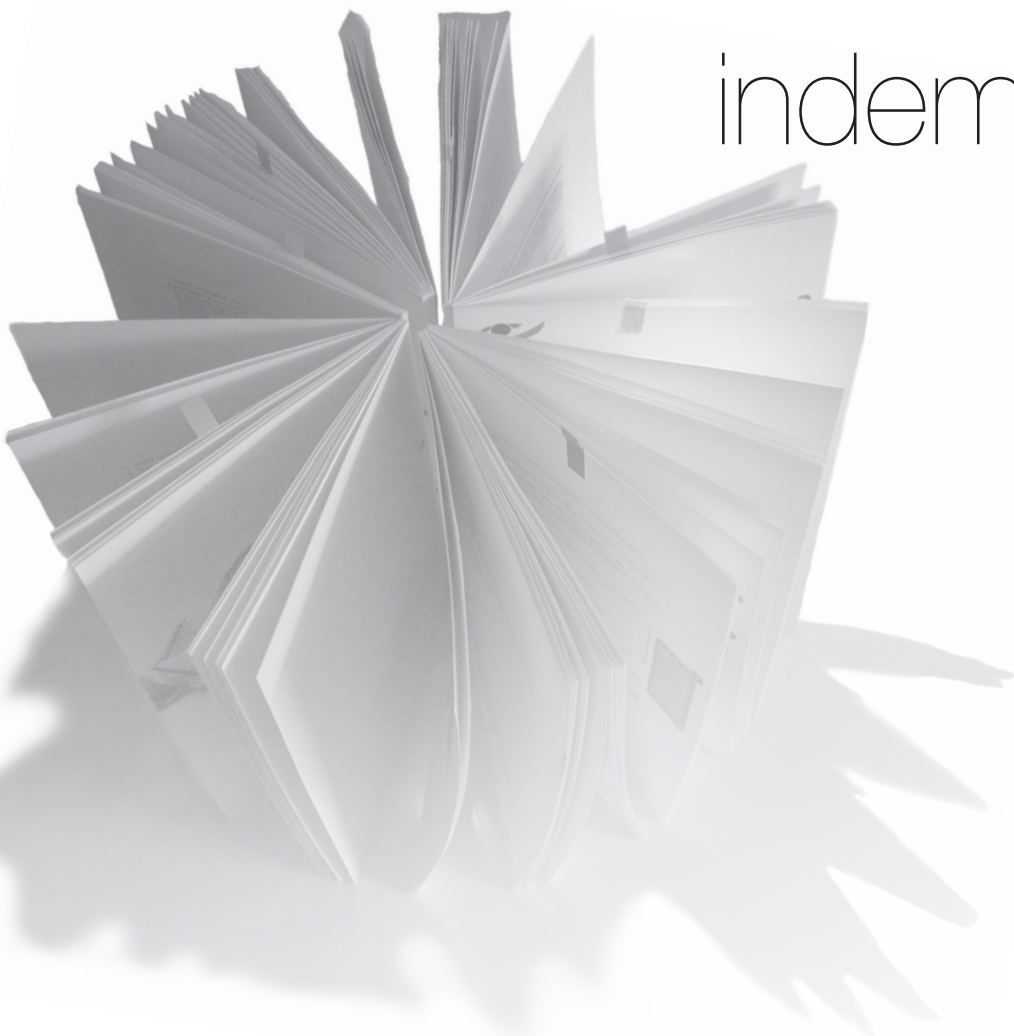


1^{re} Partie

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



2^e trimestre 2021

1. Loi		
Moniteur belge	Date	Titre
16.06.2021 – Édition 3	13.06.2021	Loi 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

La loi apporte les modifications suivantes :

- une base juridique est établie pour définir toutes les modalités (fixation des prix, réalisation des tests, analyse et financement) pour différents types de tests
- une base juridique est établie pour pouvoir modifier certains aspects du cadre actuel des tests PCR
- des prestations ou interventions temporaires peuvent être créés pour permettre la prise en charge des soins requis suite à la pandémie et ce par dérogation aux dispositions de la loi coordonnée relative à l'assurance soins de santé pour pouvoir rapidement réagir si des mesures intersectorielles doivent être prises
- en vue d'assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé, les organes de concertations peuvent recourir à des procédures écrites, réduire les délais d'avis et une possibilité de déroger aux consultations formelles. Les adaptations permettent que la concertation classique puisse avoir lieu d'une autre manière (digitale, informelle, ...)
- les baisses de prix dans le cadre des mesures d'économie relatives au remboursement de référence et à la mesure "vieux médicaments" sont temporairement reportées
- intègre les soins à distance à l'aide des technologies de l'information et de la communication dans l'assurance obligatoire soins de santé. Cette possibilité doit toujours être explicitement prévue dans les conditions de remboursement applicables à la prestation médicale
- le libellé de la prestation 101916 est modifié afin de permettre la poursuite, via cette prestation à distance, des traitements psychothérapeutiques débutés à partir du 4 mai 2020
- fournir une mesure d'accompagnement à l'application étendue du Combi Cliff afin d'éviter que certains médicaments pour le traitement du VIH ne disparaissent du marché belge (art. 35^{ter}, § 1^{bis})
- lorsque le Combi Cliff étendu est appliqué, le prix du médicament breveté en question ne peut descendre en dessous du prix du même médicament dans six autres États membres de l'UE (art. 35^{ter}, § 1^{bis}, al. 4 et 5)
- des prescriptions de renvoi entièrement remplies et signées qui ont été numérisées au moyen d'une technique optique ou photographique et remises au patient par courriel ou par un autre moyen électronique, constituent un motif légal de remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé des soins prescrits. Il n'est temporairement plus nécessaire d'apporter ces versions originales au prestataire de soins puis, si nécessaire, à l'organisme assureur conformément aux règles applicables.

Moniteur belge	Date	Titre
29.06.2021	21.06.2021	Loi-programme

Résumé des modifications

La loi apporte les modifications suivantes :

- un approfondissement du pourcentage des médicaments non-catégorie A de 43,64 % à 44,75 %, le pourcentage de baisse pour les médicaments en catégorie A restant inchangé
- une modification du système du remboursement de référence est prévue pour les spécialités dont la forme d'administration est reconnue comme ayant une valeur thérapeutique spécifique significativement supérieure, ou lorsqu'il est reconnu que la spécialité présente une plus-value substantielle au regard de la sécurité et/ou de l'efficacité par rapport aux spécialités pour lesquelles le système du remboursement de référence est entièrement appliqué
- augmenter la rentabilité et l'utilisation effective actuelle et future de l'arsenal pharmacothérapeutique
- la communication des prix dans 6 pays européens de référence sera demandée de manière proactive deux fois par an pour toutes les spécialités pharmaceutiques remboursables, de sorte que les informations soient disponibles à temps pour pouvoir, lorsque c'est souhaité ou nécessaire, prendre également d'autres mesures compensatoires, afin de protéger la disponibilité des spécialités originales et des génériques sur le marché belge
- une adaptation de la définition "prescrire bon marché" pour les médicaments biologiques.

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
27.05.2021	18.05.2021	Arrêté royal portant modification de l'article 131 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace l'article 131, § 1^{er}, alinéa 2, 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 ce qui suit :

"Le droit précité ne peut être octroyé que s'il a été satisfait aux obligations de cotisation en rapport avec l'année de référence et ce, au plus tard le 31 décembre de la cinquième année civile suivante."

Moniteur belge	Date	Titre
09.06.2021	17.05.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 26 mai 2016 portant exécution de l'article 64, § 1 ^{er} , alinéa 1 ^{er} , 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 4 de l'arrêté royal du 26 mai 2016 portant exécution de l'article 64, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les numéros d'ordre "458975-458986" sont insérés avant les numéros d'ordre "459395 - 459406".

Moniteur belge	Date	Titre
09.06.2021	17.05.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 11 septembre 2020 modifiant l'arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, § 1 ^{er} , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante :

- à l'article 13, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 11 septembre 2020 modifiant l'arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales, les mots "1^{er} janvier 2021" sont remplacés par les mots "1^{er} juillet 2021".

Moniteur belge	Date	Titre
18.06.2021	01.06.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 26 janvier 2021 portant exécution de l'article 37, § 16 <i>bis</i> , alinéa 1 ^{er} , 3 ^o , et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les oxyconcentrateurs pour l'oxygénothérapie pendant la crise du COVID-19

Résumé des modifications

L'arrêté royal complète l'annexe jointe à l'arrêté royal du 26 janvier 2021 portant exécution de l'article 37, § 16*bis*, alinéa 1^{er}, 3^o, et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les oxyconcentrateurs pour l'oxygénothérapie pendant la crise du COVID-19.

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

Moniteur belge	Date	Titre
09.04.2021	18.03.2021	Arrêté royal modifiant l'article 14, l) de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 14, l), 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 312756-312760, les mots "ou d'une ostéonécrose iatrogène médicamenteuse de la mâchoire pendant ou après traitement d'une tumeur maligne avec métastases osseuses" sont insérés entre les mots "ostéoradionécrose" et "ou".

Moniteur belge	Date	Titre
12.04.2021 – Édition 1	18.03.2021	Arrêté royal modifiant les articles 18, § 2, B., e), et 24, § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 18, § 2, B., e), dans la rubrique 1/CHIMIE, sous l'intitulé 1/Sang, la prestation 433252-433263 est abrogée
- à l'article 24, § 1^{er} :
 - => dans la rubrique 1/CHIMIE, sous l'intitulé 1/Sang, la prestation 542931-542942 est ajoutée;
 - => dans la rubrique Règles diagnostiques, dans la règle diagnostique 63, les mots "433252-433263" sont remplacés par les mots "542931-542942".

Moniteur belge	Date	Titre
12.04.2021 – Édition 1	18.03.2021	Arrêté royal modifiant l'article 24, § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

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

- dans la rubrique 1/CHIMIE, sous l'intitulé 1/Sang, la prestation 542791-542802 est remplacée par 542791-542802
- dans la rubrique "Règles diagnostiques"
 - => la règle diagnostique 53 est remplacée ;
 - => la règle diagnostique 86 est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
12.04.2021 – Édition 1	18.03.2021	Arrêté royal modifiant l'article 24, § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

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

- dans la rubrique 1/CHIMIE, sous l'intitulé 9/Divers, la prestation 545753-545764 est remplacée
- la rubrique "Règles de cumul" est complétée
- la rubrique "Règles diagnostiques" est complétée.

Moniteur belge	Date	Titre
26.05.2021 – Édition 2	06.05.2021	Arrêté royal modifiant l'article 24, § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne les anticorps IgM

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- dans la rubrique "6/SEROLOGIE INFECTIEUSE, 1/Sang", la prestation 552436-552440 est insérée après la prestation 552031-552042
- dans la rubrique "Règles de cumul", la règle de cumul 328 est remplacée
- la rubrique "Règles diagnostiques" est complétée.

Moniteur belge	Date	Titre
26.05.2021 – Édition 2	06.05.2021	Arrêté royal modifiant l'article 24, § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne le diagnostic endocrinologique

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- les prestations 546615-546626, 546630-546641, 546755-546766 et 546770-546781 sont abrogées
- dans la rubrique "Règles de cumul", la règle de cumul 30 est abrogée.

Moniteur belge	Date	Titre
26.05.2021 – Édition 2	06.05.2021	Arrêté royal modifiant l'article 24, § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne les hémocultures

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- les prestations 549010-549021 et 549032-549043 sont remplacées.

Moniteur belge	Date	Titre
28.05.2021	06.05.2021	Arrêté royal modifiant l'article 24, § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne l' <i>Helicobacter pylori</i> sérologie

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- la prestation 551994-552005 est abrogée
- dans la rubrique "Règles diagnostiques"
 - => la règle diagnostique 76 est remplacée ;
 - => la règle diagnostique 91 est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
31.05.2021	06.05.2021	Arrêté royal modifiant l'article 24, § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

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

- dans la rubrique 5/MICROBIOLOGIE :
 - => la prestation 550911-550922 est remplacée ;
 - => la prestation 550255-550266 est remplacée ;
 - => la prestation 550196-550200 est insérée après la prestation 550255-550266 :
- dans la rubrique "Règles de cumul" :
 - => la règle de cumul 70 est abrogée ;
 - => la règle de cumul 116 est remplacée
- dans la rubrique "Règles diagnostiques" :
 - => la règle diagnostique 77 est remplacée ;
 - => la règle diagnostique 153 est remplacée ;
 - => la rubrique est complétée par ce qui suit :

"159

La prestation 550255-550266 ne peut être portée en compte qu'après un résultat positif pour *Chlamydia trachomatis* par la prestation 550196-550200, au moins 14 jours après un traitement contre *Chlamydia trachomatis*.

160

La prestation 550911-550922 ne peut être portée en compte qu'après un résultat positif pour *Neisseria gonorrhoeae* par la prestation 550196-550200, au moins 14 jours après un traitement contre *Neisseria gonorrhoeae*."

Moniteur belge	Date	Titre
31.05.2021	06.05.2021	Arrêté royal modifiant l'article 3, § 1 ^{er} , A., II., et 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 ce qui concerne la biologie clinique

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'article 3, § 1^{er}, A., II., de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 est remplacé
- à l'article 24, § 1^{er}, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984, les modifications suivantes sont apportées :
 - => dans la rubrique "Règles de cumul",
 - les règles de cumul 1, 2 et 100 sont abrogées
 - la règle de cumul 126 est remplacée
 - la règle de cumul 349 est remplacée.
 - => dans la rubrique "Règles diagnostiques", la règle diagnostique 1 est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
12.04.2021 – Édition 1	18.03.2021	Arrêté royal modifiant l'article 12, § 1 ^{er} , a), et § 3, 7 ^o et 8 ^o , 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
29.04.2021	18.03.2021	Arrêté royal modifiant l'article 12, § 1 ^{er} , a), et § 3, 7 ^o et 8 ^o , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. - Corrigendum

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 12 :

- au paragraphe 1, a) :
 - => dans le titre qui suit la prestation 200255-200266, les mots "du plexus brachial" sont remplacés par les mots "d'un plexus" ;
 - => le libellé de la prestation 201176-201180 est remplacé;
- au paragraphe 3 :
 - => dans le texte en néerlandais, le mot "röntendiagnose" est remplacé par le mot "röntgendiagnose" ;
 - => le 8^o est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
26.04.2021	08.04.2021	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 à l'article 30, A, :

- au 1., les modifications suivantes sont apportées :
 - => au 1^o 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 "7,75 à 20,00 inclus" ;
 - => au 1^o groupe cible, groupe 2, sous-groupe 1, l'intitulé "Sous-groupe 1 : Verres de lunettes bifocaux minéraux à bas indice de réfraction et antireflet" est remplacé par "Sous-groupe 1 : Verres de lunettes bifocaux minéraux à bas/haut indice de réfraction et antireflet" ;
 - => au 2^o groupe cible, le libellé des prestations 741753, 741775, 741856, 741871, 741893, 741952 et 741974 est remplacé par "3,75 à 7,50 inclus" ;
 - => au 3^o groupe cible, le libellé des prestations 742070, 742092, 742114, 742136, 742151, 742173, 742195, 742210, 742232 et 742254 est remplacé par "4,25 à 7,50 inclus" ;
- au 2.2, b), les mots "8,25 dioptrie" sont chaque fois remplacés par les mots "7,75 dioptrie"
- au 3.1, alinéa 1^{er}, les mots "-/+ 8,25 dioptries" sont remplacés par les mots "-/+ 7,75 dioptries"
- au 4.1, alinéa 1^{er}, les mots "-/+ 8,00 dioptries" sont remplacés par les mots "-/+ 7,50 dioptries"
- au 4.1., alinéa 4, les mots "3,75 à 8,00" sont remplacés par les mots "3,75 à 7,50"
- au 5.1, les mots "-/+ 8,00 dioptries" sont remplacés par les mots "-/+ 7,50 dioptries".

Moniteur belge	Date	Titre
12.05.2021	28.04.2021	Arrêté royal modifiant l'article 25, § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne la concertation pluridisciplinaire dans un service A

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 25, §1^{er}, dans la première règle d'application qui suit la prestation 597601 :

- dans le texte français, les mots "tous les" sont remplacés par le mot "par"
- les mots "durant le premier mois" sont remplacés par les mots "durant les trente premiers jours".

Moniteur belge	Date	Titre
12.05.2021	28.04.2021	Arrêté royal modifiant l'article 32, § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne l'histomorphométrie osseuse

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 32, §1^{er} :

- la prestation 590074-590085 et les règles d'applications sont insérées après la prestation 589875-589886.

Moniteur belge	Date	Titre
25.05.2021	09.05.2021	Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte certaines adaptations à la nomenclature de kinésithérapie (l'art. 7 de l'annexe).

Moniteur belge	Date	Titre
26.05.2021 – Édition 2	12.05.2021	Arrêté royal modifiant l'article 34, § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne l'anévrisme iliaque

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- dans le libellé de la prestation 589595-589606, les mots "abdominal abdominal, ou pour le traitement d'un anévrisme de l'artère illiaque de plus de 3 cm" sont remplacés par les mots "abdominal, ou pour le traitement d'un anévrisme de l'artère iliaque de plus de 3,5 cm"
- dans le libellé de la prestation 589610-589621, les mots "de plus de 3,5 cm" sont insérés entre le mot "isolé" et les mots "en ce compris".

Moniteur belge	Date	Titre
02.06.2021	12.05.2021	Arrêté royal modifiant l'article 11, § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne l'électrocardiographie

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 11, § 1, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 :

- le libellé de la prestation 475075-475086 et la règle d'application qui suit la prestation 475075-475086 sont remplacés.

