belge	Date	Titre
03.04.2023	12.03.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal prévoit via l'insertion d'un nouvel article 25/12 dans l'arrêté royal du 20 juillet 1971, les modalités de la responsabilisation des travailleurs indépendants dans le cadre des "Trajets Retour Au Travail" et contient deux volets :

- absence du titulaire à l'examen médical pour l'estimation des capacités restantes, organisé par le médecin-conseil

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

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

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

=> deuxième absence sans justification valable : envoi du recommandé communiquant que le montant journalier des indemnités est réduit de 2,5 pourcent. Cette réduction a lieu à partir de la date fixée pour cet examen jusqu'à la date à laquelle le titulaire contacte le médecin-conseil en vue de fixer une nouvelle date pour un examen médical. La mutualité doit disposer de la preuve que l'assuré a bien pris connaissance de cette nouvelle date ;

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

- absence du titulaire au premier moment de contact organisé par le "Coordinateur Retour Au Travail"

En vue du premier moment de contact qui est organisé par le "Coordinateur Retour Au Travail", le titulaire reçoit une convocation (non recommandée) dans laquelle il est indiqué qu'en cas d'absence à ce premier moment de contact sans justification valable, le montant journalier des allocations sera réduit de 2,5 pourcent.

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

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

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

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

Moniteur belge	Date	Titre
21.04.2023	17.02.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- la majorité des modifications vise à intégrer au règlement de procédure le recours au dossier électronique articles (146<sup>ter</sup>), aux services électroniques (146<sup>quater</sup>) et à la signature électronique (146<sup>quinquies</sup>)
- nouvelles définitions relatives notamment aux notions "envois recommandés", "dossier de procédure", "services électroniques" et "signature" sont introduites
- les mentions relatives au contenu de la requête sont modifiées. Le cas échéant, le numéro BCE doit être indiqué. Le non respect de l'indication de ces mentions n'est plus sanctionné "à peine d'irrecevabilité" mais "à peine de nullité"
- lors de circonstances exceptionnelles, l'accès au greffe peut être limité et organisé uniquement sur rendez-vous (un avis est publié sur le site internet)
- la consultation du dossier se fait "sur place" à l'aide d'un ordinateur mis à disposition ou "à distance" via les services électroniques. Les pièces conservées sur un autre support (en raison de leur volume, ancienneté) peuvent uniquement être consultées au greffe
- la convocation des parties mentionne la composition dans laquelle la chambre siègera lors de l'audience
- la procédure de récusation est organisée
- lors de circonstances exceptionnelles et avec l'accord des parties, les Chambres peuvent prendre une affaire en délibéré sans audience préalable
- l'absence d'une partie, régulièrement convoquée, n'empêche pas l'examen de l'affaire et la décision prononcée est réputée contradictoire.

Moniteur belge	Date	Titre
25.04.2023	07.04.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

### Résumé des modifications

Cet arrêté royal prévoit une augmentation du montant des prestations suivantes dans le régime des travailleurs indépendants :

- l'augmentation des forfaits en incapacité primaire et en invalidité (sans cessation de l'entreprise) de 2,5 % pour les titulaires ayant charge de famille et de 2 % pour les titulaires isolés et cohabitants (à partir du 01.07.2023)

- l'augmentation de l'allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne de 0,5 % (à partir du 01.07.2023)
- l'augmentation des deux forfaits applicables pour les semaines du repos de maternité de 1 % (à partir du 01.07.2023).

Les forfaits en invalidité (avec cessation de l'entreprise) sont également revalorisés au 1<sup>er</sup> juillet 2023 (+ 2,5 % pour les titulaires ayant charge de famille et + 2 % pour les titulaires isolés et cohabitants) puisque ces montants sont liés au montant applicable de l'indemnité minimale pour un travailleur régulier dans le régime des travailleurs salariés, lequel sera augmenté à cette même date du même pourcentage (*cf.* art. 2 de l'A.R. du 12.03.2023 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994).

Moniteur belge	Date	Titre
25.04.2023	07.04.2023	Arrêté royal modifiant l'article 7 de l'arrêté royal du 20 décembre 2006 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants

#### Résumé des modifications

Le montant de base de l'allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants est augmenté de 1 % à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2023.

Moniteur belge	Date	Titre
25.04.2023	07.04.2023	Arrêté royal modifiant l'article 7 de l'arrêté royal du 23 mars 2019 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation de congé parental d'accueil en faveur des travailleurs indépendants

#### Résumé des modifications

Le montant de base de l'allocation de congé parental d'accueil en faveur des travailleurs indépendants est augmenté de 1 % à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2023.

Moniteur belge	Date	Titre
07.06.2023 – Édition 2	13.05.2023	3 arrêtés royaux modifiant la liste annexée à l'arrêté royal du 18 avril 2017 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'autosondage au domicile du bénéficiaire

#### Résumé des modifications

Les arrêtés royaux ajoutent des sondes à l'annexe I, 1<sup>re</sup> partie, a), de l'arrêté royal du 18 avril 2017 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'autosondage au domicile du bénéficiaire.<sup>42</sup>

Moniteur belge	Date	Titre
21.06.2023	04.05.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 avril 2002 fixant l'intervention forfaitaire de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour les coûts spécifiques des services de soins infirmiers à domicile et les conditions d'octroi de cette intervention

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'arrêté royal du 16 avril 2002 fixant l'intervention forfaitaire de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour les coûts spécifiques des services de soins infirmiers à domicile et les conditions d'octroi de cette intervention :

- à l'article 2, § 1, le montant "11.151 EUR" est remplacé par le montant "18.601 EUR"
- dans l'article 2, le paragraphe 2 est remplacé par ce qui suit : "§ 2. Le montant de l'intervention forfaitaire trimestrielle mentionné au § 1<sup>er</sup> est lié aux barèmes de la Commission paritaire des services de santé 330.01.30.

Le montant de l'intervention forfaitaire correspondant au quatrième trimestre est indexée le 1<sup>er</sup> octobre de chaque année sur l'évolution de la variable suivante : un tiers du barème CP 330.0130, catégorie 17, pour 13 ans d'ancienneté, plus deux tiers du barème CP 330.01.30, catégorie 14, pour 13 ans d'ancienneté. Cette variable est calculée sur base des barèmes d'application au 1<sup>er</sup> octobre de l'année considérée et connus à cette même date. Les éventuelles adaptations ultérieures avec effet rétroactif ne sont pas prises en compte."

- l'article 5 est supprimé.

Moniteur belge	Date	Titre
30.06.2023 – Édition 2	04.06.2023	Arrêté royal portant exécution de l'article 42, alinéas 1 <sup>er</sup> et 3, de la loi du 13 juin 2021 portant des mesures de gestion de la pandémie COVID-19 et d'autres mesures urgentes dans le domaine des soins de santé

### Résumé des modifications

L'arrêté royal fixe les conditions pour porter en compte à l'assurance obligatoire soins de santé des tests sérologiques exécutés pour la détection d'anticorps contre le virus SARS-CoV-2 (IgM, IgG ou IgA).

Dans l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé, le titre 6, comportant les articles 65 à 70, modifié par l'arrêté royal n° 28 du 3 juin 2020 modifiant l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé, est abrogé.

L'arrêté royal du 29 mai 2020 portant exécution de l'article 70, alinéa 3, de l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé est abrogé.

Moniteur belge	Date	Titre
10.07.2023 - Édition 1	04.07.2023	Arrêté royal portant exécution de l'article 42, alinéas 1 et 3, de la loi du 13 juin 2021 portant des mesures de gestion de la pandémie COVID-19 et d'autres mesures urgentes dans le domaine des soins de santé

### Résumé des modifications

L'arrêté royal fixe les conditions pour porter en compte à l'assurance maladie des tests sérologiques exécutés pour la détection d'anticorps contre le virus SARS-CoV-2 (IgM, IgG ou IgA) :

- le test sérologique est facturé avec le code 554971 – 554982
- la base de remboursement de la prestation 554971-554982 est de 9,60 EUR. Il n'y a pas d'intervention personnelle pour le patient
- si un test est effectué en dehors des groupes-cibles et des conditions de remboursement mentionnés dans les articles 3 et 4, la prestation 554971-554982 ne peut pas être portée en compte à l'assurance obligatoire soins de santé
- la prestation 554971-554982 ne fait pas partie des articles 3, § 1<sup>er</sup>, A, II, B et C, I, 18, § 2, B, e), ou 24, § 1<sup>er</sup>, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et est portée en compte à 100 %
- la prestation 554971-554982 ne peut être attestée que dans le cadre de la pandémie COVID-19, pour les indications suivantes :
  - => dans le cadre d'un diagnostic différentiel dans des situations exceptionnelles au niveau hospitalier, comme pour les personnes immunodéprimées ou suspectées de MIS-C avec une PCR négative ;
  - => avant l'administration d'un traitement prophylactique pour les patients immunodéprimés.
- la prestation 554971-554982 peut seulement être portée en compte si les conditions suivantes sont remplies :
  - => le test est prescrit par un médecin spécialiste ;
  - => le laboratoire est agréé par le ministre compétent en matière de santé publique, conformément à l'arrêté royal du 3 décembre 1999 relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ;
  - => la prestation est portée en compte par un spécialiste en biologie clinique, tel que défini dans l'article 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, de l'arrêté royal du 3 décembre 1999 relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ;
  - => la prestation peut être portée en compte à l'assurance obligatoire soins de santé maximum 2 fois par période de 6 mois.
- les tests immunochromatographiques n'entrent pas en considération pour le remboursement
- la détermination diagnostique des anticorps contre le virus SARS-CoV-2 ne peut être portée en compte via les prestations 552016-552020 ou 551655-551666 de l'article 24 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
- en cas de sous-traitance, le laboratoire qui reçoit en premier les échantillons facture, rapporte et se porte garant de la conservation des prescriptions.

L'arrêté royal abroge :

- le titre 6, comportant les articles 65 à 70 de l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé
- l'arrêté royal du 29 mai 2020 portant exécution de l'article 70, alinéa 3, de l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé.

Moniteur belge	Date	Titre
31.07.2023 – Édition 2	12.07.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 28 juin 2016 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour prestations dentaires

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'arrêté royal du 28 juin 2016 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour prestations dentaires :

- à l'article 3, au deuxième alinéa, le 10° est supprimé
- à l'article 5, les modifications suivantes sont apportées :
  - => au premier alinéa, la prestation "371593-371604" est insérée entre les prestations "371571-371582" et "371696-371700" ;
  - => au premier alinéa, les mots "et 309492-309503" sont remplacés par "309492-309503, 372153-372164, 372175-372186, 372190-372201, 372212-372223, 372234-372245, 372551-372562, 372573-372584, 372595-372606, 372610-372621 et 372632-372643" ;
  - => au premier alinéa, les prestations "371372-371383, 371276-371280, 371291-371302, 371313-371324, 371335-371346, 371350-371361" sont insérées entre les prestations "371254-371265" et "371615-371626" ;
  - => au deuxième alinéa, les mots "18 ans" sont remplacés par les mots "19 ans" ;

Moniteur belge	Date	Titre
31.07.2023 – Édition 1	17.07.2023	Arrêté royal fixant les conditions d'octroi de la prime de reprise du travail à charge de l'assurance indemnités

### Résumé des modifications

Sous certaines conditions, l'employeur a droit à une prime de reprise du travail de 1.000 EUR si au cours de la période du 1<sup>er</sup> avril 2023 au 31 mars 2025, le titulaire, en incapacité de travail depuis au moins un an, reprend un travail adapté à son état de santé pendant son incapacité de travail avec l'autorisation du médecin-conseil de sa mutualité.

Le titulaire exerce le travail autorisé pendant au moins 3 mois (avant le 01.10.2025) sur base :

- => d'un contrat de travail à durée indéterminée ;
- => d'un contrat de travail à durée déterminée qui a, au début du travail autorisé, une durée prévue d'au moins 3 mois calculés de date à date ;
- => d'un contrat dans le cadre d'une formation en alternance qui a, au début du travail autorisé, une durée prévue d'au moins 3 mois calculés de date à date ;

- => d'une désignation temporaire à durée déterminée dans un établissement d'enseignement des Communautés, des provinces, des institutions subordonnées aux provinces, aux communes, aux associations de communes et des institutions d'utilité publique qui a, au début du travail autorisé, une durée prévue d'au moins 3 mois calculés de date à date ;
- => d'une désignation temporaire à durée indéterminée dans un établissement d'enseignement des Communautés, des provinces, des institutions subordonnées aux provinces, aux communes, aux associations de communes et des institutions d'utilité publique ;
- => d'une nomination statutaire ;
- => d'un stage en vue d'une nomination statutaire dans le secteur public.

#### Travail visé :

- => un travail rémunéré relevant de la sécurité sociale belge des travailleurs salariés (loi ONSS du 27.06.1969 – assujettissement à au moins un secteur (donc aussi une occupation statutaire)) ;
- => une activité similaire donnant lieu à un assujettissement à une législation de sécurité sociale d'un pays étranger auquel la Belgique est liée par un instrument international ou supranational de coordination en matière de sécurité sociale ;
- => une activité similaire au service d'une organisation internationale ou supranationale.

#### Travail exclu :

- => un travail exercé, en dehors du circuit normal du travail, dans une entreprise relevant de la Commission paritaire 327 pour les entreprises de travail adapté, les ateliers sociaux et les "maatwerkbedrijven" ;
- => un flexi-job ;
- => un travail occasionnel ;
- => un travail qui est déjà en cours au début de la période d'incapacité de travail et pour lequel l'application de la loi ONSS du 27 juin 1969 est limitée au secteur des soins de santé en ce qui concerne le régime obligatoire d'assurance maladie-invalidité ;
- => un travail de pompier volontaire, d'ambulancier volontaire ou de volontaire de la protection civile.

Pour le même travailleur, l'employeur ne peut obtenir qu'une seule prime de reprise du travail.

Pour bénéficier de la prime de reprise du travail, l'employeur envoie une demande à la mutualité à laquelle le travailleur est affilié ou inscrit (au plus tôt après la fin des trois (premiers) mois du travail adapté) :

- => demande en ligne : l'employeur se connecte sur le site web du Collège Intermutualiste National ;
- => demande papier si l'utilisation du formulaire électronique n'est pas possible.

Cette mutualité paie la prime de reprise du travail si toutes les conditions sont remplies. Ce paiement a lieu au plus tard à la fin du deuxième mois civil qui suit le mois civil durant lequel l'employeur a introduit sa demande.

Moniteur belge	Date	Titre
31.07.2023 – Édition 1	20.07.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

### Résumé des modifications

Dans le cadre de l'octroi de la prime de reprise du travail en vertu du régime des travailleurs indépendants, cet arrêté royal prévoit que les conditions applicables à l'octroi de la prime de reprise du travail en vertu du régime des travailleurs salariés, sont aussi applicables dans le cadre de l'octroi de cette prime à l'employeur auprès duquel un titulaire qui se trouve dans la période d'invalidité reprend une activité avec l'autorisation du médecin-conseil conformément à l'article 23 ou à l'article 23bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

Toutefois, il est aussi prévu que si l'employeur ouvre également, pour un même titulaire (titulaire avec une double qualité), un droit à une prime de reprise du travail suite à un même travail autorisé effectué conformément aux dispositions de l'article 100, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, l'octroi de la prime de reprise du travail en vertu du régime des travailleurs indépendants est refusé. Dans cette situation de double qualité, l'employeur peut donc prétendre à une prime de reprise du travail octroyée par le régime des travailleurs salariés.

Cet arrêté royal prévoit également :

- quelques dispositions financières concernant le paiement de cette prime de reprise du travail par la mutualité à laquelle le titulaire indépendant est affilié ou inscrit
- une évaluation de la mesure par le Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants avant le 1<sup>er</sup> avril 2025. Cette évaluation aura pour objet au moins les aspects suivants :
  - => l'impact sur le nombre d'activités autorisées exercées par les titulaires invalides ;
  - => la durée de ces activités autorisées ;
  - => le rapport entre le coût de l'octroi de cette prime de reprise du travail et la recette budgétaire de ces activités autorisées.

Moniteur belge	Date	Titre
04.08.2023	11.07.2023	Arrêté royal modifiant l'article 3 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 3 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations :

- l'alinéa 2 est complété par la phrase suivante : "Le droit prolongé jusqu'au 31 décembre 2022 est encore prolongé jusqu'au 31 décembre 2024 à condition qu'au minimum une consultation (101032, 101076) ou une visite (103132, 103412, 103434) a été portée en compte durant l'année 2021 ou l'année 2022 par le médecin qui était déjà précédemment détenteur du DMG."

Moniteur belge	Date	Titre
07.08.2023	25.06.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance-soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations

### Résumé des modifications

L'arrêté royal prévoit deux nouvelles prestations de médecine générale et plus particulièrement la ventilation de la consultation (numéro de prestation 103014) d'un médecin spécialiste via un médecin généraliste en trois prestations :

- la consultation d'un médecin spécialiste via un médecin généraliste au domicile du patient
- la consultation d'un médecin spécialiste via un médecin généraliste dans une maison de repos ou une maison de repos et de soins
- la consultation d'un médecin spécialiste via un médecin généraliste dans une institution pour personnes handicapées.

L'arrêté royal remplace donc l'article *7quinquies*, insère un article *7duodecies* et apporte une adaptation technique à l'article 10 de l'arrêté royal du 23 mars 1982.

Moniteur belge	Date	Titre
25.08.2023	23.04.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 1<sup>er</sup> :
  - => il est inséré un 6° /1, 22° /1 et 22° /2 ;
  - => le 20° est remplacé ;
  - => l'article est complété par un 30° ;
- à l'article 2 :
  - => le paragraphe 1<sup>er</sup> est remplacé ;
  - => dans le paragraphe 2, le 1° est abrogé ;
- l'article 4 est remplacé
- à l'article 6 :
  - => dans l'alinéa 2, la phrase "Les modalités de remboursement comportent les conditions de remboursement, la catégorie de remboursement avec la base de remboursement correspondante." est abrogée ;
  - => l'article est complété par trois alinéas ;
- dans l'article 7, les mots "les conditions de remboursement et la catégorie de remboursement avec la base de remboursement correspondante" sont remplacés par les mots "les modalités de remboursement,"
- dans l'article 8, le mot "patient" est remplacé par le mot "bénéficiaire"
- dans l'article 10, alinéa 1<sup>er</sup>, a), dans le texte néerlandais, les mots "binnen de radiofarmaceutisch producten" sont remplacés par les mots "binnen de radiofarmaceutische producten"

- à l'article 12 :
  - => l'alinéa 1<sup>er</sup> est complété ;
  - => dans l'alinéa 2, la phrase "à cette fin, le secrétariat adresse chaque année avant le 1<sup>er</sup> décembre, une liste à tous les demandeurs, dans laquelle figurent tous les produits radio-pharmaceutiques dont ils sont responsables." est remplacée par la phrase "à cette fin, le secrétariat met à disposition de tous les demandeurs chaque année avant le 1<sup>er</sup> décembre, une liste dans laquelle figurent tous les produits radio-pharmaceutiques dont ils sont responsables, et ce selon la procédure communiquée par l'INAMI à l'adresse Internet  <http://www.inami.fgov.be.> ;
- à l'article 14 :
  - => le 2<sup>o</sup>, deuxième tiret, est complété par les mots "ou pour la mise à disposition de produits radioactifs destinés à un usage *in vivo* en médecine humaine ou vétérinaire ;" ;
  - => le 2<sup>o</sup> est complété par un quatrième tiret, rédigé comme suit : "- l'autorisation de préparation visée à l'article 12bis, § 1<sup>er</sup> /1, alinéa 2, de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments délivrés par l'Agence Fédérale pour les Médicaments et les Produits de Santé." ;
  - => le 7<sup>o</sup> est complété par les mots ", ainsi que l'impact budgétaire" ;
- à l'article 17 :
  - => dans l'alinéa 1<sup>er</sup>, les mots "l'expiration de ce délai de 10 jours jusqu'à la réception des remarques du demandeur, étant entendu que la période de suspension ne peut excéder 90 jours." sont remplacés par les mots "la date de réception de la demande de suspension, jusqu'au jour de la séance plénière du Conseil au cours de laquelle ce dossier sera discuté, étant entendu que le dossier doit être discuté en séance plénière du Conseil dans un délai de 25 jours à compter de la réception des objections ou des remarques, et étant entendu que la réaction du demandeur doit parvenir au secrétariat du Conseil dans un délai de 90 jours après la réception de la demande de suspension." ;
  - => dans l'alinéa 2, les mots "de l'expiration de ce délai de 10 jours" sont remplacés par les mots "de la date de réception de la demande d'audition" ;
  - => l'article est complété par un alinéa ;
- dans l'article 18, alinéa 2, du même arrêté, dans le texte néerlandais, le mot "het" est inséré entre les mots "De Minister neemt na kennisname van" et les mots "voorstel van de Raad" et les mots "aux conditions de remboursement et à la catégorie de remboursement" sont remplacés par les mots "aux modalités de remboursement "
- à l'article 19 :
  - => dans l'alinéa 1<sup>er</sup>, les mots "au moyen d'un envoi recommandé par la poste avec un accusé de réception" sont remplacés par les mots "selon la procédure qui est communiquée par l'INAMI à l'adresse Internet  <http://www.inami.fgov.be.> ;
  - => dans l'alinéa 2, les mots ", le numéro de pseudo-nomenclature" sont insérés entre les mots "La notification comporte la décision relative aux conditions de remboursement" et les mots "à la catégorie de remboursement avec la base de remboursement correspondante" ;
- dans l'article 20, les mots ", le numéro de pseudo-nomenclature" sont insérés entre les mots "Le Ministre prend et notifie une décision motivée concernant les conditions de remboursement" et les mots "et la catégorie de remboursement avec la base de remboursement correspondante"

- dans l'article 21, alinéa 2, du même arrêté, dans le texte en néerlandais, le mot "terugbetaling" est remplacé par le mot "vergoeding"
- dans l'article 22, alinéa 1<sup>er</sup>, les mots "le numéro de pseudo-nomenclature" sont insérés entre les mots "une modification des conditions de remboursement et/ou" et les mots "et/ou de la catégorie de remboursement avec la base de remboursement correspondante."
- à l'article 23 :
  - => le 2<sup>o</sup>, deuxième tiret, est complété par les mots "ou pour la mise à disposition de produits radioactifs destinés à un usage *in vivo* en médecine humaine ou vétérinaire ;"
  - => le 2<sup>o</sup> est complété par un quatrième tiret ;
  - => le 6<sup>o</sup> est remplacé ;
- un article 26/1 est inséré
- l'article 27 est remplacé
- un article 27/2 est inséré
- dans l'article 28, les mots "par l'intermédiaire du réseau INTERNET <http://www.inami.fgov.be>." sont remplacés par les mots "à l'adresse Internet  <http://www.inami.fgov.be>."
- l'article 30 est abrogé
- dans le texte en néerlandais, le mot "geneesheer" est chaque fois remplacé par le mot "arts"
- dans l'annexe II, les mots "qu'il ne s'agisse pas d'isotopes sous la forme de sources scellées et d'une demi-vie supérieure à quatre mois et pour autant" sont abrogés.

Moniteur belge	Date	Titre
27.09.2023	09.07.2023	Arrêté royal mettant fin à certaines dispositions de l'arrêté royal n° 21 du 14 mai 2020 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie COVID-19

## Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- Abrogation des articles suivants qui marquent la fin des mesures visées :
  - => article 8 et son annexe 5 (code RID de la prescription électronique) ;
  - => article 11 et son annexe 8 (assouplissement des conditions de prolongation des trajets de soins) ;
  - => article 14 et son annexe 11 (bandagistes) ;
  - => article 16 et son annexe 13 (logopèdes) ;
  - => article 17 et son annexe 14 (kinésithérapeutes) ;
  - => article 18 et son annexe 15 (opticiens) ;
  - => article 19 et son annexe 16 (orthopédistes) ;
  - => article 20 et son annexe 17 (dentistes) ;
  - => article 21 et son annexe 18 (infirmiers) ;
  - => article 23 et son annexe 20 (sages-femmes) ;
  - => article 30 et son annexe 23 (audiciens).

Cela signifie également que les conditions habituelles de l'intervention de l'assurance obligatoire sont de nouveau d'application. Des dispositions transitoires ont été instaurées, de telle sorte que, si besoin, certaines des mesures prévues produisent leurs effets au-delà de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.

Certains articles de l'arrêté royal n° 21 du 14 mai 2020 sont maintenus. En conséquence, les mesures qui ne sont pas abrogées lorsque l'arrêté entre en vigueur courent jusqu'à la date limite fixée au 31 décembre 2025 par l'arrêté royal n° 21 du 14 mai 2020, sauf si elles sont abrogées par le Roi avant cette date.

## 5. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
06.04.2023	27.03.2023	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

### Résumé des modifications

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

- au point "F.1.6.1.5 Stent valvulaire implantable par voie percutanée", les modifications suivantes sont apportées :
  - => la base de remboursement et le montant du remboursement de la prestation 172734-172745 sont remplacés ;
  - => le libellé de la prestation 172756-172760 est remplacé ;
  - => la base de remboursement et le montant du remboursement de la prestation 172771-172782 sont remplacés.
- la prestation 181952-181963 et ses modalités de remboursement sont ajoutées
- la condition de remboursement F- § 09 est remplacé.

L'arrêté ministériel ajoute une nouvelle liste nominative 35603 associée à la prestation 181952-181963 à la Liste nominative "Stent valvulaire percutané implantable en position aortique (TAVI) ", jointe comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs.

Moniteur belge	Date	Titre
15.05.2023 – Édition 1	21.04.2023	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs
16.11.2023	21.04.2023	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexe 1 <sup>re</sup> et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs. - <i>Erratum</i>

### Résumé des modifications

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

- au point "F.1.6.3 Traitement endovasculaire d'une valve", les modifications suivantes sont apportées :
  - => la base de remboursement et le montant du remboursement de la prestation 172491-172502 sont remplacés par "15.000,00 EUR" ;
  - => le libellé et les modalités de remboursement de la prestation 172513-172524 sont remplacés.
- la condition de remboursement F- § 19 est remplacée.

Aux Listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, modifiées en dernier lieu par l'arrêté ministériel du 27 mars 2023, les modifications suivantes sont apportées à la Liste nominative "Implants pour rétablissement percutané des feuillets des valves mitrales" :

- la base de remboursement et le montant du remboursement de la prestation 172491-172502 sont remplacés par ce qui suit : "15.000,00 EUR" ;
- les modifications suivantes sont apportées à la prestation 172513-172524 :
  - => le libellé est remplacé ;
  - => la base de remboursement et le montant du remboursement sont remplacés par "1.091,44 EUR".

Moniteur belge	Date	Titre
05.06.2023	11.05.2023	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

### Résumé des modifications

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

- l'intitulé "F.1.6.1.2. Valve biologique" est complété par la prestation 184214-184225 et ses modalités de remboursement
- les modifications suivantes sont apportées à la condition de remboursement F- § 09 :
  - => au point "3.1. Définition", la phrase suivante est ajoutée : "Dans le cadre de la prestation 184214-184225, la calcification réduite avérée des feuillets de la valve est définie comme une concentration en calcium statistiquement significativement plus faible, quantifiée par spectrophotométrie, dans des valves implantées dans un modèle ovin juvénile (c.-à-d. âgé de 3 à 5 mois) par rapport à une autre valve déjà reprise dans la liste nominative de la prestation 159191-159202." ;
  - => au point "3.2. Critères", le point 3.2.2. est ajouté ;
  - => au point "4.1.1.", les mots "et 181856-181860" sont remplacés par les mots ", 181856-181860 et 184214-184225".

Aux Listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, est ajoutée une nouvelle liste nominative 38901 associée à la prestation 184214-184225.

Moniteur belge	Date	Titre
06.06.2023	10.05.2023	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

### Résumé des modifications

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

- le point "F.1.1 Stimulateur cardiaque" est complété par le point "F.1.1.3 Accessoires" et par la prestation 184015-184026 Enveloppe antibactérienne résorbable et ses modalités de remboursement
- la condition de remboursement F- § 28 qui correspond à la prestation précitée est insérée.

Aux Listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, est ajoutée une nouvelle liste nominative 387 associée à la prestation 184015-184026.

Moniteur belge	Date	Titre
20.04.2023	13.04.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques

#### Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
17.05.2023	12.05.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques

#### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au chapitre II à l'annexe I de l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques :

- Les §§ 20014 et 20015 sont supprimés.

Moniteur belge	Date	Titre
20.06.2023 – Édition 1	14.06.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques
30.06.2023 – Édition 1	14.06.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques. - <i>Erratum</i>

#### Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
20.04.2023	13.04.2023	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

#### Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
27.04.2023 – Édition 2	19.04.2023	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

#### Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
17.05.2023	12.05.2023	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
02.06.2023 – Édition 1	12.05.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. - <i>Erratum</i>

#### Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications :

- à l'annexe I
- à l'annexe II, le point VIII.1.34 est inséré, rédigé comme suit : "Bi-Specific T-cel Engager (BiTE): Fa-20".
- à l'annexe IV, les codes ATC sont ajoutés.

Moniteur belge	Date	Titre
30.05.2023	25.05.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

#### Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
20.06.2023 – Édition 2	14.06.2023	4 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
30.06.2023 – Édition 1	14.06.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques.- <i>Erratum</i>

### Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à :

- l'annexe I
- l'annexe II :
  - => le point XXIII.25 est inséré, rédigé comme suit : "Les médicaments destinés au traitement d'hyperoxalurie primaire : A-153" ;
  - => le point XXIII.26 est inséré, rédigé comme suit : "Enzyme spécifique de dégradation des IgG pour le traitement de désensibilisation chez des patients adultes hautement sensibilisés atteints de transplantations rénales : A-154".
- l'annexe IV, les codes ATC sont ajoutés.

Moniteur belge	Date	Titre
30.06.2023 – Édition 1	22.06.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

### Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
20.07.2023 – Édition 2	17.07.2023	5 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

### Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à :

- l'annexe I
- à l'annexe IV, des codes ATC sont ajoutés
- au chapitre IV à l'annexe I de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, une spécialité est insérée.

Moniteur belge	Date	Titre
21.08.2023	17.08.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

#### Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
28.08.2023	17.08.2023	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
11.09.2023 – Édition 1	17.08.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. - <i>Erratum</i>

#### Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
01.09.2023 – Édition 2	18.08.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

#### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel insère une spécialité au chapitre IV à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
07.09.2023	05.09.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

#### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- à l'annexe I
- à l'annexe II, sont apportées les modifications suivantes :

=> le point VI.10 est inséré, rédigé comme suit : "Traitement de la détresse respiratoire en néonatalogie : Fb-14" ;

=> le point IX.10 est inséré, rédigé comme suit : "Immunosuppresseurs C5 de longue durée d'action utilisés dans le traitement de l'hémoglobinurie paroxystique nocturne : Fa-21".

- à l'annexe IV, des codes ATC sont ajoutés.