Moniteur belge	Date	Titre
09.06.2021	17.05.2021	Arrêté royal modifiant l'article 17, § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- dans la rubrique "11° *bis* Résonance magnétique nucléaire." :
 - => après la prestation 459513-459524,
 - 1) la règle d'application suivante est insérée :
"Pour un examen de la même articulation, la prestation 459513-459524 ne peut être cumulée avec les prestations 455711-455722, 458894-458905, 458496-458500." ;
 - 2) la prestation 458975-458986 est insérée :
 - => dans la règle d'application qui suit la prestation 459535-459546 les mots " , 458975-458986" sont insérés entre les mots "459535-459546" et "une seule peut être portée en compte par jour" ;
- dans la rubrique "12° Divers :" :
 - => dans le point 13) du libellé de la prestation 460670 les mots " , 458975" sont ajoutés ;
 - => dans le point 5) du libellé de la prestation 461016 les mots " , 458975" sont ajoutés.

Moniteur belge	Date	Titre
09.06.2021	20.05.2021	Arrêté royal modifiant l'article 14, 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 la modification suivante :

- à l'article 14, 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, la prestation 258974-258985 est insérée après la prestation 258274-258285 et la règle d'application qui la suit.

Moniteur belge	Date	Titre
14.06.2021 – Édition 1	21.05.2021	Arrêté royal modifiant les articles 17 <i>bis</i> et 17 <i>quater</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 17*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 :

- l'intitulé est remplacé par "Échographies et élastographies"
- dans le texte néerlandais, le mot "geneesheer" est à chaque fois remplacé par le mot "arts"

- dans le texte néerlandais, le mot “geneesheren” est à chaque fois remplacé par le mot “artsen”
- dans le texte néerlandais, les mots “geneesheer specialist” et “geneesheer-specialist” sont à chaque fois remplacés par le mot “arts-specialist”
- au paragraphe 1^{er} :
 - => l’intitulé de la rubrique “Échographie bidimensionnelle” est remplacé par “A. Échographies bidimensionnelles” ;
 - => dans l’intitulé du 3., le mot “Échographie” est remplacé par le mot “Échographies” ;
 - => une rubrique B est ajoutée.

L’arrêté royal apporte les modifications suivantes à l’article 17^{quater} 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 texte néerlandais, le mot “geneesheer” est à chaque fois remplacé par le mot “arts”
- dans le texte néerlandais, le mot “geneesheren” est à chaque fois remplacé par le mot “artsen”
- dans le texte néerlandais, les mots “geneesheer specialist” et “geneesheer-specialist” sont à chaque fois remplacés par le mot “arts-specialist”
- au paragraphe 1^{er} :
 - => l’intitulé de la rubrique “Échographie bidimensionnelle” est remplacé par “A. Échographies bidimensionnelles” ;
 - => dans l’intitulé du 1., le mot “Échographie” est remplacé par le mot “Échographies” ;
 - => dans l’intitulé du 3., le mot “Echographie” est remplacé par le mot “Échographies” ;
 - => une rubrique B est ajoutée,
- au paragraphe 3 :
 - => dans l’alinéa 2 le mot “échographies” est remplacé par le mot “prestations” ;
 - => les 4°, 10° et 14° sont remplacés.

Moniteur belge	Date	Titre
15.06.2021	20.05.2021	Arrêté royal modifiant l’annexe de l’arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d’assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L’arrêté royal modifie le § 10 de 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. Cette adaptation signifie que par année civile et quel que soit le nombre de situations pathologiques, un maximum de 54 “codes de dépassement” peut être attesté en pathologie “courante”. Ces “codes de dépassement” sont les codes à utiliser si les codes remboursés au taux le plus élevé (max. 18 par situation pathologique) ne peuvent plus être facturés. Cette modification vise uniquement à limiter le nombre de prestations pouvant être facturées dans les pathologies dites “courantes” et donc pas dans les autres catégories reprises dans la nomenclature.

Moniteur belge	Date	Titre
23.06.2021 – Édition 1	04.06.2021	Arrêté royal modifiant l'article 24 <i>bis</i> , § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne le dépistage du CMV

Résumé des modifications

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

- la prestation 556695-556706 et les règles d'application sont insérées après la prestation 557034-557045.

4. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
07.04.2021 – Édition 2	02.04.2021	Arrêté royal portant exécution de l'article 10/2 de la loi du 22 décembre 2020 portant diverses mesures relatives aux tests antigéniques rapides et concernant l'enregistrement et le traitement de données relatives aux vaccinations dans le cadre de la lutte contre la pandémie de COVID-19

Résumé des modifications

L'assurance obligatoire soins de santé fournit, sous certaines conditions, une intervention dans le prix de certains autotests délivrés en pharmacie publique aux personnes bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM). Ces derniers sont redevables d'une quote-part personnelle de 1 EUR par test.

Moniteur belge	Date	Titre
27.04.2021 – Édition 2	18.04.2021	Arrêté royal en exécution de l'article 6, alinéa 2, de la loi du 7 mai 2020 portant des mesures exceptionnelles dans le cadre de la pandémie COVID-19 en matière de pensions, pension complémentaire et autres avantages complémentaires en matière de sécurité sociale

Résumé des modifications

En vertu de cet arrêté royal, la pension de retraite et la pension de survie dans le régime des travailleurs salariés, le régime des travailleurs indépendants et le régime des fonctionnaires peuvent être cumulées sans aucune restriction avec l'indemnité d'incapacité primaire ou l'indemnité d'invalidité, pour autant que celle-ci soit relative à la période du 1^{er} mars 2020 au 30 juin 2021 inclus et que l'incapacité de travail soit due au coronavirus COVID-19 (prolongation de trois mois).

Moniteur belge	Date	Titre
28.04.2021 – Édition 1	19.04.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 15 septembre 2020 portant octroi, suite à la pandémie COVID-19, d'une indemnité de crise supplémentaire à certains travailleurs indépendants et conjoints aidants reconnus en incapacité de travail

Résumé des modifications

En vertu de l'arrêté royal du 15 septembre 2020, une indemnité de crise supplémentaire est octroyée :

- à certains indépendants cohabitants sans charge de famille qui sont reconnus en incapacité primaire durant au moins huit jours (au plus tôt) à partir du 1^{er} mars 2020 (groupe A)
- aux indépendants cohabitants sans charge de famille qui doivent cesser l'activité autorisée pendant leur incapacité de travail durant, au minimum, sept jours civils consécutifs (au plus tôt) à partir du 1^{er} mars 2020 (groupe B).

En raison de la poursuite de la pandémie COVID-19, cet arrêté royal du 19 avril 2021 prolonge, de trois mois, soit jusqu'au 30 juin 2021 inclus, la mesure concernant l'octroi de l'indemnité de crise supplémentaire dans le régime des travailleurs indépendants.

Moniteur belge	Date	Titre
30.04.2021 – Édition 1	18.04.2021	Arrêté royal remplaçant l'article 25 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Résumé des modifications

La situation du titulaire indépendant en incapacité de travail qui ne réside pas sur le territoire belge est actuellement différente de celle du travailleur salarié qui ne réside pas non plus sur le territoire belge. En effet, lorsque le travailleur salarié ne se trouve pas effectivement sur le territoire belge, l'octroi des indemnités lui est refusé, mais il reste reconnu en incapacité de travail. Toutefois, dans ce même cas, l'incapacité de travail prend fin pour le travailleur indépendant.

L'arrêté royal aligne la situation des titulaires indépendants sur la situation des travailleurs salariés, en insérant dans la réglementation relative à l'assurance indemnités des travailleurs indépendants la règle selon laquelle l'octroi des indemnités d'incapacité de travail est refusé lorsque le titulaire ne se trouve pas effectivement sur le territoire belge. La modification garantit la reconnaissance des travailleurs indépendants en tant que titulaires en incapacité de travail.

Moniteur belge	Date	Titre
06.05.2021	28.04.2021	Arrêté royal suspendant temporairement, suite à la pandémie de COVID-19, l'application de la condition selon laquelle la période d'incapacité de travail dans l'assurance indemnités en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants peut débuter, au plus tôt, à la date de signature du certificat d'incapacité de travail

Résumé des modifications

Cet arrêté royal prolonge la suspension de l'application de la mesure selon laquelle le médecin-conseil ne peut reconnaître l'incapacité de travail lors d'une première déclaration, qu'au plus tôt, à partir de la date de signature du certificat médical par le médecin traitant pour chaque période d'incapacité de travail qui débute durant la période du 1^{er} avril 2021 au 30 juin 2021 inclus.

Moniteur belge	Date	Titre
25.05.2021	09.05.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations

Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace l'annexe 2 de l'article 7.

Moniteur belge	Date	Titre
07.06.2021	30.05.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 31 juillet 2017 fixant les conditions auxquelles le Comité de l'assurance de l'Institut national assurance maladie invalidité peut conclure des conventions en vue du financement de projets pilotes de soins intégrés

Résumé des modifications

L'arrêté royal a pour objet d'adapter les conditions auxquelles le Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité peut conclure des conventions en vue du financement de projets pilotes de soins intégrés :

- suppression des notions "d'outlier" et de "gain d'efficience"
- introduction de la possibilité qu'une équipe de collaborateurs puisse se charger du management d'intégration
- introduction du concept de "pseudocode"
- précision de la notion de "quadruple objectif (Quadruple Aim)"
- ajout d'une base légale pour les annexes à la convention avec chaque projet pilote, vu le rôle important du Comité de l'assurance dans le suivi de ces conventions
- possibilité de prolonger d'un an les conventions avec les projets pilotes, vu notamment les conséquences de la crise de la COVID-19
- suppression de toutes les dispositions relatives au calcul de la garantie budgétaire et des gains d'efficience
- modification du financement des projets pilotes en prévoyant une intervention forfaitaire pour les actions effectivement réalisées dans le cadre d'un projet
- suppression de la référence à l'équipe scientifique (FAITH.be) étant donné que la convention avec cette équipe est arrivée à échéance le 1^{er} juillet 2020.

Moniteur belge	Date	Titre
09.06.2021	06.05.2021	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux sages-femmes pour l'utilisation de la télémétrie et pour la gestion électronique des dossiers médicaux

Résumé des modifications

L'arrêté royal détermine les conditions pour obtenir la prime télémétrie 2020. L'intervention annuelle pour la prime 2020 s'élève à 800 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
11.06.2021 – Édition 2	25.05.2021	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux praticiens de l'art dentaire pour l'utilisation de la télémétrie et pour la gestion électronique des dossiers médicaux en 2020

Résumé des modifications

L'arrêté royal détermine les conditions pour obtenir la prime télémétrie 2020. L'intervention annuelle pour la prime 2020 s'élève à 800 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
25.06.2021 – Édition 2	20.06.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 30 septembre 2020 fixant une intervention financière temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé dans les coûts des mesures de protection spécifiques et du matériel, dans le cadre de la pandémie COVID-19

Résumé des modifications

L'arrêté royal prévoit la prolongation de l'intervention financière temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé dans les coûts des mesures de protection spécifiques et du matériel, dans le cadre de la pandémie COVID-19, pour la période du 1^{er} septembre 2020 au 30 novembre 2020.

Moniteur belge	Date	Titre
30.06.2021 – Édition 1	20.06.2021	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

Dans le cadre de l'examen de la situation familiale concrète du titulaire reconnu incapable de travailler, l'arrêté royal modifie les articles 225 et 226 *bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 en déterminant une nouvelle mesure de neutralisation suite à l'augmentation progressive de différentes prestations sociales. Ces augmentations ont toujours lieu avec effet au 1^{er} janvier de l'année calendrier concernée (2021, 2022, 2023 et 2024).

Il s'agit des augmentations suivantes :

- les augmentations des montants de la pension minimum garantie (régime des travailleurs salariés et régime des travailleurs indépendants) en exécution de l'arrêté royal du 20 décembre 2020 relatif à l'augmentation de la pension minimum garantie

- les augmentations des montants de la pension minimum garantie (régime des fonctionnaires) en exécution de l'arrêté royal du 20 décembre 2020 pris en application de l'article 132, § 2, de la loi du 26 juin 1992 portant des dispositions sociales et diverses
- les augmentations des montants de la garantie de revenus aux personnes âgées en exécution de l'arrêté royal du 20 décembre 2020 relatif à l'augmentation de la garantie de revenus aux personnes âgées
- les augmentations des montants du revenu d'intégration en exécution de l'arrêté royal du 20 décembre 2020 modifiant l'arrêté royal du 3 septembre 2004 visant l'augmentation des montants du revenu d'intégration, ainsi que les augmentations des montants de l'indemnité minimale accordée aux travailleurs non réguliers visés à l'article 214, § 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 liés aux montants applicables du revenu d'intégration
- les augmentations des minimas et de certains forfaits dans l'assurance chômage en exécution de l'arrêté royal du 22 décembre 2020 modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage concernant l'augmentation des minimas dans le cadre de la lutte contre la pauvreté
- les augmentations des montants de l'allocation de remplacement de revenus en exécution de l'arrêté royal du 14 janvier 2021 portant augmentation du montant des catégories A, B et C de l'allocation de remplacement de revenus en application de l'article 6, § 6 de la loi du 27 février 1987 sur les allocations aux personnes handicapées.

Via cette mesure de neutralisation, le titulaire reconnu incapable de travailler qui, avant l'augmentation du montant de la prestation sociale concernée, avait déjà la qualité de titulaire avec charge de famille ou de titulaire assimilé à un isolé, conserve l'octroi de cette qualité malgré l'augmentation du montant de la prestation sociale en question octroyée à la personne qui cohabite avec le titulaire en incapacité de travail et qui peut en principe faire naître la charge de famille dans le chef de ce titulaire incapable de travailler.

Pour l'application ultérieure de cette mesure de neutralisation, il est en outre indispensable que le titulaire se trouve toujours dans la même situation.

5. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
14.04.2021	06.04.2021	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste jointe comme annexe 1 ^{re} 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'arrête ministériel apporte la modification suivante au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la Liste :

- à la condition de remboursement F- § 04, le point "7. Divers" est remplacé par ce qui suit :
"7. Divers
Pas d'application".

Moniteur belge	Date	Titre
15.04.2021 – Édition 1	06.04.2021	Arrêté ministériel modifiant le chapitre “F. Chirurgie thoracique et cardiologie” de la liste jointe comme annexe 1 ^{re} 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 l’intitulé “F.5 Thorax et paroi thoracique : divers” du chapitre “F. Chirurgie thoracique et cardiologie” de la Liste :

- le libellé de la prestation 160370-160381 est remplacé
- le point “3. Critères concernant le dispositif” de la condition de remboursement F- § 17 est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
16.04.2021	31.03.2021	Arrêté ministériel modifiant le chapitre “G. Chirurgie vasculaire” 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 “G. Chirurgie vasculaire” 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 :

- à l’intitulé “G.1.1 Matériel de dilatation avec un (des) tuteur(s) périphérique(s) couvert(s) ou non-couvert(s)”, les modifications suivantes sont apportées :
 - => la base de remboursement et le montant du remboursement des prestations 160576-160580, 160532-160543 et 160613-160624 sont remplacés par “1.321,93 EUR” ;
 - => la base de remboursement et le montant du remboursement des prestations 182011-182022, 182035-182046, 182033-182044 et 182050-182061 sont remplacés par “1.485,70 EUR” ;
 - => la base de remboursement et le montant du remboursement des prestations 160591-160602, 160554-160565 et 160635-160646 sont remplacés par “1.800,16 EUR”.
- à l’intitulé “G.1.2 Matériel de dilatation sans tuteur périphérique”, les modifications suivantes sont apportées :
 - => la base de remboursement et le montant du remboursement des prestations 160694-160705, 160672-160683 et 160731-160742 sont remplacés par “389,14 EUR” ;
 - => la base de remboursement et le montant du remboursement des prestations 180191-180202 et 180213-180224 sont remplacés par “1.485,70 EUR” ;
- à l’intitulé “G.4 Endoprothèses”, les modifications suivantes sont apportées :
 - => la base de remboursement et le montant du remboursement des prestations 180493-180504, 180515-180526, 180854-180865 et 180876-180880 sont remplacés par “3.958,10 EUR”.

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 :

- dans la Liste nominative des “Drug eluting stent (artères fémoro-poplitées)”, les modifications suivantes sont apportées :
 - => la liste nominative 36001 associée à la prestation 182011-182022 est supprimée;
 - => la liste nominative 36002 associée à la prestation 182033-182044 est supprimée;
 - => une nouvelle liste nominative 36003 associée aux prestations 182011-182022 et 182033-182044 est ajoutée et est jointe comme annexe 1 au présent arrêté.
- dans la Liste nominative des “Drug eluting ballon (artères fémoro-poplitées)”, les modifications suivantes sont apportées :
 - => la liste nominative 36101 associée à la prestation 180191-180202 est supprimée;
 - => la liste nominative 36102 associée à la prestation 180213-180224 est supprimée;
 - => la liste nominative 36103 associée à la prestation 180235-180246 est supprimée;
 - => la liste nominative 36104 associée à la prestation 180250-180261 est supprimée;
 - => une nouvelle liste nominative 36105 associée aux prestations 180191-180202, 180213-180224, 180235-180246 et 180250-180261 est ajoutée et est jointe comme annexe 2 au présent arrêté.

Moniteur belge	Date	Titre
20.04.2021	12.04.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
28.05.2021	12.04.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. - Erratum

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
20.04.2021	13.04.2021	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
28.05.2021	13.04.2021	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. - Erratum

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
26.04.2021	21.04.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
06.05.2021	28.04.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

L'arrête ministériel insère les paragraphes 6670200, 6670300 et 6670400 au chapitre IV à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
21.05.2021 – Édition 2	12.05.2021	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
31.05.2021	12.05.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications au chapitre IV de l'annexe I : les spécialités pharmaceutiques VOKANAMET sont supprimées du paragraphe 5480000 et les paragraphes 7690100 et 7690200 sont supprimés.

Moniteur belge	Date	Titre
18.06.2021	16.06.2021	4 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
30.06.2021 – Édition 1	16.06.2021	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. - Erratum

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
30.06.2021 – Édition 1	16.06.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
10.05.2021	05.05.2021	Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 30 septembre 2020 fixant l'intervention complémentaire de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés, cancéreux et dans le cadre de la rééducation fonctionnelle en cas de transport en ambulance en raison de mesures sanitaires prises dans le cadre de la pandémie COVID-19

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
17.05.2021	03.05.2021	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive" de la liste jointe comme annexe 1 ^{re} 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 l'intitulé "E.12 Divers", la prestation 158130-158141 et leurs modalités de remboursement sont supprimées
- l'intitulé "E.4 Intervention sur l'intestin grêle, le colon, le rectum, l'anus ou l'appendice", est complété par l'intitulé "E.4.4 Vidéocapsule" et par la prestation 181392-181403 et ses modalités de remboursement
- à l'intitulé "E.4.4 Vidéocapsule", la prestation 158130-158141 et ses modalités de remboursement sont ajoutées
- la condition de remboursement E- § 13 relative à la prestation 181392-181403 est insérée.

Moniteur belge	Date	Titre
07.06.2021	11.05.2021	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive" 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 à l'intitulé "E.8 Neurostimulation" du chapitre "E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive" de la Liste, jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 :

- le libellé des prestations 157533-157544, 157555 - 157566, 157570 – 157581, 157592 – 157603, 157614 – 157625, 157636 – 157640, 157651 – 157662, 157673 – 157684, 157695 – 157706, 157710 – 157721, 157732 – 157743, 157754 – 157765, 157776 - 157780 est remplacé
- les prestations 181591-181602, 181613-181624, 181635-181646, 181650-181661, 181672-181683, 181694-181705 et leurs modalités de remboursement sont ajoutées
- la condition de remboursement E- § 04 est remplacée.

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes aux Listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 :

- dans la Liste nominative des "Sphincters anal artificiel", jointe comme annexe 1 au présent arrêté, les prestations 181591-181602 et 181613-181624, et leurs modalités de remboursement sont ajoutées
- le libellé des prestations 157636 – 157640, 157651 – 157662, 157732 – 157743, 157754 – 157765, 157673 – 157684, 157695 – 157706, 157710 – 157721 et 157776 - 157780 est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
31.05.2021	17.05.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications à l'annexe I de l'arrêté royal du 22 mai 2014.

Moniteur belge	Date	Titre
18.06.2021	16.06.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques
27.10.2021	16.06.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques. - Erratum

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications à l'annexe I de l'arrêté royal du 22 mai 2014.

Moniteur belge	Date	Titre
04.06.2021 – Édition 1	17.05.2021	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "B. Neurochirurgie" de la liste jointe comme annexe 1 ^{re} 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 B- § 02 :

- au point "2.2. Indications", au premier alinéa, les mots "ou par stimulation électrique tonique des cordons postérieurs de la moelle épinière" sont remplacés par les mots ", ou par stimulation électrique tonique ou burst des cordons postérieurs de la moelle épinière"
- au point "3.1 Définition", au deuxième alinéa, les mots "La stimulation électrique ne consiste pas en un groupe d'impulsions se succédant rapidement" sont remplacés par les mots "La neurostimulation burst consiste en un groupe d'impulsions se succédant rapidement"
- le point "3.3.1 Neurostimulateurs non rechargeables" est remplacé
- au point 4.1.1, les modifications suivantes sont apportées :
 - => au premier alinéa, les mots "151351-151362 dans les indications reprises sous 2.2.:" sont remplacés par les mots "151351-151362, 171894-171905 dans les indications reprises sous 2.2.:" ;
 - => au quatrième alinéa, troisième tiret, les mots "les résultats d'une thérapie d'essai (il s'agit de stimulation électrique tonique intracérébrale ou des cordons postérieures de la moelle épinière, et à l'exception de toutes autres cibles)" sont remplacés par les mots "les résultats d'une thérapie d'essai (il s'agit de stimulation électrique tonique intracérébrale, de stimulation électrique tonique ou burst des cordons postérieures de la moelle épinière, et à l'exception de toutes autres cibles)" ;
- au point "4.3. Remplacement prématuré", premier alinéa, les mots "avant le délai de quinze mois pour les neurostimulateurs unilatéraux et de vingt-quatre mois pour les neurostimulateurs bilatéraux, peut être accordée" sont remplacés par les mots "avant le délai de vingt-quatre mois pour les neurostimulateurs non-rechargeables peut être accordée".

Moniteur belge	Date	Titre
09.06.2021	03.06.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe comme annexe 1 ^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

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

- les mots "Avenue de Tervueren 211 à 1150 Bruxelles" sont chaque fois remplacés par les mots "Avenue Galilée 5/01 à 1210 Bruxelles"
- au chapitre "L. Orthopédie et traumatologie", à la condition de remboursement L- § 13, le point "5.1. Règles de cumul et de non-cumul" est remplacé
- le point "1. Dispositions générales" est remplacé
- la phrase suivante reprise à l'intitulé "2. Prestations et Modalités de remboursement" est supprimée : "Si dans une condition de remboursement, il est fait mention d'une année au cours de laquelle la section 9 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 est d'application, le nombre de prestations attestées dans le courant de cette année sera remplacé par le nombre de prestations attestées la dernière année précédant l'année où l'arrêté royal susmentionné portant des adaptations temporaires est entrée en vigueur, pour autant que ce nombre de prestations attestées soit supérieur à celui de l'année en question."

6. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
08.04.2021 – Édition 1	17.03.2021	Règlement modifiant l'article 35 ^{ter} du règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, § 1 ^{er} , 5 ^o , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Ce règlement modifie l'article 35^{ter} du règlement des indemnités du 16 avril 1997 et stipule que pour le titulaire qui, lors de la survenance de son incapacité de travail, est soumis à une mesure de réduction collective temporaire de la durée du travail, visée sous le chapitre 3 du titre 2 de la loi du 6 mars 2020 visant à maintenir l'emploi après le retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne, l'indemnité est calculée sur base de la rémunération journalière moyenne à laquelle le travailleur aurait pu prétendre si la durée du travail n'avait pas été réduite.

Moniteur belge	Date	Titre
14.04.2021	29.03.2021	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

Le règlement modifie l'adresse de l'INAMI dans les formulaires.

Moniteur belge	Date	Titre
25.05.2021	06.05.2021	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Le règlement remplace l'annexe 92*bis* 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
08.06.2021	22.02.2021	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

Le règlement apporte mes modifications suivantes :

- le formulaire E-Form-II-02 concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre "E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive" de la liste, est ajouté
- le formulaire E-Form-I-01, auquel il est fait référence au même chapitre, est supprimé.

7. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge

21.04.2021

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 31, § 1^{er}, de la nomenclature des prestations de santé:

REGLE INTERPRETATIVE 2

Question

Dans le cas d'un appareillage CROS ou BICROS, quelle oreille doit être prise en considération pour déterminer si la perte auditive nécessaire a été atteinte pour entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance ?

Réponse

En cas de montage CROS ou BICROS, la plus mauvaise oreille doit être prise en considération pour déterminer si la perte auditive atteint le seuil nécessaire pour entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance.

Donc aussi bien avec une oreille non réglable d'un côté et de l'autre côté une :

- audition normale
- perte auditive moyenne ≥ 40 dB
- perte auditive moyenne < 40 dB aux fréquences de 1 000, 2 000 et 4 000 Hz
- perte auditive avec une perte SNR d'au moins 3 dB

on prend la perte auditive du "côté non adaptable" (la plus mauvaise oreille, donc pas de codes d'exception).

La présente règle interprétative produit ses effets au 1^{er} août 2015.

Moniteur belge

26.05.2021 – Édition 3

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

REGLE INTERPRETATIVE 39

Question

Combien de segments (groupe principal VIII, prestation 646236-646240) peuvent être facturés pour une coquille dorso-lombaire ?

Réponse

Avec un supplément pour une coquille dorso-lombaire, un ou deux segments-cuisse et/ou segment-tête peuvent être combinés. Cela signifie qu'en cas de cumul jusqu'à 3 segments peuvent être facturés.

La présente règle interprétative produit ses effets au 1^{er} décembre 2013.

Moniteur belge

02.06.2021

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 20, § 1^{er}, e) (Médecine interne) de la nomenclature des prestations de santé :

Les règles interprétatives 02, 03, 06 et 09 sont abrogées.

Cette abrogation produit ses effets à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal modifiant l'article 11, § 1, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne l'électrocardiographie.

Moniteur belge

11.06.2021 – Édition 2

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 27, de la nomenclature des prestations de santé

La règle interprétative 8 est remplacée par les dispositions suivantes :

“REGLE INTERPRETATIVE 8

Question

Comment doit-on comptabiliser le pantalon de compression (prestation 769716) dans le cadre des règles de renouvellement et du nombre maximal de bas élastiques thérapeutiques par période ?

Réponse

Dans l'article 27, § 12*bis*, 4. a), on retrouve ce qui suit concernant les délais de renouvellement des bas élastiques thérapeutiques :

“Délais de renouvellement des bas élastiques thérapeutiques pour la jambe du sous-groupe 1 : par année civile, le bénéficiaire a droit à maximum 4 bas élastiques thérapeutiques pour la jambe du sous-groupe 1 par jambe traitée.”.

Dans l'article 27, § 12*bis*, 4. c) :

“Au cours de l'année civile, le pantalon de compression (code 769716) et un code de nomenclature du groupe des collants (AT et Mono-AT : codes 769414 à 769694 inclus) ne peuvent pas être cumulés.”

Le pantalon de compression est l'un des types de bas qui tombent sous la rubrique “bas élastiques thérapeutiques du sous-groupe 1 lymphoedème”.

Par conséquent, le pantalon de compression doit être compté comme l'une des 4 prestations bas élastiques thérapeutiques de jambe qui sont remboursables au cours de la période de renouvellement, par jambe traitée.

Ainsi, si le pantalon de compression est délivré et que les deux jambes sont traitées, alors aussi bien pour la jambe gauche que pour la jambe droite, 3 autres bas élastiques thérapeutiques pour la jambe sont remboursables, en tenant compte de la règle de non-cumul entre le pantalon de compression et le groupe de collants.

La modification précitée produit ses effets au 1^{er} février 2021.

9. Avis et protocole

Moniteur belge	Date	Titre
17.05.2021	30.04.2021	Avenant Y/2018quinquies à la convention nationale entre les bandagistes et les organismes assureurs

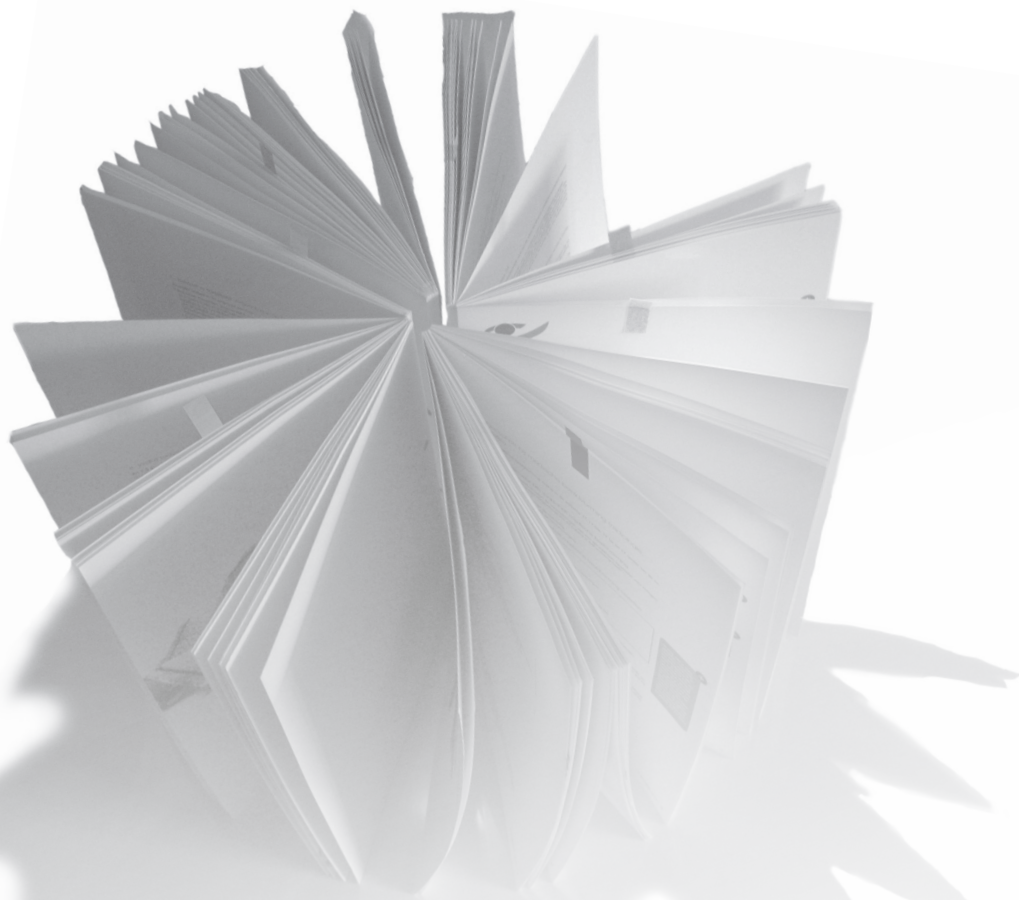
Résumé des modifications

L'avenant apporte les modifications suivantes :

- à l'article 3 du chapitre I, les mots "Y = 1,385590 EUR pour les prestations relatives au matériel pour stomie." sont remplacés par les mots "Y = 1,321967 EUR pour les prestations relatives au matériel pour stomie."
- l'article 4, 1°, est remplacé.

2^e Partie

Jurisprudence



I. Cour de cassation, 8 mars 2021

Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 25 et article 25 *nonies* - FSS - Article 31 et article 1053 du Code judiciaire - Procédure d'appel - Forme

Les dispositions légales de l'article 25, alinéa 2, et de l'article 25 *nonies*, alinéa 1^{er}, de la loi SSI, stipulent que les organismes assureurs ne disposent pas d'un pouvoir de décision sur la demande du bénéficiaire concernant le droit à l'intervention dans le cadre du Fonds spécial de solidarité. Ils peuvent seulement exécuter la décision du Collège des médecins-directeurs à ce sujet.

Lorsque le Collège refuse l'intervention de l'assurance dans le coût d'une prestation de santé et que le bénéficiaire conteste ce refus, un litige apparaît uniquement entre ce bénéficiaire et l'INAMI en ce qui concerne le droit à cette intervention.

Conformément à l'article 31 du Code judiciaire, le litige est indivisible au sens de l'article 1053 du Code judiciaire si l'exécution conjointe des décisions distinctes auxquelles il donne lieu, est matériellement impossible.

Les juges d'appel qui considèrent que les créances respectives de l'INAMI et des organismes assureurs constituent un litige indivisible, la décision contestée de l'INAMI étant indissociable de la décision contestée des organismes assureurs, de sorte que l'appel de l'INAMI qui a été dirigé contre le seul bénéficiaire est irrecevable, ne justifient pas leur décision en droit.

Arrêt n° S.20.0023.N
INAMI c./R.V.R

...

III. Beslissing van het Hof

Behoordeling

1. Artikel 1053 Gerechtelijk Wetboek bepaalt dat, wanneer het geschil onsplitsbaar is, het hoger beroep gericht moet worden tegen alle partijen wier belang in strijd is met dat van de eiser in hoger beroep. Deze moet bovendien de andere niet in beroep komende, niet in beroep gedagvaarde of niet opgeroepen partijen ten laatste voor de sluiting van het debat in de zaak betrekken. Bij niet-inachtneming van die regels wordt het hoger beroep niet toegelaten.

Krachtens artikel 31 Gerechtelijk Wetboek is het geschil onsplitsbaar in de zin van het voormelde artikel 1053 wanneer de gezamenlijke tenuitvoerlegging van de onderscheiden beslissingen waartoe het aanleiding geeft, materieel onmogelijk zou zijn.

2. Artikel 25, tweede lid, ZIV-wet bepaalt dat het College van artsen-directeurs binnen de perken van de financiële middelen van het Bijzonder Solidariteitsfonds beslist over de tegemoetkomingen vanuit dit Fonds aan de in artikel 32 bedoelde rechthebbenden.

Artikel 25^{novies}, eerste lid, ZIV-wet bepaalt dat, indien het College van artsen-directeurs onmiddellijk over de tussenkomst beslist op basis van een factuur, de verzekeringsinstelling aan de rechthebbende of aan de zorgverlener het toegekend bedrag betaalt binnen een termijn van 15 werkdagen na ontvangst van de kennisgeving van de beslissing van het College van artsen-directeurs.

Artikel 25^{novies}, tweede lid, ZIV-wet bepaalt dat, indien het College een principieel akkoord uitbrengt en de adviserend arts van de verzekeringsinstelling het bedrag bepaalt, toegekend volgens de regels voorzien door het College van artsen-directeurs na verificatie van de factuur, de verzekeringsinstelling dat bedrag aan de rechthebbende of aan de zorgverlener binnen een termijn van 20 werkdagen na ontvangst van de factuur betaalt.