Moniteur belge	Date	Titre
20.09.2023	13.09.2023	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

#### Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
25.09.2023	13.09.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

#### Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
02.05.2023 – Édition 1	24.04.2023	Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 28 février 2018 fixant l'organisation pratique des élections médicales telles qu'elles sont prévues à l'article 211, § 1 <sup>er</sup> , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel remplace les mots "le 13 juin 2018" par les mots "la date de l'envoi de l'INAMI visé au paragraphe 1<sup>er</sup>" à l'article 11, § 2, de l'arrêté ministériel du 28 février 2018 fixant l'organisation pratique des élections médicales telles qu'elles sont prévues à l'article 211, § 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Moniteur belge	Date	Titre
10.05.2023	24.03.2023	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "K. Chirurgie en général" de la liste jointe comme annexe 1 <sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes à la condition de remboursement K- § 01 au chapitre "K. Chirurgie en général" de la Liste, jointe comme annexe 1<sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs :

- le point e) du point "5.2 Autres règles" est remplacé par ce qui suit :

"e) Les prestations 162875-162886 et 162890-162901 ne peuvent être attestées que lorsque l'anti-adhésif a été utilisé lors d'une des prestations de la nomenclature suivantes :

224070-224081, 224092-224103, 224114-224125, 224733-224744, 224755-224766, 224770-224781, 224851-224862, 224895-224906, 224976-224980, 224991-225002, 225072-225083, 225094-225105, 225116-225120, 225131-225142, 225153-225164, 225175-225186, 225190-225201, 225212-225223, 225234-225245, 225374-225385, 225396-225400, 225411-225422, 225654-225665, 225676-225680."

Moniteur belge	Date	Titre
12.05.2023	24.03.2023	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la liste jointe comme annexe 1 <sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

### Résumé des modifications

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

- au point "L.2.4. Prothèses articulaires sur mesure", les modifications suivantes sont apportées :
  - => le libellé de la prestation 167716-167720 est remplacé ;
  - => les prestations 184170-184181 et 184192-184203 et leurs modalités de remboursement sont ajoutées.
- la condition de remboursement L- § 36 qui correspond aux prestations précitées est insérée.

Moniteur belge	Date	Titre
07.09.2023	17.08.2023	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- au chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la Liste, jointe comme annexe 1<sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs :  
=> le point "L.1.2. Disque intervertébral" est complété par les prestations 184236-184240 et 184251-184262 et leurs modalités de remboursement ;  
=> la condition de remboursement L- § 37 qui correspond aux prestations précitées est insérée.
- aux Listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, est ajoutée une nouvelle liste nominative 390 associée aux prestations 184236-184240 et 184251-184262.

Moniteur belge	Date	Titre
15.09.2023	17.08.2023	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la liste jointe comme annexe 1 <sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes à la condition de remboursement L- § 29 au chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la Liste, jointe comme annexe 1<sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs :

- le dernier alinéa du point "1. Critères concernant l'établissement hospitalier" est remplacé
- le point "4.1. Première implantation/Première utilisation" est remplacé
- au point "4.2. Remplacement", les alinéas 2, 3 et 4 sont abrogés
- au point "4.3. Remplacement prématuré", les alinéas 2, 3 et 4 sont abrogés
- le dernier alinéa du point "5.2 Autres règles" est abrogé
- le point "6. Résultats et statistiques" est remplacé
- le point "7. Divers" ancien, devenant le point 8, est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
19.07.2023	13.07.2023	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive" de la liste jointe comme annexe 1 <sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

#### Résumé des modifications

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

- au point 1.2. de la condition de remboursement E- § 04, les mots ", qui doit faire partie de l'équipe multidisciplinaire décrite au point 1.1.," sont ajoutés entre les mots "Le médecin spécialiste implantateur" et "a une expertise dans le domaine du traitement chirurgical de l'incontinence fécale".

Moniteur belge	Date	Titre
20.07.2023 – Édition 1	06.06.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

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

- aux §§ 10000, 110000, 120000 et 140000, certaines dénominations des denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales sont remplacées
- au § 10000, certains conditionnements des produits sont remplacés
- des dispositions sont insérées aux §§ 160100 et 160200.

Moniteur belge	Date	Titre
04.08.2023	20.06.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte la modification suivante dans la liste, PARTIE II, TITRE 2, au chapitre IV : Intervention pour le lait maternel, de l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> a), 19<sup>o</sup>, 20<sup>o</sup> et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les a) en b) sont supprimés et remplacés par ce qui suit : "0,60 EUR/10 ml, le prix de base du lait maternel. Aucun montant ne peut être facturé au bénéficiaire."

Moniteur belge	Date	Titre
18.08.2023	13.07.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
30.08.2023	13.07.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. - <i>Erratum</i>

### Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
18.08.2023	13.07.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
21.08.2023	10.05.2023	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

### Résumé des modifications

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

- le chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" est complété par l'intitulé "C.7. Stimulation du nerf hypoglosse" et par les prestations suivantes et leurs modalités de remboursement :
  - => "184030-184041 Premier neurostimulateur non-rechargeable du nerf hypoglosse en cas d'apnée obstructive du sommeil, pour stimulation unilatérale (un canal), le programmeur patient inclus" ;
  - => "184052-184063 Neurostimulateur non-rechargeable du nerf hypoglosse de remplacement en cas d'apnée obstructive du sommeil, pour stimulation unilatérale (un canal), le programmeur patient inclus" ;
  - => "184074-184085 Neurostimulateur non-rechargeable du nerf hypoglosse de remplacement en cas d'apnée obstructive du sommeil, pour stimulation unilatérale (un canal), le programmeur patient inclus, en cas de remplacement anticipé" ;
  - => "184096-184100 Électrode de stimulation du nerf hypoglosse en cas d'apnée obstructive du sommeil" ;
  - => "184111-184122 Électrode de stimulation du nerf hypoglosse de remplacement en cas d'apnée obstructive du sommeil" ;

=> "184133-184144 Électrode de détection du cycle respiratoire pour la stimulation du nerf hypoglosse en cas d'apnée obstructive du sommeil" ;

=> "184155-184166 Électrode de détection du cycle respiratoire de remplacement pour la stimulation du nerf hypoglosse en cas d'apnée obstructive du sommeil".

- la condition de remboursement C- § 11 qui correspond à la prestation précitée est insérée.

L'arrêté ministériel ajoute une nouvelle liste nominative 388 associée aux prestations 184030-184041, 184052-184063, 184074-184085, 184096-184100, 184111-184122, 184133-184144 et 184155-184166 aux Listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs.

Moniteur belge	Date	Titre
18.09.2023	25.08.2023	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" C.1. Intervention sur l'oreille, C.1.1. Implant cochléaire de la Liste, jointe comme annexe 1<sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs :

- au point C.1.1.1 Implant cochléaire en cas de perte auditive bilatérale, les modifications suivantes sont apportées :
  - => les prestations 152935-152946, 152950-152961, 152972-152983, 152994-153005, 170811-170822 et 170833-170844 et leurs modalités de remboursement sont abrogées ;
  - => les prestations 184273-184284, 184295-184306, 184310-184321, 184332-184343, 184376-184380, 184391-184402 et leurs modalités de remboursement sont ajoutées.
- au point C.1.1.2 Implant cochléaire en cas de perte auditive bilatérale sévère avec une ossification bilatérale imminente, les modifications suivantes sont apportées :
  - => les prestations 180574-180585, 180596-180600, 180611-180622 et 180633-180644 et leurs modalités de remboursement sont abrogées ;
  - => les prestations 184413-184424, 184435-184446, 184450-184461, 184472-184483 et leurs modalités de remboursement sont ajoutées.
- au point C.1.1.3 Implant cochléaire en cas de neuropathie auditive, les modifications suivantes sont apportées :
  - => les prestations 180655-180666, 180670-180681, 180692-180703 et 180714-180725 et leurs modalités de remboursement sont abrogées ;
  - => les prestations 184494-184505, 184516-184520, 184531-184542, 184553-184564 et leurs modalités de remboursement sont ajoutées.

- au point C.1.1.4 Remplacements, les modifications suivantes sont apportées :
  - => le libellé des prestations 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064, 153075-153086, 153090-153101 et 153112-153123 et leurs modalités de remboursement sont remplacées ;
  - => les prestations 184575-184586, 184590-184601, 184612-184623, 184634-184645, 184656-184660, 184671-184682 et leurs modalités de remboursement sont insérées.
- le point C.1.1.5 Processeur de son d'un implant cochléaire est ajouté au point C.1.1 Implant cochléaire
- au nouveau point ajouté C.1.1.5 Processeur de son d'un implant cochléaire, la prestation 184354-184365 et ses modalités de remboursement sont ajoutées
- les modifications suivantes sont apportées à la condition de remboursement C- § 01 :
  - => à l'intitulé "Prestation(s) liée(s)" : ", les modifications suivantes sont apportées :
    - 1) les prestations suivantes sont abrogées : 152935-152946 ; 152950-152961 ; 152972-152983 ; 152994-153005 ; 170811-170822 ; 170833-170844 ; 180574-180585 ; 180596-180600 ; 180611-180622 ; 180633-180644 ; 180655-180666 ; 180670-180681 ; 180692-180703 ; 180714-180725
    - 2) les prestations suivantes sont ajoutées : 184273-184284 ; 184295-184306 ; 184310-184321 ; 184332-184343 ; 184354-184365 ; 184376-184380 ; 184391-184402 ; 184413-184424 ; 184435-184446 ; 184450-184461 ; 184472-184483 ; 184494-184505 ; 184516-184520 ; 184531-184542 ; 184553-184564 ; 184575-184586 ; 184590-184601 ; 184612-184623 ; 184634-184645 ; 184656-184660 ; 184671-184682 ;
  - => l'intitulé "1. Critères concernant l'établissement" est remplacé par "1. Critères concernant l'établissement hospitalier" ;
  - => au point "1. Critères concernant l'établissement hospitalier", l'alinéa 1<sup>er</sup> est remplacé par ce qui suit : "Les prestations 184273-184284, 184295-184306, 184310-184321, 184332-184343, 184354-184365, 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064, 153075-153086, 153090-153101, 153112-153123, 184376-184380, 184391-184402, 184413-184424, 184435-184446, 184450-184461, 184472-184483, 184494-184505, 184516-184520, 184531-184542, 184553-184564, 184575-184586, 184590-184601, 184612-184623, 184634-184645, 184656-184660 et 184671-184682 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants :" ;
  - => dans la version néerlandaise, dans le point "1.1. Pose d'indication", les mots "de implanterend arts-specialist voor otorinolaryngologie" et "NKO arts" sont remplacés par les mots "de implanterend arts-specialist in de otorinolaryngologie" et "NKO-arts" ;
  - => au point "2. Critères concernant le bénéficiaire", l'alinéa 1<sup>er</sup> est remplacé par ce qui suit : "Les prestations 184273-184284, 184295-184306, 184310-184321, 184332-184343, 184354-184365, 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064, 153075-153086, 153090-153101, 153112-153123, 184376-184380, 184391-184402, 184413-184424, 184435-184446, 184450-184461, 184472-184483, 184494-184505, 184516-184520, 184531-184542, 184553-184564, 184575-184586, 184590-184601, 184612-184623, 184634-184645, 184656-184660 et 184671-184682 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :" ;
  - => le premier alinéa du point "2.2.1." est remplacé par ce qui suit : "Pour les bénéficiaires avec une perte auditive bilatérale sévère; pour la première oreille (prestations 184273-184284+184354-184365 et 184295-184306+184354-184365);" ;

=> au point "2.2.2.", les modifications suivantes sont apportées :

- 1) le premier alinéa est remplacé par ce qui suit : "Pour les bénéficiaires avec une perte auditive bilatérale asymétrique (prestations 184376-184380+184354-184365 et 184391-184402+184354-184365) :";
  - 2) le dernier alinéa est remplacé par ce qui suit : "Les prestations 184376-184380+184354-184365 et 184391-184402+184354-184365 sont d'application uniquement pour la plus mauvaise oreille."
- le premier alinéa du point "2.2.3." est remplacé par ce qui suit : "Pour les bénéficiaires avec une perte auditive bilatérale sévère et une ossification bilatérale imminente ; pour la première oreille (prestations 184413-184424+184354-184365 et 184435-184446+184354-184365) :"
  - le premier alinéa du point "2.2.4." est remplacé par ce qui suit : "Pour les bénéficiaires avec une neuropathie auditive; pour la première oreille (prestations 184494-184505+184354-184365 et 184516-184520+184354-184365) :"
  - le point "2.2.5." est remplacé par ce qui suit : "2.2.5. Pour les bénéficiaires avec une perte auditive bilatérale sévère, une perte auditive bilatérale sévère avec ossification bilatérale imminente ou avec une neuropathie auditive; pour l'oreille controlatérale (prestations 184310-184321+184354-184365, 184332-184343+184354-184365, 184450-184461+184354-184365, 184472-184483+184354-184365, 184531-184542+184354-184365 et 184553-184564+184354-184365) :

Le bénéficiaire a déjà bénéficié d'une intervention de l'assurance obligatoire pour un premier implant cochléaire et processeur de son et ses accessoires via la prestation 683690-683701, 184273-184284+184354-184365, 184295-184306+184354-184365, 184376-184380+184354-184365, 184391-184402+184354-184365, 184413-184424+184354-184365, 184435-184446+184354-184365, 184494-184505+184354-184365 ou 184516-184520+184354-184365.

Si le bénéficiaire a déjà reçu un avis positif pour un premier implant cochléaire et processeur de son et ses accessoires pour une perte auditive bilatérale asymétrique décrite sous la prestation 184376-184380+184354-184365 ou 184391-184402+184354-184365, il doit être démontré que l'oreille controlatérale a évolué vers une perte auditive bilatérale sévère, comme décrit sous le point 2.2.1." ;

- le point "3. Critères concernant le dispositif" est remplacé.

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

- la liste nominative 31101 associée aux prestations 152935-152946, 180574-180585 et 180655-180666 est abrogée
- la liste nominative 31102 associée aux prestations 152950-152961, 180596-180600 et 180670-180681 est abrogée
- la liste nominative 31103 associée à la prestation 153016-153020 est abrogée
- la liste nominative 31104 associée à la prestation 153031-153042 est abrogée
- la liste nominative 31105 associée à la prestation 153090-153101 est abrogée
- la liste nominative 31106 associée à la prestation 170811-170822 est abrogée
- la liste nominative 31107 associée à la prestation 170833-170844 est abrogée
- la liste nominative 31201 associée aux prestations 152972-152983, 180611-180622 et 180692-180703 est abrogée

- la liste nominative 31202 associée aux prestations 152994-153005, 180633-180644 et 180714-180725 est abrogée
- la liste nominative 31203 associée à la prestation 153053-153064 est abrogée
- la liste nominative 31204 associée à la prestation 153075-153086 est abrogée
- la liste nominative 31205 associée à la prestation 153112-153123 est abrogée
- une nouvelle liste nominative 39101 associée aux prestations 153090-153101, 153112-153123, 184273-184284, 184295-184306, 184310-184321, 184332-184343, 184376-184380, 184391-184402, 184413-184424, 184435-184446, 184450-184461, 184472-184483, 184494-184505, 184516-184520, 184531-184542, 184553-184564, 184656-184660 et 184671-184682 est ajoutée
- une nouvelle liste nominative 39102 associée aux prestations 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064, 153075-153086, 184354-184365, 184575-184586, 184590-184601, 184612-184623 et 184634-184645 est ajoutée.

Moniteur belge	Date	Titre
07.09.2023	17.08.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe comme annexe 1 <sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

### Résumé des modifications

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

- à la condition de remboursement B- § 02, au point "4.2 Remplacement", au premier alinéa, les mots "151211-151222 ou 151233-151244 ou 151255-151266" sont remplacés par les mots "151211-151222 ou 151255-151266"
- à la condition de remboursement B- § 11, les modifications suivantes sont apportées :
  - => au point "1. Critères concernant l'établissement hospitalier", les prestations 173154-173165, 173213-173224, 173235-173246, 173272-173283, 173331-173342 et 173353-173364 sont supprimées ;
  - => dans la version française, le quatrième alinéa du point "1.2. Formulaire de candidature pour l'établissement hospitalier" est remplacé ;
  - => dans la version néerlandaise, dans le cinquième alinéa du point "1.2. Formulaire de candidature pour l'établissement hospitalier", le mot "Wanner" est remplacé par le mot "Wanneer" ;
  - => dans la version française, dans la première phrase du point 4 du point "2.1 Critères d'inclusion", le mot "sujet" est remplacé par le mot "bénéficiaire" ;
  - => au point "3.3. Conditions de garantie", les mots "173250-173261, 173316-173320" sont remplacés par les mots "173250-173261, 173294-173305, 173316-173320" ;

=> dans la version française, dans le deuxième alinéa du point "4.2. Remplacement", les mots "entre autres" sont remplacés par le mot "aussi" ;

=> dans la version néerlandaise, le mot "meerde" est remplacé chaque fois par le mot "meerdere" ;

- au chapitre "E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive", à la condition de remboursement E- § 04, le point "3.2. Critères" est remplacé
- au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie", à la condition de remboursement F- § 23, les modifications suivantes sont apportées au point "1.2" :
  - => les mots "1.2. Dès 202x jusqu'à 202x+4" sont remplacés par les mots "1.2. Dès 2022 jusqu'à 2026" ;
  - => les mots "Dès 202x+5" sont remplacés par les mots "Dès 2027".
- à la condition de remboursement J- § 01, dans la version française, au point "4.1 Première implantation", à la deuxième phrase, le mot "Après" est remplacé par le mot "Avant".

Moniteur belge	Date	Titre
18.09.2023	25.08.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe comme annexe 1 <sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

#### Résumé des modifications

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

- avant le chapitre "A. Ophtalmologie", le point 1.2 est remplacé par ce qui suit : "1.2. Si dans une condition de remboursement (1. Critères concernant l'établissement hospitalier), il est fait référence aux années 2020, 2021 ou 2022, le nombre de prestations pour chacune de ces années sera remplacé par le nombre de prestations pour l'année 2019 (correspondant à l'année qui précède l'année où l'A.R. n° 21 du 14.05.2020, portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie COVID-19, est entré en vigueur) pour autant que le nombre de prestations pour l'année 2019 soit supérieur à celui des prestations pour l'année à laquelle il est fait référence."

Moniteur belge	Date	Titre
13.09.2023	05.09.2023	Arrêté ministériel portant approbation du règlement d'ordre intérieur de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs

#### Résumé des modifications

Le règlement d'ordre intérieur de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, visée à l'article 122<sup>novodicies</sup> 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, est approuvé.

## 6. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
14.04.2023 – Édition 2	06.02.2023	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

### Résumé des modifications

À l'annexe du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs concernant la procédure de demande pour un stent valvulaire, les formulaires F-Form-I-08, F-Form-II-05 et F-Form-I-15, F-Form-I-17 et F-Form-I-18 auxquels il est fait référence au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, sont modifiés. Le formulaire F-Form-I-04 est supprimé.

Moniteur belge	Date	Titre
15.05.2023 – Édition 1	06.02.2023	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables
16.11.2023	06.02.2023	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables. - <i>Erratum</i>

### Résumé des modifications

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

Les formulaires F-Form-I-06 et F-Form-II-03 auxquels il est fait référence au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, sont modifiés.

Moniteur belge	Date	Titre
16.08.2023	06.03.2023	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables
22.11.2023	06.03.2023	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables. - <i>Erratum</i>

#### Résumé des modifications

À l'annexe du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, les formulaires C-Form-II-01 et C-Form-I-15 concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" de la liste, sont ajoutés.

Moniteur belge	Date	Titre
14.09.2023	26.06.2023	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

#### Résumé des modifications

À l'annexe du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs concernant la procédure de demande pour un implant cochléaire, les formulaires C-Form-I-01, C-Form-I-02, C-Form-I-03, C-Form-I-06, C-Form-I-10, C-Form-I-11 et C-Form-I-12 auxquels il est fait référence au chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" de la liste, sont modifiés.

Moniteur belge	Date	Titre
18.09.2023	05.06.2023	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

### Résumé des modifications

À l'annexe du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, les formulaires L-Form-I-09, L-Form-I-10, L-Form-I-11, L-Form-I-12 et L-Form-I-13 concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre "Orthopédie et traumatologie" de la liste, sont supprimés. Le formulaire L-Form-II-01 concernant la pose de candidature est modifié.

Moniteur belge	Date	Titre
11.05.2023	26.04.2023	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes :

- le Chapitre VIII *quinquies* - PERMANENCE DANS LES SOINS INTENSIFS est remplacé par ce qui suit :

"CHAPITRE VIII *quinquies* - PERMANENCE DANS LES FONCTIONS DE SOINS INTENSIFS ET LES FONCTIONS RECONNUES DE SOINS URGENTS SPECIALISES

Article 22 *octies*. La liste des médecins visée à l'article 13, § 6, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est établie conformément au modèle figurant à l'annexe 89.

Article 22 *nonies*. La liste des médecins qui assurent la permanence dans le cadre d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés visée à l'article 25, § 3 *bis*, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est établie conformément au modèle figurant à l'annexe 97."

- Il est inséré une annexe 97.

Moniteur belge	Date	Titre
27.07.2023	06.02.2023	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

Le règlement remplace l'annexe 5a du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Moniteur belge	Date	Titre
27.07.2023	05.06.2023	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

Le règlement remplace l'annexe 37 suite 1 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Moniteur belge	Date	Titre
27.07.2023	10.07.2023	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

Le règlement remplace l'annexe 5b du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Moniteur belge	Date	Titre
01.08.2023 – Édition 2	05.06.2023	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

Le règlement remplace l'annexe 37 suite 1 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Moniteur belge	Date	Titre
08.08.2023	06.03.2023	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes :

- dans l'article 6, § 1<sup>er</sup>, 7°, du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'alinéa 7 est remplacé par ce qui suit: "- une prescription médicale pour les prestations des opticiens, conforme au modèle repris à l'annexe 15bis (verres de lunettes), 15ter (lentilles de contact), 15quater (prothèses oculaires) ou 15quinquies (dispositifs de basse vision) ;"
- une annexe 15quinquies est insérée.

Moniteur belge	Date	Titre
16.05.2023 – Édition 1	06.03.2023	Règlement portant exécution de l'article 22, § 2, a) de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la Charte" de l'assuré social

### Résumé des modifications

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité a arrêté le règlement suivant :

Article 1<sup>er</sup>. L'assuré social auquel a été notifiée une décision de récupération de montants indus en soins de santé peut introduire auprès de l'organisme assureur auquel il est affilié une demande de renonciation à la récupération de cet indu.

Article 2. La renonciation à la récupération de montants indus ne peut être accordée que si l'assuré social est de bonne foi et qu'il se trouve dans un cas digne d'intérêt.

Article 3. Le caractère digne d'intérêt est déterminé sur la base des revenus du ménage, tels qu'ils existent au moment de l'introduction de la demande de renonciation.

Par revenus du ménage, on entend le montant des revenus fixés conformément aux articles 25 à 27 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Lorsque les revenus du ménage sont inférieurs au montant visé à l'article 21 de l'arrêté royal précité, il est renoncé à la récupération de l'indu.

Lorsque les revenus du ménage sont supérieurs au montant visé à l'alinéa précédent, mais inférieurs à 150 % de ce même montant, la renonciation est accordée pour la partie de l'indu qui dépasserait la moitié du montant des revenus du ménage qui est supérieur au montant visé à l'alinéa précédent.

Par dérogation aux alinéas précédents, il est satisfait au caractère digne d'intérêt si l'assuré social bénéficie, au moment de l'introduction de la demande de renonciation, de l'intervention majorée de l'assurance conformément à l'arrêté royal précité.

Article 4. Pour pouvoir être prise en considération, la demande de renonciation doit avoir été introduite dans les trois mois à compter du jour suivant l'expiration du délai de recours ou de la date à laquelle la décision judiciaire est passée en force de chose jugée.

Article 5. L'organisme assureur constitue le dossier.

Le dossier comporte une copie de la reconnaissance de dette signée par l'intéressé ou, à défaut de celle-ci, de la décision de répétition de l'indu notifiée à l'intéressé qui n'aurait pas été contestée dans le délai de recours prévu à peine de déchéance ou une copie du titre exécutoire qui établit l'existence de l'indu ainsi que son importance. En cas de contestation relative à l'indu devant les juridictions compétentes, l'examen du dossier ne pourra être entrepris qu'après l'obtention du titre exécutoire.

Le dossier comporte également les documents déterminés par circulaire, notamment en ce qui concerne la preuve des revenus du ménage de l'assuré social.

Article 6. La demande de l'assuré social et le dossier constitué à cet effet sont transmis par l'organisme assureur au Service des soins de santé.

Le Service des soins de santé instruit le dossier et le soumet pour avis au Groupe de travail assurabilité. Le Service transmet le dossier, accompagné de cet avis, au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé, pour décision.

Article 7. La décision du Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé est notifiée à l'assuré social ; une copie de cette notification est adressée à l'organisme assureur.

Article 8. La procédure de renonciation n'est toutefois pas applicable aux indus dont le montant est inférieur ou égal à 125 EUR. Ce montant est, le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année et pour la première fois le 1<sup>er</sup> janvier 2024, adapté à l'évolution de la valeur de l'indice santé visée à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé, entre le 30 juin de la deuxième année antérieure et le 30 juin de l'année antérieure.

Article 9. Il sera fait rapport tous les deux ans des décisions au Conseil général de l'assurance soins de santé.

Article 10. Par dérogation aux articles 1<sup>er</sup> à 9, il est renoncé d'office à la récupération de l'indu lorsque celui-ci est constaté à la suite d'une modification rétroactive du statut de l'assuré social dans l'échange de données entre le SPF Justice et les organismes assureurs relatif aux détenus et internés placés.

Moniteur belge	Date	Titre
23.08.2023	10.07.2023	Règlement portant exécution des articles 9bis et 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes :

- l'annexe 1<sup>re</sup> fixe les règles applicables à l'utilisation des services mis par les organismes assureurs à disposition des dispensateurs de soins sous la dénomination de MyCareNet

- l'annexe 2 (matrice d'accès) fixe par catégorie de dispensateurs de soins les services mis par les organismes assureurs à disposition des dispensateurs.
- Sont abrogés :
  - => le Protocole, rédigé le 17 mars 2010 par la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs, portant les conditions et les modalités selon lesquelles force probante jusqu'à preuve du contraire peut être accordée aux données qui sont enregistrées ou conservées au moyen d'un procédé électronique ou communiquées d'une autre manière que sur un support papier, ainsi que les conditions et les modalités selon lesquelles ces données sont reproduites sur papier ou sur tout autre support lisible ;
  - => le règlement du 19 mars 2018 portant exécution des articles 9*bis* et 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;
  - => le règlement du 19 décembre 2016 portant exécution des articles 9*bis* et 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;
  - => le règlement du 7 décembre 2015 portant exécution des articles 9*bis* et 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ;
  - => le règlement du 17 mars 2014 portant exécution des articles 9*bis* et 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

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

Moniteur belge

28.04.2023

### Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 30, de la nomenclature des prestations de santé

LA RÈGLE INTERPRÉTATIVE 1 EST REMPLACÉE PAR LES DISPOSITIONS SUIVANTES :

Question

Sur base de quelle amétropie rembourse-t-on les lentilles de contact multifocales ?

Réponse

Les lentilles multifocales sont des lentilles de contact optiques pour lesquelles l'article 30 définit les différentes indications au point C. 2.2.2.

L'une des indications est la présence d'une amétropie de +7,75 de dioptrie. Celle-ci doit être évaluée sur base de la réfraction du verre de lunette et de la dioptrie pour la vision de loin, à l'instar de ce qui est d'application pour les verres de lunettes progressifs.

La modification précitée produit ses effets au 1<sup>er</sup> juillet 2022.

## Moniteur belge

31.08.2023

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

Question:

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

Réponse:

Si un patient bénéficie du remboursement d'un traitement par la spécialité pharmaceutique TecvayliR, une spécialité pharmaceutique ayant le tocilizumab comme principe actif peut être remboursée, pour autant cette dernière soit administrée pour le traitement du syndrome de libération de cytokines induit par l'administration sous-cutanée de teclistamab, pour autant que la spécialité pharmaceutique concernée ayant le tocilizumab comme principe actif ait été utilisée et facturée par l'hôpital où le patient bénéficie du remboursement de la spécialité pharmaceutique TecvayliR.

La règle interprétative précitée prend effet le 1<sup>er</sup> septembre 2023.

## Moniteur belge

07.09.2023

**Règles interprétatives relatives à la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables****REGLE INTERPRETATIVE 44**

Question

"Un bénéficiaire a reçu un premier implant cochléaire en raison d'une perte auditive bilatérale sévère, d'une perte auditive bilatérale sévère avec ossification imminente ou d'une neuropathie auditive, à l'étranger (intervention non couverte par l'assurance obligatoire belge). Il vient en Belgique et est assuré. Ce bénéficiaire, qui a encore moins de 12 ans ou moins de 18 ans, peut-il bénéficier d'un implant cochléaire controlatéral (dans le cadre de la prestation 152972-152983, 152994-153005, 180611-180622, 180633-180644, 180692-180703 ou 180714-180725) ?"

Réponse

"Dans ce cas, la procédure décrite au point 4.2. de la condition de remboursement des implants cochléaires C- § 01 doit être suivie même s'il ne s'agit pas d'une demande de remboursement pour le remplacement d'un implant ou du processeur de son. De ce fait, si le Collège des médecins-directeurs évalue sur base du dossier de la primo-implantation que le patient répondait aux critères de la Liste alors cela implique que même si, pour ce patient, la prestation 152935-152946, 152950-152961, 180574-180585, 180596-180600, 180655-180666 ou 180670-180681 n'a pas été attestée, un accord du Collège des médecins-directeurs peut être octroyé pour la prestation 152972-152983 ou 152994-153005 (le bénéficiaire a moins de 12 ans) ou la prestation 180611-180622, 180633-180644, 180692-180703 ou 180714-180725 (le bénéficiaire a moins de 18 ans). Les prestations pour l'implantation controlatérale ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs, avant l'implantation, sur base d'une demande introduite par un médecin ORL appartenant à l'équipe qui réalisera l'implantation et contenant les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de remboursement."

La règle interprétative 44 produit ses effets le 1<sup>er</sup> août 2019.

## 8. Avis et protocole

Moniteur belge	Date	Titre
17.04.2023		Indicateur pour la ménissectomie arthroscopique chez des patients âgés de plus de 50 ans

### Résumé des modifications

La prestation avec le code de nomenclature 276636-276640, reprise à l'article 14k de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, ne peut être attestée, chez les patients de plus de 50 ans, par année civile et par dispensateur de soins, que pour 45 % du nombre total de ces prestations.

Moniteur belge	Date	Titre
18.08.2023		Indicateur pour l'évaluation de l'incidence maximale des examens IRM urgents en ambulatoire

### Résumé des modifications

L'incidence maximale des examens IRM urgents pratiqués en ambulatoire est fixée à 5 examens IRM urgents par 1000 examens IRM pratiqués et portés en compte en ambulatoire, par année calendrier.