3. Uit die wetsbepalingen volgt dat de verzekeringsinstelling geen beslissingsbevoegdheid heeft over de aanvraag van de rechthebbende over het recht op tegemoetkoming, maar slechts uitvoering geeft aan de beslissing daaromtrent van het College van artsen-directeurs.

Wanneer dit college de tegemoetkoming van de verzekering in de kosten van een geneeskundige verstrekking weigert en de rechthebbende die weigering betwist, ontstaat er enkel tussen die rechthebbende en de eiser een betwisting over het recht op die tegemoetkoming.

Voor zover de rechthebbende zijn vordering tot betwisting van de beslissing over het recht op tegemoetkoming richt tegen zowel de eiser als de verzekeringsinstelling, betreft dit geen onsplitsbaar geschil.

4. De appelrechters stellen vast dat:

- het College van artsen-directeurs op 26 oktober 2016 een ongunstige beslissing heeft genomen over de aanvraag van de verweerder tot tegemoetkoming vanuit het Bijzonder Solidariteitsfonds
- de eiser deze beslissing op 14 november 2016 aan de verweerder meedeelde
- de verzekeringsinstelling op 16 november 2016 de verweerder nogmaals in kennis stelde van de voormelde beslissing
- de verweerder voor de arbeidsrechtbank de vernietiging vorderde van zowel de “administratieve beslissing van 14 november 2016” van de eiser als de “administratieve beslissing van 16 november 2016” van de verzekeringsinstelling, alsook de veroordeling van beide partijen “tot betaling van de kosten van immunoglobulines, verstrekt tijdens de periode van 12 april 2016 tot 25 mei 2016”
- de arbeidsrechtbank de voormelde administratieve beslissingen heeft vernietigd.

5. De appelrechters oordelen dat de respectieve vorderingen van de verweerder tegen de eiser en de verzekeringsinstelling een onsplitsbaar geschil uitmaken, aangezien de bestreden beslissing van de eiser niet los kan worden gezien van de bestreden beslissing van de verzekeringsinstelling, zodat het hoger beroep van de eiser dat enkel werd gericht tegen de verweerder niet ontvankelijk is, verantwoord hun beslissing niet naar recht.

Het middel is gegrond.

Kosten

6. Overeenkomstig artikel 1017, tweede lid, Gerechtelijk Wetboek, dient de eiser te worden veroordeeld tot de kosten.

Dictum

HET HOF,

Vernietigt het bestreden arrest.

...

II. Cour du travail de Liège, division Liège, arrêt du 6 avril 2021

Articles 109*bis* et 106 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 - Article 215*quater*, arrêté royal du 3 juillet 1996 - Réinsertion socioprofessionnelle - Compétence discrétionnaire de la CSCMI - Contrôle de légalité externe et interne par les cours et tribunaux - Valorisation d'une capacité de travail potentielle - Réintégration dans un milieu de travail - Absence d'erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité

La **compétence** de la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité concernant l'examen de la légitimité de la prise en charge, par l'assurance indemnités, d'un programme de réintégration visant la réinsertion professionnelle au sens des articles **109*bis*** de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et **215*quater*** de son arrêté royal d'exécution du 3 juillet 1996 est exercée de manière **discrétionnaire**, ce qui limite le contrôle des Cours et tribunaux à un **contrôle de légalité externe et interne**.

En effet, à la lecture des articles précités, force est de constater que la réglementation ne précise pas les conditions auxquelles la prise en charge des frais de formation peut être accordée.

Dès lors, une assurée reconnue temporairement en incapacité de travail et disposant de nombreuses compétences professionnelles (du fait de sa formation et de son parcours) qui décide d'entreprendre de son propre chef une formation de son choix lui permettant de retrouver un travail dans un tout nouveau domaine de prédilection (changement de carrière pour motifs personnels) ne dispose pas *ipso facto* d'un droit subjectif à la prise en charge financière, par l'assurance indemnités, des coûts inhérents au suivi de ladite formation. Ce principe prévaut, même si les nouvelles compétences acquises à l'issue de celle-ci lui ont effectivement permis de trouver un emploi. L'assurée ne peut donc légitimement tirer argument de sa situation de fait pour exiger ladite prise en charge (qui comprend notamment le remboursement des frais d'inscription, de matériel scolaire et de transport, mais aussi le bénéfice d'une présomption d'incapacité de travail durant toute la durée de la formation ainsi qu'une prime de 5 EUR par heure de formation suivie et de 500 EUR en cas de réussite).

En estimant compte tenu des éléments médico-administratifs présents au dossier, qu'une fois son état de santé stabilisé, l'assurée disposait déjà de suffisamment d'atouts permettant de valoriser, le cas échéant à court ou moyen terme, sa capacité de travail, la cour estime que la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité ne commet pas d'erreur manifeste d'appréciation ni en droit ni en fait.

R.G. 19/617/A
... c./INAMI

...

II. Faits et antécédents pertinents

Il ressort des documents déposés au dossier de la procédure et des explications fournies à l'audience que :

- madame ... est née le ...
- en termes de formations :
 - elle a obtenu son CESS, option sciences appliquées, en 1985
 - en 1996, elle réussit un patronat en fleuristerie
 - en 2003, elle poursuit une formation en pédicure médicale
 - en 2005, elle suit une formation en esthétique
 - en 2006, elle suit une formation en secrétariat/langues via le FOREM ;
- sur le plan professionnel :
 - à partir de l'année 1988, elle a exercé le métier de fleuriste pendant de nombreuses années
 - dès juillet 2005, elle a par ailleurs commencé une activité indépendante en esthétique
 - d'avril 2013 à septembre 2014, elle a été employée esthéticienne
 - elle s'est retrouvée au chômage de 2014 à 2015
 - elle a été esthéticienne ouvrière de 2015 à 2016 ;
- elle s'est retrouvée en incapacité à partir de l'année 2016 ; elle présente, notamment, des douleurs aux coudes
- elle explique avoir reçu son formulaire C4 médical dans le courant de l'année 2018
- ayant décidé de se réorienter sur le plan professionnel, elle a sollicité la prise en charge par l'INAMI d'une formation d'assistante en pharmacie (formation d'une durée de deux ans qu'elle a débuté en septembre 2018)
- par courrier du 14 décembre 2018, l'INAMI a notifié à madame ... la décision suivante, prise par la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité :

" (...) Réadaptation professionnelle – première demande.

(...) Madame,

La Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité (CSCMI) a décidé, en sa séance du 14 décembre 2018, de refuser la demande de prise en charge financière de la formation d'assistant en pharmacie pour le motif suivant :

Compte tenu du prescrit des articles 109bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et 215quater de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité, en sa séance du 12 décembre 2018, a décidé de refuser la prise en charge des frais liés au suivi de la formation : "assistant en pharmacie". Cette formation n'est pas nécessaire, en soi, en vue de restaurer votre capacité de travail initiale, ni pour valoriser votre capacité de travail potentielle en vue d'une intégration complète dans un milieu de travail. Vous possédez des compétences qui vous permettent de retourner sur le marché de l'emploi une fois votre état de santé stabilisé."

Si vous n'êtes pas d'accord avec la présente décision, il vous est loisible d'introduire un recours devant le Tribunal du travail dans le ressort duquel est situé votre domicile (...)"

Il s'agit de la décision litigieuse.

Par requête remise au greffe du Tribunal du travail de Liège, division Liège, le 25 février 2019, madame ... a introduit un recours contre la décision précitée. Tel que précisé en termes de conclusions, elle a sollicité :

- que sa demande soit déclarée recevable et fondée

- ce fait, la condamnation de l'INAMI à la prise en charge financière de la formation d'assistante en pharmacie réalisée par madame ... depuis le mois de septembre 2018 jusqu'à son entière réalisation conformément aux articles 109*bis* de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et 215*quater* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996
- la condamnation de l'INAMI aux dépens de la procédure, liquidés pour madame ... à la somme de 131,18 EUR à titre d'indemnité de procédure.

L'INAMI concluait quant à lui au caractère non fondé de la demande.

III. Jugement contesté

Par le jugement critiqué, prononcé le 20 mai 2020, les premiers juges ont :

- dit le recours recevable mais non fondé
- confirmé la décision dont recours
- condamné l'INAMI aux dépens, soit l'indemnité de procédure liquidée pour madame ... à la somme de 131,18 EUR ainsi qu'à la contribution de 20,00 EUR visée par la loi du 19 mars 2017.

VI. Objet de l'appel et position des parties

1.

Par requête remise au greffe de la Cour le 11 juin 2020, madame ... demande à la Cour de réformer le jugement critiqué.

Elle fait notamment valoir, à l'appui de son appel, un courrier établi le 17 juin 2020 par le Docteur ... médecin-conseil, signalant revoir son jugement initial et estimant que "cette formation aurait pu être prise en charge". madame ... a par ailleurs expliqué :

- qu'il ne lui était plus possible d'exercer les précédentes professions exercées
- que la formation suivie en secrétariat/langues via le FOREM était ancienne et peu qualifiante
- qu'une formation d'assistante en pharmacie était, en l'espèce, une réelle piste lui permettant de reprendre le travail.

2.

L'INAMI ne formule pas d'appel incident.

...

L'INAMI fait notamment valoir que :

...

- madame ... ne répond pas aux conditions légales reprises aux articles 109*bis* de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et 215*quater* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 ;

L'appel doit donc, à titre subsidiaire, être déclaré non fondé.

...

VI. Discussion

1. Quant à la décision de refus de prise en charge de frais de formation

Aux termes de l'article 109*bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (la Cour met en évidence) :

“Le Conseil médical de l'invalidité a pour mission d'autoriser la prise en charge par l'assurance indemnités des programmes de réadaptation professionnelle en faveur des bénéficiaires de l'assurance indemnités. Les conditions auxquelles cette mission peut être exercée par les médecins-conseil visés à l'article 153 sont déterminées par le Roi, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres.

Le Roi détermine, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, les prestations de réadaptation professionnelle ainsi que les conditions et modalités de la prise en charge de ces programmes.

Le Roi détermine, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, également les modalités de prise en charge des coûts relatifs à l'intégration effective du titulaire après un processus de réadaptation professionnelle.

Les avantages financiers visés aux alinéas 2 et 3 sont refusés lorsque le titulaire bénéficie d'avantages similaires octroyés en vertu d'un décret, d'un arrêté ou d'une ordonnance, par les services et organismes des Régions et des Communautés qui participent à la réinsertion professionnelle des titulaires en incapacité de travail. Si le montant de ces avantages est inférieur au montant des avantages octroyés dans le cadre de l'assurance indemnités, l'intéressé peut prétendre à la différence à charge de l'assurance.

La disposition visée à l'alinéa précédent n'est pas d'application lorsque les décrets, arrêtés ou ordonnances précités interdisent le cumul ou autorisent un cumul limité des avantages qu'ils octroient avec des avantages similaires accordés en vertu d'autres législations.”

Par ailleurs, en vertu de l'article 215*quater* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

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

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

2.

Les premiers juges ont estimé que la mission confiée par l'article 109*bis* précité au Conseil médical de l'invalidité, ne relevait pas d'une compétence liée.

Ils ont dès lors conclu à un contrôle de légalité et non d'opportunité.

La Cour relève que d'après la doctrine, dont la Cour estime devoir suivre les enseignements (H. MORMONT, "La charge de la preuve dans le contentieux judiciaire de la sécurité sociale", R.D.S., 2013, pp. 355 et s. – la Cour met en évidence) :

" (...) 22. Dans le contentieux de la sécurité sociale, la problématique des pouvoirs du juge fait traditionnellement l'objet d'une division fondamentale, fondée sur le type de compétence, liée ou discrétionnaire, exercée par l'administration.

En résumant de manière importante, on peut retenir que lorsque l'administration n'a pas de pouvoir de décision propre mais ne fait que reconnaître, ou refuser de reconnaître, un droit subjectif, c'est-à-dire une "obligation juridique précise qu'une règle de droit objectif met directement à charge d'un tiers et à l'exécution de laquelle le demandeur a un intérêt propre" ou encore un "avantage subordonné à des conditions objectives formulées d'une manière telle qu'elles ne laissent aucun pouvoir d'appréciation à l'autorité", il est question d'une compétence liée.

À l'inverse, **lorsque l'administré ne peut se prévaloir d'une telle obligation précise et directe en sa faveur mais que c'est la décision de l'administration qui crée le droit ou qui limite un droit existant en faisant usage de la marge d'appréciation en opportunité qui lui est laissée par la loi, il est question d'une compétence discrétionnaire.**

(...) 24. Du point de vue des pouvoirs du juge, les conséquences suivantes sont classiquement déduites de la distinction évoquée ci-dessus.

Lorsque le pouvoir de l'administration est lié ou relève de la seule liberté d'interprétation, le juge exerce un pouvoir de pleine juridiction, en ce compris de substitution.

Ce contrôle se caractérise par l'obligation pour le juge de statuer sur le droit subjectif en cause non seulement en vérifiant la légalité de la décision administrative sous l'angle des griefs que lui adresse le demandeur, mais en examinant l'ensemble des conditions de ce droit durant la période dont il est saisi, y compris celles de ces conditions qui n'auraient pas été abordées par l'administration dans la décision attaquée.

Pour ce faire, le juge exerce un contrôle complet, et non marginal. Il a l'obligation, si nécessaire, de requalifier les faits qui lui sont soumis. Enfin, et surtout, le juge doit, en cas d'annulation de la décision, se substituer à l'administration. (...)

Si par contre l'administration dispose d'un pouvoir discrétionnaire, les pouvoirs du juge sont plus réduits. Sous peine de porter atteinte à la séparation des pouvoirs, **l'action du juge ne peut priver l'administration de son pouvoir d'appréciation et se limite donc à un contrôle "de légalité"**. Il peut en pareille hypothèse annuler une décision administrative dont il constate l'illégalité, mais ne peut en principe se substituer à l'administration pour remplacer la décision qu'il annule. Ce contrôle de légalité ne doit, pour autant, pas être sous-estimé. Il porte tant sur la légalité externe de l'acte, c'est-à-dire la compétence de son auteur et le respect des formes substantielles ou prescrites à peine de nullité, que sur sa légalité interne, c'est-à-dire sur l'éventuel détournement de pouvoir ou les erreurs de droit et de fait."

La Cour du travail de Mons (C.T. Mons, 28.04.2016, J.T.T., 2016, pp. 377-378 – la Cour de céans met en évidence) souligne également, dans un sens similaire, que :

"3. Traditionnellement, une distinction est faite entre le pouvoir discrétionnaire et les compétences liées. **Une compétence est liée lorsqu'une règle de droit détermine le contenu ou l'objet de la décision que l'administration est tenue de prendre lorsque certaines conditions sont remplies. L'administration dispose d'un pouvoir discrétionnaire lorsque le législateur lui confère une certaine liberté dans l'exercice des compétences attribuées et lui permet de choisir la solution qui s'avère être la plus adéquate dans les limites de la loi.**

4. Il se déduit du caractère non limitatif des critères que l'article 94 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 énonce comme justification possible de la décision du directeur du bureau de chômage que celui-ci dispose en principe d'un pouvoir discrétionnaire d'accepter que le chômeur bénéficie du régime dérogatoire visé par cette disposition.

5. Les juridictions du travail qui connaissent de la contestation relative à la décision prise par l'administration dans le cadre de son pouvoir discrétionnaire peut contrôler la légalité de la décision attaquée et examiner si l'administration n'a pas excédé son pouvoir de manière déraisonnable ou arbitraire, mais ne peut priver l'autorité désignée de son pouvoir d'appréciation ni se substituer à celle-ci. Il revient au juge, non pas de se placer sur le plan de l'opportunité, ce qui serait contraire au principe de la séparation des pouvoirs, mais d'exercer un contrôle de légalité externe et interne de l'acte administratif contesté, le contrôle de légalité interne comprenant celui de l'erreur manifeste d'appréciation."

En l'espèce, les premiers juges ont, à juste titre, estimé que :

"Comme rappelé très judicieusement par Monsieur l'Auditeur en son avis écrit, ni la loi du 14 juillet 1994 ni l'arrêté royal du 3 juillet 1996 ne décrivent les conditions d'octroi de la réadaptation professionnelle. Cela a pour conséquence que la marge d'appréciation de la CSCMI lors de l'autorisation de prise en charge est très large.

Le Tribunal fait sien le raisonnement de Monsieur l'Auditeur de division, le contrôle du tribunal en l'espèce quant à la décision dont recours est un contrôle de légalité et pas d'opportunité."

La Cour ne peut que constater, à la lecture des articles 109bis de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et 215quater de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, que la réglementation ne précise pas les conditions auxquelles la prise en charge de frais de formation (comme en l'espèce) peut être accordée.

La Cour en déduit que le Conseil médical de l'invalidité dispose, dans ce cadre, d'une compétence discrétionnaire.

Le contrôle pouvant être exercé par les juridictions du travail – et donc par la Cour – est dès lors un contrôle de légalité externe (portant sur la compétence de son auteur et le respect des formes substantielles ou prescrites à peine de nullité) et de légalité interne (portant sur l'éventuel détournement de pouvoir ou sur d'éventuelles erreurs de droit ou de fait).

En l'espèce, la légalité externe de la décision litigieuse n'est pas mise en cause. Il n'est pas contesté que la décision a été prise par l'institution compétente et qu'elle satisfait, sur le plan formel, aux prescrits légaux.

Sur le plan de la légalité interne, la décision litigieuse est notamment motivée par le fait que *"Cette formation n'est pas nécessaire, en soi, en vue de restaurer votre capacité de travail initiale, ni pour valoriser votre capacité de travail potentielle en vue d'une intégration complète dans un milieu de travail. Vous possédez des compétences qui vous permettent de retourner sur le marché de l'emploi une fois votre état de santé stabilisé"*

L'extrait du procès-verbal de la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité fait état d'avis défavorables, préalables à la décision litigieuse, tant du médecin-conseil que de l'expert social.

En termes de conclusions, l'INAMI souligne qu'au vu des éléments produits au dossier (descriptif des formations suivies et des emplois exercés mais aussi informations médicales dont il ressort que la situation médicale de madame ... se serait pour partie améliorée, notamment au niveau du coude droit), aucun élément médical ne permet à ce stade de se prononcer sur un état d'inaptitude définitive aux postes exercés ou aux postes envisageables au vu des compétences acquises (en ce compris la formation suivie en langue/secrétariat).

La Cour souligne qu'il est indéniable que madame ... s'est montrée déterminée à retrouver un emploi, notamment en s'inscrivant à une nouvelle formation (et a atteint son objectif). Ce constat ne peut toutefois, à lui seul, justifier que sa demande originaire soit déclarée fondée.

Madame ... n'avance pas d'argument permettant de considérer que le Conseil médical de l'invalidité aurait commis une erreur de droit ou de fait dans le cadre de la décision litigieuse. En effet, à titre d'exemple, il ne ressort notamment d'aucune pièce produite que la décision litigieuse serait fondée sur des informations médicales inadéquates ou erronées.

À l'estime de la Cour, madame ... ne rapporte pas d'avantage la preuve d'une erreur manifeste d'appréciation. En effet, le Conseil médical de l'invalidité a pu considérer qu'au vu des différentes formations suivies par madame ... (notamment une formation en secrétariat/langues) mais aussi des différents emplois exercés, madame ... disposait déjà d'atouts permettant de valoriser, le cas échéant à court ou moyen terme, sa capacité de travail.

Si, *a posteriori*, le choix de madame ... de suivre la formation d'assistante en pharmacie s'est avéré payant (puisque madame ... a confirmé, à l'audience, avoir trouvé un travail dans ce secteur) et a pu motiver le médecin-conseil qui avait initialement émis un avis négatif à revoir sa position (estimant finalement que la formation aurait pu être prise en charge), il reste qu'aucun élément produit au dossier ne permet de conclure à l'erreur *manifeste* d'appréciation dans le chef du Conseil médical de l'invalidité.

L'appel est déclaré non fondé.

...

PAR CES MOTIFS,

LA COUR,

Après en avoir délibéré,

Statuant publiquement et contradictoirement,

Vu les dispositions de la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire et notamment son article 24 dont le respect a été assuré,

Entendu l'avis oral du ministère public, auquel les parties n'ont pas souhaité répliquer,

Reçoit l'appel,

Dit l'appel non fondé,

Dans les limites de la saisine de la Cour, confirme le jugement dont appel en ce qu'il a :

- dit le recours non fondé
- confirmé la décision dont recours ;

...

III. Cour du travail de Bruxelles, arrêt du 24 juin 2021

Article 3, loi du 29 juillet 1991 - Article 109*bis* de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 - Article 215*quater*, arrêté royal du 3 juillet 1996 - Article 215*quinquies*, arrêté royal du 3 juillet 1996 - Motivation formelle des actes administratifs - Contrôle de pleine juridiction - Réinsertion socioprofessionnelle - Restauration d'une capacité de travail initiale - Valorisation d'une capacité de travail potentielle - Réintégration dans un milieu de travail - Coût - Principe de proportionnalité

Dans la mesure où la motivation permettait à l'assurée de comprendre que l'INAMI estimait que les formations qu'elle souhaitait suivre ne répondaient pas, dans son cas, à l'exigence de restauration d'une capacité de travail initiale ou de valorisation d'une capacité de travail potentielle, et pour autant que les décisions litigieuses indiquent les dispositions légales et réglementaires applicables, il est à considérer que l'obligation de motivation formelle des actes administratifs au sens de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 est rencontrée.

Le juge exerce sur la décision de l'INAMI un contrôle de pleine juridiction. Par conséquent, la constatation par le juge de la nullité de la décision litigieuse pour non-respect de la motivation formelle serait sans incidence sur sa compétence pour statuer sur le bien-fondé de la demande.

Les formations sollicitées par l'assurée ne satisfaisaient pas aux exigences prescrites aux articles 215*quater* et suivants de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 pour les raisons suivantes :

- dans le cadre de l'appréciation de la restauration d'une capacité de travail initiale ou de la valorisation d'une capacité de travail potentielle, il doit être examiné si l'assuré conserve une telle capacité de travail, notamment dans les professions qu'il a pu exercer antérieurement.

Ici, l'assurée dispose d'une capacité de travail initiale ou, à tout le moins, d'une capacité de travail potentielle, dans ces professions ou groupes de professions

- les formations pour lesquelles l'intervention de l'INAMI était sollicitée, n'apparaissent pas comme étant de nature à restaurer ou valoriser sa capacité de travail dans le cadre des professions susvisées
- en application de l'article 215*quinquies* de l'arrêté royal précité, le coût des formations doit, d'une part, contribuer directement à l'intégration de la personne dans un milieu de travail – et non à participer financièrement à la réorientation professionnelle d'une personne disposant déjà d'une capacité de travail initiale – et, d'autre part, être proportionné à une telle intégration. Or, il n'est nullement établi que le coût des formations sollicitées soit proportionné au métier envisagé.

L'assurée ne démontre pas davantage que les cours envisagés en France ne seraient pas disponibles en Belgique ni, le cas échéant, que le coût qu'ils représentent soient proportionnés à l'intégration professionnelle visée.

N° de rôle 2020/AB/328
INAMI c./...

...

I. Antécédents

4. Les faits utiles à la solution du litige peuvent être synthétisés comme suit :

- madame ... est née en ...
- elle indique¹ qu'elle a exercé successivement les métiers d'assistante fleuriste, de vendeuse de vêtements pour enfants, d'assistante en librairie, de "personnel pour un traiteur et Horeca", puis d'animatrice pour enfants, avant d'être occupée "10 ans comme secrétaire médicale à l'hôpital ... en oncologie" ; à partir de l'année 2012, elle a été occupée en qualité de déléguée médicale au sein de la société pharmaceutique ... (elle précise à cet égard qu'elle était "commerciale sur 3 provinces, account manager avec un portefeuille de 1000 clients et aromathérapeute formatrice auprès des pharmaciens")
- madame ... est en incapacité de travail depuis le 13 novembre 2017 (alors qu'elle était occupée en qualité de déléguée médicale au sein de la société ..., en raison d'un syndrome anxio-dépressif/burn out
- au mois de juin 2019, il a été mis fin au contrat de travail qui la liait à la société ... pour force majeure médicale, le conseiller en prévention-médecin du travail ayant estimé qu'elle était "définitivement inapte à reprendre le travail convenu et n'(était) pas en état d'effectuer chez l'employeur aucun travail adapté ni un autre travail"
- le 7 juin 2019, madame ... a introduit auprès de l'INAMI, (via le FOREM), une première demande de prise en charge des coûts de plusieurs formations, dans le cadre de la réadaptation professionnelle visée à l'article 109bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Cette première demande visait les formations suivantes :

"Formation anglais-coût : 17,75 /heure (nombre de périodes encore à définir)

Formation en gestion : inscription 65 EUR

Formation Ayurlife coach : coût :1.755 EUR

Formation masseur Bien-être Ayurvédique : 1.497 EUR

Formation YOGA : coût : 2.900 EUR + frais de transport (pas encore défini) et logement 1.612 EUR".

Par lettre du 5 juillet 2019, l'INAMI a notifié à madame ... une décision prise le même jour par la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité, refusant la demande.

1. Notamment dans le "business plan", établi dans le cadre de sa formation en gestion, qu'elle dépose en pièce 11 de son dossier.

Cette décision est motivée par la référence au *“prescrit des articles 109bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et 215quater de l’arrêté royal du 3 juillet 1996”* et, visant les diverses formations sollicitées par madame ... par le fait que *“ces formations ne permettent pas, en soi, ni de restaurer la capacité de travail initiale, ni de valoriser la capacité de travail potentielle de l’assurée en vue d’une intégration complète dans un milieu de travail”*.

Il s’agit de la première décision litigieuse.

- Le 11 juillet 2019, madame ... a, toujours via le FOREM, formulé une nouvelle demande, à propos des mêmes formations, à l’exception de la formation en Yoga.

Par lettre du 30 août 2019, l’INAMI a notifié à madame ... une décision prise le même jour par la Commission supérieure du Conseil médical de l’invalidité, refusant à nouveau la demande, pour des motifs identiques.

Il s’agit de la seconde décision litigieuse.

- Madame ... précise qu’elle a déjà suivi un *“stage et formation théorique et pratique en Ayurvêda”* et un stage en *“Satiyam yoga teacher training”*. Elle a, d’autre part, suivi avec succès les cours de formation en connaissance de gestion de base, dispensés au sein de l’École industrielle et commerciale de ... au cours de l’année 2019-2020.

5. Par deux requêtes, déposées respectivement les 18 et 24 septembre 2019 devant le tribunal du travail du Bravant wallon, madame ... a contesté ces deux décisions, demandant la condamnation de l’INAMI à la prise en charge des formations susvisées.

Par jugement du 14 avril 2020, le tribunal a joint les deux recours, et a dit la demande de madame ... recevable et fondée ; le tribunal, après avoir *“constat(é) que madame ... remplit les conditions légales de la réadaptation professionnelle”* a condamné l’INAMI à prendre en charge les formations souhaitées (y compris la *“formation en Yoga”*). L’INAMI était condamné aux dépens.

II. Les demandes en appel

6. L’INAMI demande à la cour de réformer le jugement et de confirmer les décisions litigieuses.

Madame ... demande à la cour de confirmer le jugement *“sauf en ce qu’il n’accorde pas (...) la prise en charge de la formation Yoga”*, et en conséquence d’annuler les décisions de l’INAMI du 5 juillet 2019 et du 30 août 2019, et de condamner l’INAMI à la prise en charge des frais des diverses formations souhaitées.

III. La décision de la cour

La recevabilité de l’appel

7. Le jugement attaqué a été prononcé le 14 avril 2020 et notifié le même jour. L’appel formé le 12 mai 2020 l’a donc été dans le délai prescrit par l’article 1051 du Code judiciaire.

Cet appel a en outre été fait dans le respect des formes prescrites, notamment par l’article 1057 du même code.

L'appel est recevable.

L'examen de la contestation

8. La cour estime, à l'instar du premier juge, que les deux décisions litigieuses répondent à l'obligation de motivation formelle des actes administratifs au sens de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991².

Ces deux décisions indiquent les dispositions légales et réglementaires applicables, et la considération de fait qui est retenue par l'INAMI, à savoir qu'au regard du cadre légal et réglementaire visé, les formations envisagées, qui sont intégralement reprises dans la décision, *"ne permettent pas, en soi, ni de restaurer la capacité de travail initiale, ni de valoriser la capacité de travail potentielle de l'assurée en vue d'une intégration complète dans un milieu de travail"*. Cette motivation permettait à madame ... de comprendre que l'INAMI estimait que les formations qu'elle souhaitait suivre ne répondaient pas, dans son cas, à l'exigence de "restauration d'une capacité de travail" initiale ou de "valorisation d'une capacité de travail potentielle".

La cour rappelle en outre, et pour autant que de besoin, que le juge exerce sur la décision de l'INAMI un contrôle de pleine juridiction, et qu'en conséquence, la constatation par le juge de la nullité de la décision de l'INAMI pour non-respect de la motivation formelle serait sans incidence sur sa compétence pour statuer sur le bien-fondé de la demande de madame ... en vertu de la législation en la matière.

9. Les dispositions légales et réglementaires applicables en l'espèce sont les suivantes :

- l'article 109bis, alinéa 1^{er} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, qui dispose que :

"Le Conseil médical de l'invalidité a pour mission d'autoriser la prise en charge par l'assurance indemnités des programmes de réadaptation professionnelle en faveur des bénéficiaires de l'assurance indemnités. Les conditions auxquelles cette mission peut être exercée par les médecins-conseil visés à l'article 153 sont déterminées par le Roi, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres".

- les articles 215quater, quinquies, sexies et septies de l'arrêté royal du 3 juillet 1996³, pris en exécution de cette disposition légale, qui prévoient ce qui suit :

- *"Les prestations de réadaptation professionnelle, visées à l'article 109bis, alinéa 2 de la loi coordonnée, comprennent toutes les interventions ou tous les services visant à restaurer tout ou partie de la capacité de travail initiale du titulaire reconnu incapable de travailler ou à valoriser la capacité de travail potentielle de ce titulaire, en vue de son intégration complète dans un milieu de travail. Elles comprennent notamment tout examen, tel qu'un examen d'orientation professionnelle, visant à déterminer la possibilité d'entreprendre un programme de réadaptation professionnelle et son utilité, et toute formation, encadrement ou apprentissage, qui contribue directement à l'intégration, visée à l'alinéa 1^{er}" (art. 215quater de l'A.R. du 03.07.1996)*

- *"Les coûts liés à l'intégration effective du titulaire après un programme de réadaptation professionnelle, visé à l'article 109bis, alinéa 3 de la loi coordonnée, doivent contribuer directement à l'intégration de l'intéressé. Ces coûts doivent en outre être en proportion avec le but à atteindre. La prise en charge de ces coûts peut être autorisée pour une période maximum de six mois, prenant cours à partir du mois suivant le mois d'achèvement dudit programme" (art. 215quinquies de l'A.R. du 03.07.1996)*

2. Selon l'art. 3 de la loi du 29.07.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs : *"La motivation exigée consiste en l'indication, dans l'acte, des considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision. Elle doit être adéquate"*.

3. 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, M.B. 31.07.1996.

- “Le titulaire qui suit un programme de réadaptation professionnelle, peut prétendre à une prime de cinq EUR par heure effectivement suivie de formation, d’encadrement ou d’apprentissage. Le titulaire qui a mené à terme avec succès un programme de réadaptation professionnelle peut prétendre à une allocation forfaitaire de 500 EUR” (art. 215sexies de l’A.R. du 03.07.1996)
- “Pour l’évaluation de l’état d’incapacité de travail, visé à l’article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée, il est tenu compte des compétences professionnelles acquises lors du programme de réadaptation professionnelle au terme d’une période de six mois prenant cours à l’expiration du mois pendant lequel ledit programme a été achevé”. (art. 215septies de l’A.R. du 03.07.1996).

10. À titre liminaire, la cour estime que l’INAMI n’établit pas que le projet professionnel de madame ... (à savoir une fonction de conseil/coaching et la dispensation de cours dans le domaine du bien-être) ne serait qu’une démarche “à visée thérapeutique” (pour elle-même), et ce, d’autant moins que ce projet a été élaboré en concertation et avec le soutien du FOREM. D’autre part, il n’y a pas lieu de mettre en doute, *a priori*, la capacité de madame ... à mener à bien ce projet, pour lequel elle a déjà suivi des formations spécifiques, ayant par ailleurs obtenu (en juin 2020), un certificat relatif à la connaissance de gestion de base, avec la plus grande distinction⁴.

11. La cour estime, par contre, que les formations pour lesquelles madame ... sollicite une prise en charge de l’INAMI ne satisfont pas, en l’espèce, aux exigences des articles 215quater et suivants de l’arrêté royal du 3 juillet 1996, pour les motifs suivants :

- dans le cadre de l’appréciation de la restauration d’une capacité de travail initiale ou de la valorisation d’une capacité de travail potentielle, il doit être examiné si l’assuré conserve une telle capacité de travail, notamment dans les professions qu’il a pu exercer par le passé.

Si l’incapacité de travail actuelle de madame ... semble liée aux conditions dans lesquelles elle a exercé (durant six ans) sa profession de déléguée médicale au sein de la société pharmaceutique ..., et aux exigences de cet employeur, il ne ressort d’aucun élément du dossier qu’elle ne pourrait plus (au terme de son incapacité de travail) exercer une profession similaire, pour un autre employeur. Ses seules affirmations du fait qu’il lui serait impossible d’envisager de reprendre une fonction de ce type en raison du stress qu’induirait les exigences de rentabilité d’une société commerciale ne sont étayées par aucun élément (médical notamment).

De plus, il en est de même, à tout le moins, de la profession de secrétaire médicale que madame ... a exercée durant les dix années précédentes. Il n’est nullement établi qu’elle soit inapte à exercer une fonction similaire après que son incapacité de travail ait pris fin, ni encore qu’une profession de ce type, pour laquelle elle peut faire valoir une expérience de dix années, ne lui soit plus accessible en l’absence d’un diplôme spécifique

- madame ... a dès lors une “capacité de travail initiale” ou, à tout le moins, une “capacité de travail potentielle”, dans ces professions ou groupe de professions
- or, il n’apparaît pas que les formations pour lesquelles l’intervention de l’INAMI est sollicitée, soient de nature à restaurer ou à valoriser sa capacité de travail dans le cadre des professions susvisées.

Le caractère “porteur” (ou rentable) du domaine du bien-être est une question distincte, et ne permet pas d’apprécier différemment la “capacité de travail” de madame ... au sens de l’article 215quater de l’arrêté royal du 3 juillet 1996.

Une connaissance plus approfondie de l’anglais est un atout au niveau professionnel, mais ne semble pas avoir constitué une condition de l’exercice de professions, durant seize ans, pour lesquelles Madame ... conserve une capacité de travail initiale (ou au moins potentielle).