Il s'agit des examens IRM qui sont saisis par les codes de nomenclature 599572 et 599594 repris à l'article 26, § 1 et § 9 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

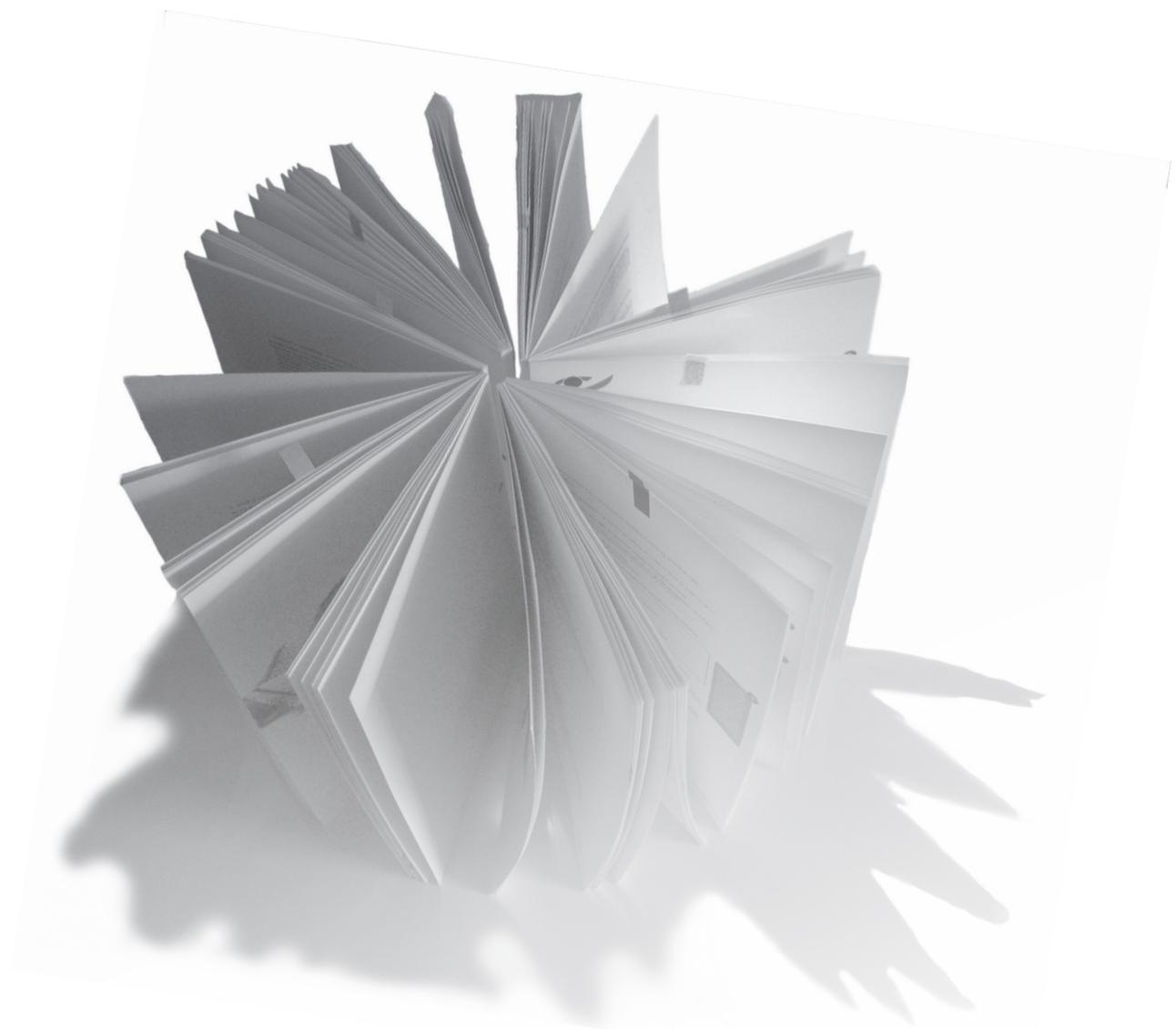
Moniteur belge	Date	Titre
25.09.2023		Indicateur pour la fixation d'un intervalle minimal entre la première consultation du patient avec un chirurgien bariatrique et l'intervention bariatrique proprement dite

### Résumé des modifications

Une période minimale de trois mois calendrier complets entre la première consultation du patient avec un chirurgien bariatrique et le moment de l'intervention bariatrique proprement dite est fixée pour tous les patients. Les trois mois calendrier complets débutent à partir du premier jour du mois calendrier qui suit le jour de la consultation. En cas de haute nécessité médicale, il peut y être dérogé en motivant la demande.

# 2<sup>e</sup> Partie

## Jurisprudence



# I. Cour constitutionnelle, arrêt n° 169/2022 du 22 décembre 2022

## Suspension de l'octroi des indemnités d'incapacité de travail – Détenus – Principe d'égalité – Principe de non-discrimination

*L'article 105, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, tel qu'il a été remplacé par l'article 21 de la loi-programme du 10 août 2015, ne viole pas les articles 10, 11 et 23 de la Constitution.*

*Dans la mesure où le principe d'égalité s'oppose à ce que soient traitées de manière identique des personnes se trouvant dans des situations différentes, ce principe n'a pas été violé. L'indemnité d'incapacité de travail et l'allocation de chômage constituent en effet toutes deux un revenu de remplacement pour les travailleurs qui ne sont plus capables d'obtenir un revenu issu du travail, en raison de leur état de santé ou de leur situation sur le marché de l'emploi. Le législateur a pu considérer la période de détention ou d'incarcération comme étant la cause déterminante de l'impossibilité à obtenir un revenu du travail. Le législateur peut donc, en l'occurrence, suspendre également l'octroi des indemnités d'incapacité de travail. Ce critère est également pertinent au regard de l'objectif du législateur d'assurer la cohérence du régime de paiement d'allocations sociales aux personnes pendant la période de détention ou d'incarcération.*

*Le fait que ces indemnités fassent désormais l'objet d'une suspension totale, entraîne un recul significatif du droit à la sécurité sociale. Pour être compatible avec l'article 23 de la Constitution, cette réduction significative doit être justifiée par des motifs d'intérêt général. Il existe toutefois des motifs liés à l'intérêt général qui justifient le recul significatif du degré de protection des personnes concernées pendant leur détention ou leur incarcération. Ce recul significatif se justifie pour les mêmes raisons que celles justifiant l'égalité de traitement entre les personnes en incapacité de travail et les chômeurs. Par cette mesure, le législateur a visé à élaborer un système cohérent pour le paiement des allocations sociales aux personnes qui font l'objet d'une détention ou d'une incarcération (cf. supra). Il appartient à l'autorité fédérale compétente de donner une exécution adéquate au titre V concernant les conditions de vie des détenus, visé dans la loi du 12 janvier 2005 de principes concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus.*

R.G. 7613

...

## I. Objet des questions préjudicielles et procédure

Par jugement du 8 mars 2021, dont l'expédition est parvenue au greffe de la Cour le 5 juillet 2021, le Tribunal du travail de Liège, division de Verviers, a posé les questions préjudicielles suivantes :

"1) L'article 105 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, tel que modifié par les articles 21 et 22 de la loi programme du 10 août 2015, qui suspend, depuis son entrée en vigueur, l'octroi des indemnités d'assurance maladie-invalidité pendant une période de détention ou d'incarcération et réduit significativement le niveau de protection offert par la législation en vigueur, sans qu'existent pour ce faire des motifs liés à l'intérêt général, viole-t-il l'article 23 de la Constitution (principe de *standstill*), combiné ou non avec les articles 10 et 11 de la Constitution ?

2) L'article 105 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, tel que modifié par les articles 21 et 22 de la loi programme du 10 août 2015 viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution en ce qu'il traite de manière identique, sans qu'apparaisse de justification raisonnable, des catégories de personnes se trouvant dans des situations qui, au regard de la mesure considérée, sont essentiellement différentes, à savoir, d'une part, le chômeur qui fait l'objet d'une mesure de détention ou d'incarcération et, d'autre part, le bénéficiaire d'indemnités d'assurance maladie invalidité, qui fait l'objet d'une même mesure, ces deux catégories de personnes voyant de la même façon leurs allocations ou indemnités suspendues pendant la durée de la mesure privative de liberté ?".

...

- B -

*Quant à la disposition en cause et à son contexte*

B.1. Les questions préjudicielles portent sur l'article 105 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : la loi du 14.07.1994), tel qu'il a été remplacé par l'article 21 de la loi-programme du 10 août 2015.

B.2. L'article 105 de la loi du 14 juillet 1994 s'applique à l'assurance indemnités dans le régime des travailleurs salariés.

B.3. Avant sa modification par la loi-programme du 10 août 2015, l'article 105 de la loi du 14 juillet 1994 disposait :

"Le Roi détermine dans quelles conditions et dans quelle mesure les indemnités sont accordées, lorsque le titulaire qui n'a pas de personne à charge au sens de l'article 93, dernier alinéa, se trouve dans une période de détention préventive ou de privation de liberté".

En exécution de cette disposition, l'article 233 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 (ci-après : l'A.R. du 03.07.1996), avant sa modification par l'arrêté royal du 19 janvier 2016 "modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994" (ci-après : l'A.R. du 19.01.2016), disposait :

"Le titulaire qui n'a pas de personne à charge et qui se trouve dans une période de détention préventive ou de privation de liberté, a droit à une indemnité réduite de moitié.

L'indemnité non réduite est toutefois accordée au titulaire visé à l'alinéa précédent, dès le premier jour de la libération conditionnelle ou de la mise en liberté provisoire et, lorsqu'il a obtenu l'autorisation de quitter l'établissement pour une période ininterrompue d'au moins sept jours, dès le premier jour de cette période".

B.4.1. L'article 21 de la loi-programme du 10 août 2015 a intégralement remplacé le texte de l'article 105 de la loi du 14 juillet 1994. Cette modification est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016 (art. 22 de la loi-programme du 10.08.2015, tel qu'il a été modifié par l'art. 24 de la loi du 16.05.2016 "portant des dispositions diverses en matière sociale"). À la suite de cette modification, l'article 105 de la loi du 14 juillet 1994 dispose :

"Le Roi détermine les conditions dans lesquelles l'octroi des indemnités est suspendu pendant une période de détention ou d'incarcération. Il détermine également les modalités selon lesquelles les données nécessaires à l'application de cette mesure sont communiquées à l'organisme assureur.

Le Roi détermine également dans quelles conditions et dans quelle mesure les indemnités sont accordées lorsque le titulaire qui n'a pas de personne à charge au sens de l'article 93, alinéa 7, se trouve dans une période de privation de liberté autre que la détention ou l'incarcération".

B.4.2. L'exposé des motifs du projet à l'origine de la loi-programme du 10 août 2015 indique :

"Le Gouvernement prévoit de suspendre le paiement des indemnités d'incapacité de travail [...] pendant la période de détention ou d'incarcération du bénéficiaire reconnu incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Cette mesure trouve son fondement dans le passage suivant de l'accord gouvernemental (p. 123) :

"Le gouvernement examinera la cohérence du régime de paiement d'allocations sociales aux détenus durant la période de détention et l'adaptera".

Il convient en effet de constater que les différentes branches de la sécurité sociale abordent cette problématique différemment. Jusqu'à présent, l'article 233 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire 'soins de santé et indemnités' stipule que l'indemnité d'incapacité de travail est réduite de moitié aussi longtemps que le détenu se trouve dans une période de détention préventive ou de privation de liberté et à condition qu'il n'ait pas de personnes à charge.

L'article 67 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage stipule de son côté que le chômeur ne peut bénéficier des allocations de chômage durant une période de détention préventive ou de privation de liberté. Il n'est en effet pas question d'une perte de revenus que les allocations de chômage devraient compenser. Aussi longtemps qu'un travailleur séjourne en prison, il ne peut en effet être rémunéré par son employeur. Lorsqu'un travailleur est en détention provisoire, son contrat de travail est suspendu (art. 28 de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail). Lorsqu'un travailleur fait l'objet d'une peine privative de liberté, il ne peut plus travailler pour le compte de son employeur et par conséquent, ce dernier n'est plus dans l'obligation légale de lui verser un salaire. En d'autres termes, il n'est pas question d'une perte de salaire à compenser par une allocation de chômage.

Le gouvernement est d'avis qu'un même raisonnement peut s'appliquer à l'indemnité d'incapacité de travail. Il s'agit en effet d'un revenu de remplacement, au même titre que l'allocation de chômage. Elle remplace la rémunération qu'un travailleur ne peut plus percevoir du fait de son travail personnel, parce que sa capacité de gain est réduite d'au moins 66 %. En période de détention, le détenu n'a toutefois pas droit à rémunération et par conséquent, il n'est pas question d'une perte de rémunération qui devrait être prise en charge par l'assurance maladie. La perte en question n'a plus rien à voir avec la maladie ou l'incapacité de travail. Elle s'explique par le fait qu'à cause de la détention, la personne concernée ne peut plus fournir des prestations de travail et ne peut donc plus prétendre à rémunération.

Ce raisonnement explique également pourquoi cette mesure a pour seul objectif de suspendre le paiement des allocations pendant une période de détention ou d'incarcération ; la reconnaissance de l'incapacité de travail est maintenue aussi longtemps que la personne concernée répond aux conditions visées à l'article 100 de la loi coordonnée susmentionnée.

Il convient en outre d'attirer l'attention sur le fait que selon la loi de la responsabilité (art. 1382 du C. civ.), un détenu ne peut pas non plus demander une indemnité pour cause de manque à gagner. Ce manque à gagner est en effet lié avant tout à sa détention. Il n'a plus rien à voir avec le fait qu'il soit devenu incapable de travailler à la suite d'un accident, par exemple. C'est en effet en raison de sa privation de liberté qu'il ne peut percevoir de revenus professionnels. Un détenu ne peut donc, pendant toute la période de privation de liberté, imputer un manque à gagner à la personne responsable de l'accident ou son assureur [...] (*Doc. parl.*, Chambre, 2014-2015, DOC 54-1125/001, pp. 16-17).

B.4.3. La disposition en cause pose le principe de la suspension de l'octroi des indemnités d'incapacité de travail pendant une période de détention ou d'incarcération et habilite le Roi à déterminer les conditions de cette suspension.

Il ressort des travaux préparatoires cités en B.4.2 que le législateur a ainsi souhaité aligner le régime de l'assurance indemnités sur celui qui est applicable aux allocations de chômage. L'article 67 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 "portant réglementation du chômage" (ci-après : l'arrêté royal du 25 novembre 1991) dispose en effet :

"Le chômeur ne peut bénéficier des allocations durant une période d'accomplissement d'obligations de milice, de détention préventive ou de privation de liberté".

B.4.4. En exécution de l'article 105 de la loi du 14 juillet 1994, tel qu'il a été remplacé par l'article 21 de la loi-programme du 10 août 2015, le Roi a pris l'arrêté royal du 19 janvier 2016, qui a remplacé le texte de l'article 233 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 par le texte suivant :

"§ 1<sup>er</sup>. L'octroi de l'indemnité est suspendu pendant la période durant laquelle le titulaire fait l'objet d'une mesure de détention ou d'incarcération, en exécution d'une condamnation pénale, et séjourne de ce fait effectivement en prison.

L'octroi de l'indemnité est également suspendu pendant la période durant laquelle le titulaire se trouve, en exécution d'une décision de l'instance compétente, en dehors de la prison, en raison de l'application de l'une des modalités d'exécution de la peine suivantes :

1° la permission de sortie, visée à l'article 4 de la loi du 17 mai 2006 relative au statut juridique externe des personnes condamnées à une peine privative de liberté et aux droits reconnus à la victime dans le cadre des modalités d'exécution de la peine ;

2° le congé pénitentiaire, visé à l'article 6 de la loi précitée du 17 mai 2006 ;

3° la détention limitée, visée à l'article 21 de la loi précitée du 17 mai 2006.

§ 2. L'organisme assureur du titulaire obtient, par voie électronique, les données qui sont contenues dans la banque de données du Service Public Fédéral Justice et qui sont nécessaires à l'application du paragraphe précédent. En attendant cet échange électronique de données, l'échange de données nécessaire s'opère par une attestation papier.

§ 3. L'octroi de l'indemnité est limité à la moitié pour le titulaire interné qui n'a pas de personne à charge et qui séjourne dans une institution désignée par l'instance compétente, sous le statut d'un placement. L'indemnité intégrale est toutefois octroyée au titulaire, s'il a obtenu, de la part de l'instance compétente, l'autorisation de quitter l'établissement pour une période ininterrompue d'au moins sept jours, à partir du premier jour de cette dernière période".

Par son arrêt n° 241.794 du 14 juin 2018, le Conseil d'État a annulé les mots "3° la détention limitée, visée à l'article 21 de la loi précitée du 17 mai 2006" contenus dans la disposition précitée. Le Conseil d'État a en effet constaté que le régime de la détention limitée permet l'exercice d'une activité professionnelle, de sorte que, selon la logique qui a prévalu à l'adoption du nouvel article 105 de la loi du 14 juillet 1994, la suspension de l'octroi des indemnités d'incapacité de travail perd sa raison d'être dans une telle situation.

*Quant aux questions préjudicielles*

B.5.1. Le Conseil des ministres fait valoir que les questions préjudicielles sont irrecevables, dès lors que leur formulation appellerait nécessairement un constat d'inconstitutionnalité.

B.5.2. La première question préjudicielle doit être comprise comme interrogeant la Cour sur la compatibilité de la disposition en cause avec l'article 23 de la Constitution, en particulier avec l'obligation de *standstill* contenue dans cette disposition, lu en combinaison ou non avec les articles 10 et 11 de la Constitution.

La seconde question préjudicielle doit être comprise comme interrogeant la Cour sur la compatibilité de la disposition en cause avec les articles 10 et 11 de la Constitution, en ce qu'elle pose le principe de la suspension de l'octroi des indemnités d'incapacité de travail pendant une période de détention ou d'incarcération et en ce qu'elle prévoit ainsi, pour les personnes en incapacité de travail, un traitement similaire à celui qui est prévu pour les chômeurs par l'article 67 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991.

La Cour examine les questions préjudicielles en ce sens. L'exception d'irrecevabilité est rejetée.

B.6. La Cour limite son examen à la situation d'une personne en incapacité de travail qui est incarcérée en exécution d'une condamnation pénale définitive et qui n'a pas de personne à charge, dès lors qu'il s'agit de la situation en cause devant la juridiction *a quo*.

Il s'ensuit également que l'examen de la Cour se limite à l'article 105, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 14 juillet 1994, tel qu'il a été remplacé par l'article 21 de la loi-programme du 10 août 2015.

*Quant à la seconde question préjudicielle*

B.7. La Cour examine d'abord la seconde question préjudicielle.

B.8.1. Le principe d'égalité et de non-discrimination n'exclut pas qu'une différence de traitement soit établie entre des catégories de personnes, pour autant qu'elle repose sur un critère objectif et qu'elle soit raisonnablement justifiée. Ce principe s'oppose, par ailleurs, à ce que soient traitées de manière identique, sans qu'apparaisse une justification raisonnable, des catégories de personnes se trouvant dans des situations qui, au regard de la mesure critiquée, sont essentiellement différentes.

L'existence d'une telle justification doit s'apprécier en tenant compte du but et des effets de la mesure critiquée ainsi que de la nature des principes en cause ; le principe d'égalité et de non-discrimination est violé lorsqu'il est établi qu'il n'existe pas de rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé.

B.8.2. En matière socio-économique, le législateur dispose d'un large pouvoir d'appréciation. Il n'appartient à la Cour de sanctionner le choix politique posé par le législateur et les motifs qui le fondent que s'ils sont dépourvus de justification raisonnable.

B.9.1. L'indemnité d'incapacité de travail et l'allocation de chômage constituent toutes deux un revenu de remplacement pour les travailleurs qui ne sont plus capables d'obtenir un revenu issu du travail, en raison de leur état de santé ou de leur situation sur le marché de l'emploi.

B.9.2. Il ressort des travaux préparatoires de la disposition en cause, cités en B.4.2, que le législateur a considéré que, dès lors que les personnes ne peuvent pas exercer leur activité professionnelle pendant une période de détention ou d'incarcération et qu'elles ne peuvent pas, en conséquence, percevoir leur rémunération habituelle, il convient de traiter de manière identique le revenu destiné à remplacer le revenu du travail. Et ce, indépendamment du fait qu'elles ne puissent pas obtenir ce revenu en raison d'un chômage ou d'une incapacité de travail. Le principe mis en œuvre est qu'il n'y a pas lieu d'accorder un revenu de remplacement aux personnes qui ne pourraient bénéficier d'un tel revenu du travail (voy. en ce sens C.É., 14.06.2018, n° 241.794, p. 12).

B.9.3. L'identité de traitement des deux catégories de personnes repose dès lors sur un critère objectif, à savoir l'impossibilité à obtenir sur le marché de l'emploi un revenu du travail pendant la période de détention ou d'incarcération. Pendant cette période, le législateur a pu considérer que la cause déterminante de leur impossibilité à obtenir un revenu du travail n'est plus liée à leur état de santé ou à leur situation sur le marché de l'emploi, mais réside dans leur détention ou leur incarcération. Ce critère est également pertinent au regard de l'objectif du législateur, mentionné en B.4.2, d'assurer la cohérence du régime de paiement d'allocations sociales aux personnes pendant la période de détention ou d'incarcération.

B.10.1. Cela explique également pourquoi la mesure en cause suspend le paiement des allocations seulement pendant la période de détention ou d'incarcération. La reconnaissance de l'incapacité de travail est maintenue pour autant que l'intéressé remplisse les conditions légales (*Doc. parl.*, Chambre, 2014-2015, DOC 54-1125/001, p. 17).

B.10.2. La disposition doit dès lors être comprise en ce sens que la suspension prend fin dès que la détention ou l'incarcération ne constitue plus la cause déterminante de l'impossibilité à obtenir un revenu du travail, cette dernière impossibilité demeurant toujours la conséquence directe de l'incapacité de travail. La suspension de l'octroi d'une indemnité d'incapacité de travail perd par exemple sa raison d'être dans l'hypothèse d'une détention limitée, dès lors que ce régime permet l'exercice d'une activité professionnelle (voy. en ce sens C.É., 14.06.2018, n° 241.794, p. 15).

B.10.3. Par ailleurs, il y a lieu de souligner que, pendant la période de détention ou d'incarcération, il est pourvu à l'hébergement et l'entretien des intéressés. Ils doivent être conformes aux conditions de vie qui découlent de la loi du 12 janvier 2005 de principes concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus. Selon les besoins individuels, une aide sociale de la part des centres publics d'action sociale peut intervenir en complément.

B.10.4. Eu égard à ce qui précède, l'identité de traitement des personnes détenues ou incarcérées relativement à la suspension de leur revenu de remplacement pour chômage ou pour incapacité de travail n'est pas sans justification raisonnable.

B.11. L'article 105, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 14 juillet 1994, tel qu'il a été remplacé par l'article 21 de la loi-programme du 10 août 2015, est compatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution.

*Quant à la première question préjudicielle*

B.12. Comme il est dit en B.5.2, la première question préjudicielle doit être comprise comme interrogeant la Cour sur la compatibilité de la disposition en cause avec l'article 23 de la Constitution, en particulier avec l'obligation de *standstill* contenue dans cette disposition.

B.13.1. L'article 23 de la Constitution dispose que chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine, et charge les différents législateurs de garantir les droits économiques, sociaux et culturels qu'il mentionne, dont "le droit à la sécurité sociale".

B.13.2. Il contient une obligation de *standstill* qui interdit au législateur compétent de réduire significativement le degré de protection offert par la législation applicable sans qu'existent pour ce faire des motifs d'intérêt général.

B.14.1. Avant l'entrée en vigueur de la disposition en cause, les personnes n'ayant aucune personne à charge continuaient de percevoir la moitié de leur indemnité d'incapacité de travail pendant leur détention ou leur incarcération (ancien art. 105 de la loi du 14.07.1994 et ancien art. 233 de l'A.R. du 03.07.1996, cités en B.3).

Depuis sa modification par la loi-programme du 10 août 2015, l'article 105, cité en B.4.1, de la loi du 14 juillet 1994 établit le principe de la suspension totale de l'octroi des indemnités d'incapacité de travail en cas de détention ou d'incarcération, et habilite le Roi à déterminer les conditions de cette suspension.

B.14.2. La disposition en cause entraîne donc un recul significatif du droit à la sécurité sociale à l'égard des bénéficiaires d'une indemnité d'incapacité de travail détenus ou incarcérés.

Pour être compatible avec l'article 23 de la Constitution, cette réduction significative doit être justifiée par des motifs d'intérêt général.

B.15.1. Il existe toutefois des motifs liés à l'intérêt général qui justifient le recul significatif du degré de protection des personnes concernées pendant leur détention ou leur incarcération.

B.15.2. Par cette mesure, le législateur a visé à élaborer un système cohérent pour le paiement des allocations sociales aux personnes qui font l'objet d'une détention ou d'une incarcération (*Doc. parl.*, Chambre, 2014-2015, DOC 54-1125/001, p. 16).

Comme il est dit en B.9.3 à B.10.2, la disposition en cause traite de manière identique les personnes qui ont droit à un revenu de remplacement en raison d'un chômage et celles qui ont droit à un revenu de remplacement en raison d'une incapacité de travail. Dans les deux cas, l'impossibilité à obtenir un revenu du travail pendant la période de détention ou d'incarcération change de cause déterminante. Pour ce motif, la disposition en cause ne suspend l'octroi des indemnités d'incapacité de travail que lorsque la détention ou l'incarcération ne permettent plus l'exercice d'aucune activité professionnelle.

B.15.3. Compte tenu de ce qui est dit en B.13.1, il appartient à l'autorité fédérale compétente de donner une exécution adéquate au titre V concernant les conditions de vie des détenus, visé dans la loi du 12 janvier 2005 de principes concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus.

B.16. Par conséquent, la disposition en cause n'est pas incompatible avec l'obligation de *standstill* contenue dans l'article 23 de la Constitution.

**Par ces motifs,**

**la Cour**

**dit pour droit :**

L'article 105, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il a été remplacé par l'article 21 de la loi programme du 10 août 2015, ne viole pas les articles 10, 11 et 23 de la Constitution.

...

## II. Tribunal de première instance du Hainaut, division Charleroi, 27 octobre 2023

Aspects juridiques - 31 mars 2010 - Loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé

*Dans ce dossier, le Fonds était cité à comparaître suite à une offre d'indemnisation jugée insuffisante par le demandeur.*

*S'agissant d'un dossier responsabilité civile, le Fonds a cité l'assureur des prestataire de soins en garantie.*

*Le demandeur n'ayant pas respecté le délai de déchéance prévu à l'article 27 de la loi du 31 mars 2010, il perd son droit d'agir contre le Fonds concernant l'indemnisation.*

... c./FAM et ...

R.G. 22/233/A

...

## II. Objet des demandes

Au termes de ses dernières conclusions, le demandeur au principal sollicite à *titre principal* la condamnation du FAM au paiement de la somme de 61.866,63 EUR à majorer des intérêts compensatoires au taux légal à dater des différentes dates reprises en termes de conclusions, ainsi qu'aux frais et dépens de l'instance liquidés à 4.037,58 EUR en ce compris une indemnité de procédure de 3.750,00 EUR.

À *titre subsidiaire et avant dire droit*, le demandeur au principal sollicite la désignation d'un médecin avec pour mission en substance de dire si des manquements dans la prise en charge d'... au regard des règles de l'art ont été commis par les praticiens lors de l'intervention du ... et dans le suivi post-opératoire, et dans ce cas, décrire les éventuelles fautes commises dans le suivi post-opératoire et à qui ils sont imputables, et donner son avis sur le lien de causalité entre les manquements et le décès d'...

À *titre subsidiaire*, le demandeur au principale sollicite la condamnation de la défenderesse sur incident au paiement de la somme de 61.866,63 EUR à majorer des intérêts compensatoires au taux légal à dater des différentes dates reprises en termes de conclusions, ainsi qu'aux frais et dépens de l'instance liquidés à 4.037,58 EUR en ce compris une indemnité de procédure de 3.750,00 EUR.

Par voie de conclusions, le défendeur au principal conteste la recevabilité de la demande et conclut également à son non-fondement et demande la condamnation du demandeur au principal aux frais et dépens de l'instance soit une indemnité de procédure liquidée à 4.500,00 EUR.

À *titre subsidiaire*, le FAM demande la réduction de l'indemnisation aux montants tels que repris dans ses conclusions et s'oppose à l'exécution provisoire du présent jugement, ou demande à tout le moins à être autorisé à cantonner les fonds litigieux.

Le défendeur au principal a formé une demande en garantie et demande la condamnation de la défenderesse en garantie à payer les frais d'expertise payés ... à concurrence de 4.027,02 EUR et la condamner aux frais et dépens de l'instance soit une indemnité de procédure de 975,00 EUR.

En tout état de cause, la défenderesse au principal demande de déclarer le présent jugement commun et opposable à la défenderesse en garantie.

Aux termes de ses dernières conclusions, la défenderesse en garantie ne conteste pas la recevabilité de la demande en garantie et de la demande incidente mais conclut à leur non-fondement et demande la condamnation des demanderesses en garantie et sur incident aux frais et dépens de l'instance soit une indemnité de procédure de 4.500,00 EUR.

### III. Discussion

- *Recevabilité*

La recevabilité des demandes en garantie et incidente n'est pas contestée et il n'apparaît pas qu'un moyen d'irrecevabilité devrait être soulevé d'office par le Tribunal.

Les demandes en garantie et incidente sont recevables.

Le défendeur au principal conteste la recevabilité de la demande principale au motif que le demandeur au principal n'a pas respecté le délai prescrit à peine de déchéance par l'article 27 de la loi du 31 mars 2010.

À juste titre, le demandeur fait valoir qu'il ne s'agit pas d'un argument de recevabilité mais bien de fondement.

Conformément aux articles 17 et 18 du Code judiciaire, l'action ne peut être admise si le demandeur n'a pas qualité et intérêt pour la former. La qualité s'apprécie également dans le chef du défendeur.

L'intérêt consiste en tout avantage matériel ou moral, effectif mais non théorique que le demandeur peut retirer de la demande au moment où il la forme. L'intérêt doit être concret, légitime, personnel et direct, né et actuel.

En outre, *"La partie au procès qui soutient être titulaire d'un droit subjectif a qualité et intérêt pour former la demande, même si ce droit est contesté, dès lors que l'instruction quant à l'existence ou à la portée du droit subjectif invoqué, ne concerne pas la recevabilité mais le bien-fondé de la demande"*<sup>1</sup>

Tel est bien le cas en l'espèce.