4. Pièce 16 de son dossier.

Par conséquent, l'INAMI a pu considérer, à bon droit, que les formations envisagées par madame ... ne répondaient ni aux conditions, ni à l'objectif, fixés par l'article 215^{quater} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996

- En outre, la cour rappelle qu'en application de l'article 215^{quinquies} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, le coût des formations doit non seulement contribuer directement à l'intégration de la personne dans un milieu de travail - et non à participer financièrement à la réorientation professionnelle d'une personne disposant d'une "capacité de travail" initiale par ailleurs - mais également être proportionnés à une telle intégration ; or, madame ... n'établit par aucun élément que le coût des formations⁵ soit proportionné au métier qu'elle envisage d'exercer (conseils, coaching et cours en matière de bien-être).

La question du "faible coût" qu'elle eût jusqu'à présent représenté pour le budget de la sécurité sociale ou plus généralement, de l'État belge, pas plus que la question du coût qu'elle représente en termes d'indemnités de mutuelle, n'ont d'incidence à cet égard.

Madame ... ne démontre pas davantage que les cours qu'elle a suivis (ou envisage de suivre) en France ne seraient pas disponibles en Belgique ni, à supposer que tel soit le cas, que le coût qu'ils représentent soient proportionnés à l'"intégration professionnelle" visée.

12. Compte tenu de ce qui précède, l'appel est fondé.

PAR CES MOTIFS,
LA COUR DU TRAVAIL, statuant après un débat contradictoire,

Dit l'appel recevable ;

Dit l'appel fondé et réforme le jugement, sauf en ce qu'il statue sur les dépens de première instance ;

Dit en conséquence la demande originaire non fondée, et en déboute madame ...

...

5. Qu'elle évalue à 12.364,55 EUR en termes de répliques à l'avis du Ministère public.

IV. Tribunal du travail néerlandophone de Bruxelles, 31 mai 2021

Loi concernant l'emploi des langues en matière judiciaire - Compétence territoriale

Le domicile de l'assuré social détermine le tribunal du travail compétent sur le territoire en vertu de l'article 628, 14°, du Code judiciaire. L'assuré social vit à Bruxelles. D'un point de vue territorial, tant le tribunal du travail néerlandophone que le tribunal du travail francophone de Bruxelles peuvent être compétents, en fonction de la langue de la procédure.

La langue de la procédure est déterminée par le domicile des parties défenderesses (art. 4 de la loi concernant l'emploi des langues en matière judiciaire).

C'est l'agglomération bruxelloise qui est concernée *en l'occurrence*. L'article 4, § 1^{er}, alinéa 2 de la loi précitée stipule que la partie demanderesse a la possibilité d'introduire l'acte introductif d'instance en français ou en néerlandais.¹

La requête et les arguments que l'assuré social fait valoir pour contester la décision ont été rédigés en français. L'introduction d'une requête auprès du tribunal du travail néerlandophone de Bruxelles constitue une violation de l'article 2 de la loi concernant l'emploi des langues en matière judiciaire, selon lequel l'ensemble de la procédure judiciaire doit être menée en néerlandais devant les tribunaux du travail néerlandophones de l'arrondissement de Bruxelles. De ce fait, la requête est absolument nulle et non avenue.

Grâce à l'article 40, alinéa 3, de la loi concernant l'emploi des langues en matière judiciaire, l'assuré social dispose d'un nouveau délai de trois mois pour faire appel auprès du tribunal compétent de la décision contestée au moyen d'une requête rédigée dans la langue adéquate. Ainsi, l'assuré social a toujours accès à la justice.

R.G. 20/487/A
... c./INAMI et O.A.

...

2. Vordering

De heer ... heeft per verzoekschrift dat aangetekend verstuurd werd op 7 april 2020 beroep aangekend tegen een beslissing van 12 maart 2020 genomen door de ...

1. Art. "III. Cour de cassation, 27.09.2010", M. De Ghellinck et C. Lekane.

3. Bevoegdheid

Geschillen over rechten en verplichtingen van werknemers welke voortvloeien uit de wetgeving inzake de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, behoren tot de bevoegdheid van de arbeidsrechtbank (art. 580, 2^e Ger. W.). De rechtbank is derhalve materieel bevoegd om kennis te nemen van het huidige geschil.

4. Ontvankelijkheid

4.1 Termijn

De heer ... stelde zijn beroep tegen de beslissing van 12 maart 2020 in binnen de termijn van drie maanden na de kennisgeving van de bestreden beslissing (art. 23 van de wet van 11.04.1995 tot invoering van het "handvest" van de sociaal verzekerde). Zijn beroep is tijdig ingesteld, wat overigens door geen van beide verwerende partijen betwist wordt.

4.2 Taal

Het verzoekschrift waarmee de heer ... beroep instelde betreft een model-verzoekschrift met voorgedrukte elementen verdeeld over drie kaders in het Nederlands:

- een gedeelte "De verzoekende partij" (naam, voornaam, rijksregisternummer, enz.)
- een gedeelte "De betwiste beslissing(en)" (Datum beslissing(en), Genomen door volgende instelling, om de volgende redenen)
- een gedeelte "Op te roepen partij(en)".

Het tweede gedeelte "De betwiste beslissing(en)", waaronder de redenen waarom de heer ... het niet eens is met de betwiste beslissing, werden door de heer ... in het Frans ingevuld.

Op de inleidende zitting werd de zaak niet behandeld, maar uitgesteld naar de zitting van 16 november 2020, bij gebrek aan administratief dossier. Op de zitting van 16 november 2020 werd de zaak verder uitgesteld naar de zitting van 8 februari 2021 teneinde het ... toe te laten het dossier verder in staat te stellen. Uit het dossier blijkt dat het ... daarop op 3 februari 2021 een e-mail heeft gericht aan alle 3 de betrokken partijen, waarin onder andere het volgende te lezen valt:

"[...]"

Is het mogelijk, met het oog op de zitting van volgende week, het volgende te verduidelijken:

MET BETREKKING TOT DE ONTVANKELIJKHEID

1.

Het inleidend verzoekschrift is opgesteld in het Frans. Kan u mij uw standpunt laten weten in het licht van de wet van 15 juni 1935 op het gebruik der talen in gerechtszaken?

"[...]"

Op de zitting van 8 februari 2021 bleek dat geen van de partijen reeds in staat was om op deze vraag (evenals de andere vragen gesteld door het ...) te antwoorden, zodat de zaak tegensprekelijk werd uitgesteld naar de zitting van 3 mei 2021 om de partijen toe te laten te antwoorden op de vragen van het ...

Op de zitting van 3 mei 2021 stelden zowel de raadsman van het ... als de raadsman van de ... dat het verzoekschrift van de heer ... niet ontvankelijk is wegens niet-naleving van de Taalwet Gerechtszaken. Ook het ... adviseerde in zijn mondeling advies dat op de zitting van 3 mei 2021 gegeven werd na de sluiting van de debatten, om het verzoekschrift niet ontvankelijk te verklaren.

De rechtbank oordeelt hieromtrent als volgt:

Zoals hoger reeds werd aangehaald, behoort deze betwisting tot de materiële bevoegdheid van de arbeidsrechtbanken (art. 580, 2^o Ger. W., zie hoger bij punt 3). Voor dergelijke betwistingen is de territoriaal bevoegde arbeidsrechtbank, de arbeidsrechtbank van de woonplaats van de heer ... (art. 628, 14^o Ger. W.).

De heer ... woont in ... (Brussel). Territoriaal gezien kunnen derhalve zowel de Nederlandstalige arbeidsrechtbank Brussel, als de Franstalige arbeidsrechtbank Brussel bevoegd zijn, nu de splitsing van de oorspronkelijke (tweetalige) arbeidsrechtbank Brussel in een Nederlandstalige arbeidsrechtbank Brussel en een Franstalige arbeidsrechtbank Brussel, niet gebeurde op het niveau van de bevoegdheid van de rechtbanken, maar wel op het niveau van de taal van de rechtspleging. De beide rechtbanken zijn dus bevoegd voor het hele arrondissement Brussel (zie en vgl. B. VANLERBERGHE, "De hervorming van het gerechtelijke arrondissement Brussel", *RW* 2012-2013, 1691). Aangezien het aanknopingspunt van de territoriale bevoegdheid gelegen is in de Brusselse agglomeratie (de woonplaats van de heer ... bepaalt vervolgens de "woonplaats" van de verwerende partijen, zijnde het ... en de ..., de taal van de rechtspleging en dus ook de Brusselse rechtbank die van de zaak kennis zal moeten nemen (art. 4 Taalwet Gerechtszaken). Zowel het ... als de ... zijn gevestigd in de Brusselse agglomeratie, wat betekent dat het inleidend verzoekschrift naar de keuze van de heer ... in het Frans kon ingediend worden bij de Franstalige arbeidsrechtbank Brussel, dan wel in het Nederlands bij de Nederlandstalige arbeidsrechtbank Brussel, (art. 4 §1, 2^{de} lid Taalwet Gerechtszaken).

Er moet vastgesteld worden dat het verzoekschrift dat de heer ... opstuurde aan de Nederlandstalige arbeidsrechtbank Brussel grotendeels in het Frans is opgesteld.

Hoewel een beroep tegen een beslissing van een instelling van sociale zekerheid kan ingesteld worden met een vereenvoudigd verzoekschrift zoals bedoeld in artikel 704, §2 Gerechtelijk Wetboek, is wel nog altijd vereist dat dit verzoekschrift in overeenstemming is met de Taalwet Gerechtszaken van 15 juni 1935, net zoals de dagvaarding en het gewone tegensprekelijke verzoekschrift (zie en vgl. Cass. 25.11.1985, *JTT* 1986, 87; Arbh. Brussel 23.04.1999, *Soc. Kron.* 2000, 533).

Artikel 2 Taalwet Gerechtszaken bepaalt dat voor de Nederlandstalige arbeidsrechtbanken van het arrondissement Brussel de gehele rechtspleging in het Nederlands dient te worden gevoerd.

Dit is niet gebeurd. Het verzoekschrift van de heer ... is grotendeels in het Frans opgesteld, in het bijzonder de redenen waarom hij het niet eens is met de bestreden beslissing. Zijn argumenten maken op deze wijze deel uit van het debat, en dienen beantwoord te worden door de verwerende partijen en de rechtbank.

De rechtbank dient dan ook verplicht toepassing te maken van artikel 40, 1^{ste} lid Taalwet Gerechtszaken zoals dat op heden opnieuw luidt nadat de aanpassing ervan door artikel 5 van de wet van 25 mei 2018 door het Grondwettelijk Hof bij arrest van 19 september 2019 werd vernietigd (arrestnr. 120/2019, *B.S.* 10.10.2019). Dit artikel 40, 1^{ste} lid sanctioneert schendingen van de Taalwet Gerechtszaken met nietigheid, die zelfs ambtshalve door de rechter wordt uitgesproken.

In toepassing hiervan verklaart de rechtbank het gedinginleidend verzoekschrift nietig, en, daaruit voortvloeiend, de vordering van de heer ... **niet** ontvankelijk.

De rechtbank vestigt wel de aandacht van de heer ... op het feit dat zijn verzoekschrift, hoewel dus nietig wegens overtreding van de Taalwet Gerechtszaken, tijdig was (zie punt 4.1.), en dus de verjaring heeft gestuit, alsook de termijnen van rechtspleging toegekend op straffe van verval, conform artikel 40, 3^{de} lid Taalwet Gerechtszaken. Concreet houdt dit in dat de heer ... beschikt over een nieuwe termijn van drie maanden om bij de bevoegde rechtbank beroep aan te tekenen tegen de bestreden beslissing, te rekenen vanaf de datum van dit vonnis, vanzelfsprekend met een verzoekschrift dat in de juiste taal is opgesteld, conform de Taalwet Gerechtszaken (zie en vgl. Cass. 06.04.1949, *Pas.* 1949, I, 269).

5. Beslissing

Na eensluidend mondeling advies van ..., Substituut-Arbeidsauditeur, beslist de rechtbank in eerste aanleg en op tegenspraak wat volgt.

De vordering van de heer ... is niet ontvankelijk.

De rechtbank veroordeelt de ... tot de kosten van het geding, thans enkel begroot op de bijdrage van 20,00 EUR die toekomt aan het Begrotingsfonds voor de juridische tweedelijnsbijstand (art. 1017, tweede lid en 1018 Ger. W. en wet van 19.03.2017 tot oprichting van een Begrotingsfonds voor de juridische tweedelijnsbijstand).

...

3^e Partie
Questions et réponses
parlementaires



Applications de santé

mHealthBelgium - Groupes - Critères - Pyramide de validation - Niveau 3 pour un remboursement - Nombre de demandes et procédure d'inscription - Nombre d'utilisateurs - Applications régulièrement utilisées

Question n° 753 posée le 31 mai 2021 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante FARIH ¹

Selon mHealthBelgium, il y a actuellement 30 applications mobiles différentes reconnues comme dispositifs médicaux par un marquage CE. Ces applications sont classées dans trois groupes répartis sous la forme d'une pyramide de validation en fonction de plusieurs critères auxquels les applications doivent satisfaire.

1. Comment procéder si l'on souhaite faire enregistrer une application mobile sur mHealthBelgium ?
2. a) Combien de demandes ont déjà été introduites depuis la création de la plateforme en 2018 ?
b) Combien de demandes ont déjà fait l'objet d'un refus depuis la création de la plateforme en 2018 ?
3. a) Parmi les 30 applications déjà présentes sur la plateforme, aucune d'entre elles n'a encore atteint le niveau 3 de la pyramide de validation. Cependant, l'application doit figurer à ce niveau afin de pouvoir bénéficier d'un remboursement. Pour quelles raisons aucune application n'a-t-elle encore pu atteindre le niveau 3 de la pyramide de validation ?
b) Merci de fournir, pour chaque application, les raisons/motivations pour lesquelles elles ne répondent pas aux critères permettant d'atteindre le niveau 3.
c) Combien de demandes d'accès au niveau 3 de la pyramide de validation sont actuellement en cours ?
4. a) Quelles sont les applications de santé les plus utilisées dans notre pays ?
b) Combien d'utilisateurs ces applications comptent-elles ? Merci de fournir les chiffres des dix applications qui ont eu le plus de succès en 2018 jusqu'à présent, répartis par année, en chiffres absolus et en chiffres relatifs ?
5. a) Combien de citoyens belges utilisent actuellement des applications de santé ?
b) Combien de citoyens utilisent respectivement une, deux, trois, voire davantage d'applications ? Merci de fournir les chiffres à partir de 2018 jusqu'à présent, répartis par année, par genre et par province, en chiffres absolus et en chiffres relatifs.

1. Bulletin n° 063, Chambre, session ordinaire 2020-2021, p. 241.

Réponse :

1. La demande peut être introduite au moyen d'une procédure en ligne sur le site web de mHealthBelgium (<https://mhealthbelgium.be/fr/>). L'entreprise doit d'abord créer un compte, auquel une application pourra être ajoutée. Avant la publication de l'application, un administrateur de mHealthBelgium vérifiera si tous les champs ont été correctement remplis et si la documentation adéquate est disponible en fonction des critères prédéfinis de la pyramide de validation. Le cas échéant, l'application est publiée sur le site internet accessible au public. La procédure complète ainsi que l'ensemble des critères des trois niveaux sont disponibles sur le site web précité. Enfin, l'inscription sur mHealthBelgium intervient sur base volontaire.

2. a) Des demandes ont, à ce jour, été introduites pour 35 applications dont 31 sont actuellement publiées.

b) Pour trois applications non publiées, le processus est poursuivi afin d'obtenir une publication. Pour une application, aucune activité n'a plus eu lieu depuis juin 2020.

3. a) Pour l'instant, aucune application ne se trouve dans le niveau M3 parce qu'aucune application n'a finalisé la procédure d'inscription pour entrer en considération pour le niveau M3.

L'INAMI a, pour l'instant, reçu une demande d'inscription. Le dossier d'inscription de *Remecare Oncology* a été reçu le 13 avril 2021. Celui-ci a été exposé au groupe de travail télémédecine lors de sa réunion du 7 mai. Le 27 mai, le groupe de travail spécifique s'est réuni une première fois pour examiner ce dossier. L'inscription continue à être traitée selon la procédure fixée.

b) Pour l'instant, aucune application ne se trouve dans le niveau M3 car aucune application n'a finalisé la procédure d'inscription pour entrer en considération pour le niveau M3 (voir supra).

c) L'INAMI a, pour l'instant, reçu une demande d'inscription. Le dossier d'inscription de *Remecare Oncology* a été reçu le 13 avril 2021 (voir supra).