L'exception de chose jugée, la prescription ou encore la forclusion donnent lieu à des défenses qualifiées de *"fins de non-recevoir"* ; lesquelles ne relèvent pas à proprement parler de la recevabilité de la demande.

Par ailleurs, il n'apparaît pas qu'un moyen d'irrecevabilité devrait être soulevé d'office par le Tribunal.

La demande principale est recevable.

<sup>1</sup> Cass. 26.01.2017, J.L.M.B. 2017, liv. 33, 1557 ; Cass. 02.04.2004, Arr. Cass. 2004, liv. 4. 597..

- Sur la déchéance d'agir à l'encontre du FAM

Conformément à l'article 4 de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé :

*"Le Fonds indemnise la victime ou ses ayants droit conformément au droit commun :*

**1°** lorsque le dommage trouve sa cause dans un accident médical sans responsabilité, pour autant que le dommage réponde à l'une des conditions de gravité prévues à l'article 5 ;

**2°** lorsque le Fonds est d'avis ou qu'il est établi que le dommage trouve sa cause dans un fait engageant la responsabilité d'un prestataire de soins, dont la responsabilité civile n'est pas ou pas suffisamment couverte par un contrat d'assurance ;

**3°** lorsque le Fonds est d'avis que le dommage trouve sa cause dans un fait engageant la responsabilité, pour autant que le dommage réponde à l'une des conditions de gravité prévues à l'article 5 ;

**4°** lorsque l'assureur couvrant la responsabilité du prestataire de soins qui a causé le dommage formule une offre d'indemnisation que le Fonds juge manifestement insuffisante."

En l'espèce, le FAM a émis un avis le ... aux termes duquel elle retient la responsabilité de plusieurs prestataires de soins, responsabilité contestée par l'assureur ... par courrier du ... En outre, il n'est pas contesté que compte tenu du décès de la patiente, les conditions de gravité visées à l'article 5 de la loi sont rencontrées.

L'article 25 de la loi précitée dispose que :

"§ 1<sup>er</sup>

*Lorsque l'avis conclut qu'il y a lieu à indemnisation en vertu de l'article 4, 1°, ou 2°, et pour autant que, si l'hypothèse est celle de l'article 4, 1°, le dommage présente la gravité prévue à l'article 5, le Fonds, dans les trois mois de la notification de l'avis, adresse au demandeur, par envoi recommandé, une offre d'indemnisation.*

***Dans l'hypothèse visée à l'article 4, 3°, lorsque le Fonds se substitue à l'assureur du prestataire de soins en application de l'article 30, il adresse au demandeur, par envoi recommandé, une offre d'indemnisation, dans les trois mois de la notification de la décision du prestataire de soins ou de son assureur de contester la responsabilité du prestataire de soins.***

***Dans cette même hypothèse, lorsque le Fonds se substitue à l'assureur du prestataire de soins en application de l'article 32, il adresse au demandeur, par envoi recommandé, une offre d'indemnisation, dans les trois mois qui suivent l'expiration du délai d'un mois laissé à l'assureur pour répondre au rappel du Fonds.***

*Dans l'hypothèse visée à l'article 4, 4°, lorsque le Fonds se substitue à l'assureur du prestataire de soins en application de l'article 31, il adresse au demandeur, par envoi recommandé, une offre d'indemnisation dans les trois mois de la notification de son avis motivé sur l'insuffisance manifeste de l'offre de l'assureur."*

En l'espèce, le FAM a adressé une première offre d'indemnisation au demandeur par courrier du ... soit au-delà du délai de trois mois à dater de la notification par la ..., de la contestation de responsabilité ; ce délai ne constituant toutefois qu'un délai d'ordre.

Dans cette hypothèse, l'article 26 de la loi prévoit que :

"§ 1<sup>er</sup>

*Le demandeur dispose d'un délai de trois mois pour accepter l'offre d'indemnisation du Fonds.*

*À défaut de réaction de la part du demandeur dans ce délai, le Fonds lui adresse un rappel par envoi recommandé.*

*À défaut de réaction de la part du demandeur dans un délai d'un mois suivant ce rappel, l'offre est présumée refusée. L'attention du demandeur est attirée, dans la lettre de rappel, sur les conséquences d'une absence de réaction de sa part.*

*Dans le mois de l'acceptation expresse de l'offre, le Fonds paie au demandeur l'indemnisation proposée.*

§ 2

***Avant de prendre position sur l'offre du Fonds, le demandeur peut également, dans le délai prévu au § 1<sup>er</sup>, formuler des observations sur l'offre du Fonds, auxquelles le Fonds est tenu de répondre. S'il estime opportun au vu des observations du demandeur, le Fonds peut adapter le montant de son offre. Les délais prévus au § 1<sup>er</sup> sont suspendus pendant la durée de l'examen des observations par le Fonds, sans que le délai restant à courir puisse jamais être inférieur à deux mois.***

***Le Fonds adresse sa réponse avec, le cas échéant, l'offre adaptée, par envoi recommandé au demandeur. Cette lettre mentionne la date d'expiration du délai encore disponible, ainsi que les conséquences d'une absence de réaction de sa part.***

***Le demandeur ne peut adresser d'observations qu'à une seule reprise.»***

En l'espèce, le demandeur au principal a formulé ses observations par courrier du ... ce qui a eu pour effet de suspendre le délai restant à courir jusqu'à la notification de l'offre adaptée par le FAM par courrier du .... À cette date, il restait à courir un délai de un mois et 22 jours à courir pour accepter l'offre d'indemnisation, ce délai étant porté à deux mois conformément à la disposition précitée, soit au ...

Il ressort du courrier adressé par le FAM en date du ... que celui-ci attire expressément l'attention du demandeur au principal sur le fait que : "cette offre est définitive et que vous disposez d'un délai de deux mois pour l'accepter".

En annexe se trouve l'offre d'indemnisation adaptée, dont le demandeur au principal a nécessairement pris connaissance pour connaître le montant proposé par le FAM et à l'article 6 de laquelle est indiqué expressément :

*"À peine de déchéance, si le soussigné de seconde part conteste la présente offre d'indemnisation, elle porte conformément au Code judiciaire la contestation, devant le Tribunal de première instance avant l'expiration du délai prévu à l'article 26, § 1<sup>er</sup>, le cas échéant prolongé conformément au § 2 de ce même article. Dans le cadre de cette procédure, le soussigné de première part n'est lié ni par son avis ni par son offre"*

Ce courrier est également adressé en copie au conseil de ...

Le demandeur au principal ne peut donc raisonnablement soutenir ne pas avoir été informé du délai dans lequel il pouvait faire valoir ses droits et exercer un recours devant le Tribunal de céans.

L'article 27 de la loi du 31 mars 2010 dispose que :

***"À peine de déchéance, le demandeur qui conteste l'offre d'indemnisation du Fonds porte, conformément au Code judiciaire la contestation, devant le tribunal avant l'expiration du délai prévu à l'article 26, § 1<sup>er</sup>, le cas échéant prolongé conformément au § 2 de ce même article. Dans le cadre de cette procédure, le Fonds n'est lié ni par son avis ni par son offre."***

En l'espèce, il ressort des éléments soumis à l'appréciation du Tribunal que la citation introductive d'instant a été signifiée le ..., soit après l'expiration du délai prévu par l'article 27 de la loi précitée.

Par conséquent, le demandeur au principal est déchu de son droit d'agir contre le défendeur au principal en indemnisation.

- *Sur la demande incidente à l'égard ...*

Se basant sur le rapport d'expertise du Docteur ... et de l'avis du FAM qui en a découlé, le demandeur au principal forme une demande d'indemnisation à l'égard de la ..., assureur en responsabilité civile professionnelle des différents prestataires de soins dont la responsabilité est recherchée sur la base des articles 1382 et suivants de l'ancien Code civil.

Conformément aux règles d'administration de la preuve visées aux articles 8.4 et suivants du nouveau code civil, il appartient au demandeur au principal d'établir avec un degré raisonnable de certitude les conditions de mise en œuvre de cette responsabilité.

Ainsi, le demandeur au principal fait grief aux prestataires de soins concernés d'avoir commis une faute professionnelle, laquelle consiste selon lui en une erreur médicale.

Il appartient donc au demandeur au principal de démontrer successivement :

- une erreur constitutive d'un manquement professionnel dans le chef des différents prestataires de soins visés dans le cadre de l'intervention subie par sa mère le ... et/ou dans le cadre du suivi post-opératoire
- le caractère fautif de cette erreur ou de ce manquement
- l'existence d'un dommage consécutif à cette intervention
- le lien causal entre la faute et le dommage vanté.

En matière de responsabilité médicale, il importe de ne pas procéder par un raisonnement *a posteriori*, à savoir partir d'un diagnostic connu pour remonter le cours des événements et se focaliser sur quelques indices ou hypothèses qui auraient pu conduire à un diagnostic plus adéquat au regard de la suite, mais bien de se replacer autant que faire se peut dans les circonstances concrètes de la cause.

En l'espèce, le demandeur au principal produit l'avis du Fonds des Accidents Médicaux établi le ... sur la base du rapport d'expertise établi par le Docteur ... le ... lequel retient la responsabilité des prestataires de soins concernés considérant deux manquements dans le suivi postopératoire de Madame ... à savoir :

- une erreur dans la posologie d'héparine administrée ayant engendré un surdosage et une tendance hémorragique
- l'absence d'intervention chirurgicale alors que l'état de la patiente se dégradait.

En matière de responsabilité médicale, il suffit que la victime produise un ou plusieurs rapports médicaux révélant l'existence d'indices suffisamment sérieux d'éventuels manquements aux règles de l'art de guérir dans le chef du praticien dont la responsabilité est recherchée pour établir tout le moins la vraisemblance des faits allégués et justifier le cas échéant une mesure d'expertise judiciaire.

En ce qui concerne plus particulièrement l'avis du Fonds des Accidents Médicaux, il est établi que l'expertise mise en place par l'article 17 de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé n'est ni une expertise amiable, ni une expertise judiciaire, et ne présente pas les mêmes garanties que l'expertise judiciaire puisqu'à l'inverse du juge, le Fonds des Accidents Médicaux n'est pas un tiers totalement neutre, dès lors que les conclusions de l'expertise auront une incidence sur ses propres droits et obligations.

Si le Fonds des Accidents Médicaux n'apparaît pas comme un organe totalement impartial, il ne s'en déduit pas pour autant que l'expertise qu'il a diligentée doit être purement et simplement écartée dans le cadre d'un débat judiciaire ultérieur : le juge apprécie si le rapport auquel elle aboutit contient des éléments pouvant être retenus à titre de renseignements, de présomptions, voire même de preuves.

En l'espèce, l'avis du Fonds des Accidents Médicaux se fonde sur le rapport établi par le Docteur ..., neurochirurgien, lequel conclut avec vraisemblance à l'existence de plusieurs manquements fautifs dans le chef des différents prestataires de soins visés.

Partant, si le rapport d'expertise médicale établi par le Docteur ... dans le cadre d'une mission lui confiée par le FAM, ne peut être pris en considération tel quel comme établissant avec un degré raisonnable de certitude l'existence de fautes dans le chef des prestataires de soins en lien causal avec le décès de la patiente, engageant ainsi leur responsabilité professionnelle, il n'en demeure pas moins que ce rapport constitue un élément suffisant à établir que cette responsabilité n'est pas exclue.

Partant la désignation d'un expert médecin dans le cadre d'une mesure d'expertise judiciaire s'avère nécessaire pour la solution du litige.

Le Tribunal réserve donc à statuer sur le fondement de la demande incidente eu égard à la mesure avant dire droit ordonnée au dispositif du présent jugement.

- *Sur la demande en garantie formée à l'égard ...*

Conformément à l'article 20 de la loi du 31 mars 2010 :

*"La procédure devant le Fonds est gratuite pour le demandeur.*

*Le cas échéant, les frais d'expertise sont à charge du prestataire de soins responsable du dommage et de son assureur, si la responsabilité du prestataire a été reconnue par lui ou son assureur ou si elle a été établie par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée."*

En exécution de cette disposition, le défendeur au principal entend réclamer à la défenderesse en intervention forcée le remboursement des frais d'expertise décaissés en date du ... à concurrence de 4.027,02 EUR.

Compte tenu de la mesure d'instruction qui sera ordonnée par le présent jugement, visant à déterminer la responsabilité des assurés de la défenderesse en garantie, et partant à statuer sur le fondement de la demande incidente formée par le demandeur au principal, il est à ce stade prématuré de statuer sur le fondement la demande en intervention forcée et il sera donc réservé à statuer sur ce point.

## IV. Les dépens

Le Tribunal n'étant de sa saisine, il sera réservé à statuer sur les frais et dépens de l'instance, à l'exception des frais et dépens relatifs à la demande principale.

Le demandeur au principal succombe dans sa demande à l'égard du défendeur au principal et sera dès lors condamné à une indemnité de procédure liquidée à 4.500,00 EUR (montant de base indexé au 01.11.2022)

**Par ces motifs,**

**Le tribunal, statuant contradictoirement,**

Vu les dispositions de la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire, usage de la langue française ayant été fait ;

Reçoit les demandes principale, incidente et en intervention ;

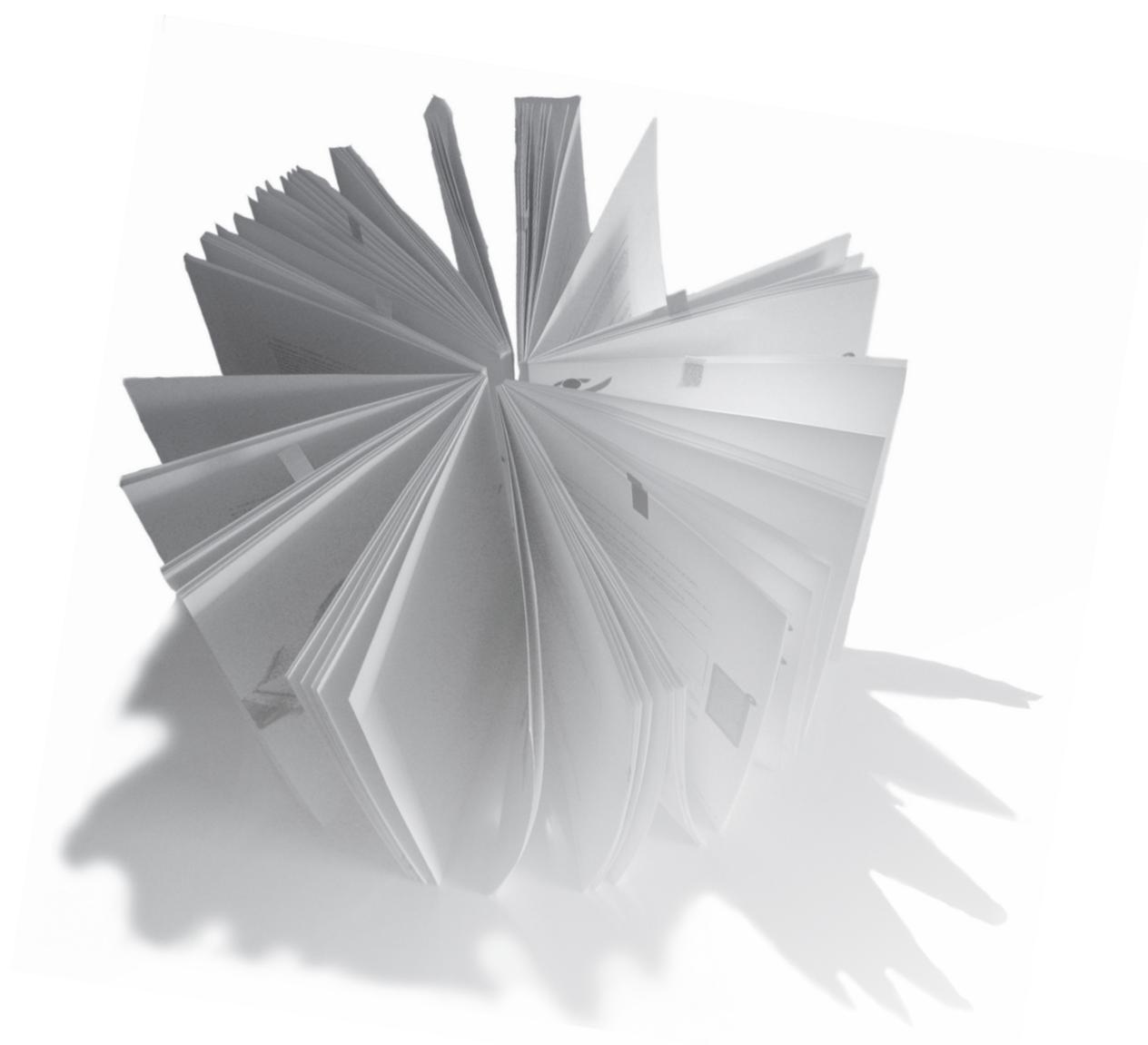
Dit la demande principale non fondée ;

En déboute le demandeur au principal ... ;

Condamne ... aux frais et dépens de l'instance relatif à la demande principale, liquidés à une indemnité de procédure de 4.500,00 EUR (montant de base indexé au 01.11.2022)

...

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



## Fonds des accidents médicaux (FAM)

### Sang contaminé – Indemnisation – Aucune demande reçue par le FAM

Question n° 2190 posée le 19 juin 2023 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante DE JONGE<sup>1</sup>

Je renvoie à ma question écrite antérieure concernant l'indemnisation des personnes ayant reçu une transfusion de sang contaminé, en particulier les personnes qui, avant 1985, ont reçu une transfusion de sang contaminé par le VIH ou l'hépatite C (réponse du 28.01.2021 à ma question n° 194 du 20.11.2020, Questions et Réponses, Chambre, 2020-2021, n° 37 du 03.02.2021, p. 103).

Vous avez répondu que le Fonds des accidents médicaux (FAM) n'avait, à ce moment-là, encore traité aucun dossier de victime ayant un lien avec cette problématique postérieur au 2 avril 2010.

Le FAM a-t-il ouvert de nouveaux dossiers depuis lors ? Dans l'affirmative, combien ? Dans la négative, quand ce type de dossier pourrait-il être ouvert ?

### Réponse

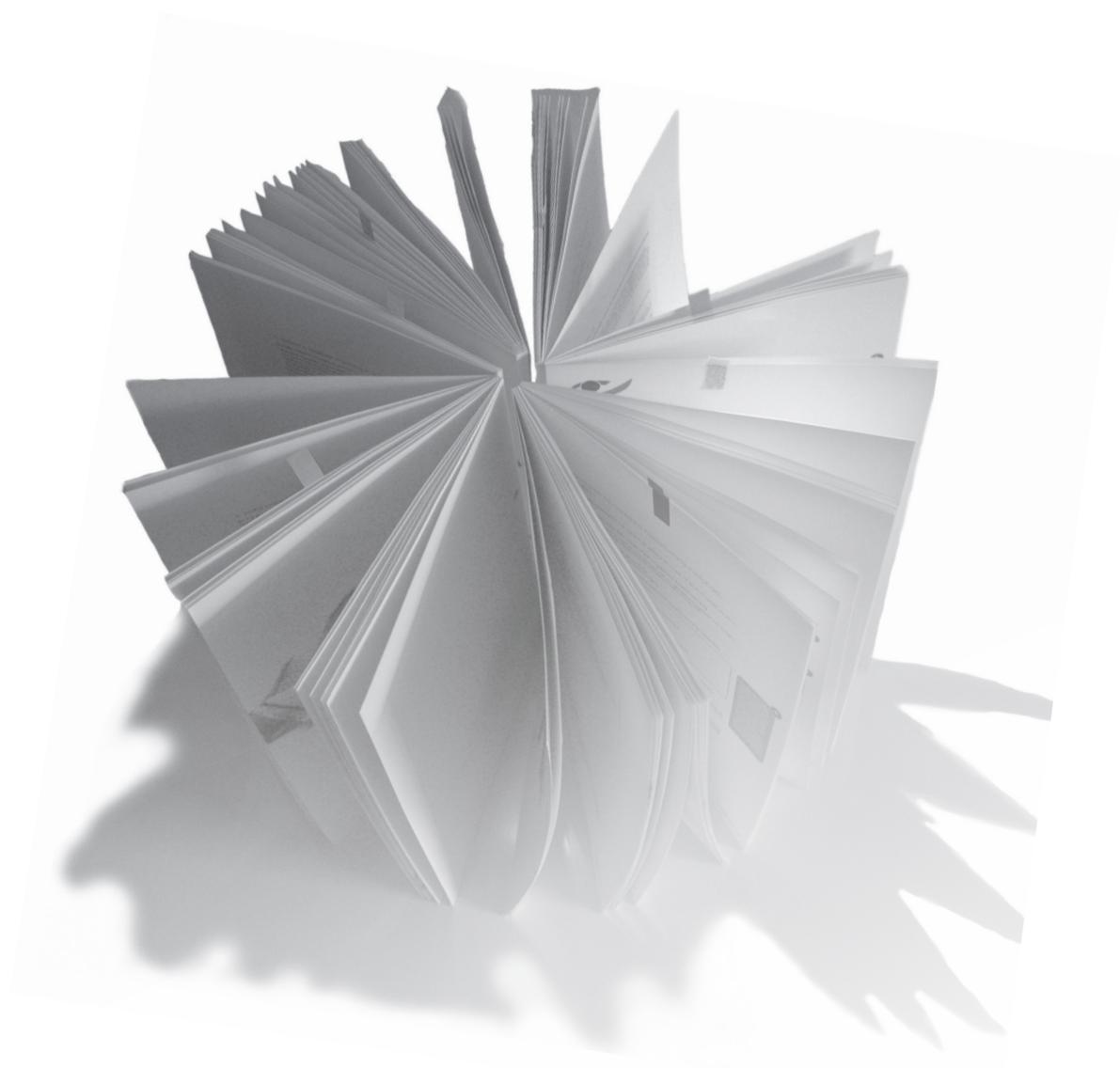
La loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé ne prévoit pas le traitement des accidents médicaux survenus avant le 2 avril 2010.

Aucun dossier en lien avec des transfusions de sang contaminé n'a été traité au Fonds des accidents médicaux après le 2 avril 2010. Le Fonds n'a, en effet, toujours pas reçu de demandes à ce sujet.

1. Bulletin n° 115, Chambre, session ordinaire 2022-2023, p. 234.

# 4<sup>e</sup> Partie

## Directives de l'INAMI



# I. Renonciation à la récupération des montants indus en soins de santé. Application du Règlement du 6 mars 2023 portant exécution de l'article 22, alinéa 2, a) de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la Charte" de l'assuré social. Procédure et pièces justificatives.

Le Règlement du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 6 mars 2023 portant exécution de l'article 22, alinéa 2, a) de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la Charte" de l'assuré social décrit la procédure sur la base de laquelle les assurés sociaux peuvent introduire une demande de renonciation à la récupération des montants indus, et sur la base de quels paramètres cette demande est traitée.

En vertu de ce Règlement, il peut être renoncé à la récupération d'un montant indu si l'assuré est de bonne foi et se trouve dans une situation digne d'intérêt.

La présente circulaire précise la procédure administrative à suivre pour introduire un dossier auprès du Service des soins de santé, en exécution des articles 1 à 9 du Règlement du 6 mars 2023, et n'est donc pas applicable aux situations décrites à l'article 10 du Règlement.

## 1. Conditions

Pour pouvoir bénéficier d'une renonciation à la récupération de l'indu, l'assuré doit être de bonne foi et se trouver dans une situation digne d'intérêt (art. 22, § 2, a) de la Charte).

En ce qui concerne les paiements indus en matière de soins de santé, un assuré est considéré comme étant dans une situation digne d'intérêt si :

- au moment de la demande, il bénéficie du droit à l'intervention majorée de l'assurance
- les revenus de son ménage sont inférieurs au plafond prévu par la réglementation relative à l'intervention majorée
- les revenus de son ménage sont inférieurs à 150 % du plafond prévu par la réglementation relative à l'intervention majorée.

Le calcul du revenu du ménage se fait conformément à la réglementation relative à l'intervention majorée<sup>1</sup>. Sont pris en compte les revenus du mois précédant la demande.

## 2. Procédure

### 2.1. Délai d'introduction d'une demande de renonciation (par l'assuré)

L'assuré dispose d'un délai de 3 mois après que le montant à récupérer est devenu définitif pour introduire une demande de renonciation auprès de sa mutualité. Une trace écrite et datée de cette demande doit être conservée.

Si la demande est introduite avant l'expiration du délai de recours de 3 mois devant les tribunaux, l'assuré doit signer une reconnaissance de dette.

Si la demande est introduite après l'expiration de ce délai de recours, une reconnaissance de dette n'est pas nécessaire, la créance étant définitivement établie.

Si une procédure a été initiée contre la décision de récupération, le dossier ne peut être introduit que lorsque la décision de justice est définitive ; l'assuré dispose alors d'un délai de 3 mois à compter de la date du jugement.

Nous rappelons que, en vertu de l'article 15 de la Charte, une décision de récupération d'un montant indu doit préciser, entre autres, *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.*

### 2.2. Dépôt du dossier auprès de l'INAMI et délai de traitement

C'est l'organisme assureur (Union nationale) qui contrôle le dossier administratif (voir ci-dessous) et le transmet à l'INAMI.



Le dossier est introduit auprès du Service des soins de santé, Direction Juridique et Accessibilité, par email à : [Jur\\_Reg@riziv-inami.fgov.be](mailto:Jur_Reg@riziv-inami.fgov.be).

#### A) INTRODUCTION DU DOSSIER

Le dossier doit être introduit dans un délai de 3 mois après l'introduction de la demande de renonciation par l'assuré (l'assuré dispose d'un délai de 2 mois à compter de l'introduction de sa demande pour remettre les pièces nécessaires auprès de la mutualité, la mutualité et l'organisme assureur disposent alors d'un délai d'1 mois pour compléter l'annexe et introduire le dossier auprès du Service des soins de santé de l'INAMI). Le Service des soins de santé envoie un accusé de réception à l'organisme assureur et à l'assuré (par e-mail ; si l'adresse e-mail n'est pas connue, par lettre simple).

Si ce délai de 3 mois n'est pas suffisant, il peut être prolongé à 5 mois. L'organisme assureur doit indiquer les motifs de cette prolongation lors de l'introduction du dossier (complet).

Si le dossier administratif ne contient pas toutes les données nécessaires (documents nécessaires ou une description complète du contexte), il est retourné à l'organisme assureur avec une demande de le compléter (ou de le faire compléter) (pour ajouter des pièces ou pour clarifier le contenu). Trois mois après cette demande de complément ou de précision, l'introduction du dossier sera clôturée. Les documents ou informations reçus après ce délai de 3 mois ne seront plus pris en compte.

<sup>1</sup>. Cf. art. 27 de l'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.

## B) TRAITEMENT

Après réception du dossier complet ou clôturé, celui-ci est traité :

S'il manque des documents nécessaires, le dossier est déclaré irrecevable par le Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé et cette décision est communiquée à l'organisme assureur et à l'assuré.

Si le dossier est complet, il est présenté par la Direction juridique lors de la première ou deuxième réunion suivante du Groupe de travail Assurabilité.<sup>2</sup>

L'avis du Groupe de travail Assurabilité est communiqué au Fonctionnaire dirigeant qui traite la demande.

La décision du Fonctionnaire dirigeant est notifiée par courrier ordinaire à l'organisme assureur et à l'assuré social.

## 3. Dossier administratif

L'organisme assureur constitue un dossier administratif relatif à la demande de renonciation de l'assuré à l'aide du formulaire joint à la présente circulaire. Les pièces justificatives mentionnées dans ce formulaire doivent être jointes à la demande.

Les différentes parties doivent être complétées lisiblement et de manière adéquate. L'organisme assureur décrit de manière suffisamment détaillée le contexte dans lequel le paiement indu a été effectué et donne un aperçu détaillé des prestations. Nous rappelons que, si les conditions sont remplies, l'organisme assureur doit appliquer l'article 17 de la Charte.

Si le dossier est introduit avant l'expiration du délai de recours contre la décision de récupération (cf. art. 23 de la Charte : 3 mois), une copie de la reconnaissance de dette (datée et signée) doit être jointe au dossier.

Si une procédure a été introduite contre la décision de récupération, la décision de justice définitive doit être transmise à l'INAMI.

## 4. Prescription et suspension

Conformément à l'article 174, alinéa 1<sup>er</sup>, 6<sup>o</sup>, de la loi coordonnée, l'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance soins de santé se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées. Ce délai est porté à 5 ans lorsque l'octroi indu de prestations a été provoqué par des manœuvres frauduleuses.

Une lettre recommandée à la poste suffit pour interrompre cette prescription (art. 174, al. 4) et un nouveau délai de prescription de 2 ans commence à courir.

Un délai de prescription doit être distingué du délai de récupération.

2. Si les informations complémentaires demandées ne sont pas suffisantes, cela peut avoir des conséquences sur le traitement du dossier : s'il ne peut pas être établi que toutes les conditions sont remplies, il ne peut pas être renoncé à la récupération de l'indu.

Conformément à l'article 326, § 2, g) de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, le délai dans lequel le montant indu doit être récupéré par l'organisme assureur est suspendu à compter de la date à laquelle la demande de renonciation à la récupération a été introduite jusqu'à la date de la décision du Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé.

La procédure de demande de renonciation introduite auprès de l'INAMI n'interrompt pas la prescription au sens de l'article 174, alinéa 1<sup>er</sup>, 6°, la mutualité doit le cas échéant continuer à interrompre la prescription (par ex. par lettre recommandée) jusqu'à ce qu'elle soit avisée de la décision du Fonctionnaire dirigeant.

## 5. Entrée en vigueur

Cette circulaire s'applique aux récupérations de prestations indûment octroyées qui sont notifiées à l'assuré après le 1<sup>er</sup> juillet 2023. Les dossiers pour lesquels une lettre recommandée a déjà été envoyée à l'assuré avant le 1<sup>er</sup> juillet 2023 ne relèvent pas de la procédure décrite dans la présente circulaire.

La présente circulaire remplace la circulaire n° 2015/133 du 11 mai 2015.



Circulaire O.A. n° 2023/168 – 406/22 du 6 juillet 2023.

## II. Titulaires dont la date de naissance n'est pas connue - Détermination de l'âge légal de la pension

Applicable à partir de 15 juillet 2023.

Lors de leur demande d'inscription dans une commune belge ou, le cas échéant, dans le registre *Bis* de la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale, il se peut que certains citoyens, dans la plupart des cas des citoyens de nationalité étrangère, ne soient pas en mesure de prouver leur date de naissance complète et correcte sur la base d'actes ou de documents authentiques.

Si le citoyen sait au minimum prouver l'année de naissance, la commune peut enregistrer cette date de naissance "déclarée" à sa demande. Conformément aux dispositions de l'article 5, alinéa 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 3 avril 1984 relatif à la composition du numéro d'identification des personnes inscrites au Registre national des personnes physiques, les six premiers chiffres seront, dans ces cas, représentés par l'année de naissance et par quatre "zéros". Le deuxième alinéa du même article dispose, par ailleurs, que si les possibilités du numéro d'ordre sont épuisées, lors d'une nouvelle immatriculation, le sixième chiffre de la date de naissance est augmenté d'une unité et la numérotation dans le numéro d'ordre recommence à son début.