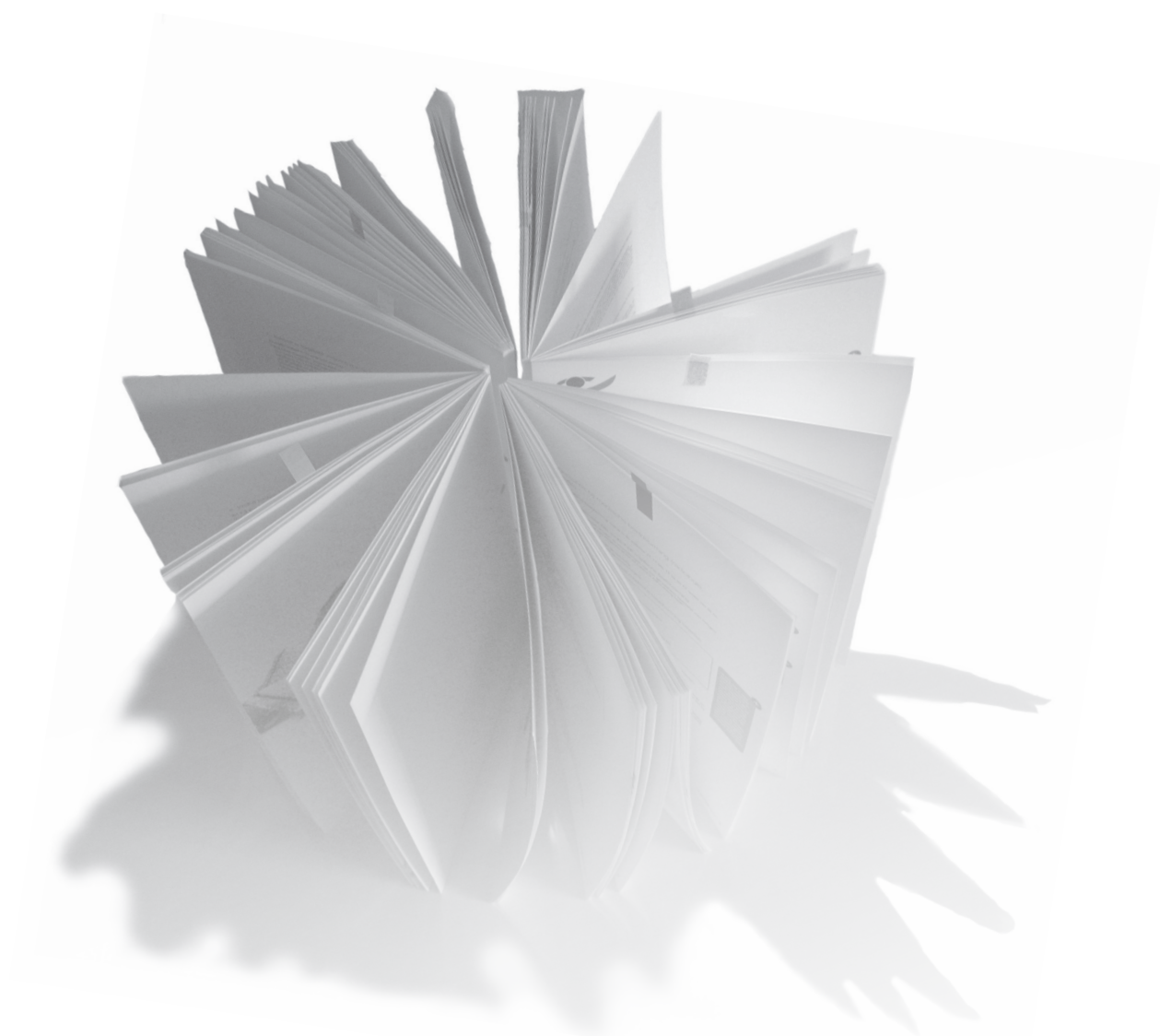
4. a) Parmi les applications qui sont régulièrement utilisées, citons *Comunicare*, *FibriCheck*, *moveUp Coach*, *RemeCare* et *PACSon WEB* (<https://mhealthbelgium.be/fr/toutes-les-apps>).

b) Aucun chiffre exact n'est disponible à ce propos.

5. a et b) Aucun chiffre exact n'est disponible à ce propos.

4^e Partie

Directives de l'INAMI



I. Interprétation de l'article 290, B, § 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 concernant le calcul du complément de cotisation lors d'une inscription ou d'une réinscription

En vigueur à partir du 22 septembre 2021.

L'article 290, B, § 3, 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, dispose que :

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

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

La présente circulaire vise à donner une interprétation pour l'application de cette disposition.

1. Principe

Lorsqu'un complément de cotisation doit être calculé pour la prolongation du droit aux soins de santé pour une personne qui s'est (ré)inscrite au cours de l'année de référence, il y a lieu de contrôler si la période qui se situe avant la date de (ré)inscription ne peut pas être assimilée sur la base de l'article 290, A, 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Si la période n'est pas reprise à l'article 290, A, 2, la période peut être immunisée conformément à l'article 290, B, § 3, alinéa 1^{er} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 si les conditions à cet effet sont remplies : pour le calcul du complément de cotisation, la valeur minimum est diminuée proportionnellement à cette période, à savoir la période qui ne peut pas faire partie des périodes énumérées sous A, 2, et qui se situe avant la date à laquelle la (ré)inscription sortit ses effets.

Le calcul du complément de cotisation doit alors être opéré en fonction d'une année civile entière, et non en fonction de jours assimilés à des jours ouvrables. Par analogie à l'article 290, B, § 3, alinéa 2, la période doit dès lors être calculée sur la base de 365 ou 366^{es}.

2. Par exemple

La personne X s'inscrit pour la première fois auprès d'un organisme assureur le 1^{er} octobre 2016. Pour la prolongation de son droit aux soins de santé en 2018, il s'avère qu'elle doit payer un complément de cotisation. Comment la mutualité doit elle calculer ce complément ?

D'abord vérifier si les 1^{er}, 2^e et 3^e trimestres de l'année de référence 2016 ne peuvent pas être assimilés sur la base de l'article 290, A, 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Si la période n'est pas reprise à l'article 290, A, 2, immuniser la période conformément à l'article 290, B, § 3, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 : pour le calcul du complément de cotisation, la valeur minimum est diminuée proportionnellement à cette période (sur la base de 365/366^{es}).

Jusqu'à quand court la période qui doit être portée en déduction ?

Supposons que la personne X acquière effectivement la qualité de titulaire le 30 décembre : proratisation jusqu'au 29 décembre ou jusqu'au 30 septembre (jour précédent celui où l'inscription sortit ses effets et d'ouverture du droit) ?

L'article 290, B, § 3 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 dispose que la valeur minimum est diminuée proportionnellement à "cette période", à savoir la période qui ne peut pas faire partie des périodes énumérées sous A, 2, et qui se situe avant la date à laquelle la (ré)inscription sortit ses effets.

Cela signifie que seule la période du 1^{er} janvier au 30 septembre peut être portée en déduction étant donné que les autres jours se situent après la date à laquelle l'inscription sortit ses effets.

Il en résulte que la personne X devra payer un complément de cotisation pour la période "vide" du 1^{er} octobre au 29 décembre pour la prolongation de son droit (si elle ne peut pas bénéficier de périodes assimilées en vertu de l'art. 290, A, 2, de l'A.R. du 03.07.1996 ou si aucune immunisation de la période de séjour à l'étranger n'est possible).

Calcul du complément de cotisation pour la période du 1^{er} octobre au 29 décembre ?

Principes généraux pour le calcul du complément de cotisation¹

La période précédant l'inscription :

- 1^o calcul de la valeur de la/les période(s) assimilée(s) (nombre de jours ouvrables/240)
- 2^o calcul de la période (= immunisation de la période précédant l'inscription) qui peut être déduite de la valeur minimum totale de cotisations (nombre de jours civils/365-366)
- 3^o soustraction valeur 1^o et 2^o de la valeur minimum totale de cotisations.

La période suivant l'inscription :

- 1^o calcul de la/des période(s) assimilée(s) (nombre de jours ouvrables/240)
- 2^o calcul de la valeur de la/des période(s) immunisée(s) (nombre de jour civils/365-366)
- 3^o soustraction valeur 1^o et 2^o et la valeur du bon de cotisation.



Remarque : il est uniquement possible d'immuniser si la période ne peut pas être assimilée.

1. Tout calcul est accepté s'il conduit au même résultat arithmétique.

Lors du calcul, il faut tenir compte des règles suivantes :

=> les jours assimilés doivent être calculés dans une semaine de 6 jours, sauf si l'attestation/le bon de cotisation mentionne expressément une semaine de 5 jours. Selon cette interprétation, il faut alors tenir compte de ce qui suit :

- lorsqu'il s'agit d'une période couverte par un bon de cotisation et/ou une attestation qui mentionne elle-même un certain nombre de jours dans un régime de travail déterminé, le nombre de ces jours doit, en principe, être pris en considération
- lorsqu'il s'agit d'une période pour laquelle le bon de cotisation ou l'attestation ne mentionne pas un nombre de jours ou un régime de travail spécifiques, le jour ouvrable correspond à "tout jour qui n'est pas un dimanche". Cela signifie que dans cette situation, les jours doivent être comptés dans un régime "semaine de 6 jours".

La seule exception à ceci correspond aux jours de congé en tant que travailleur (ouvrier), qui sont calculés sur base d'un régime de 5 jours : une conversion vers un régime de 6 jours est nécessaire

- pour le calcul du complément de cotisation, les jours fériés ne doivent pas être déduits, tant dans le régime de 5 jours que dans celui de 6 jours.

=> Le calcul est arrondi à 2 décimales. L'arrondi se fait au centième inférieur (si millièmes < 5) ou au centième supérieur (si millièmes \geq 5). L'arrondissement a lieu à la fin du calcul, pas durant les étapes intermédiaires.

=> Le montant du complément de cotisations est calculé conformément à l'article 290, B., § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, en multipliant le montant obtenu, arrondi à l'euro le plus proche, par le pourcentage des cotisations dues pour le secteur des soins de santé et, le cas échéant, pour le secteur des indemnités de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

HYPOTHÈSE 1 : LA PERSONNE X NE PEUT PAS BÉNÉFICIER D'UNE PÉRIODE ASSIMILÉE POUR LA PÉRIODE PRÉCÉDANT L'INSCRIPTION

Supposons que pour l'année de référence 2016, X a reçu un bon de cotisation d'une valeur de 500 EUR (emploi en tant que travailleur salarié) se référant au 4^e trimestre, et qu'il se trouvait à l'étranger du 1^{er} octobre 2016 au 19 novembre 2016 inclus (dans un pays avec lequel la Belgique n'est pas liée par une convention internationale qui prévoit la totalisation des périodes d'assurance). Une assimilation n'est pas possible pour une période dans l'année concernée.

Comment le complément de cotisation est-il calculé pour la prolongation du droit en 2018 (année de référence 2016) ?

ÉTAPE 1 : La valeur minimum des cotisations sociales de l'année de référence est diminuée des périodes suivantes :

Déduction de :

- la période précédant l'inscription : $6.007,28 \text{ EUR}^2 \times 274^3/366^4 = 4.497,25 \text{ EUR}$.

2. Valeur minimum pour l'année de référence 2016.

3. 274 jours civils du 01.01.2016 au 30.09.2016 à déduire.

4. En 2016, il y a eu 366 jours.

Immunsation de :

- la période du 1^{er} octobre au 19 novembre (séjour à l'étranger) : $6.007,28 \text{ EUR} \times 50/366 = 820,67 \text{ EUR}$.

Donc $6.007,28 \text{ EUR} - 4.497,25 \text{ EUR} - 820,67 \text{ EUR} = 689,36 \text{ EUR}$.

ÉTAPE 2 : De ce résultat, on déduit la valeur du bon de cotisation obtenu :

Pour la période du 1^{er} octobre au 31 décembre, il existe un bon de cotisation d'une valeur de 500 EUR.

Donc $689,36 \text{ EUR} - 500 \text{ EUR} = 189,36 \text{ EUR}$.

ÉTAPE 3 : Multiplier cette valeur par le pourcentage de cotisation à appliquer⁵ afin d'obtenir le complément de cotisation à payer effectivement :

$189,36 \text{ EUR} \rightarrow$ arrondir à 190 EUR $\times 10,85 \% = 20,62 \text{ EUR}$.

HYPOTHÈSE 2 : LA PERSONNE X PEUT BÉNÉFICIER D'UNE PÉRIODE ASSIMILÉE POUR LA PÉRIODE APRÈS L'INSCRIPTION

Supposons que pour l'année de référence 2016, X a reçu un bon de cotisation d'une valeur de 300 EUR (emploi en tant que travailleur salarié) se référant au 4^e trimestre, et qu'il se trouvait à l'étranger du 1^{er} octobre 2016 au 19 novembre 2016 (dans un pays avec lequel la Belgique est liée par une convention internationale qui prévoit la totalisation des périodes d'assurance). Un formulaire "totalisation des périodes d'assurance" (par ex., un formulaire E104 ou S041 ou un document bilatéral équivalent) est délivré par le pays étranger pour cette période. Une assimilation est possible en vertu de l'article 290, A, 2., 11°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Il n'y a pas de possibilité d'assimilation pour la période précédant l'inscription.

Comment le complément de cotisation est-il calculé pour la prolongation du droit en 2018 (année de référence 2016) ?

ÉTAPE 1 : La valeur minimum de cotisations de l'année de référence est diminuée des périodes suivantes :

Déduction de :

- la période précédant l'inscription : $6.007,28 \text{ EUR}^6 \times 274/366^8 = 4.497,25 \text{ EUR}$.

Assimilation de :

- la période du 1^{er} octobre au 19 novembre (séjour à l'étranger) : $6.007,28 \text{ EUR} \times 43^9/240 = 1.076,30 \text{ EUR}$.

Donc $6.007,28 \text{ EUR} - 4.497,25 \text{ EUR} - 1.076,30 \text{ EUR} = 433,73 \text{ EUR}$.

5. Le pourcentage de cotisation diffère entre ouvriers et employés, ouvriers mineurs et membres du personnel statutaires des services publics. Les pourcentages des cotisations dues sont mentionnés dans les circulaires du Service du contrôle administratif concernant la valeur minimum des documents de cotisation et le calcul du complément de cotisation.

6. Valeur minimum pour l'année de référence 2016.

7. 274 jours civils du 01.01.2016 au 30.09.2016 à déduire.

8. En 2016, il y a eu 366 jours.

9. 43 jours dans un système de 6 jours. Le formulaire "totalisation des périodes d'assurance" ne mentionne pas le régime de travail.

ÉTAPE 2 : De ce résultat, on déduit la valeur du bon de cotisation obtenu :

Pour la période du 1^{er} octobre au 31 décembre, il existe un bon de cotisation d'une valeur de 300 EUR.

Donc 433,73 EUR - 300 EUR = 133,73 EUR.

ÉTAPE 3 : Multiplier cette valeur par le pourcentage de cotisation à appliquer¹⁰ afin d'obtenir le complément de cotisation à payer effectivement :

133,73 EUR → arrondir à 134 EUR x 10,85 % = **14,54 EUR.**

HYPOTHÈSE 3 : LA PERSONNE X PEUT BÉNÉFICIER EN PARTIE D'UNE PÉRIODE ASSIMILÉE POUR LA PÉRIODE PRÉCÉDANT L'INSCRIPTION

Supposons que pour l'année de référence 2016, X a reçu un bon de cotisation d'une valeur de 500 EUR (emploi en tant que travailleur salarié) se référant au 4^e trimestre, et qu'il peut être personne à charge du 1^{er} octobre 2016 au 31 octobre 2016 et est à l'étranger du 1^{er} novembre 2016 au 19 novembre 2016 (dans un pays avec lequel la Belgique n'est pas liée par une convention internationale qui prévoit la totalisation des périodes d'assurance).

La période du 1^{er} octobre 2016 au 31 octobre 2016 est assimilée en vertu de l'article 290, A, 2., 10°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Pour la période du 1^{er} novembre 2016 au 19 novembre 2016, aucune assimilation n'est possible.

Comment le complément de cotisation est-il calculé pour la prolongation du droit en 2018 (année de référence 2016) ?

ÉTAPE 1 : La valeur minimale des cotisations de l'année de référence est diminuée des périodes suivantes :

Déduction de :

- la période précédant l'inscription : 6.007,28 EUR¹¹ x 274¹²/366¹³ = 4.497,25 EUR.

Assimilation de :

- la période du 1^{er} octobre au 31 octobre 2016 (personne à charge) : 6.007,28 EUR x 26¹⁴/240 = 650,79 EUR.

Immunisation de :

- la période du 1^{er} novembre au 19 novembre (séjour à l'étranger) : 6.007,28 EUR x 19/366 = 311,85 EUR.

Donc 6.007,28 EUR - 4.497,25 EUR - 650,79 EUR - 311,85 EUR = 547,39 EUR.

ÉTAPE 2 : De ce résultat, on déduit la valeur du bon de cotisation obtenu :

Pour la période du 1^{er} octobre au 31 décembre, il existe un bon de cotisation d'une valeur de 500 EUR.

Donc 547,39 EUR - 500 EUR = 47,39 EUR.

10. Le pourcentage de cotisation diffère entre ouvriers et employés, ouvriers mineurs et membres du personnel statutaires des services publics. Les pourcentages des cotisations dues sont mentionnés dans les circulaires du Service du contrôle administratif concernant la valeur minimum des documents de cotisation et le calcul du complément de cotisation.

11. Valeur minimum pour l'année de référence 2016.

12. 274 jours civils du 01.01.2016 au 30.09.2016 à déduire.

13. En 2016, il y a eu 366 jours.

14. 26 jours entre le 01.10 et le 31.10 dans un système de 6 jours.

ÉTAPE 3 : Multiplier cette valeur par le pourcentage de cotisation à appliquer¹⁵ afin d'obtenir le complément de cotisation à payer effectivement :

47,39 EUR → arrondir à 48 EUR x 10,85 % = **5,21 EUR** -> le montant est inférieur à 10 EUR et aucun complément de cotisation ne doit donc être payé¹⁶.

Abroge la circulaire n° 2018/389¹⁷ – 271/69 du 20 décembre 2018.



Circulaire O.A. n° 2021/269 - 271/74 du 24 septembre 2021.