En vue de la gestion correcte de leurs dossiers, telle la détermination du début et de la fin du droit, des périodes de paiement et autres, la plupart des institutions de sécurité sociale ont besoin d'une date de naissance complète.

Dans ce contexte, le principe d'application est que **les personnes dont la date de naissance n'est pas connue soient toujours considérées comme étant nées le 1<sup>er</sup> juillet de leur année de naissance.**

 *Par exemple* : un homme dont le numéro de registre national est 630000/003-32 sera admis à la pension le 1<sup>er</sup> août 2029 (le premier jour du mois suivant le mois au cours duquel l'intéressé atteint l'âge légal de la pension fixé à 66 ans en 2029).

Il est demandé aux organismes assureurs de tenir compte de ce principe dans le cadre, par exemple, de la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail (avec un impact, le cas échéant, sur les propositions d'entrée ou de prolongation de l'état d'invalidité conformément aux dispositions de l'art. 177, § 1<sup>er</sup> de l'A.R. du 03.07.1996) et de l'application des dispositions de l'article 108 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et de l'article 26 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (droit aux indemnités avant le premier jour du mois civil suivant le mois civil au cours duquel l'âge légal de la pension est atteint et droit aux indemnités à partir du premier jour du mois civil suivant le mois civil au cours duquel l'âge légal de la pension a été atteint – régime des travailleurs salariés et régime des travailleurs indépendants).

 Circulaire O.A. n° 2023/193 – 401/9 – 480/14 du 14 juillet 2023.

## III. Droit aux indemnités d'incapacité de travail après l'âge légal de la pension – Régime des travailleurs salariés

La loi du 4 juin 2023 modifiant, en ce qui concerne l'assurance indemnités et maternité, la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 a été publiée au Moniteur belge du 14 juin 2023.

Le chapitre 5 remplace l'article 108 de la loi coordonnée précitée et traite du droit aux indemnités avant et à compter du premier jour du mois qui suit le mois au cours duquel l'âge légal de la pension est atteint.

### I. Explication du régime

#### 1. Incapacité de travail débutant avant le mois qui suit le mois au cours duquel l'intéressé atteint l'âge légal de la pension (art. 108, 1<sup>o</sup> de la loi coordonnée du 14.07.1994)

##### 1.1. Principe

Si l'incapacité de travail débute avant le mois qui suit celui au cours duquel l'assuré atteint l'âge légal de la pension, les indemnités sont refusées à partir du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel cet assuré a atteint l'âge légal de la pension.

Toutefois, si l'assuré n'a pas encore été reconnu en incapacité de travail depuis six mois à cette date, il continuera à avoir droit aux indemnités pour la période restante (pour la période restant à courir jusqu'à la fin du sixième mois d'incapacité primaire).

Dans ce cadre, après le mois au cours duquel il a atteint l'âge légal de la pension, il n'est plus exigé que l'intéressé doive conserver la qualité de titulaire en se soumettant à la "loi ONSS" du 27 juin 1969, pour que les indemnités d'incapacité de travail puissent lui être accordées.



*Exemple :*

Un travailleur tombe malade le 1<sup>er</sup> août 2023 et atteint l'âge de 65 ans le 15 septembre 2023. Il décide de ne pas encore prendre sa pension de retraite à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2023. L'intéressé pourra être indemnisé à partir du 1<sup>er</sup> août 2023 - sauf pour la période éventuelle couverte par le salaire garanti - jusqu'au 30 septembre 2023 inclus et également à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2023 jusqu'au 31 janvier 2024 inclus au plus tard (dans la mesure où il reste reconnu incapable de travailler pendant cette période).

## 1.2. Impact de l'octroi d'une pension de retraite (art. 108, 3<sup>o</sup> de la loi coordonnée du 14.07.1994)

L'article 235, § 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 dispose que, sans préjudice des dispositions de la législation en matière de pension de retraite et de survie, le titulaire qui peut faire valoir ses droits à quelque titre que ce soit à une pension de vieillesse, de retraite, d'ancienneté ou à tout autre avantage tenant lieu de pareille pension, accordée soit par un organisme de sécurité sociale belge ou étranger, soit par un pouvoir public, par un établissement public ou d'utilité publique, peut prétendre respectivement, selon qu'il a ou non des personnes à sa charge, à un montant égal à la différence entre 150 ou 125 p.c. de l'indemnité d'incapacité de travail, fixée pour le titulaire ayant des personnes à charge, et le montant de la pension ou de l'avantage en tenant lieu, évalué en jours ouvrables, sans pouvoir dépasser le montant journalier de l'indemnité qui lui serait alloué s'il n'y avait pas de cumul.

### 1.2.1. SITUATION JUSQU'AU DERNIER JOUR DU MOIS AU COURS DUQUEL L'ÂGE LÉGAL DE LA RETRAITE EST ATTEINT

La règle de cumul précitée visée à l'article 235, § 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 s'applique toujours en cas d'octroi d'une pension de retraite (si la réglementation en matière de pension applicable ne prévoit pas un refus de la pension de retraite une fois les indemnités d'incapacité de travail perçues<sup>1</sup>).

### 1.2.2. SITUATION À COMPTER DU PREMIER JOUR DU MOIS SUIVANT LE MOIS AU COURS DUQUEL L'ÂGE LÉGAL DE LA RETRAITE A ÉTÉ ATTEINT

Sauf dans le cas où la pension de retraite est perçue en vertu du **régime des travailleurs salariés** belge (conformément à l'A.R. n° 50 du 24.10.1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs salariés), la règle de cumul précitée visée à l'article 235, § 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 s'applique (à condition que la réglementation de pension applicable ne prévoit pas un refus de la pension de retraite une fois que les indemnités d'incapacité de travail sont perçues<sup>2</sup>).

Si l'intéressé a droit à la pension de retraite du régime des travailleurs salariés belge (décision de prise de cette pension), les indemnités d'incapacité de travail doivent toujours être refusées. Le fait que l'intéressé décide de renoncer à l'octroi de la pension de retraite en vertu du régime des travailleurs salariés belge, n'y change rien.

## 2. Incapacité de travail débutant après le mois au cours duquel l'intéressé a atteint l'âge légal de la pension (art. 108, 2<sup>o</sup> de la loi coordonnée du 14.07.1994)

### 2.1. Principe

Si l'incapacité de travail débute après le mois au cours duquel l'assuré a atteint l'âge légal de la pension, cet assuré a droit aux indemnités pendant les six premiers mois de l'incapacité primaire. Les indemnités sont donc refusées à partir du premier jour du septième mois d'incapacité primaire.

1. Il est à noter que la réglementation belge actuelle des pensions du régime des travailleurs indépendants (cf. art. 30bis, al. 1<sup>er</sup> de l'A.R. n° 72 du 10.11.1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants) et du régime des fonctionnaires (cf. art. 91, al. 1<sup>er</sup> de la loi-programme du 28.06.2013 ; par exception toutefois, la pension pour cause d'incapacité physique, laquelle est cumulable indéfiniment avec les indemnités d'incapacité de travail) interdit en principe le cumul avec des indemnités d'incapacité de travail, de sorte que l'intéressé doit renoncer à la pension de retraite de l'autre régime pour pouvoir effectivement bénéficier des indemnités.

2. Cf. note de bas de page 1.

Dans le cadre de ce droit aux indemnités, il n'est plus exigé que l'intéressé doive conserver la qualité de titulaire en se soumettant à la "loi ONSS" du 27 juin 1969, pour que les indemnités d'incapacité de travail puissent lui être accordées. Il suffit que l'assuré concerné ait exercé une activité salariée (ou assimilée) après le mois au cours duquel l'âge légal de la pension a été atteint (cf. l'intention de se constituer des droits à la pension supplémentaires après avoir atteint l'âge légal de la pension). Les conditions d'assurabilité relatives au stage d'attente et au maintien du droit aux indemnités et la "règle des trente jours" (être titulaire du droit aux indemnités dans les trente jours précédant le début de l'incapacité de travail) continueront bien entendu de s'appliquer intégralement.

 **Remarque :** si le titulaire est à nouveau reconnu en incapacité de travail en dehors de la période de rechute visée à l'article 87, alinéa 4, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, il ouvre un nouveau droit aux indemnités d'incapacité primaire d'une durée maximale de six mois.

 *Exemple :*

Un travailleur atteint l'âge de 65 ans le 15 juillet 2023 et décide de ne pas encore prendre sa pension de retraite à compter du 1<sup>er</sup> août 2023.

Il est en incapacité de travail à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2023 jusqu'au 20 octobre 2023 inclus. L'intéressé pourra être indemnisé à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2023 – sauf pour la période couverte par le salaire garanti – jusqu'au 20 octobre 2023 inclus.

Il est à nouveau en incapacité de travail à compter du 15 janvier 2024. L'intéressé pourra à nouveau être indemnisé à partir du 15 janvier 2024 - sauf pour la période couverte par le salaire garanti - jusqu'au 14 juillet 2024 inclus au plus tard (et dans la mesure où il reste reconnu en incapacité de travail pendant cette période).

## 2.2. Impact de l'octroi d'une pension de retraite (art. 108, 3<sup>o</sup> de la loi coordonnée du 14.07.1994)

L'article 235, § 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 dispose que, sans préjudice des dispositions de la législation en matière de pension de retraite et de survie, le titulaire qui peut faire valoir ses droits à quelque titre que ce soit à une pension de vieillesse, de retraite, d'ancienneté ou à tout autre avantage tenant lieu de pareille pension, accordée soit par un organisme de sécurité sociale belge ou étranger, soit par un pouvoir public, par un établissement public ou d'utilité publique, peut prétendre respectivement, selon qu'il a ou non des personnes à sa charge, à un montant égal à la différence entre 150 ou 125 p.c. de l'indemnité d'incapacité de travail, fixée pour le titulaire ayant des personnes à charge, et le montant de la pension ou de l'avantage en tenant lieu, évalué en jours ouvrables, sans pouvoir dépasser le montant journalier de l'indemnité qui lui serait alloué s'il n'y avait pas de cumul.

Sauf dans le cas où la pension de retraite est perçue en vertu du **régime des travailleurs salariés** belge (conformément à l'A.R. n° 50 du 24.10.1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs salariés), la règle de cumul précitée visée à l'article 235, § 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 s'applique (à condition que la réglementation de pension applicable ne prévoit pas un refus de la pension de retraite une fois que les indemnités d'incapacité de travail sont perçues<sup>3</sup>).

Si l'intéressé a droit à la pension de retraite du régime des travailleurs salariés belge (décision de prise de cette pension), les indemnités d'incapacité de travail doivent toujours être refusées. Le fait que l'intéressé décide de renoncer à l'octroi de la pension de retraite en vertu du régime des travailleurs salariés belge, n'y change rien.

3. Il est à noter que la réglementation belge actuelle des pensions du régime des travailleurs indépendants (cf. art. 30bis, al. 1<sup>er</sup> de l'A.R. n° 72 du 10.11.1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants) et du régime des fonctionnaires (cf. art. 91, al. 1<sup>er</sup> de la loi-programme du 28.06.2013 ; par exception toutefois, la pension pour cause d'incapacité physique, laquelle est cumulable indéfiniment avec les indemnités d'incapacité de travail) interdit en principe le cumul avec des indemnités d'incapacité de travail, de sorte que l'intéressé doit renoncer à la pension de retraite de l'autre régime pour pouvoir effectivement bénéficier des indemnités.

### III. Entrée en vigueur

Cette circulaire produit ses effets le **1<sup>er</sup> juillet 2023** et s'applique aux périodes d'incapacité de travail qui débutent, au plus tôt, à cette date, ainsi qu'aux périodes d'incapacité de travail qui sont encore en cours à cette même date.

Remplace la circulaire 2019/137 - 44/255 du 24 avril 2019<sup>4</sup>.



Circulaire O.A. n° 2023/194 – 44/257 du 17 juillet 2023.

4. Publiée dans le B.I. n° 2019/2

# IV. Salaire différé des enseignants temporaires : modification de la réglementation du chômage et impact sur l'assurance indemnités et maternité

En application à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2023.

## I. Introduction

Durant l'année scolaire, les prestations des enseignants temporaires sont, pour rappel, majorées conformément aux instructions visées dans la circulaire O.A. n° 2007/115 du 6 avril 2007 (rubrique 21/7).

Pour chaque occupation exercée en qualité d'enseignant, l'employeur (ou son mandataire) est tenu d'indiquer, dans la DMFA ou la mini-DMFA de la DRS, si l'intéressé est payé en dixièmes via le code 10 [voire via le code 20 (pour le mode de paiement adapté conformément à la réforme de l'année scolaire 2022-2023 de l'enseignement francophone<sup>1</sup>)], dans la zone 00060 "Enseignement - Mode de paiement".

Cette indication permet, le cas échéant, de déterminer :

- la période couverte par le traitement différé qui est assimilée à une période de travail, conformément aux dispositions de l'article 203, alinéa 4, 8° et 12°, de l'arrêté royal d'exécution du 3 juillet 1996
- la période couverte par le traitement différé durant laquelle les indemnités doivent être refusées, en vertu des dispositions de l'article 103 (et de l'art. 117) de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, ou réduites, en vertu de l'article 230 de l'arrêté royal d'exécution du 3 juillet 1996
- la période couverte par le traitement différé (considérée comme une "période de vacances légales") qui prolonge le repos postnatal, en vertu de l'article 220, 1°, de l'arrêté royal d'exécution du 3 juillet 1996
- la période couverte par le traitement différé qui prolonge la période de 30 jours visée à l'article 31 du règlement des indemnités du 16 avril 1997.

La période de traitement différé couvre 20 % approximativement des prestations de l'année scolaire écoulée durant les vacances d'été. À la suite de la réforme des rythmes scolaires dans (une partie de) l'enseignement relevant de la Fédération Wallonie-Bruxelles (Communauté française), cette période de vacances d'été ne correspond plus nécessairement, depuis l'été 2022, à la période du 1<sup>er</sup> juillet au 31 août<sup>2</sup>.

1. Enseignement.be - Que prévoit la réforme des rythmes scolaires ?

2. La Direction générale des secteurs de l'enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles a à cet égard précisé le 11.03.2022 au Service des indemnités de l'INAMI que l'année scolaire réformée comportera toujours 313 jours, que les vacances d'été s'étendent entre le jour qui suit la fin d'une année scolaire au jour qui précède l'année scolaire suivante et que cela représente, de manière générale, 51 jours calendrier (mais que ce nombre de jours sera de 58 tous les 5 ou 6 ans (la première fois que les vacances d'été seront plus longues sera l'été 2027).

Dans le cadre de la réglementation chômage, les dispositions de l'arrêté ministériel du 26 novembre 1991 portant les modalités d'application de la réglementation chômage (l'art. 37 de l'A.R. du 25.11.1991 relatif aux conditions d'admissibilité et les articles 45, 46, 51 et 55 de l'A.R. du 25.11.1991 relatifs à la privation involontaire de travail et de rémunération) ont été adaptées par arrêté ministériel du 8 juin 2023. Ces adaptations sont entrées en vigueur le 19 juin 2023 (le jour de la publication de l'A.M. au M.B.). Elles seront donc d'application pour la première fois durant l'été 2023.

## II. Période couverte par le traitement différé

### => Premier jour (ouvrable) de la période de vacances d'été

Dans le cadre de l'assurance chômage, une distinction fondamentale est faite entre :

- *l'usage d'un calendrier scolaire fixe* : calendrier au sein duquel les périodes de l'année scolaire et de vacances d'été débutent et se terminent à des dates fixes, quelle que soit l'année civile
- *l'usage d'un calendrier scolaire variable* : calendrier au sein duquel les périodes de l'année scolaire et de vacances d'été débutent et se terminent à des dates variables en fonction des années civiles.

Dans le cadre de la réglementation chômage, une partie du secteur de l'enseignement qui relève de la Fédération Wallonie-Bruxelles (Communauté française) ferait donc usage d'un calendrier variable.

Le code 20 (pour le mode de paiement adapté conformément à la réforme de l'année scolaire 2022-2023 de l'enseignement francophone), de la zone 00060 "Enseignement - Mode de paiement" permet, pour rappel, d'identifier les occupations pour lesquelles l'usage d'un calendrier variable est d'application.

Dans ce cas (calendrier variable), le lundi de la première semaine complète de vacances d'été est le premier jour ouvrable de la période de vacances d'été.

Dans les autres cas (calendrier fixe), le premier jour ouvrable du premier mois complet de vacances d'été est le premier jour ouvrable de la période de vacances d'été (c.-à-d. au 01.07 lorsque celui-ci est un jour ouvrable ou le lundi qui suit lorsque le 01.07 est un dimanche).

### => Nombre de jours couverts par le traitement différé (principes)

Le nombre de jours couverts par le traitement différé est, **de manière générale**<sup>3</sup>, déterminé en fonction :

- du nombre de jours de travail effectifs ou assimilés pris en considération par la communauté concernée pour le calcul de la rémunération différée de l'enseignant concerné (A)
- de la fraction d'occupation de l'occupation (Q/S)
- du rapport entre la période de vacances d'été (B) et la période de l'année scolaire (C).

B - la période débutant le premier jour ouvrable de la période de vacances d'été et prenant fin le dernier jour de la période de vacances d'été (telle que déterminée par la communauté concernée).

C - la période de l'année scolaire, hors vacances d'été, prenant cours le premier jour ouvrable de la période de l'année scolaire (telle que déterminée par la communauté concernée) et prenant fin la veille du premier jour ouvrable de la période de vacances d'été.

3. Voir art. 20/1 (§ 2, al. 3) de l'A.M. du 26.11.1991 portant les modalités d'application de la réglementation chômage qui renvoie à l'art. 9 (al. 3) du même A.M..

**Traitement différé (# jours) = A x Q/S<sup>4</sup> x B/C**

Les périodes de vacances d'été (B) et de l'année scolaire (C) sont exprimées sur la base du calendrier scolaire adopté par la communauté concernée et auquel est soumis l'enseignant concerné<sup>5</sup>, à savoir :

1° en semaines lorsque la communauté fait usage d'un calendrier scolaire variable ;

2° en mois lorsque la communauté fait usage d'un calendrier scolaire fixe.

Le cinquième chiffre après la virgule du résultat de la formule [B/C] et de la formule [A x Q/S x B/C] est supprimé<sup>6</sup>.



*Exemple 1* (pour 2022/2023) en ce qui concerne un calendrier scolaire variable :

C – année scolaire : 45 semaines du lundi 29 août 2022 au dimanche 9 juillet 2023

B – vacances scolaires : 7 semaines du lundi 10 juillet 2023 au dimanche 27 août 2023

B/C = [ 7 semaines / 45 semaines ] = [1,1555... ] = 0,1555

L'enseignant concerné a travaillé à temps plein (Q = 24h / S = 24h) à partir du vendredi 7 octobre 2022 pour le reste de l'année scolaire, ce qui correspond à 236 jours de travail (en régime de travail de 6 jours par semaine).

Nombre de jours couverts par le salaire différé :  $236 \times 24/24 \times 0,1555 = 36,698$  jours [arrondis à 37 jours (régime de travail de 6 jours par semaine), correspondant à la période du lundi 10 juillet 2023 au lundi 21 août 2023, pour l'application des dispositions de refus des indemnités visées à l'article 103 (117) de la loi coordonnée le 14 juillet 1994].



*Exemple 2* (pour 2022/2023) en ce qui concerne un calendrier scolaire variable :

C – année scolaire : 45 semaines du lundi 29 août 2022 au dimanche 9 juillet 2023

B – vacances scolaires : 7 semaines du lundi 10 juillet 2023 au dimanche 27 août 2023

B/C = [ 7 semaines / 45 semaines ] = [1,1555... ] = 0,1555

L'enseignant concerné a travaillé à temps partiel :

- (Q = 12h / S = 24h) à partir du vendredi 7 octobre 2022 pour le reste de l'année scolaire, ce qui correspond à 236 jours de travail (en régime de travail de 6 jours par semaine)
- (Q = 5h / S = 21h) à partir du vendredi 7 octobre 2022 pour le reste de l'année scolaire, ce qui correspond à 236 jours de travail (en régime de travail de 6 jours par semaine).

Nombre de jours couverts par le salaire différé : 27,0866 jours (18,349 jours + 8,7376 jours)

- $236 \times 12/24 \times 0,1555 = 18,349$  jours
- $236 \times 5/21 \times 0,1555 = 8,7376$  jours

Pour l'application des dispositions de refus des indemnités visées à l'article 103 (117) de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, ce nombre de jours de salaire différé (27,0866 arrondi à 28) correspond à la période du lundi 10 juillet 2023 au jeudi 10 août 2023.

Le nombre de jours couvert par le traitement différé est **toutefois**<sup>7</sup> censé couvrir la période complète des vacances d'été, telle que déterminée par la communauté concernée, dans le cas où l'enseignant a bénéficié d'un traitement annuel complet comme enseignant à temps plein.

4. Les facteurs Q et S sont à cet égard définis à l'art. 99, 1° et 2°, de l'A.R. du 25.11.1991 portant réglementation du chômage

5. Art. 9, al. 5, de l'A.M. du 26.11.1991 portant les modalités d'application de la réglementation chômage.

6. Art. 9, al. 4 et 6, de l'A.M. du 26.11.1991 portant les modalités d'application de la réglementation chômage.

7. Art. 20/1, § 2, al. 4, de l'A.M. du 26.11.1991 portant les modalités d'application de la réglementation chômage.

## => Imputation des jours de vacances annuelles (principes)

Les jours couverts par une rémunération différée sont épuisés :

- à partir du premier jour ouvrable de la période de vacances d'été, telle que déterminée par la communauté concernée ;
- à partir du premier jour ouvrable qui suit la fin du contrat de travail donnant droit à la rémunération différée et qui est situé au plus tôt le premier jour ouvrable du mois de juillet (à défaut de la détermination expresse d'une période de vacances d'été par la communauté concernée)<sup>8</sup>.

## => Différents calendriers scolaires (exception)

Dans le cas où l'enseignant qui n'a pas bénéficié d'un traitement annuel complet a été, au cours d'une même année scolaire, soumis à différents calendriers scolaires, la période couverte par le traitement différé est épuisée :

- entre la date à partir de laquelle les vacances d'été débutent au plus tôt et la date à laquelle les vacances d'été débutent au plus tard [période symbolisée par le nombre  $z$  prenant cours à partir de la date à laquelle les vacances débutent au plus tôt]
- plus tôt ou plus tard, en fonction de l'importance relative du nombre de jours des occupations relevant du calendrier fixe (nombre  $y$ ) et du calendrier variable (nombre  $x$ ) [pondération symbolisée par la multiplication par le rapport entre le nombre de jours relevant du calendrier variable ( $x$ ) et le nombre de jours relevant des calendriers variable ( $x$ ) et fixe ( $y$ )].

Dans cette hypothèse particulière (mixité), les jours couverts par une rémunération différée sont en effet épuisés à partir du premier jour ouvrable qui suit une période (...) prenant cours à partir du premier jour ouvrable de la période de vacances d'été débutant le plus tôt.

Cette période, visée à l'article 20/1, § 3, de l'arrêté ministériel du 26 novembre 1991, est constituée d'un nombre de jours égal au résultat de la formule  $z \cdot x / (x + y)$  :

$z$  – le nombre de jours calendrier situés dans la période allant du premier jour ouvrable de la période de vacances d'été débutant le plus tôt à la veille du premier jour ouvrable de la période de vacances d'été, débutant le plus tard. Pour l'année scolaire 2022-2023, "z" correspondrait donc au nombre de jours calendrier situés dans la période allant du samedi 1<sup>er</sup> juillet 2023 au dimanche 9 juillet 2023, soit 9 jours.

$x$  – le nombre de jours, en régime six jours, couverts par contrat de travail pour l'ensemble des occupations effectuées dans un établissement d'enseignement qui fait usage d'un calendrier scolaire variable, et pris en considération par la communauté concernée pour le calcul d'une rémunération différée, multiplié par Q/S ;

$y$  – le nombre de jours, en régime six jours, couverts par contrat de travail pour l'ensemble des occupations effectuées dans un établissement d'enseignement qui fait usage d'un calendrier scolaire fixe, et pris en considération par la communauté concernée pour le calcul d'une rémunération différée ; multiplié par Q/S ;

Le résultat obtenu est arrondi à l'unité inférieure.

> Exemple :

Calendrier scolaire fixe	Calendrier scolaire variable
Année scolaire : 01.09.2022 – 30.06.2023 = 10 mois Vacances d'été : 01.07.2023 – 31.08.2023 = 2 mois B/C = 2/10 = 0,2	Année scolaire : 29.08.2022 – 09.07.2023 = 45 semaines Vacances d'été : 10.07.2023 – 27.08.2023 = 7 semaines B/C = 7/45 (dont le cinquième chiffre après la virgule est supprimé) = 0,1555
Occupation à temps plein du 03.10.2022 au 31.01.2023 Nombre de jours couverts par contrat de travail en R6 = 104 jours	Occupation à temps plein du 01.03.2023 au 31.05.2023 Nombre de jours couverts par contrat de travail en R6 = 79 jours
Nombre de jours couverts par le salaire différé : 21 jours (104 x 2/10 = 20,8)	Nombre de jours couverts par le salaire différé : 13 jours (79 x 0,1555 = 12,29)

Rémunération différée totale : 34 jours (21 jours + 13 jours)

La rémunération différée commencerait à courir à partir du mardi 4 juillet 2023, plus précisément le jour ouvrable suivant la période de *trois jours*\* commençant le samedi 1<sup>er</sup> juillet 2023.

\*  $9 \times 79 / (79 + 104) = 3,88$  arrondi à l'unité inférieure

Le principe s'applique également dans le cas de calendriers scolaires différents que le nombre de jours couverts par le traitement différé est toutefois censé couvrir la période complète des vacances d'été, telle que déterminée par la communauté concernée, dans le cas où l'enseignant a bénéficié d'un traitement annuel complet comme enseignant à temps plein.

Afin de déterminer si un enseignant a bénéficié d'un traitement annuel complet à temps plein, il faut tenir compte des jours de travail effectifs couverts par un contrat de travail. Selon le calendrier scolaire utilisé, le nombre de jours de travail varie :

- dans un calendrier scolaire fixe : 260 jours de travail
- dans un calendrier scolaire variable : 270 jours de travail.

Par principe, l'enseignant a bénéficié d'un traitement annuel complet à temps plein lorsque le résultat de la formule  $x/X + y/Y$  est au moins égal à 1 (où X = 270 jours et où Y = 260 jours).

9. Dans le cadre de l'application des dispositions de l'art. 224, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, de l'A.R. d'exécution du 03.07.1996 (qualité de travailleur régulier), les jours de chômage contrôlé ne sont, pour rappel, pas pris en considération.

**>** Exemple :

Calendrier scolaire fixe	Calendrier scolaire variable
Année scolaire : 01.09.2022 – 30.06.2023 = 10 mois (260 jours)	Année scolaire : 29.08.2022 – 09.07.2023 = 45 semaines (270 jours)
Vacances d'été : 01.07.2023 – 31.08.2023 = 2 mois B/C = 2/10 = 0,2	Vacances d'été : 10.07.2023 – 27.08.2023 = 7 semaines B/C = 7/45 (dont le cinquième chiffre après la virgule est supprimé) = 0,1555
Occupation à temps plein du 01.09.2022 au 31.01.2023 Nombre de jours de travail (y) = 131 jours	Occupation à temps plein du 01.02.2023 au 07.07.2023 Nombre de jours de travail (x) = 135 jours
$x/X + y/Y = 135/270 + 131/260 = 1$	
L'intéressé aurait bien bénéficié d'un traitement annuel complet à temps plein.	
Nombre de jours couverts par la rémunération différée = $(131 * 0,2 = 26,2)$ 27 jours	Nombre de jours couverts par la rémunération différée = $(135 * 0,1555 = 20,9)$ 21 jours
Rémunération différée totale = 48 jours (27 + 21)	
La rémunération serait imputée à partir du 05.07.2023 (premier jour ouvrable suivant la période de 4 jours prenant cours le 01.07.2023)	
$9 * 135 / (135 + 131) = 4,5$ , arrondi à l'unité inférieure (4)	
La période complète de vacances d'été prendrait fin le 29.08.2023 (48 jours imputés à partir du 05.07.2023), qui est une date postérieure au dernier jour des vacances d'été se terminant le plus tôt.	

### III. Assurance indemnités et maternité

#### => Principe

Par souci d'harmonisation et d'uniformité, les règles, décrites ci-dessus, d'application, à partir de l'été 2023, dans le cadre de la réglementation chômage sont aussi d'application, à partir de l'été 2023, dans le cadre de la réglementation de l'assurance indemnités (et maternité), pour l'application de la règle générale de refus des indemnités, visée à l'article 103 (via, le cas échéant, l'art. 117) de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 voire pour déterminer les jours assimilés à des jours de travail, conformément aux dispositions de l'article 203, alinéa 4, 8<sup>o</sup> et 12<sup>o</sup>, de l'arrêté royal d'exécution du 3 juillet 1996 ou aux dispositions de l'article 224, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> ou 2<sup>o</sup>, de l'arrêté royal d'exécution du 3 juillet 1996.

## => Exceptions

Dans le cadre de la réglementation de l'assurance indemnités et maternité, la réduction (éventuelle) de la période de traitement différé en fonction de la fraction d'occupation (à temps partiel), exprimée par la multiplication par le facteur Q/S de l'occupation, n'est toutefois pas d'application :

- dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 220, 1<sup>o</sup>, de l'arrêté royal d'exécution du 3 juillet 1996 en vue de la prolongation du repos postnatal
- dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 203, alinéa 4, 8<sup>o</sup> et 12<sup>o</sup>, de l'arrêté royal d'exécution du 3 juillet 1996 *si cette réduction empêche l'assuré social de remplir les conditions de stage ou de maintien de droit aux indemnités, y compris la condition, visée à l'article 131 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, de justifier la qualité de titulaire dans les trente jours précédant le début de l'incapacité de travail ou le début d'un autre risque couvert par l'assurance indemnités ou maternité.*

La réduction de la période de traitement différé en fonction de la fraction d'occupation à temps partiel, exprimée par la multiplication par le facteur Q/S de l'occupation, ne peut alors, *par souci de cohérence interne*, pas être appliquée non plus, ni pour l'application des dispositions visées à l'article 103 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 (refus des indemnités), ni pour l'application des dispositions de l'article 224, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> ou 2<sup>o</sup>, de l'arrêté royal d'exécution du 3 juillet 1996 (qualité de travailleur régulier).

La réduction de la période de traitement différé en fonction de la fraction d'occupation à temps partiel, exprimée par la multiplication par le facteur Q/S de l'occupation pourrait également ne pas être appliquée, pour l'application des dispositions de l'article 31 du règlement des indemnités du 16 avril 1997, si l'absence de réduction de la période couverte par le traitement différé se révélait globalement plus favorable, compte tenu de l'application de cette règle de détermination de la rémunération journalière moyenne avec, le cas échéant, l'application des dispositions de cumul des indemnités visées à l'article 103 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 (cumul interdit) ou à l'article 242 de l'arrêté royal d'exécution du 3 juillet 1996 (cumul autorisé en cas de pluralité d'occupations) et, le cas échéant, l'application des dispositions de l'article 224, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> ou 2<sup>o</sup>, de l'arrêté royal d'exécution du 3 juillet 1996 (qualité de travailleur régulier)<sup>9</sup>.

Sauf pour la prolongation du repos postnatal (en vertu des dispositions particulières de l'art. 220, 1<sup>o</sup>, de l'A.R. d'exécution du 03.07.1996), les règles de détermination et d'imputation du salaire différé retenues dans le cadre de la réglementation chômage (principe) devraient, de manière générale, en cas de chômage contrôlé durant (toute) la période de vacances d'été (non couverte par le salaire différé), primer.

En cas d'activité autorisée, on peut partir du principe que la réduction des indemnités (durant une période non réduite en fonction de la fraction d'occupation), en vertu des dispositions de l'article 230 de l'arrêté royal d'exécution, sera, de manière générale, plus favorable que le refus des indemnités (durant une période réduite en fonction de la fraction d'occupation) en vertu des dispositions générales d'interdiction de cumul, visées à l'article 103 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994. La réduction de la période de traitement différé en fonction de la fraction d'occupation à temps partiel, exprimée par la multiplication par le facteur Q/S de l'occupation ne devrait par conséquent pas être appliquée, dans les hypothèses envisagées à l'annexe 0b de la circulaire O.A. n<sup>o</sup> 2018/382 relative au calcul des indemnités sur base de la règle de cumul visée à l'article 230 de l'arrêté royal d'exécution du 3 juillet 1996.

=> Abrogation de la circulaire O.A. n° 1991/334 (rubrique 21/1)

Les instructions de la présente circulaire O.A. remplacent celles de la circulaire O.A. n° 1991/334 (rubrique 21/1) [en particulier, celles évoquées *in fine* dans la circulaire n° O.A. n° 2007/115 du 6 avril 2007 (rubrique 21/7)].



Circulaire O.A. n° 2023/196 – 21/16 du 18 juillet 2023.

# V. Flux de données dans le cadre du contrôle systématique du droit à l'intervention majorée effectué en 2023

## Introduction :

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

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

En annexe à cette circulaire figure une description technique de cet échange de données ainsi qu'un document comprenant la liste des codes IPCAL<sup>1</sup> relatifs à l'année d'imposition 2022 (revenus 2021) pour le calcul du revenu du ménage et enfin, le tableau reprenant la dénomination et timing des flux.

## 1. But du contrôle systématique

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

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

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

Si les données sur les revenus, dont les organismes assureurs disposent pendant l'examen des revenus qui suit l'échange de données avec le SPF Finances et le SCA, indiquent qu'il y a un dépassement du plafond ou qu'aucune donnée fiscale n'est disponible pour au moins un membre de la famille le droit est limité au 31 décembre<sup>2</sup>. Si, dans ces deux cas, le ménage présente une nouvelle DSH et le droit est, à nouveau, accordé à partir du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante, il ne s'agit pas d'une ouverture de droit.

1. En annexe 2: la liste des codes IPCAL qui sont demandés au SPF Finances pour l'année de contrôle 2023. Ce sont les revenus de l'année 2021, exercice d'imposition 2022, qui sont demandés. La liste donne également une indication sur la manière de calculer les différents revenus. Les accords concernant le calcul du revenu familial se trouvent dans l'A.R. du 15.01.2014 et sont détaillés dans la circulaire O.A. n° 2019/81 du 01.03. 2019 concernant "Intervention majorée: nature des revenus pris en compte »

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

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

## 2. Description générale du processus de contrôle systématique

### 2.1 Description du processus

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

Le premier fichier, Syst\_01, contient les ménages ayant droit à l'I.M. sur la base d'une déclaration sur l'honneur, plus particulièrement les ménages qui :

- au 1<sup>er</sup> janvier 2023 ont droit à l'intervention majorée et qui bénéficiaient de ce même droit durant toute la deuxième année précédente.<sup>3</sup>
- au 1<sup>er</sup> janvier 2023 ont droit à l'intervention majorée, dont le droit a été ouvert l'année précédente et auxquels une période de référence d'un an était applicable (art. 37, § 1<sup>er</sup>, de l'A.R. du 15.01.2014)
- au 1<sup>er</sup> janvier 2023 ont droit à l'intervention majorée, dont le droit a été ouvert deux années précédentes avec une période de référence d'un an et qui ont reçu une prolongation l'année précédente après le contrôle systématique (art. 46 de l'A.R. du 15.01.2014).

Le deuxième fichier échangé entre le SCA et les organismes assureurs "Syst\_04" contient les données relatives aux revenus. L'INAMI demande ces données au SPF Finances et les transmet aux organismes assureurs concernés. L'échange est effectué via le filtre du Collège Intermutualiste National (plus loin dans cette circulaire en abrégé CIN).

Le fichier de feed-back, "Syst\_05", est le troisième fichier échangé entre les organismes assureurs et le SCA dans le cadre du contrôle systématique. Dans ce fichier, les organismes assureurs indiquent les droits qui ont été prolongés ou retirés ainsi que le motif de leur prolongation ou retrait.

Le feed-back sera demandé pour tous les ménages du cycle de contrôle concerné, et donc pas uniquement pour ceux ayant un dépassement ou dont le droit a été retiré.

Les fichiers "Syst\_02" et "Syst\_03" sont les fichiers qui sont échangés entre le SCA et le SPF Finances et qui contiennent les données fiscales. Les modalités et le contenu de l'échange de données sont précisés dans le Project Initiation Document (PID), un Service level agreement (SLA) conclu entre l'INAMI (SCA) et la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS). Ils ne sont pas détaillés dans la présente circulaire.

3. Ce sont les ménages dont le droit à l'I.M. était ouvert sur base d'une qualité, et qui en ont bénéficié pendant toute l'année 2021.

## 2.2. Utilisation du numéro de demande

Le numéro de demande se compose comme suit : organisme assureur + année + NISS du demandeur<sup>4</sup>. L'année est l'année de transmission du fichier. Dans le cadre de la présente circulaire, l'année de transmission est l'année 2023.

Lorsqu'un assuré change de mutualité, il se peut que la mutualité qui doit transmettre les données du flux Syst\_05 n'ait pas transmis le flux Syst\_01. L'organisme assureur qui transmet les données du flux Syst\_05 doit, dans le cadre d'un même processus de contrôle, utiliser le même numéro de demande que pour les autres échanges de données. Il n'est pas possible d'utiliser un autre numéro de demande pour un même ménage dans les fichiers d'une même année de contrôle.

Le numéro de demande ne varie pas en fonction des fichiers Syst\_01, Syst\_04 ou Syst\_05. La raison pour laquelle le numéro de demande est maintenu comme zone est liée à cette stabilité. Un numéro NISS peut changer au cours du processus<sup>5</sup>, l'organisme assureur peut changer, mais le numéro de demande reste le même.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.4 Historique/modification de(s) NISS

Si au cours de l'élaboration du fichier flux Syst\_01, une des parties reçoit un numéro NISS modifié, c'est ce numéro qui sera utilisé dans les échanges de données ultérieurs entre l'INAMI et l'organisme assureur. L'INAMI conserve l'ancien numéro et utilise le nouveau numéro pour les demandes adressées au SPF Finances et les échanges de données avec les organismes assureurs.

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

# 3. Liste des ménages soumis au contrôle systématique (Syst\_01)

## 3.1 Transmission des données

Chaque organisme assureur est tenu de communiquer le fichier des ménages qui bénéficient du droit à l'I.M., qui font l'objet d'un contrôle systématique et dont le demandeur est affilié chez lui. Ce fichier doit être transmis à l'INAMI via l'interface Nippin au plus tard le 15 avril 2023.

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

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

Si le fichier est rejeté dans son intégralité, l'organisme assureur envoie un fichier corrigé dans les 3 jours ouvrables.

L'utilisation d'un NISS incorrect ou inexistant dans le fichier Syst\_01 aboutit automatiquement à une réponse dont le code retour est différent de 0 dans le fichier de réponse Syst\_04. Cela signifie que les données relatives aux revenus ne sont pas connues au SPF Finances. Cette réponse est générée en raison du fait que le numéro NISS ne pouvait pas être intégré et que les revenus ne pouvaient donc pas être demandés.

## 3.2 Ménages concernés

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

Le NISS de chaque membre du ménage est communiqué.

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

- au 1<sup>er</sup> janvier 2023 ont droit à l'intervention majorée et qui bénéficiaient de ce même droit durant toute la deuxième année précédente
- au 1<sup>er</sup> janvier 2023 ont droit à l'intervention majorée, dont le droit a été ouvert l'année précédente et auxquels une période de référence d'un an était applicable (art. 37, § 1<sup>er</sup>, de l'A.R. du 15.01.2014)
- au 1<sup>er</sup> janvier 2023 ont droit à l'intervention majorée, dont le droit a été ouvert deux années précédentes avec une période de référence d'un an et qui ont reçu une prolongation l'année précédente après le contrôle systématique (art. 46, A.R. du 15.01.2014).

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

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

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

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

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

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

Lorsqu'aucune donnée fiscale n'est disponible pour au moins un membre du ménage, le droit est limité au 31 décembre 2023<sup>6</sup>. Si le ménage présente une nouvelle déclaration sur l'honneur et le droit est, à nouveau, accordé à partir du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante, il ne s'agit pas d'une ouverture.

### 3.3 Le NISS du demandeur et des membres du ménage

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

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

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

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

### 3.4 Bénéficiaires sans NISS

Exemples de membres du ménage ne possédant pas de NISS :

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

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

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

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

## 4. Revenus des ménages et de chaque membre du ménage (Syst\_04)

### 4.1. Transmission des données à l'organisme assureur

Le SCA transmet la liste des NISS du contrôle systématique à l'administration fiscale avant le 15 juin 2023 (art. 37, § 2, de l'A.R. du 15.01.2014). La transmission se fait via la Banque-Carrefour de la Sécurité sociale (BCSS).

Dans la pratique, les revenus des membres du ménage et ceux du ménage global sont envoyés deux fois au cours de l'année de contrôle. La liste contenant tous les NISS est envoyée une première fois avant le 15 juin. Suit alors un premier fichier de réponse au CIN en août 2023. Une deuxième demande est envoyée à l'administration fiscale pour les ménages pour lesquels le Service, et donc l'organisme assureur, n'a pas reçu de réponse la première fois. La réponse à cette demande est communiquée dans un deuxième fichier en octobre. L'envoi de ce deuxième fichier doit se faire avant le 1<sup>er</sup> novembre 2023 (art. 37, § 3 de l'A.R. du 15.01.2014). Le CIN communique les informations à l'organisme assureur du demandeur via le filtre CIN.

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

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

## 4.2. Quelles informations

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

Pour le contrôle systématique, ce sont toujours les revenus de l'année X-2 qui sont demandés, X étant l'année de contrôle. L'année 2021 est l'année de revenus pour le contrôle systématique effectué en 2023. L'année de revenus 2021 correspond à l'exercice d'imposition 2022.

La moyenne des plafonds des revenus de l'année 2021 est utilisée pour le contrôle systématique de 2023.

Le plafond de revenus applicable est fixé à 20.292,59 EUR plus 3.756,71 EUR par personne supplémentaire dans le ménage (art. 21 de l'A.R. du 15.01.2014).

Moyenne des revenus des plafonds 2021	
Plafond de base	Montant par membre de ménage supplémentaire
20.292,59 EUR	3.756,71 EUR

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

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

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

En annexe se trouve une liste des codes demandés en 2023 pour l'année de revenus 2021. Cette annexe décrit également la façon dont le Service calcule le revenu total du ménage sur la base des revenus communiqués<sup>9</sup> (voir pt 4.4).

## 4.3. Disponibilité des revenus

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

Si un membre du ménage n'est pas connu dans la banque de données pour l'année concernée ou si ses revenus ne sont pas (encore) connus au moment de la demande, la réponse pour cette personne sera un code retour différent de "00" (voir la liste en p. 11 du document technique joint en annexe<sup>10</sup> à la présente circulaire). Le SPF Finances n'envoie pas de codes IPCAL pour cette personne.

9. Les accords concernant le calcul du revenu familial se trouvent dans l'A.R.I du 15.01.2014 et sont détaillés dans la circulaire O.A. n° 2019/81 du 1<sup>er</sup> mars 2019 concernant "Intervention majorée: nature des revenus pris en compte".

10. Non publiée ici.

Comme décrit plus loin dans le document technique joint en annexe, le champ réservé au revenu total du ménage est uniquement complété si les revenus de tous les membres du ménage sont connus dans le cadre de l'échange de données. Si le revenu d'un membre du ménage n'est pas connu du SPF Finances, le champ "Revenu total du ménage" dans le fichier Syst\_04 ne peut pas être calculé. Dans ce cas, le détail des données fiscales relatives aux revenus des autres membres du ménage dont les revenus sont connus est communiqué à l'organisme assureur.

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

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

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

Pour le contrôle systématique en 2023, l'année d'imposition est 2022 car les revenus de 2021 ont pour année d'imposition l'année 2022. Les bénéficiaires qui, au 1<sup>er</sup> janvier 2022, ont moins de 18 ans et des revenus inconnus dans l'année de contrôle 2023 reçoivent donc quand même un code retour "00" avec un revenu égal à 0 EUR.

Si des données sont disponibles au SPF Finances au mois de juillet, mais qu'elles n'ont pas encore été traitées<sup>11</sup>, le Service réitère sa demande au SPF Finances en septembre. Si à ce moment-là, il n'est toujours pas possible d'obtenir un code retour "00" pour ce membre du ménage, les revenus sont considérés comme étant inconnus pour le contrôle en 2023.

#### 4.4 Revenu total du ménage

Le mode de calcul de la valeur du revenu total mentionnée dans le fichier Syst\_04 est décrit dans la liste des codes IPCAL en annexe. Le mode de calcul appliqué est un outil d'aide pour les organismes assureurs et doit être considéré comme tel. Les instructions relatives aux revenus définies dans l'arrêté royal du 15 janvier 2014 constituent la base de l'examen des revenus.

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

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

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

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

## 5. Feed-back des organismes assureurs (Syst\_05)

### 5.1. Transmission des données

Le troisième fichier échangé entre les organismes assureurs et l'INAMI dans le cadre du contrôle systématique est le fichier de feed-back (flux Syst\_05). Dans ce fichier, les organismes assureurs indiquent les droits qui ont été prolongés et ceux qui ont été retirés ainsi que le motif de la prolongation ou de la cessation du droit à l'I.M.. Les organismes assureurs communiquent plus particulièrement la motivation de la décision (art. 39 de l'A.R. du 15.01.2014).

Les mêmes ménages que ceux dans le fichier Syst\_01 sont communiqués dans le fichier de feed-back, avec le même numéro de demande. Le feed-back sera demandé pour tous les ménages du contrôle systématique.

C'est l'organisme assureur qui reçoit les données fiscales qui envoie le feed-back au SCA. Ce fichier doit être envoyé avant le 1<sup>er</sup> mai de l'année suivant la transmission du fichier flux Syst\_01. Pour le contrôle effectué en 2023, ce fichier doit donc être envoyé avant le 1<sup>er</sup> mai 2024.

Sur la base des informations reçues dans le fichier Syst\_04 et des informations dont il dispose (voir l'art.37, § 3, de l'A.R. du 15.01.2014 et le pt 4.3), l'organisme assureur examine si le droit à l'I.M. peut ou non être prolongé pour le ménage concerné. Si au terme de l'examen, il apparaît que ce ménage répond aux conditions de revenus pour l'année à laquelle se rapportent ces informations, en l'occurrence pour 2023, le droit à l'I.M. est prolongé jusqu'au 31 décembre 2024.

S'il apparaît que le ménage n'avait pas droit à l'I.M. pour l'année à laquelle se rapportent ces informations, il est mis fin au droit à l'I.M. au 31 décembre 2023. Il est également mis fin à ce droit au 31 décembre 2023 si, pour un ou plusieurs membres du ménage, aucune information n'était disponible au SPF Finances (art. 38, § 3, de l'A.R. du 15.01.2014). Ici aussi, on tient compte de l'exception pour les enfants de moins de 18 ans pour lesquels il n'y a pas de revenus connus au SPF Finances.

Il ne s'agit pas d'une ouverture du droit si les ménages qui se trouvent dans une des deux situations décrites au paragraphe précédent introduisent une nouvelle déclaration sur l'honneur sur la base de laquelle le droit à l'I.M. est octroyé à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024. Dans ce cas, le ménage est intégré la même année encore dans le contrôle systématique.

Le droit est octroyé à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024 si la nouvelle déclaration sur l'honneur est introduite entre le 1<sup>er</sup> octobre 2023 et avant le 1<sup>er</sup> avril 2024. Dans les situations où l'organisme assureur octroie le droit à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024 aux ménages qui, en vertu des dispositions de l'article 38, § 4, devraient quand même être communiqués dans le contrôle systématique mais dont la DSH n'est pas complète<sup>12</sup> avant le 20 mars 2024 (absence de pièces justificatives, pas encore de signature), il n'y aura pas d'impact pour l'organisme assureur s'il omet d'inscrire ces ménages dans la liste des ménages assujettis au contrôle systématique (Syst\_01).

### 5.2. Quel organisme assureur

C'est l'organisme assureur qui reçoit les données fiscales qui envoie le fichier de feed-back au SCA. Ce fichier doit être envoyé avant le 1<sup>er</sup> mai 2024.

Le numéro de demande d'un ménage dans le fichier feed-back doit correspondre au numéro de demande de ce même ménage dans la liste des ménages soumis au contrôle (Syst\_01).

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

### 5.3. Quel feed-back

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

Les décisions possibles sont :

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

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

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

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

 *Exemple 1* : Une modification de la composition de ménage survient au cours du deuxième trimestre 2023 et a pour conséquence qu'il doit être mis fin au droit à l'I.M. au plus tard à la fin du trimestre suivant celui au cours duquel la modification a eu lieu. Le droit à l'I.M. prend fin le 30 septembre 2023. La mutualité informe ses membres au sujet de la fin de leur droit à l'I.M. et de la possibilité d'introduire une nouvelle déclaration sur l'honneur. En octobre 2023, le SCA transmet le fichier SYST\_04 à l'O.A. Selon les données fiscales, le plafond des revenus est dépassé. Suite au contrôle systématique, le droit à l'I.M. prend fin le 31 décembre 2023. La mutualité ne doit plus entreprendre d'action dans ce dossier parce qu'il a déjà été mis fin au droit à l'I.M. suite à la modification de la composition de ménage.

En ce qui concerne le motif du retrait du droit à l'I.M. dans le feedback, l'O.A. utilise le code "STOP-FAM" (= retrait du droit suite à une modification de la composition de ménage).

L'O.A. communique toujours le "ReasonCode" qui a mis fin au droit à l'I.M. en premier lieu.

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

**>** *Exemple 2* : Une modification de la composition de ménage survient au cours du troisième trimestre 2023 et a pour conséquence qu'il doit être mis fin au droit à l'I.M. au plus tard à la fin du trimestre suivant celui au cours duquel la modification a eu lieu. Le droit à l'I.M. prend fin le 31 décembre 2023. La mutualité informe ses membres au sujet de la fin de leur droit à l'I.M. et de la possibilité d'introduire une nouvelle déclaration sur l'honneur. En octobre 2023, le SCA transmet le fichier SYST\_04 à l'O.A. Selon les données fiscales, le plafond des revenus est dépassé. Suite au contrôle systématique, le droit à l'I.M. prend fin le 31 décembre 2023.

Le motif du retrait du droit à l'I.M. qu'il faut utiliser dans le feedback (fichier Syst\_05) est le code "STOPFAM" (=retrait du droit suite à une modification de la composition de ménage. L'O.A. communique toujours le "ReasonCode" qui a mis fin au droit à l'I.M. en premier lieu.

**>** *Exemple 3* : Lorsqu'une modification de la composition de ménage survient au cours du premier trimestre de l'année 2022 et que le flux SYST\_04 du contrôle systématique en 2022 est transmis plus tard (par ex. : en juillet 2023) avec un dépassement de plafond, la période de maintien du droit à l'I.M. en raison de la modification de la composition de ménage est plus courte que la période de maintien du droit en raison du contrôle systématique. Comme il a déjà été mis fin au droit au 30 juin 2023, il convient d'utiliser le code "STOPFAM" (= Retrait du droit suite à une modification de la composition de ménage).

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

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

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

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

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

## 6. Délai(s) de conservation des données

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

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



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

## 7. Entrée en vigueur

Cette circulaire s'applique au contrôle systématique en 2023.



Circulaire O.A. n° 2023/138 – 3991/366 du 7 juin 2023.

# VI. Transmission du fichier global reprenant les bénéficiaires de l'intervention majorée au 1<sup>er</sup> janvier 2023

## Introduction :

La présente circulaire traite de la transmission du fichier global visé à l'article 7 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance (M.B. du 29.01.2014) visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Par la suite, la présente circulaire fait référence audit arrêté en parlant tout simplement de "l'A.R. du 15 janvier 2014".

La circulaire fixe les modalités d'échange de données entre le Service du contrôle administratif (SCA) et les organismes assureurs dans le cadre du fichier global avec la situation ("photo") des bénéficiaires au 1<sup>er</sup> janvier 2023.

En annexe à la présente circulaire figurent, outre le document technique donnant une description détaillée de l'échange de données, la liste des mutualités, la liste des codes CT, la liste des codes communaux INS pour la Belgique, la liste des codes nationaux et enfin, le tableau reprenant la dénomination des flux.

## 1. But de la transmission du fichier global

L'échange du fichier global reprenant tous les bénéficiaires de l'intervention majorée (abrégée I.M. dans la présente circulaire) est réglé à l'article 7 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014.

"Les organismes assureurs transmettent chaque année au Service du contrôle administratif de l'institut, un fichier global reprenant tous les bénéficiaires de l'intervention majorée, avec indication du ménage, tel que visé à l'article 14 ou à la section 4 du chapitre 4, auquel ils appartiennent, selon les modalités et avec les données complémentaires fixées par le service susvisé."

Au total, deux fichiers reprenant tous les bénéficiaires de l'I.M. seront échangés dans le courant de 2023. La situation des bénéficiaires à un moment donné ("photo") est "photographiée" deux fois par an: au 1<sup>er</sup> janvier et au 1<sup>er</sup> juillet.

Le premier échange du fichier avec "photo" au 1<sup>er</sup> janvier s'opère au plus tard le 15 avril 2023. Le fichier comprenant la deuxième photo<sup>1</sup> qui fige la situation au 1<sup>er</sup> juillet 2023, est transmise au plus tard le 31 août 2023. Ce deuxième échange de données fait partie des statistiques semestrielles. La description de ce fichier est aussi reprise dans la circulaire décrivant les statistiques semestrielles. La finalité du deuxième échange de données est toutefois plus restrictive que celle du premier échange.

L'objectif du premier échange de données est mentionné à l'article 7 précité: "Le Service du contrôle administratif de l'institut procède chaque année à une analyse quantitative des données communiquées par les organismes assureurs selon les modalités fixées par ce service. Sur la base de cette analyse quantitative, le groupe de travail assurabilité évalue chaque année l'efficacité du mécanisme d'octroi de l'intervention majorée."

1. Le deuxième fichier PHOTO = SemStatDétailé.

Un objectif supplémentaire du premier échange de données est que l'INAMI, en collaboration avec la Banque-Carrefour de la Sécurité sociale (BCSS), a la responsabilité de garantir l'accès à divers avantages complémentaires pour les bénéficiaires de l'I.M. en veillant à ce que tous ces assurés sociaux soient intégrés à la BCSS.

L'échange du premier fichier global vise à rencontrer deux objectifs :

- la réalisation d'une analyse quantitative sur les bénéficiaires de l'I.M. Les données sont en outre utilisées par la Section accessibilité du SCA pour pouvoir établir des rapports et des statistiques qui servent à évaluer la mesure et la mise à disposition, au sein de l'INAMI et du groupe de travail assurabilité, de données et de rapports sur les bénéficiaires et ménages ayant actuellement droit à l'I.M. (et sur l'évolution à travers le temps) à des fins statistiques
- l'intégration à la BCSS au moyen d'un code de qualité spécifique et des autorisations pour les villes et communes (et autres) font que tous les assurés sociaux ayant droit à l'I.M. peuvent bénéficier plus rapidement, et sans intervention propre, d'avantages complémentaires que ces villes et communes offrent aux bénéficiaires de l'I.M..

Comme mentionné plus haut, l'objectif de la deuxième "photo" est limité. Seule la première photo est utilisée à des fins d'intégration à la BCSS en vue de générer des avantages complémentaires. La finalité du deuxième fichier se limite à une évaluation quantitative du droit à l'I.M. et au rapport à faire à ce sujet. Ce fichier s'inscrit dans le cadre du suivi semestriel de l'I.M..

L'article 7 précité prévoit que "les organismes assureurs transmettent chaque semestre au Service du contrôle administratif de l'institut, en vue du suivi de l'évolution de l'octroi de l'intervention majorée, des données statistiques relatives au nombre de bénéficiaires de l'intervention majorée ; le Service du contrôle administratif de l'Institut détermine les modalités selon lesquelles ces données sont transmises ainsi que les éléments qu'elles doivent contenir".

Les deux fichiers sont différents au niveau des objectifs visés mais ils sont néanmoins identiques au niveau de l'échange de données entre les organismes assureurs et l'INAMI et du contenu.

## 2. La liste de membres ayant droit à l'I.M. au 1<sup>er</sup> janvier (flux photo\_01)

### 2.1. Transfert

L'organisme assureur transmet le fichier global (photo\_01) au SCA au plus tard le 15 avril 2023 (art. 7 de l'A.R. du 15.01.2014). Dans ce fichier, chaque organisme assureur transmet les bénéficiaires de l'I.M. qui sont affiliés auprès de ce même organisme assureur. Ce fichier comprenant la situation des bénéficiaires au 1<sup>er</sup> janvier 2023 au sein de cet organisme assureur est transmis au plus tard le 15 avril.

Il n'est pas possible de corriger certains enregistrements après l'envoi d'informations erronées (au niveau sémantique ou syntaxique). La possibilité d'envoyer un fichier correctif pour quelques enregistrements seulement n'est pas prévue, vu le caractère exceptionnel de ce type de rejets et le contenu limité des enregistrements. Le fichier tout entier est rejeté lorsqu'un seul enregistrement du fichier "photo" contient un code CT, une mutualité ou un NISS inexistant. L'organisme assureur envoie un fichier corrigé dans les trois jours ouvrables.

## 2.2. Quelles données ?

Chaque organisme assureur transmet le fichier de ses membres ayant droit à l'intervention majorée au 1<sup>er</sup> janvier 2023 : tant les bénéficiaires ayant automatiquement droit à l'I.M. (art. 8 de l'A.R. du 15.01.2014) que les bénéficiaires dont le droit a été accordé à la suite d'un examen des revenus effectué par la mutualité (art. 17-18 de l'A.R. du 15.01.2014).

Pour chaque assuré social ayant droit à l'I.M. au 1<sup>er</sup> janvier 2023, les données suivantes sont communiquées : son NISS, le NISS du demandeur du droit à l'I.M.<sup>2</sup>, le mode d'attribution du droit à l'I.M., la résidence (au 01/01), la date d'ouverture du droit à l'I.M., le code titulaire (CT1/CG1), la mutualité et le fait qu'il soit titulaire ou personne à charge (PAC).

Les membres d'un ménage I.M. qui n'ont pas droit à des interventions de soins de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2023 mais pour qui les conditions de maintien du droit à l'I.M. sont remplies si leur droit à des interventions de soins de santé peut être prolongé, sont également repris dans le fichier global. Ils reçoivent le code titulaire 000.

## 2.3. La notion de "demandeur"

Dans le fichier "photo", le demandeur est la clé pour composer les ménages I.M.. Chaque organisme assureur transmet les données de ses affiliés bénéficiaires de l'I.M. dans les fichiers "photo" mais l'identité du demandeur est également communiquée dans l'enregistrement, avec celle du bénéficiaire.

C'est également le cas lorsque le demandeur est affilié à un autre organisme assureur que celui du membre du ménage. Le demandeur du ménage I.M. est mentionné pour chaque bénéficiaire. Dans les enregistrements du demandeur même, son NISS est mentionné deux fois : une fois dans le champ réservé au NISS du membre du ménage et une fois dans le champ réservé au demandeur.

Dans le cas de l'I.M. accordée sur la base d'un examen des revenus (DSH), le demandeur est la personne qui fait la demande.

Dans le cas de l'I.M. accordée sur la base d'un avantage social, le demandeur est la personne bénéficiant de l'avantage social. Dans le fichier "photo", pour les ménages comptant plusieurs bénéficiaires d'un avantage social, le demandeur est l'affilié dont l'avantage social fait naître en premier le droit à l'I.M.

## 2.4. Identification des bénéficiaires

Les bénéficiaires sans numéro NISS ne sont pas inclus dans le fichier.

Les membres d'un ménage I.M. qui n'ont pas droit aux soins de santé le jour de la photo mais pour qui les conditions d'octroi du droit à l'I.M. sont remplies, sont repris dans le fichier "photo". Ils sont désignés par le code CT "000".

## 2.5. Informations communiquées sur le "mode d'octroi du droit à l'I.M."

Pour les bénéficiaires de l'I.M. accordée sur la base d'un examen des revenus effectué par la mutualité, la période de référence la plus récente est communiquée. Pour les bénéficiaires d'un droit automatique, l'avantage social ou la situation sur base de laquelle leur droit à l'I.M. est accordé est communiqué dans le fichier global.

2. Le NISS du "demandeur" est intégré dans les enregistrements. C'est également le cas lorsque ce demandeur est affilié à un autre organisme assureur.

Une seule valeur est remplie dans la zone "Origine du droit" et chaque NISS n'est communiqué qu'une seule fois dans le fichier "photo". Si plusieurs valeurs sont possibles, il faut respecter les priorités suivantes pour pouvoir procéder à la sélection.

### 1) LORSQUE DIFFÉRENTS AVANTAGES SOCIAUX COEXISTENT :

Dans les cas où un bénéficiaire bénéficie de plusieurs avantages sociaux qui font naître un droit à l'intervention majorée, l'organisme assureur communique l'avantage social actif qui a fait naître en premier le droit à l'I.M.<sup>3</sup>



*Exemple :*

Le bénéficiaire A a droit à l'I.M. après avoir bénéficié d'un revenu d'intégration pendant une période ininterrompue de 3 mois. Son droit s'ouvre au 1<sup>er</sup> avril 2022. Le 15 juillet 2022, la personne A est reconnue comme personne handicapée par la Direction générale Personnes handicapées du SPF Affaires sociales. La reconnaissance est accordée avec effet rétroactif et le droit à une allocation d'intégration (en vertu de la loi du 27.02.1987 relative aux allocations aux handicapés) est également accordé avec effet rétroactif à partir du 21 novembre 2020. Le bénéficiaire A est repris dans le fichier global de 2023 avec comme "mode d'octroi du droit" le droit à l'allocation d'intégration pour personnes handicapées (AUTO2).



*Exemple :*

Si le bénéficiaire B est le conjoint du bénéficiaire A et le bénéficiaire B a lui-même droit à l'I.M. sur la base du droit au revenu d'intégration pendant une période ininterrompue de 3 mois avec le 1<sup>er</sup> avril 2023 comme date d'ouverture du droit, le droit du bénéficiaire B sur base de l'allocation d'intégration pour personnes handicapées est également communiqué dans la photo sous "mode d'octroi du droit".

### 2) LORSQU'UN AVANTAGE SOCIAL ET UN DROIT À L'I.M. ACCORDÉ SUR LA BASE D'UN EXAMEN DES REVENUS COEXISTENT :

En cas d'ouverture du droit, la réglementation prévoit de donner la priorité au droit automatique, sur la base d'un avantage social prévu à l'article 3 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014. Le droit accordé sur la base de l'avantage social ou de la situation (pour les orphelins, les enfants avec un handicap et les mineurs étrangers non accompagnés) sera alors la base juridique effectivement utilisée par l'organisme assureur.

Dans le fichier global, ce n'est pas systématiquement le droit automatique qui doit être communiqué.<sup>4</sup> Lors de l'élaboration du fichier global, un seul des "modes d'octroi du droit à l'I.M." est repris par bénéficiaire. Le "mode d'octroi du droit à l'I.M." qui est communiqué est le mode d'octroi actif qui ouvre en premier le droit à l'I.M. (le plus ancien). Donc, si le droit à l'I.M. est octroyé la première fois sur la base d'un examen des revenus par l'organisme assureur, alors le mode d'octroi est l'examen des revenus.<sup>3</sup>

Si l'avantage social est octroyé par la suite et le droit sur base d'un examen des revenus est encore actif<sup>5</sup>, alors c'est la DSH qui est communiquée comme "mode d'octroi du droit" pour ces bénéficiaires. Si le droit à l'I.M. a été accordé la première fois sur base d'un avantage social, c'est l'avantage social qui est communiqué dans le fichier, même si, ultérieurement, un ménage plus large ouvre le droit à l'I.M. sur base d'un examen des revenus.

3. La condition d'octroi active qui ouvre en premier le droit à l'I.M. (le plus ancien dans le passé).

4. Dans le cadre du contrôle systématique, tous les membres du ménage sont communiqués, également la personne qui bénéficie automatiquement du droit à l'I.M. en plus du droit I.M. du ménage (dont il est membre) accordé à l'issue d'un examen des revenus.

5. Actif : le fait que la personne fait encore partie d'un ménage I.M. qui se trouve dans le contrôle systématique. Donc, le premier droit à l'I.M. ouvert sur base d'une DSH pour un ménage qui se trouve encore dans le contrôle systématique de la même année.

> *Exemple :*

Le ménage ABC a droit à l'I.M. sur la base de la DSH avec une période de référence d'un mois. Le droit à l'I.M. s'ouvre le 1<sup>er</sup> janvier 2023. En qualité de personne à charge, un membre du ménage, le bénéficiaire C, a aussi personnellement droit à l'I.M. sur la base d'un avantage social. Son droit à l'I.M., accordé sur la base de l'avantage social, s'ouvre le 15 octobre 2022. Le bénéficiaire C n'étend pas aux titulaires A et B son droit à l'I.M. accordé sur la base de l'avantage social.

Chaque membre du ménage, donc également le bénéficiaire C, apparaît une fois dans le fichier "photo". Si la personne A est le demandeur du ménage ayant droit à l'I.M. sur base de l'examen des revenus, les enregistrements du fichier "photo" sont composés comme suit :

- AA VOE1M (A étant le demandeur, et A un membre du ménage)
- BA VOE1M (A étant le demandeur, et B un membre du ménage)
- CC AUTO4 (C étant le demandeur, et C un membre du ménage).

> *Exemple:*

Le ménage ABC est identique à la situation de l'exemple 1. Le bénéficiaire à charge C étend, dans cet exemple, toutefois son droit à son (sa) conjoint(e) D. La personne A reste le demandeur du ménage ayant droit à l'I.M. sur base de l'examen des revenus.

Chaque bénéficiaire n'apparaît qu'une fois dans le fichier "photo". Les enregistrements du fichier "photo" sont composés comme suit :

- AA VOE1M (A étant le demandeur, et A un membre du ménage ABC)
- BA VOE1M (A étant le demandeur, et B un membre du ménage ABC)
- CC AUTO4 (C étant le demandeur, et C un membre du ménage CD)
- DC AUTO4 (C étant le demandeur, et D un membre du ménage CD).

## 2.6. Personnes décédées

Il est possible que le bénéficiaire qui est le demandeur au sein d'un ménage bénéficiant de l'I.M. sur la base d'un avantage social ou à l'issue d'un examen des revenus décède. Dans les deux cas de figure, les membres du ménage bénéficient d'un maintien du droit à l'I.M.. Le(s) bénéficiaire(s) de ce maintien du droit à l'I.M. est (sont) repris dans le fichier "photo". Le demandeur apparaît toujours dans les enregistrements du fichier "photo".

Si la personne décédée était le demandeur, il/elle n'est pas enregistré(e) séparément dans le fichier "photo". Il/elle est toutefois cité(e) comme demandeur dans la zone d'enregistrement du membre du ménage bénéficiant d'une prolongation du droit à l'I.M..<sup>6</sup>

> *Exemple :*

Le titulaire A a droit, de manière ininterrompue, à un revenu d'intégration pendant 3 mois. Le titulaire A et le titulaire B sont mariés. Le ménage AB a donc droit à l'I.M.. La personne A décède le 25 décembre 2022. La personne B continue d'en bénéficier jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2023. La personne B a encore droit à l'I.M. au 1<sup>er</sup> janvier 2023 et le titulaire B est repris dans le fichier "photo".

Le fichier "photo" contient un enregistrement pour le ménage AB, à savoir l'enregistrement pour le titulaire B bénéficiant d'une prolongation du droit à l'I.M.. Le titulaire A apparaît comme demandeur dans cet enregistrement. Aucun enregistrement séparé n'est communiqué pour la personne A.

6. Communiquez dans ce fichier photo le demandeur décédé dans le champ "NISS demandeur" dans la zone d'enregistrement du bénéficiaire avec la période de maintien du droit.

### 3. Intégration des bénéficiaires de la Photo\_01 dans le répertoire de la BCSS

La deuxième étape dans le processus de traitement du fichier global consiste à intégrer les NISS des bénéficiaires dans le répertoire de la BCSS.

L'intégration dans le répertoire de la BCSS a pour but :

- d'intégrer un bénéficiaire de l'intervention majorée dans le répertoire BCSS pour le secteur SSI à l'aide d'un code qualité spécifique et pour la période de l'année où l'intégration a eu lieu (01.01-31.12 de l'année)
- de générer automatiquement des avantages complémentaires au droit à l'intervention majorée en dehors du secteur des soins de santé mais bien au sein du réseau de la sécurité sociale et uniquement dans les cas où une autorisation a été donnée par le Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé, section sécurité sociale.

Un nombre limité d'informations issues du fichier "photo" est donc mis à disposition permettant de pouvoir accorder des avantages complémentaires. Il s'agit des NISS des bénéficiaires, de l'année où l'INAMI les a intégrés comme bénéficiaires et de leur qualité de titulaires ou de personnes à charge (PAC).

Les codes d'intégration 200 et 210 sont utilisés dans le cadre de l'intervention majorée (voir tableau 1).

**Tableau 1 : les codes d'intégration dans le secteur 28 du répertoire pour le bénéficiaire de l'intervention majorée**

Code pour le contexte juridique	Code qualité pour le correspondant	Descriptif
NIHDI_CONTROL	200	Bénéficiaire de l'intervention majorée (titulaire)
NIHDI_CONTROL	210	Bénéficiaire de l'intervention majorée (personne à charge)

À terme, la possibilité de distinguer les personnes à charge ayant droit à l'intervention majorée des titulaires n'est pas requise. Les différents codes disparaîtront donc à terme et seul le code 200 sera maintenu pour l'ensemble des bénéficiaires de l'intervention majorée (tant PAC que titulaires).

### 4. Délai(s) de conservation des données

Les données doivent au moins être conservées pendant la durée du délai de prescription valable pour la récupération des interventions. L'article 174, alinéa 1<sup>er</sup>, 6<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, stipule que l'action en récupération de prestations de soins de santé se prescrit après 2 ans, à compter de la fin du mois auquel se rapportent ces prestations. Toutefois, en vertu de l'article 174, alinéa 3, ce type de prescription n'est pas applicable dans le cas où l'octroi indu de prestations aurait été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité.

Dans ce cas, le délai de prescription est de 5 ans. Il est par conséquent nécessaire de conserver toutes les données, y compris les données de l'administration fiscale, pendant au moins 5 ans à compter de la fin du mois au cours duquel les prestations ont été remboursées, afin de pouvoir encore détecter et traiter les cas de fraude.

Afin de pouvoir assurer le traitement correct de pareils dossiers, les organismes assureurs doivent conserver toutes les données relatives aux interventions octroyées à un bénéficiaire pour une année X jusqu'à la fin de l'année X+6.

 **Remarque :** Malgré la conservation d'un historique des 10 dernières années dans le cadre de l'utilisation de l'infrastructure "Nippin", cet historique ne signifie pas que les données relatives à l'application de l'I.M. soient effectivement utilisées pendant toute la durée de la période. Comme mentionné, l'autorisation donnée par le Comité sectoriel de l'autorité fédérale pour les échanges de données, limite le délai de conservation à 6 ans. Cela signifie que les données conservées dans le cadre de l'historique du transfert de données "Nippin" ne peuvent donc effectivement être utilisées pour cette durée-là.

## 5. Entrée en vigueur

Cette circulaire est d'application pour l'échange du fichier global en 2023.

 Circulaire O.A. n° 2023/139 – 3991/367 du 8 juin 2023.

VII. La procédure de fixation des revenus du ménage dans le cadre de l'application du maximum à facturer déterminé en fonction des revenus du ménage des bénéficiaires en application de l'article 16 de l'arrêté royal du 15 juillet 2002 portant exécution du chapitre III<sup>bis</sup> et du Titre III de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 14 juin 2022

Cette circulaire décrit la procédure de fixation des revenus du ménage dans le cadre de l'application du maximum à facturer (MAF) déterminé en fonction des revenus du ménage du bénéficiaire. Ce type de MAF est également appelé MAF revenus.

Dans le cadre de ce processus, la circulaire fixe les modalités et les délais pour l'échange de données entre le Service du contrôle administratif (SCA) et les organismes assureurs (O.A.). Un descriptif technique de cet échange de données est joint en annexe de cette circulaire.

Jusqu'en 2011, les informations sur cet échange de données étaient reprises dans une circulaire précisant les modalités relatives à l'obligation de paiement ainsi que les délais pour la communication des données des O.A. aux assurés sociaux. Le deuxième volet fait désormais l'objet d'une circulaire distincte, à savoir la circulaire O.A. n° 2016/85 du 30 mars 2016.

**Cette circulaire et le document technique y afférent portent sur l'année MAF 2023.**

## 1. Introduction

Le système du maximum à facturer vise à améliorer l'accessibilité de l'assurance obligatoire des soins de santé en limitant les frais de soins de santé de tout ménage à un montant maximum déterminé. Ce montant maximum varie en fonction des revenus du ménage ou de la catégorie sociale dont il relève.

## 2. L'objectif du processus

La principale raison d'être de ce processus est de permettre l'octroi du maximum à facturer. Pour octroyer correctement le maximum à facturer, les organismes assureurs doivent, en principe, disposer des revenus de tous les ménages dont le membre aîné du ménage est affilié chez eux. Il est nécessaire de disposer des revenus du ménage pour les répertorier dans la catégorie adéquate.

Parce que les O.A. ne peuvent pas obtenir ces informations directement du SPF Finances, ils communiquent la composition du ménage au SCA de l'INAMI. Sur la base des données de revenus, que le SCA obtient par le SPF Finances, la Cellule MAF de ce Service communique aux O.A. les revenus du ménage et la catégorie MAF correspondante.

## 3. Description générale du processus

### 3.1. Description du processus

Les grands axes de la procédure de fixation des revenus du ménage sont décrits dans l'arrêté royal du 15 juillet 2002. Cette description se trouve à l'article 16 de l'arrêté royal du 15 juillet 2002, modifié par l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 14 juin 2022.

Les O.A. tiennent à jour, par ménage, le montant total des quotes-parts personnelles en matière des frais de santé. Si ce montant total s'élève à 250 EUR, les organismes assureurs communiquent les données d'identification des membres du ménage concerné au SCA de l'INAMI<sup>1</sup>.

Les O.A. adressent également une demande pour les ménages dont les membres ont atteint 250 EUR en quotes-parts personnelles dans les frais de santé et pour lesquels le maximum à facturer social a été appliqué.

Après avoir reçu la composition des ménages, le SCA communique, via la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS), les données, relatives aux assurés sociaux concernés, au SPF Finances. En réponse, le SPF Finances communique, par le biais de la BCSS, les revenus fiscaux des personnes concernées au SCA (par exercice d'imposition et par membre du ménage) dans le Flux TAXI-AS. L'octroi du maximum à facturer se fait sur la base des revenus nets du ménage connus du SPF Finances.

Le SCA totalise les revenus par ménage et les classe dans une des 6 catégories (voir circ. O.A. n° 2023/5 du 11.01.2023 - maximum à facturer. Exercice 2023 et le document technique en annexe). Le SCA transmet les résultats codés aux organismes assureurs. Les codes correspondent au plafond du ticket modérateur.

D'autres informations relatives aux revenus fiscaux des intéressés ne sont pas communiquées aux organismes assureurs. La communication par l'INAMI reste limitée à la catégorie codée à laquelle appartient le ménage concerné pour l'application du MAF revenus. La seule exception à la règle sont les cas décrits à l'article 19 de l'arrêté royal du 15 juillet 2002. Si le SPF Finances signale qu'il ne possède pas d'informations concernant au moins un membre du ménage, le SCA communique le montant total des revenus des autres bénéficiaires composant le ménage.

Le traitement d'une année MAF s'étend sur trois années civiles. Une année MAF est clôturée 2 ans après l'année civile concernée, les attestations de soins donnés pouvant être introduites jusqu'à deux ans après la date de prestation des soins. Ainsi, les compteurs des tickets modérateurs pour l'année MAF 2023 seront arrêtés au 31 décembre 2025.

1. 137,38 EUR s'il s'agit d'un ménage bénéficiant (potentiellement) du MAF malades chroniques.

Ainsi, un(e) assuré(e) peut encore avoir droit au MAF en 2024 pour des prestations effectuées en 2023 et pour lesquelles il/elle envoie seulement aujourd'hui ses attestations à sa mutualité.

Au cours de ce processus s'étalant sur trois ans, les O.A. transmettent, à deux reprises, un feedback relatif à l'octroi du maximum à facturer : une première fois pour des ménages dont les revenus n'étaient pas (tout à fait) connus du SPF Finances et une deuxième fois dans le cadre de l'application des cas dignes d'intérêt. L'échange de données s'effectue par le biais de Carenet.

### 3.2. Utilisation du numéro de demande

Il s'agit d'un numéro unique permettant d'identifier la demande de l'O.A. pendant toute la période couverte par l'application du MAF. Autrement dit, deux enregistrements du même O.A. n'auront jamais le même numéro de demande et ce, même si ces 2 enregistrements se trouvent dans 2 fichiers différents. La structure de ce numéro est libre. La seule contrainte est qu'il doit être numérique.

Le numéro de demande reste maintenu pour un même ménage et ce, pour toutes les étapes de l'échange de données. Ainsi, au stade de la demande, de la réponse et, si nécessaire, du rejet ou du feedback, le numéro reste le même.

### 3.3. L'effet d'une mutation au cours d'un processus

Dans le cadre de l'échange de données, il n'est pas tenu compte de la mutation du demandeur MAF au cours du processus. Le Service envoie le fichier de réponse à l'O.A. ayant transmis le fichier de demande. Les enregistrements (records) ne sont pas filtrés.

Les informations sur le MAF se trouvent dans le flux de mutation. (NOTE CIN MAF. Transmission inter-O.A. après mutation/transfert. Version 12.0 du 13.06.2007). En cas de mutation vers un autre O.A., l'ancien O.A. est tenu de transmettre ou de mettre toutes les informations à disposition de la nouvelle mutualité pour que celle-ci puisse continuer à appliquer le MAF.

### 3.4. Historique/modification de(s) NISS

Dans le cadre de l'échange de données, les informations contenues dans les fichiers ne changent pas en cas de modification du NISS du demandeur MAF ou d'un des membres du ménage. Le Service transmet le NISS mentionné dans le fichier de demande à l'O.A. dans le fichier de réponse. Les enregistrements (records) ne sont pas modifiés.

Toutefois, l'O.A. est informé par courriel de la modification des NISS. La Cellule MAF traite ces cas lors du contrôle. Les collaborateurs sont informés de la modification d'un NISS via le Registre national et tiennent à jour les NISS modifiés. Ceux-ci sont régulièrement communiqués, par courriel, aux O.A.. Le courriel donne un aperçu des NISS modifiés : le numéro de demande, l'ancien et le nouveau NISS.

## 4. Contexte actuel

Il a été décidé pour l'année MAF 2023 que les personnes bénéficiant du statut de protection spéciale (en particulier celles qui ont fui l'Ukraine) n'auront pas droit au MAF revenus. Comme ils ont droit à l'intervention majorée ils sont bénéficiaires du MAF social.

En 2023, il a été exceptionnellement décidé de ne pas indexer les plafonds MAF. Les plafonds de revenus sont, quant à eux, indexés. Voir Loi-programme du 26 décembre 2022.

## 5. Liste des ménages ayant payé des tickets modérateurs d'un montant de 250 EUR (demandes)

### 5.1. Transmission des données

Les O.A. doivent transmettre au SCA, pour le 31 mai 2023 au plus tard, leur premier flux de demandes pour l'année MAF concernée, à savoir l'année MAF 2023. Ensuite, ils envoient au moins 1 flux de demandes par mois. L'obligation de transmettre un flux par mois cesse d'exister au mois de décembre de l'année MAF +1. Pour l'année MAF 2023, ce sera en décembre 2024. Après cette date, les O.A. sont libres de déterminer la fréquence d'envoi des flux. S'il n'y a pas de dossiers pour un mois donné avant décembre 2024, l'organisme assureur doit le signaler au SCA dans un courrier motivé<sup>2</sup>. Le nombre minimum d'envois peut toujours être dépassé.

Le contenu de l'envoi doit être établi en conformité avec la mise en page décrite dans le document technique joint en annexe à cette circulaire.

La date de création du fichier de demandes "Creation Date" vaut comme seule date de référence officielle pour la réception.

### 5.2. Quels sont les ménages concernés ?

Lorsque, pour une année MAF déterminée, un ménage a pris à sa charge 250 EUR d'interventions personnelles, les organismes assureurs sont tenus de transmettre le dossier.

Pour déterminer la catégorie de revenus d'un ménage bénéficiant du MAF revenus et comptant au moins un membre malade chronique suivant la disposition du MAF malades chroniques, les O.A. transmettent la demande à la Cellule MAF du SCA dès l'instant où le compteur des tickets modérateurs du ménage affiche un montant de 137,38 EUR en quotes-parts personnelles. (Art. 16 de l'A.R. du 15.07. 2002, modifié par l'art. 1<sup>er</sup> de l'A.R. du 14.06.2022)

Les O.A. adressent également une demande pour les ménages dont les membres ont atteint 250 EUR en quotes-parts personnelles dans les frais de santé et pour lesquels le maximum à facturer social a été appliqué (et pas uniquement lorsque le ménage inscrit au Registre national est plus grand que le ménage I.M. et qu'il se compose donc également de membres ne faisant pas partie du ménage auquel le MAF social a été accordé).

Si les revenus du ménage ne sont pas en catégorie G et que le plafond de 250 EUR ne peut donc être appliqué, le plafond du MAF Social de 506,79 EUR sera appliqué.

### 5.3. Le NISS du demandeur et des membres du ménage

Le NISS, et plus particulièrement le NISS du demandeur mais aussi celui des différents membres du ménage, constitue la principale information de ce fichier. Le NISS du demandeur est repris dans un champ distinct du fichier "contrôle systématique". Le demandeur est le membre aîné du ménage. (voir doc. technique, section 1.1 à 1.3)

2. Par la poste ou par mail en attendant la création d'un SharePoint sécurisé.

## 5.4. Assurés sociaux sans NISS



Exemples de cas où un membre du ménage ne possède pas de NISS :

- le bénéficiaire-assuré social réside à l'étranger. Celui-ci a droit, au même titre que son ménage, au maximum à facturer après une enquête sur les revenus. Ces membres du ménage n'ont pas de NISS, ni de numéro *bis*
- les nouveau-nés n'ayant pas encore de NISS. C'est peu probable. Les NISS sont attribués dans les 2 à 10 jours.

Dans ces exemples, il s'agit toujours de membres du ménage ne disposant pas de NISS, et non de demandeurs. Pour les assurés sociaux résidant à l'étranger, nous indiquerons toujours la personne ayant un NISS ou un numéro *bis* comme demandeur (pour le flux). Chaque ménage repris dans l'échange de données dispose au moins d'un NISS ou d'un numéro *bis*, à savoir celui du demandeur.

Les membres du ménage qui n'ont pas de NISS ne sont pas communiqués. Le fisc ne dispose de toute façon pas de données relatives au revenu de ces personnes. C'est à l'organisme assureur d'assurer le suivi de ces cas.

## 5.5. Types de demandes

Les différents types de demandes sont analysés en fonction des situations familiales des bénéficiaires du maximum à facturer (art. 9 de l'A.R. du 15.07.2002). Les personnes résidant en communauté, sont considérées, sous certaines conditions, comme différents ménages composés d'une personne, en lieu et place d'un ménage inscrit au Registre national. Il existe également d'autres exceptions à la règle "ménage inscrit au Registre national le 1<sup>er</sup> janvier 2023".

### DEMANDE DE TYPE 0

Il s'agit d'une demande pour un ménage résidant à l'étranger, conformément à la circulaire O.A. n° 2011/301 du 18 juillet 2011 "bénéficiaires MAF de l'assurance obligatoire soins de santé résidant dans un pays où les Règlements européens en matière de sécurité sociale ou une convention relative à la sécurité sociale, conclue entre la Belgique et un ou plusieurs États, sont d'application". Cette circulaire est d'application depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Les assurés sociaux belges résidant dans un des 31 pays qui accordent, en matière de soins de santé, un droit de retour, ont également droit au MAF pour des soins prestés en Belgique, conformément aux directives de cette circulaire.<sup>3</sup>

### DEMANDE DE TYPE 1

Demande pour un ménage inscrit au Registre national le 1<sup>er</sup> janvier 2023.

Le ménage inscrit au Registre national et bénéficiant du droit au MAF revenus, est décrit à l'article 37*decies*, § 3, de la loi coordonnée, auquel renvoie l'article 37*undecies*, § 1<sup>er</sup>, de cette même loi coordonnée. Le ménage est composé, sur base des informations obtenues au Registre national des personnes physiques prises en considération au 1<sup>er</sup> janvier d'une année civile pour déterminer le droit du ménage concerné au maximum à facturer au cours de cette même année<sup>4</sup>.

3. Voir liste des pays en annexe de cette circulaire (annexe 2).

4. Si une personne est exceptionnellement inscrite temporairement à deux endroits au 01.01, la dernière situation au Registre national au 01.01 sera prise en compte pour la composition de ménage. Une personne qui déménage le 01.01 fera donc partie du ménage de sa nouvelle résidence.

Le ménage est complété par la première inscription au Registre national d'un enfant avec l'âge de maximum 16 ans comme visé à l'article 11 de l'arrêté royal du 15 juillet 2002. Pour l'année MAF 2023, les premières inscriptions qui font partie du ménage MAF concernent des enfants nés entre "2007 et 2023". Les premières inscriptions au Registre national d'enfants nés avant ou en 2006 ne sont pas prises en considération en 2023 pour le ménage MAF<sup>5</sup>.

#### DEMANDE DE TYPE 2

Le bénéficiaire ayant, au 1<sup>er</sup> janvier 2023, sa résidence principale dans une communauté religieuse, est considéré comme constituant un ménage à lui seul. (Art. 9. § 1<sup>er</sup>, al. 2 de l'A.R. du 15.07.2002)

Par "communauté religieuse", on entend la communauté prise en considération pour l'inscription en qualité de titulaire au sens de l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 21<sup>o</sup>, de la loi coordonnée.

#### DEMANDE DE TYPE 3

Les demandes de type 3 concernent des ménages faisant l'objet d'une forme réglementée de placement familial, comme visé à l'article 37*decies*, § 2, alinéa 2 de la loi coordonnée auquel il est fait référence dans l'article 37*undecies*, § 1<sup>er</sup>, de cette même loi coordonnée. Pour cette raison, le ménage pris en considération diffère du ménage officiel inscrit au Registre national.

#### DEMANDE DE TYPE 4

La demande de type 4 est corrélée à la demande de type 3. La demande de type 4 concerne les demandes pour les ménages diminués du ou des membre(s) mentionné(s) dans la demande de type 3.

Le fait que l'on retire du ménage inscrit au Registre national les personnes mentionnées dans une demande de type 3 fait que le ménage auquel le MAF peut être accordé diffère du ménage officiel inscrit au Registre national.

#### DEMANDE DE TYPE 5

La demande de type 5 est utilisée pour un ménage qui se trouve dans une situation de dépendance et qui a choisi de constituer un ménage à lui seul. Le titulaire a toutefois l'obligation de constituer ce ménage avec son/sa conjoint(e) ou la personne avec laquelle il/elle constitue un ménage de fait et sa/ses personne(s) à charge (art. 10, § 3, de l'A.R. du 15.07.2002). De par sa composition, le ménage pour lequel les revenus sont demandés et auquel des droits sont octroyés dans le cadre du MAF diffère de celui inscrit au Registre national.

#### DEMANDE DE TYPE 6

La demande de type 6 est corrélée à la demande de type 5. La demande de type 6 concerne les demandes pour les ménages diminués du ou des membre(s) mentionné(s) dans la demande de type 5.

Comme on retire du ménage inscrit au Registre national les personnes mentionnées dans une demande de type 5, il y a une différence entre le ménage auquel le MAF peut être octroyé et le ménage inscrit au Registre national.

5. L'enfant est ajouté au ménage registre national associé à l'adresse où il a été enregistré pour la première fois. Dans une situation où cela est impossible car cette famille n'existait pas dans le passé, l'enfant est inscrit auprès du parent le plus âgé.

### DEMANDE DE TYPE 7

La demande de type 7 est utilisée pour les ménages visés à l'article 9, § 2, de l'arrêté royal du 15 juillet 2002. Par dérogation à l'article 9, § 1<sup>er</sup>, un bénéficiaire ayant la même résidence principale que son/sa conjoint(e) ou leurs personnes à charge, constitue un ménage avec ces personnes.

Il en va de même si un bénéficiaire a la même résidence principale que la personne avec laquelle il/elle forme un ménage de fait. Forment un ménage de fait, les personnes vivant ensemble sous le même toit et réglant essentiellement en commun les questions relatives au ménage. La situation prise en considération pour les ménages introduisant une demande de type 7 est également la situation telle qu'elle existe au 1<sup>er</sup> janvier de l'année d'octroi du maximum à facturer. Dans cette circulaire, il s'agit donc du 1<sup>er</sup> janvier 2023.<sup>6</sup>

### DEMANDE DE TYPE 8

Les demandes de type 8 sont introduites pour les ménages qui diffèrent de ceux inscrits au Registre national du fait qu'ils relèvent de l'application de l'article 9, § 1<sup>er</sup> ou de l'article 12, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 15 juillet 2002<sup>7</sup>.

Article 9, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup> : Le bénéficiaire a, au 1<sup>er</sup> janvier de l'année MAF, sa résidence principale en maison de repos pour personnes âgées, en maison de repos et de soins, en maison de soins psychiatriques, en habitation protégée, en centre de défense sociale ou en prison<sup>8</sup>. Il forme dès lors un ménage à lui seul (exception art. 9, § 2, voir demande de type 7)<sup>9</sup>.

Pour clarifier, nous tenons à informer que les personnes pour lesquelles l'adresse dans le registre national indique "poste diplomatique" ne sont pas nécessairement des diplomates. Ce fait indique simplement qu'un Belge résidant à l'étranger s'est inscrit auprès du poste diplomatique de notre pays dans son pays de résidence.

### DEMANDE DE TYPE 9

La demande de type 9 est corrélée à la demande de type 2. La demande de type 9 concerne les demandes introduites pour les ménages diminués du ou des membre(s) mentionné(s) dans la demande de type 2.

Comme on retire du ménage inscrit au Registre national les personnes mentionnées dans une demande de type 2, il y a une différence entre le ménage auquel le MAF peut être octroyé et le ménage inscrit au Registre national.

6. Les frères et sœurs séjournant ensemble au sein d'une institution non religieuse peuvent former un ménage de fait, pour autant qu'ils règlent essentiellement en commun les questions relatives au ménage. Dans ce cas, ils forment un ménage MAF. Si l'un de ces frères et sœurs est inscrit comme personne de référence du ménage au Registre national, et que ce ménage se compose également d'autres frères et sœurs, l'INAMI peut considérer qu'ils forment, de fait, un ménage. Si tel n'est pas le cas, seuls des éléments factuels permettront d'apprécier si les questions relatives au ménage sont réglées en commun et s'il s'agit d'un ménage de fait.

7. L'art. 12, § 1<sup>er</sup>, concerne :

1. les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé résidant à l'étranger qui, en application d'un Règlement de l'Union européenne ou d'une convention relative à la sécurité sociale, conclue entre la Belgique et un ou plusieurs États, ont, dans le pays de résidence et durant leur séjour temporaire en Belgique, droit aux prestations de santé pour le compte de l'assurance obligatoire soins de santé;

2. les personnes dispensées de toute inscription au Registre national des personnes physiques, en application de l'art. 19 de l'A.R. du 16.07.1992 relatif aux registres de la population et au registre des étrangers.

8. Des pièces autres que le RN sont autorisées comme preuve de la résidence principale au 1<sup>er</sup> janvier si, et seulement si, le bénéficiaire a, au 1<sup>er</sup> janvier, sa résidence principale en maison de repos pour personnes âgées, en maison de repos et de soins, en maison de soins psychiatriques, en habitation protégée, en centre de défense sociale ou en prison.

9. Les étudiants étrangers qui louent un kot de l'université ne répondent pas à la définition des personnes qui vivent dans une communauté.

## 6. Contrôle effectué par le SCA

Le SCA contrôle les demandes au niveau de la composition correcte du ménage communiqué. Ce contrôle dépend du type de demande. La cellule MAF contrôle 100 %, par défaut, des demandes. Toutefois, il arrive, en période de forte surcharge de travail, qu'un pourcentage minime de demandes soit accepté sans contrôle, ceci afin de limiter les retards de traitement qui auraient des conséquences sur le délai d'octroi aux assurés. Ce pourcentage étant minime, le taux d'erreurs devrait l'être aussi, mais n'est toutefois pas nul.

Outre le contrôle de leur contenu, les demandes sont également contrôlées sur d'autres types d'erreurs. Certaines erreurs sont détectées à la suite d'un contrôle syntactique. Il s'agit par exemple d'une demande avec une mutualité ou une valeur numérique inexistante dans la zone "numéro de demande".

Puis il y a aussi les contrôles de l'intégration des NISS et des numéros *bis* dans la Banque-carrefour de la sécurité sociale (BCSS). Quand des NISS ou des numéros *bis* ne sont pas valides, la BCSS envoie un message d'erreur. Ces codes et messages d'erreur de la BCSS sont également envoyés à l'O.A. sous la forme d'un code. Ce code figure également dans le document technique. Le message selon lequel un nouveau NISS a été communiqué à la BCSS ne bloque pas le processus. Les changements de NISS sont communiqués à l'O.A. via un circuit distinct.

## 7. Demande et réception des données relatives aux revenus par le SCA

### 7.1. Échange de données

Après que le SCA ait reçu la liste des ménages, le Service transmet les NISS des assurés sociaux concernés (membres du ménage) au SPF Finances via la BCSS.

En réponse, le SPF Finances communique, également via la BCSS, les revenus nets des intéressés au SCA (et ce, par exercice d'imposition et par membre du ménage). Outre les revenus, un code revenus (indication de la qualité de la réponse) et un certain nombre d'autres informations sont communiqués.

### 7.2. Année de revenus (X-2)

L'année de revenus est celle utilisée pour déterminer la catégorie du ménage.

Les revenus pour l'année MAF même ne sont pas connus du SPF Finances au début de l'année MAF. Le service de taxation ne dispose pas des revenus de l'année en cours. Les revenus de la troisième année précédant l'année MAF étaient les seuls revenus dont on disposait avec certitude au moment de la création du MAF. L'année de revenus la plus récente est une notion difficile à définir et conduit à l'utilisation de plusieurs années en fonction du ménage. C'est la raison pour laquelle la même année de revenu est utilisée pour tous les ménages lors de la détermination du plafond MAF pour une année MAF. Jusqu'à l'année MAF 2018 inclusivement, l'année de revenu était l'année MAF-3. À partir de l'année MAF 2019, l'année MAF-2 est utilisée comme année de revenu pour l'application du maximum à facturer revenus. (37*duodecimes* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14.07.1994)

Pour le MAF 2023, l'année de revenus est 2021.

### 7.3. Calcul de l'âge fiscal (voir document technique)

L'âge d'un membre du ménage est calculé par rapport au 1<sup>er</sup> janvier de l'année d'imposition. Sur la base de la date de naissance du NISS, nous déterminons si le membre a plus ou moins de 16 ans au 1<sup>er</sup> janvier de l'année d'imposition.

Le calcul de l'âge est justifié par le fait que chaque contribuable est censé(e) être connu(e) du SPF Finances (enregistré(e) dans leur base de données) une fois qu'il/elle a atteint l'âge de 16 ans au 1<sup>er</sup> janvier de l'année d'imposition. À partir de 16 ans, l'absence de revenus, connus du SPF Finances, peut donner lieu à un code revenus non fiable pour cette personne.

Le revenu pris en compte pour l'année MAF 2023 est le revenu perçu en 2021. L'année d'imposition est l'année 2022. L'âge (plus ou moins de 16 ans) est calculé en fonction du 1<sup>er</sup> janvier 2022 (jusqu'en 2006, enfant < 16 ans ; à partir de 2005, enfant ≥ 16 ans).

## 8. Calcul des revenus du ménage et octroi de la catégorie MAF

Le SCA totalise les revenus par ménage et le revenu du ménage est classé dans une des 6 catégories (voir circ. O.A. n° 2023/5 du 11.01.2023 : maximum à facturer. Exercice 2023 et le document technique en annexe). Le SCA transmet les résultats codés aux organismes assureurs. Les codes indiquent le plafond du ticket modérateur applicable au ménage. Ces informations suffisent à l'organisme assureur pour octroyer correctement le droit.

D'autres informations relatives aux revenus fiscaux des intéressés ne sont pas communiquées aux organismes assureurs. La communication par l'INAMI reste limitée à la catégorie codée à laquelle appartient le ménage concerné pour l'application du MAF revenus. La seule exception à la règle sont les cas décrits à l'article 19 de l'arrêté royal du 15 juillet 2002. Si le SPF Finances signale qu'il ne possède pas d'informations concernant au moins un membre du ménage (code revenus ≠ 0), le SCA communique, le cas échéant, le montant total des revenus des autres bénéficiaires composant le ménage, à moins qu'il ne s'agisse d'un membre du ménage de moins de 16 ans.

Le chapitre consacré au feedback détaille l'octroi par l'O.A. des droits MAF aux ménages qui se trouvent dans cette situation.

## 9. Communication des catégories MAF et constatations par le SCA (réponses)

### 9.1. Transmission des données à l'organisme assureur

Le SCA répond au plus tard dans les 30 jours civils suivant la date de réception du fichier de demande.

## 9.2. Quelles informations ?

La réponse contenue dans le fichier peut être très différente entre les différents ménages (records) sur la liste. Pour les ménages correctement composés, une catégorie MAF est communiquée (lettre de B à G). Cette lettre indique le montant du plafond que l'O.A. peut appliquer pour ce ménage. Outre la lettre, le SCA communique également si la réponse est fiable ou non. Fiable signifie que les revenus de tous les membres du ménage sont connus du SPF Finances. On dit d'une réponse qu'elle n'est pas fiable si le plafond (et le revenu) d'un ménage sont calculés sur la base d'informations incomplètes c'est-à-dire que le SPF Finances ne dispose pas d'informations pour au moins 1 membre du ménage. Pour les demandes avec un plafond de ticket modérateur non fiable, le détail des données fiscales connues est également communiqué à l'O.A..

Puis il y a encore les codes retour en cas de constatations par le SCA ou les codes erreur pour les erreurs syntaxiques ou d'intégration.

Voici les différentes options :

- code plafond du ticket modérateur fiable
- code plafond du ticket modérateur non fiable (+ détail des données fiscales connues)
- code constatation SCA (pas de données fiscales mais bien composition incorrecte du ménage ou double demande).

## 10. Feedback des organismes assureurs

### 10.1. Types de feedback

L'organisme assureur qui gère un dossier où des données relatives aux revenus font défaut, informe le SCA de deux types de décision pour l'octroi du MAF. D'une part, le traitement des demandes pour lesquelles des informations relatives aux revenus du ménage font défaut (art. 21 de l'A.R. du 15.07.2002). Et d'autre part, l'O.A. informe également le SCA des cas dignes d'intérêt octroyés (art. 22 à 24 de l'A.R. du 15.07.2002, modifiés par les art. 3 et 4 de l'A.R. du 14.06.2022).

### 10.2. Quelles informations ?

Comme mentionné dans l'introduction, il y a deux situations à propos desquelles les O.A. envoient un feedback à la Cellule MAF :

- feedback concernant les ménages pour lesquels les données relatives aux revenus sont incomplètes (donc sans catégorie MAF)
- feedback sur l'octroi des cas dignes d'intérêt.

Le premier type de décision pour lequel un feedback est donné concerne la décision d'octroyer le droit aux ménages qui, au terme du processus avec l'INAMI et le SPF Finances, demeurent avec un revenu de ménage incomplet, et pour lesquels la Cellule MAF n'a donc pas pu octroyer une catégorie MAF.

L'O.A. détermine la catégorie MAF en demandant au(x) bénéficiaire(s) concerné(s) de compléter et de signer une déclaration sur l'honneur en mentionnant le revenu dont il(s) disposait/disposaient au cours de l'année de revenus utilisée. La déclaration sur l'honneur est conforme au modèle joint en annexe I de l'arrêté royal du 15 juillet 2002. Ces revenus sont additionnés à ceux communiqués par l'INAMI. La mutualité détermine la catégorie du ménage sur la base de la somme des revenus.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Pour les ménages intermutualistes, la DSH doit être soumise à sa propre mutualité. Ces informations sont incluses dans le modèle de la DSH, en annexe à l'A.R. du 15.07.2002. Chaque membre du ménage soumet sa déclaration à sa propre mutualité et la mutualité du chef de ménage est chargée de collecter toutes les données.

Les records qui permettent aux O.A. de communiquer à l'INAMI les ménages dont les revenus de certains membres n'étaient pas connus du SPF Finances, sont les records avec code retour "02". L'O.A. communique uniquement un feedback sur les déclarations sur l'honneur qui ont finalement bénéficié du droit au MAF au terme d'un contrôle des revenus.

Le deuxième type de décision pour lequel un feedback est donné concerne la décision d'octroyer le caractère digne d'intérêt à certains ménages. En l'occurrence, le MAF est octroyé à un ménage ayant subi une baisse significative de ses revenus.

Pour tous les ménages ayant subi une baisse significative de ses revenus par rapport aux revenus utilisés pour octroyer ou refuser le MAF, on réalise une enquête afin d'estimer les revenus bruts imposables du ménage pour l'année concernée. Sur la base de ces revenus, l'O.A. déterminera la catégorie à laquelle appartient le ménage et décidera d'octroyer ou non le MAF.

L'O.A. doit pouvoir constater que le revenu du ménage concerné est inférieur à un des deux premiers plafonds de revenus visés à l'article 37<sup>undecies</sup>, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée. Si elle octroie le caractère digne d'intérêt, la mutualité doit transmettre sa décision à la cellule MAF du SCA de l'INAMI.

### 10.3. Transmission des données de feedback

Pour une année MAF, les organismes assureurs doivent transmettre, entre le 1<sup>er</sup> et le 31 janvier de cette même année MAF+2 et MAF+3, les fichiers de feedback au SCA.

Le cas échéant, les O.A. transmettent 2 fichiers de feedback distincts, un pour chaque type de décision.

Le contenu des fichiers de feedback doit être conforme à la mise en page décrite dans le document technique "Exécution du maximum à facturer 2023 Flux O.A. <-> INAMI". Le document technique est joint en annexe à la présente circulaire.

Chaque type d'enregistrement (record) est identifié par une zone "Code info". Les différents types d'enregistrement ont une même longueur, à savoir 31 caractères. La différence entre les deux se situe au niveau de la valeur du champ "Code info". Les records contenant les ménages pour lesquels l'administration fiscale a transmis des codes "non fiables" et pour lesquels l'organisme assureur a déterminé une catégorie sur la base d'une déclaration sur l'honneur ont une valeur 1 dans ledit champ. Pour les ménages avec une baisse de revenus, la valeur de ce champ est 2.

## 11. Délai(s) de conservation des données

Les données doivent au moins être conservées pour la durée du délai de prescription qui vaut pour la récupération des interventions. L'article 174, alinéa 1<sup>er</sup>, 6<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, stipule que l'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance soins de santé se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées. Toutefois, en vertu de l'article 174, alinéa 3, de la loi coordonnée, ce genre de prescription n'est pas applicable dans le cas où l'octroi indu de prestations aurait été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité. Dans ce cas, le délai de prescription est de 5 ans. Il y a par conséquent lieu de conserver toutes les données, y compris celles de l'administration fiscale, pour une période d'au moins six ans à compter de la fin du mois dans lequel les prestations ont été remboursées, pour pouvoir encore détecter et traiter les cas de fraude. Afin de garantir le traitement correct de tels dossiers, les organismes assureurs doivent conserver toutes les données relatives aux remboursements accordés à un bénéficiaire pour une année X jusqu'à la fin de l'année X+6.

 **Remarque :** bien qu'un historique soit tenu à jour sur une période de 10 ans dans le cadre de l'utilisation de l'infrastructure "Caret", cela ne signifie pas que les données relatives à l'application du maximum à facturer puissent encore effectivement être utilisées sur toute la période : l'autorisation accordée par le comité sectoriel de l'autorité fédérale pour les échanges de données limite le délai de conservation à 6 ans. Ceci signifie que les données qui sont tenues à jour dans le cadre de l'historique de l'échange de données Carenet ne peuvent donc effectivement être utilisées que pour ce délai.

## 12. Dispositions générales

La présente circulaire est applicable au processus MAF revenus pour l'année MAF 2023.

 Circulaire O.A. n° 2023/157 – 3998/60 du 3 juillet 2023.

# VIII. Échanges spécifiques via le SCA pour les pièces justificatives pour des situations d'assurabilité particulières

## 1. Introduction

### 1.1. Objectif du processus

Dans le cadre de la "gestion des échanges de données relatives à des situations d'assurabilité particulières", la Direction reçoit de différentes institutions publiques de sécurité sociale (IPSS) des justificatifs pour des situations d'assurabilité exceptionnelles et elle veille à ce que ceux-ci soient transmis à l'O.A. concerné sans intervention de la Banque Carrefour de la sécurité sociale (BCSS).<sup>1</sup> En effet, les échanges de données sur les situations d'assurabilité particulières ne passent pas par la BCSS vu leur nombre extrêmement réduit ou leur caractère temporaire.

### 1.2. Contexte et historique

Normalement, les IPSS utilisent toujours la Banque carrefour de la sécurité sociale (BCSS) pour leurs échanges de données. Cependant, ceux concernant les situations d'assurabilité particulières ne sont pas effectués via la BCSS vu leur nombre extrêmement réduit ou leur caractère temporaire. Une dérogation doit néanmoins toujours être accordée par la BCSS.

Comme l'IPSS concernée n'est pas en mesure de déterminer auprès de quel O.A. ces assurés sont affiliés et que le nombre d'échanges de données est trop restreint pour mettre en place un échange de données structuré via la BCSS et en assurer la maintenance, la Direction joue le rôle d'intermédiaire.

On dénombre au total quatre situations d'assurabilité spécifiques pour lesquelles des justificatifs sont échangés.

**1) Bons pour les jours assimilés d'anciens travailleurs d'Hoverspeed<sup>2</sup>** : chaque année, la Direction ACCES reçoit une liste de NISS (Numéros d'identification à la sécurité sociale) d'anciens travailleurs de Hoverspeed qui ont acquis des jours assimilés sous forme de chômage à charge du Pool des marins de la Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des Marins. Cette liste reprend les anciens travailleurs de Hoverspeed qui relèvent encore du régime de sécurité sociale de la Régie des transports maritimes.

**2) Reconnaissance du statut de victime de terrorisme** : après les attentats de Bruxelles du 22 mars 2016, le gouvernement a décidé d'octroyer une aide financière aux victimes d'actes de terrorisme de ce type. Une des initiatives est l'intervention majorée pour les frais médicaux. La loi du 18 juillet 2017 relative à la création du statut de solidarité nationale, à l'octroi d'une pension de dédommagement et au remboursement des soins médicaux à la suite d'actes de terrorisme régit entre autres le remboursement des soins de santé dispensés à ces victimes. La Direction ACCES se renseigne pour savoir à quel O.A. la victime est affiliée puis elle envoie à celui-ci l'identité de la victime et les informations pertinentes.

<sup>1</sup> La Direction ACCES a reçu l'autorisation explicite du Comité de sécurité de l'information (CSI) et de la BCSS pour ce faire.

<sup>2</sup> Hoverspeed est une compagnie de ferries créée en 1981 qui a assuré des traversées de la Manche jusqu'en 2005.

Comme on pouvait s'y attendre puisque aucun acte de terrorisme de grande ampleur n'a été commis depuis 2016, la fréquence à laquelle la Direction ACCES reçoit ces reconnaissances diminue. De nouvelles décisions nous parviennent néanmoins de temps en temps, raison pour laquelle il nous semble important de garder ce canal ouvert.

**3) Notification de la perte de qualité dans l'ASSI d'une personne pensionnée relevant de la sécurité d'outre-mer (SSOM) :** depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, les pensionnés relevant de la SSOM sont assurés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé à condition de résider dans l'Espace économique européen (EEE) ou en Suisse. L'intégration a été effectuée en vertu de la loi du 21 décembre 2018 portant des dispositions diverses en matière sociale publiée au Moniteur belge le 17 janvier 2019. Quand des pensionnés assujettis à la SSOM ou leurs conjoints survivants et leurs enfants orphelins déménagent dans un pays hors EEE ou autre que la Suisse, ils perdent leur qualité dans l'ASSI et relèvent de l'assurance différée de la Sécurité sociale d'Outre-Mer pour leurs droits aux soins de santé. La mutualité doit alors "désactiver" le droit des personnes concernées. Cette désactivation est déclenchée par un signal de la direction Sécurité sociale d'Outre-Mer de l'ONSS envoyé à l'O.A. de l'intéressé par l'intermédiaire de la Direction ACCES du SCA. Ce signal indique que l'intéressé relève à nouveau du régime de la SSOM pour ses droits aux soins de santé.

**4) La reconnaissance de l'incapacité physique ou mentale d'enfants atteints de certaines pathologies spécifiques comme condition d'octroi du droit automatique à l'I.M. :** depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, les entités fédérées sont compétentes pour l'octroi des allocations familiales, entre autres pour la reconnaissance de l'incapacité physique ou mentale des enfants en vue de l'obtention d'allocations familiales majorées.

Les informations relatives à cette reconnaissance sont communiquées à l'O.A. via le flux A652. Jusqu'en 2019, c'était la DG Personnes handicapées du SPF Sécurité sociale qui fournissait ces informations. Elle transmettait à l'O.A. au moins 2 blocs du flux A652 :

- les 4 points du premier pilier
- l'indicateur I.M. qui comprend les 4 points du pilier 1 et qui est aussi destiné à prendre en compte pour l'octroi de l'I.M. les enfants comptabilisant moins de 4 points mais souffrant d'un trouble spécifique et ainsi leur pourcentage de handicap.

Vu le transfert de compétences, depuis quelques années déjà ce sont les entités fédérées qui doivent encoder ces informations. Cependant, comme la plupart d'entre elles ont conclu des accords de collaboration avec le SPF Santé sociale - DG Personnes handicapées, elles ont conservé la compétence pour les reconnaissances qu'elles communiquent dans le flux A652. Cependant ces accords de coopération sont tous arrivés à échéance au cours de ces derniers/dernières.

L'Agence *Opgroeien*, compétente pour la Flandre, a envoyé les informations relatives aux enfants souffrant de pathologies spécifiques directement à la Direction ACCES en 2020, 2021 et 2022, en guise de solution provisoire. Fin 2022, cette solution provisoire a été remplacée par l'intégration de l'envoi de ces informations via le flux A652.

Ce problème se pose également pour les instances des autres entités fédérées (Aviq, DSL, Iriscare). Pour elles aussi, des discussions sur le besoin de solution temporaire via la Direction ACCES en attendant l'intégration dans le flux A652 sont en cours.

### 1.3. Structure de la présente circulaire

Dans la suite de cette circulaire, nous aborderons les éléments suivants.

- Informations entrantes
- Traitement des informations
- Envoi des informations traitées à l'O.A./au CIN.

Pour chacun de ces trois points, nous fournirons les informations par échange spécifique dans une sous-rubrique vu les différences entre les échanges.

## 2. Informations entrantes

### 2.1. Bons pour les jours assimilés d'anciens travailleurs d'Hoverspeed

@ Grâce aux listes envoyées par la Direction ACCES au CIN, les O.A. sont au courant des journées couvertes. En mars (au moment où commence l'envoi des bons pour la nouvelle année de cotisation), la Direction Marins de l'ONSS envoie cette liste à l'INAMI (dac-acces@riziv-inami.fgov.be).

La Direction ACCES suit ceci de près et demande la liste, si elle ne lui est pas encore parvenue, quelques semaines après le début du mois de mars.

Cet envoi est annuel (mars, avril au plus tard).

### 2.2. Reconnaissance du statut de victime de terrorisme

La Cellule Victimes civiles de guerre et de terrorisme du Service fédéral des Pensions

@ (solidarite-Pension@sfpd.fgov.be) envoie les décisions signées par le Ministre de la Défense à la Direction ACCES (courriel : dac-acces@riziv-inami.fgov.be). À cette occasion, elle précise s'il s'agit d'une reconnaissance comme victime directe ou indirecte, information pertinente pour l'organisme assureur. Plusieurs décisions sont habituellement regroupées dans un envoi.

Ici il s'agit actuellement d'un envoi *ad hoc*.

### 2.3. Notification de la perte de qualité dans l'ASSI d'un pensionné assujéti à la Sécurité sociale d'Outre-Mer (SSOM)

Dans ce cas-ci, la procédure est déclenchée par un signal envoyé par la direction Sécurité sociale d'Outre-Mer de l'ONSS à la Direction ACCES du SCA. Ce signal indique que la personne en question relève de nouveau du régime de la SSOM pour ses droits aux soins de santé.

@ Concrètement un courriel est envoyé par l'ONSS à l'adresse dac-acces@riziv-inami.fgov.be.

Il s'agit ici d'un envoi *ad hoc*.

### 2.4. La reconnaissance de l'incapacité physique ou mentale des enfants atteints de certaines affections spécifiques comme condition pour l'octroi du droit automatique à l'I.M.

[Pas d'échange actif pour l'instant.]

## 3. Traitement des informations

### 3.1. Bons pour les jours assimilés d'anciens travailleurs d'Hoverspeed

La Direction ACCES n'effectue aucun traitement supplémentaire pour ces informations. Le traitement se limite donc à l'envoi annuel des informations.

### 3.2. Reconnaissance du statut de victime de terrorisme

La Direction ACCES s'enquiert pour chaque personne concernée de l'O.A. à laquelle elle est affiliée puis ventile les informations reçues par l'O.A. Un fichier Excel est créé pour chaque O.A. Il contient les informations suivantes par décision :

- nom
- prénom
- NISS
- victime directe ou indirecte
- date de l'événement
- mutualité
- langue de la décision
- une remarque est éventuellement ajoutée pour signaler qu'on s'enquiert de la mutualité d'affiliation et que cette information ne sera disponible qu'à partir d'une certaine date.

### 3.3. Notification de la perte de qualité dans l'ASSI d'un pensionné assujetti à la Sécurité sociale d'Outre-Mer (SSOM)

La Direction ACCES se renseigne pour savoir à quel O.A. l'assuré en question est affilié.

### 3.4. La reconnaissance de l'incapacité physique ou mentale des enfants atteints de certaines affections spécifiques comme condition pour l'octroi du droit automatique à l'I.M.

[Aucun échange actif et aucun traitement pour l'instant.]

## 4. Envoi des informations à l'O.A./au CIN

### 4.1. Bons pour les jours assimilés d'anciens travailleurs d'Hoverspeed

La Direction ACCES envoie la liste au CIN qui transmet ensuite les informations à l'O.A. compétent.

La liste est aussi envoyée systématiquement à la BCSS, plus précisément au président du groupe de travail en matière d'échange de données relatives aux cotisations des travailleurs salariés. Les problèmes éventuels concernant cette liste sont d'ailleurs discutés au sein de ce groupe de travail de la BCSS.

## 4.2. Reconnaissance du statut de victime de terrorisme

Les listes reprenant la reconnaissance par O.A. sont transmises à l'O.A. concerné via le serveur SFTP "xfercom.riziv-inami.fgov.be". Lorsqu'un nouveau fichier est placé sur ce serveur (chaque O.A. a seulement accès au dossier qui le concerne sur ce serveur), la Direction ACCES envoie aussi un mail à tous les O.A. Dans celui-ci, elle indique tant la date de placement du fichier que le nombre de décisions communiquées.

Dans le passé, il avait été convenu d'organiser des envois mensuels, même si aucune reconnaissance ne devait être communiquée. (À l'époque, elle était communiquée par courriel.) Toutefois, vu la baisse du nombre de reconnaissances, il a été mis fin à cette pratique mensuelle.

## 4.3. Notification de la perte de qualité dans l'ASSI d'un pensionné assujéti à la Sécurité sociale d'Outre-Mer (SSOM)

Si la personne est affiliée à un O.A., la Direction communique son identité à l'O.A. en question. Elle précise que le droit aux soins de santé de cette personne doit être désactivé car elle a déménagé en Suisse ou dans un pays hors EEE.

## 4.4. La reconnaissance de l'incapacité physique ou mentale des enfants atteints de certaines affections spécifiques comme condition pour l'octroi du droit automatique à l'I.M.

[Pas d'échange actif pour l'instant.]

# 5. Entrée en vigueur

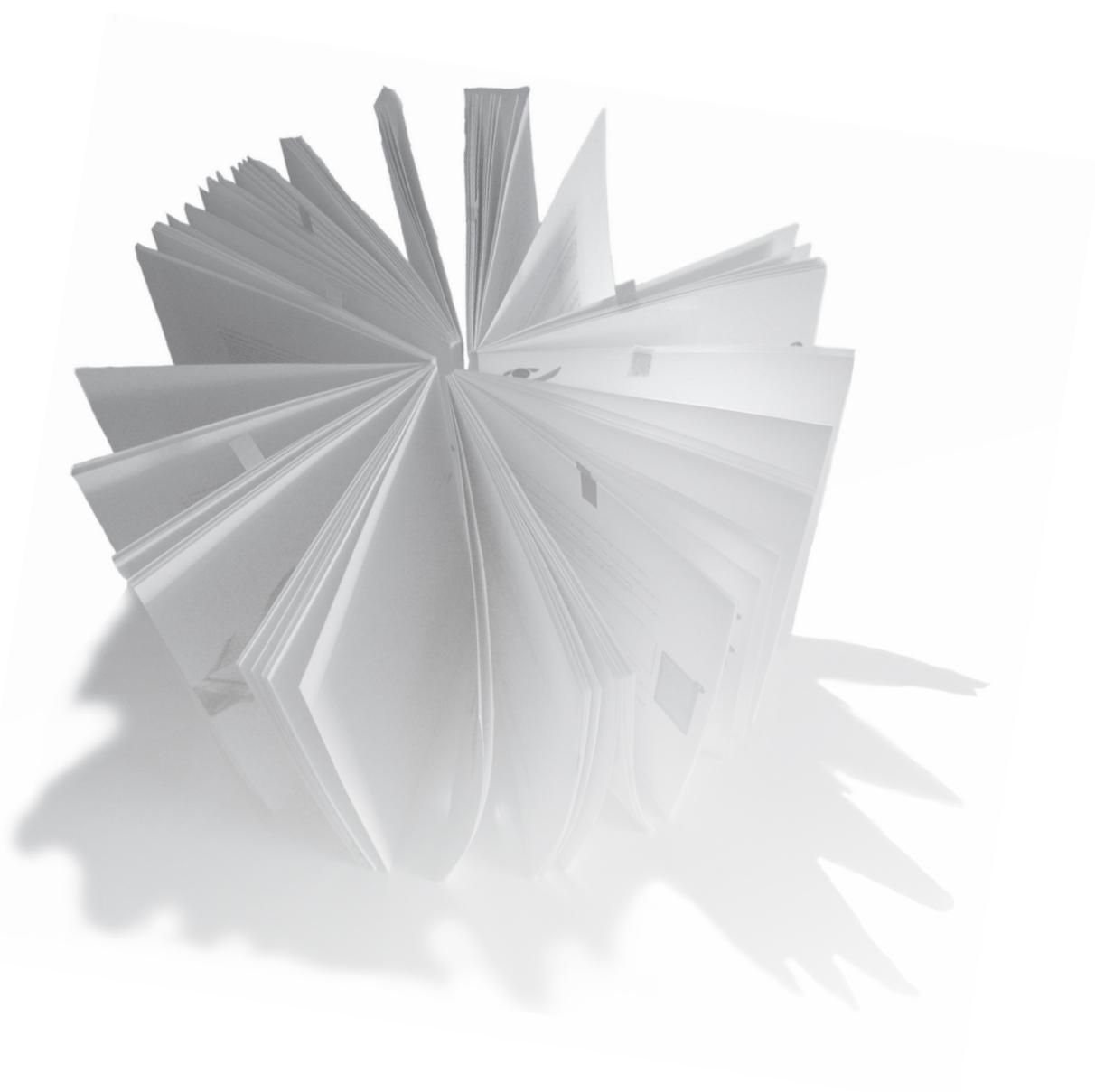
Cette circulaire contient une description des différents accords déjà conclus dans le passé entre les O.A. et l'INAMI.



Circulaire O.A. n° 2023/165 – 29/2 du 6 juillet 2023.

# 5<sup>e</sup> Partie

## Données de base



## I. Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 19) à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2023 – Bien-être

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

En application de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 - Moniteur belge du 29 janvier 2014 (2<sup>e</sup> éd.) relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée ne peuvent atteindre les plafonds de 17.291,03 et 3.201,04 EUR (à l'indice pivot 114,97 base 2004 = 100). Ces montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation et à l'évolution du bien-être de la même manière que pour les pensions.

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

Montant maximum du montant annuel des revenus des bénéficiaires	
Titulaires	Personnes à charge
25.797,56 EUR	4.775,84 EUR



Circulaire O.A. n° 2023/153 - 3991/368 du 1<sup>er</sup> juillet 2023.

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

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

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

### Indexation des plafonds

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

À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2022	38.324,69	4.131,28
À partir du 1 <sup>er</sup> mars 2022	39.090,83	4.213,90
À partir du 1 <sup>er</sup> mai 2022	39.872,14	4.298,25
À partir du 1 <sup>er</sup> août 2022	40.668,62	4.383,98
À partir du 1 <sup>er</sup> novembre 2022	41.482,80	4.471,78
À partir du 1 <sup>er</sup> décembre 2022	42.312,15	4.561,31
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2023	42.312,15	4.682,19
<b>À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2023 (bien-être)</b>	<b>42.312,15</b>	<b>4.775,84</b>

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



Circulaire O.A. n° 2023/156 - 270/95 - 273/96 - 274/97 - 276/146 - 2790/98 - 2791/95, 2792/94 - 3910/2083 et 83/7 du 1<sup>er</sup> juillet 2023.

#### Comité de rédaction

Mme Caroline Marthus  
Mme Caroline Lekane  
Mme Charlotte Lefebvre  
M. P.-A. Briffeuil  
Mme Nuray Özdemir  
Mme Marleen Stevens  
Mme Jolanda Gashi  
Mme Céline Faufeder  
M. Jonathan Owczarek  
M. Tom Candaele

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726