15. Le pourcentage de cotisation diffère entre ouvriers et employés, ouvriers mineurs et membres du personnel statutaires des services publics. Les pourcentages des cotisations dues sont mentionnés dans les circulaires du Service du contrôle administratif concernant la valeur minimum des documents de cotisation et le calcul du complément de cotisation.

16. Art. 290, B, § 1^{er}, al. 2, de l'A.R. du 03.07.1996.

17. Publiée dans le B.I. n° 2019/1.

II. Le remboursement de la procréation médicalement assistée (PMA) de patientes belges dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse - Remboursement des frais de laboratoire - Modification du montant de l'intervention de l'assurance à partir du 1^{er} juillet 2021

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

I. Introduction

Suite à la transposition de la *Directive 2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers* dans la réglementation belge, une autorisation préalable (sous la forme d'un document S2 ou d'un document *ad hoc* similaire) n'est plus requise depuis le 25 octobre 2013 pour obtenir le remboursement des frais d'un traitement dans le cadre de la procréation médicalement assistée (PMA) des assurées belges dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse.

La Directive 2011/24/UE stipule que les frais de soins de santé transfrontaliers doivent être remboursés par l'État membre d'affiliation (p. ex. la Belgique) sur la base des règles et des tarifs de l'assurance maladie légale jusqu'à concurrence du montant qui aurait été pris en charge par cet État membre si les soins de santé avaient été dispensés sur son territoire.

Ceci signifie que :

- le remboursement ne concerne que les soins de santé qui sont également remboursés en Belgique (= les conditions belges de remboursement doivent être remplies, telles que p. ex. la condition de l'âge et l'accord du médecin-conseil¹ pour le remboursement d'un maximum de six tentatives...)
- le remboursement ne peut jamais être supérieur au remboursement prévu pour les mêmes soins de santé en Belgique.

1. [Annexe 2A de l'A.R. instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine.](#)

Nous devons toutefois constater que certaines prestations de santé, lorsqu'elles sont dispensées sur le territoire belge, ne sont pas remboursées via la nomenclature des prestations de santé, mais qu'elles sont prises en charge par d'autres canaux, tels que le forfait de financement des frais de laboratoire dans le cadre de la PMA, qui est financé par le budget des moyens financiers des hôpitaux (BMF).

II. Remboursement de la procréation médicalement assistée de patientes belges dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse - Principes généraux

Une bénéficiaire de l'assurance obligatoire soins de santé a droit au remboursement des frais d'un traitement dans le cadre de la PMA dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse.

Le remboursement de ces frais peut être subdivisé en trois catégories :

- (i) un remboursement des frais pour les prestations de santé dans le cadre de la PMA, conformément à la nomenclature des prestations de santé (A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités) ;
- (ii) un remboursement pour les spécialités pharmaceutiques utilisées dans les traitements de l'infertilité féminine, conformément à la circulaire aux hôpitaux généraux n° 2008/29 du 16 décembre 2008 concernant l'arrêté royal du 6 octobre 2008 instaurant un remboursement forfaitaire pour les spécialités pharmaceutiques utilisées dans les traitements de l'infertilité féminine, telle que modifiée par la circulaire aux hôpitaux généraux n° 2009/6 du 5 mars 2009 et la circulaire aux hôpitaux généraux n° 2014/3 du 10 janvier 2014 ;
- (iii) une prise en charge du forfait de financement des frais de laboratoire tel que visé à l'article 74bis de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux. Ce forfait ne peut pas être porté en compte à la patiente, qu'elle soit hospitalisée ou traitée de façon ambulatoire. L'article 74bis susvisé précise qu'il "... [^][est] interdit aux centres de médecine de la reproduction de facturer à la patiente les coûts visés au deuxième alinéa pour les cycles qui répondent aux conditions visées dans cet article ...".

Exemple :

Une femme de 34 ans, bénéficiaire de l'assurance maladie obligatoire belge et en possession d'un accord du médecin-conseil, se rend en Espagne pour un traitement FIV ambulatoire. Madame paie la facture dans laquelle un certain nombre de prestations de santé, de médicaments et de frais de laboratoire lui sont portés en compte. À son retour en Belgique, elle demande à son organisme assureur de lui rembourser ces frais. L'organisme assureur lui octroie une intervention dans les frais pour :

- les prestations de santé (sur la base de la nomenclature, cf. (i) ci-dessus)
- les médicaments (sur la base de la circ. aux hôpitaux généraux n° 2008/29, telle que modifiée, cf. (ii) ci-dessus)
- les frais de laboratoire, à concurrence du montant réellement payé, qui ne peut toutefois jamais être supérieur au montant prévu à l'article 74bis de l'arrêté royal du 25 avril 2002 (cf. (iii) ci-dessus).

Les organismes assureurs ont fait savoir que l'exécution technique du remboursement des frais de laboratoire dans le cadre d'un traitement de PMA – voir (iii) ci-dessus – dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse leur pose des problèmes.

III. Remboursement de la procréation médicalement assistée de patientes belges dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse - Remboursement des frais de laboratoire

Les organismes assureurs peuvent effectuer le "remboursement des frais de laboratoire dans le cadre d'un traitement de PMA dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse" au moyen de l'un des pseudocodes suivants :

559672 - ambulatoire

559683 - hospitalisation

Le montant de l'intervention de l'assurance est identique au montant (indexé) prévu à l'article 74bis de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, à savoir **1.620,46 EUR par cycle** (à partir du 01.07.2021).

IV. Divers

1. Le remboursement d'un cycle de traitement de la PMA dans un État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse doit être repris dans le compteur du nombre maximum de six (6) cycles qui peuvent faire l'objet, par femme, d'un remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé.
Ces pseudocodes de la nomenclature permettent aux organismes assureurs de respecter minutieusement le nombre maximum de six (6) cycles par femme pouvant faire l'objet d'un remboursement si une patiente suit des cycles de traitement en même temps dans un centre de fertilité belge doté d'un **agrément A ou B** et dans un centre de fertilité dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse.
2. Les frais de laboratoire dans le cadre d'un traitement de PMA ne peuvent être remboursés à condition que les activités de laboratoire ont lieu dans un établissement hospitalier qui est agréé par les autorités du pays de traitement.
Une facture de l'hôpital peut être considérée comme une preuve concluante que les activités de laboratoire ont eu lieu dans un établissement hospitalier.
3. Ces pseudocodes de la nomenclature ne seront en principe utilisés que dans la relation entre l'assurée et son organisme assureur pour le remboursement des soins de santé dispensés à l'étranger en vertu de l'article 294, § 1^{er}, 13^o ou 14^o, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Les dépenses réalisées sur la base de ces dispositions doivent être mentionnées dans le document IV.11 (respectivement sous les codes comptables 653 et 654).

Abroge la circulaire O.A. n° 2019/175² - 392/82 - 80/118 du 29 mai 2019.



Circulaire O.A. n° 2021/203 - 392/85 - 80/126 du 8 juillet 2021.

III. Qualité de travailleur régulier dans le régime des travailleurs salariés - Article 224 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996

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

I. Introduction

En application de l'article 214, § 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, des indemnités minimales sont garanties à partir du premier jour du septième mois de la période d'incapacité primaire, ainsi que durant la période d'invalidité.

Pour déterminer le premier jour du septième mois d'incapacité, il est tenu compte, en outre, de la période de protection de la maternité *qui précède immédiatement* la période d'incapacité de travail, si la période de protection de la maternité a suspendu une période d'incapacité de travail antérieure. En cas de courte interruption (même un jour) entre la période de protection de la maternité et la reprise de la période d'incapacité de travail, la période de protection de la maternité ne peut donc pas être prise en compte pour déterminer le délai de six mois visé à l'article 214, § 3, de l'arrêté royal susmentionné, parce que cette période ne précède pas "immédiatement" l'incapacité de travail.

Pour les titulaires en incapacité de travail, le montant de l'indemnité de maternité ne peut être inférieur au montant de l'indemnité à laquelle elles auraient pu prétendre si elles n'avaient pas été en repos de maternité (*cf.* art. 113, al. 5, de la loi coordonnée du 14.07.1994).

Compte tenu de cette disposition, pour certaines titulaires reconnues en incapacité de travail, l'indemnité de maternité calculée sur la rémunération perdue doit être augmentée pour atteindre le niveau de l'indemnité minimale à laquelle elles auraient pu prétendre si elles n'avaient pas été en repos de maternité.

Chaque titulaire peut, quelle que soit sa situation familiale précise, prétendre à l'indemnité minimale octroyée à un "travailleur non régulier".

Néanmoins, le titulaire qui remplit les différentes conditions de l'article 224 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 peut, en fonction de sa situation familiale précise, prétendre à l'indemnité minimale (supérieure) octroyée à un "travailleur régulier".

En application de l'article 213/1 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, le titulaire *ayant charge de famille*, qui remplit les différentes conditions de l'article 224 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, peut en outre prétendre à des indemnités minimales majorées :

- pour les cinquième et sixième mois d'incapacité primaire (à partir du 01.07.2021)
- pour les quatrième, cinquième et sixième mois d'incapacité primaire (à partir du 01.01.2022).

L'indemnité minimale n'est toutefois pas garantie durant la période de l'interruption partielle de la carrière professionnelle avec octroi d'une allocation d'interruption si le titulaire se trouve déjà au début de l'incapacité de travail dans cette période d'interruption de carrière partielle (dans cette situation, la rémunération perdue est déterminée suivant l'art. 35 du règlement des indemnités du 16.04.1997). Dès que cette interruption de carrière partielle a pris fin, l'intéressé peut, le cas échéant, prétendre à l'indemnité minimale.

Si l'interruption de carrière partielle avec octroi d'une allocation d'interruption ne commence *qu'après* le début de l'incapacité de travail, l'intéressé peut, le cas échéant, prétendre à l'indemnité minimale à laquelle doit s'appliquer la règle de la différence visée à l'article 232 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

L'indemnité minimale n'est pas non plus garantie pendant la période au cours de laquelle l'intéressé, en application de l'article 242, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, cumule les indemnités d'incapacité de travail avec un avantage visé à l'article 103 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

La mutualité veille à ce que l'indemnité minimale soit accordée à partir du 1^{er} jour du 7^e mois de l'incapacité de travail. Si la mutualité constatait, après un nouvel examen du dossier indemnités, qu'elle n'avait à tort pas accordé, pour une période dans le passé, une indemnité minimale (en particulier une indemnité minimale pour travailleur régulier), elle régularise aussi ce dossier *pour le passé*.

II. Conditions à remplir pour avoir droit à la qualité de travailleur régulier

Pour être considéré comme travailleur régulier au sens de l'article 93, alinéa 7 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, le travailleur doit réunir **simultanément** les conditions suivantes, visées à l'article 224, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 :

- 1) avoir la qualité de titulaire des indemnités depuis six mois au moins au début de l'incapacité de travail (*cf.* ci-dessous **2.1**) ;
- 2) le travailleur doit totaliser 120 jours de travail (ou assimilés). Le travailleur saisonnier, le travailleur intermittent ou le travailleur à temps partiel, visé à l'article 202 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, doit totaliser 400 heures de travail ou assimilées (*cf.* ci-dessous **2.2**) ;
- 3) le travailleur doit totaliser, au cours de la période prenant cours à la date à laquelle il est devenu titulaire et expirant la veille du début de son incapacité de travail, un nombre de jours de travail ou assimilés correspondant au moins aux trois quarts des jours ouvrables de la période envisagée. Le travailleur saisonnier, le travailleur intermittent ou le travailleur à temps partiel, visé à l'article 202 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, doit totaliser au cours de cette période de référence, un nombre d'heures de travail ou assimilées équivalant à au moins 28 heures de travail par semaine ou à défaut, un nombre d'heures de travail au moins égal aux trois quarts du nombre d'heures de travail accomplies par la personne de référence (*cf.* ci-après **2.3**) ;
- 4) le travailleur doit justifier, pour l'ensemble des jours ouvrables de la période de référence visée au 3), d'une rémunération journalière moyenne suffisante (*cf.* ci-après **2.4**).

Ces conditions sont détaillées ci-après.

2.1. Le travailleur doit avoir la qualité de titulaire des indemnités depuis six mois au moins au début de l'incapacité de travail

Cette condition vaut *pour tous les cas* et donc aussi pour les titulaires qui sont exemptés d'un stage d'attente ou qui ont bénéficié d'un stage d'attente réduit.

Il n'est pas obligatoire que la qualité de titulaire des indemnités soit prouvée durant six mois *ininterrompus* ni que les six mois précèdent directement le début de la période d'incapacité de travail.



Remarques :

- *Application de la loi du 20 juillet 1991 portant des dispositions sociales et diverses*

Conformément à l'article 10, § 1^{er}, de la loi du 20 juillet 1991 portant des dispositions sociales et diverses, l'employeur verse à l'Office national de sécurité sociale (ONSS), au profit de la personne concernée (statutaire licencié), les cotisations dues par l'employeur et le travailleur, calculées sur une période de douze mois, pour l'admission de l'intéressé au bénéfice du régime de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, secteur des indemnités, et de l'assurance maternité.

En vertu de l'article 10, § 3, de la loi précitée du 20 juillet 1991, la durée de la période de paiement des cotisations ne peut en aucun cas être supérieure à la durée de la relation de travail de la personne licenciée.

Si l'intéressé apporte la preuve que, dans les trente jours suivant la fin de la relation de travail, il acquiert la qualité de titulaire visée à l'article 86, § 1^{er}, 1^o, a) ou c), de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou qu'il se trouve en état d'incapacité de travail au sens de la réglementation de l'assurance indemnités des travailleurs salariés, *il est, pour la durée des prestations pendant la période pour laquelle les cotisations ont été versées, assujetti sans interruption aux dispositions de la loi ONSS du 27 juin 1969 concernant l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (cf. art. 9 de la loi du 20.07.1991 précitée).*

La période d'assujettissement à la loi ONSS du 27 juin 1969 doit être considérée comme une période d'occupation qui doit être prise en compte pour la vérification de la qualité de travailleur régulier.

- *Application de la loi du 6 février 2003 portant des dispositions sociales pour des militaires qui retournent à la vie civile*

Les militaires qui retournent à la vie civile peuvent bénéficier de la dispense du stage d'attente visée à l'article 205, § 1^{er}, 1^o, f), de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Conformément à l'article 16, § 1^{er}, de la loi du 6 février 2003 portant des dispositions sociales pour des militaires qui retournent à la vie civile, le ministère de la Défense nationale verse à l'Office national de sécurité sociale (ONSS), au profit du militaire concerné, les cotisations dues par l'employeur et le travailleur, calculées sur une période de douze mois, pour l'admission de l'intéressé au bénéfice du régime de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, secteur des indemnités, et de l'assurance maternité.

En vertu de l'article 16, § 3, de la loi précitée du 6 février 2003, la durée de la période de paiement des cotisations ne peut en aucun cas être supérieure à la durée de la période de service réelle du militaire licencié.

Si l'intéressé apporte la preuve que, dans les trente jours suivant la fin de la relation de travail, il acquiert la qualité de titulaire visée à l'article 86, § 1^{er}, 1^o, a) ou c), de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou qu'il se trouve en état d'incapacité de travail au sens du règlement de l'assurance indemnités des travailleurs salariés, *il est considéré pour la durée de ses prestations, comme étant assujéti sans interruption aux dispositions de la loi ONSS du 27 juin 1969 concernant l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (cf. art. 15 de la loi du 06.02.2003 précitée).*

La période d'assujettissement à la loi ONSS du 27 juin 1969 doit être considérée comme une période d'occupation qui doit être prise en compte pour la vérification de la qualité de travailleur régulier.

- *Périodes d'assurance à l'étranger*

Si un titulaire a effectué des périodes d'assurance à l'étranger, il est supposé avoir eu la qualité de titulaire dans l'assurance indemnités durant les périodes d'assurance à l'étranger assimilées aux périodes d'assurance belge.

2.2. Le travailleur doit en outre totaliser 120 jours de travail (ou assimilés). Le travailleur saisonnier, le travailleur intermittent ou le travailleur à temps partiel, visé à l'article 202 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, doit cependant totaliser 400 heures de travail (ou assimilées)

Cette condition vaut *pour tous les cas* et donc aussi pour les titulaires qui sont exemptés d'un stage d'attente ou qui ont bénéficié d'un stage d'attente réduit.

Il n'est pas obligatoire que les 120 jours de travail ou assimilés soient prouvés durant une période *ininterrompue* (en outre, cette période peut durer plus de six mois), ni que ces jours précèdent directement le début de la période d'incapacité de travail.

Sont assimilés à des jours de travail (ou le cas échéant, assimilés à des heures de travail) pour l'application de cette condition :

1. les jours d'inactivité résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle entraînant une incapacité, telle qu'elle est définie à l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ;
2. les jours pour lesquels le titulaire bénéficie des prestations prévues en cas d'incapacité totale de travail, en vertu de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail ou en vertu des lois relatives à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles, coordonnées le 3 juin 1970 ;
3. les jours de vacances légales ;
4. les jours de vacances supplémentaires ;
5. les jours pendant lesquels le chômeur effectue, à l'intervention de l'Office national de l'emploi, un travail domestique pour mettre un terme à son chômage ;
6. les jours de grève ;
7. les jours de lock-out ;
8. les jours non prestés pour lesquels l'employeur est tenu de payer une rémunération (comme les trois premiers jours du congé de naissance ou de paternité, le congé d'adoption et le congé parental d'accueil, les jours couverts par le salaire garanti (y compris la deuxième semaine de "salaire garanti" d'un ouvrier), un jour de congé éducatif payé ou un congé flamand de formation (Vlaams Opleidingsverlof - VOV), ...)
9. les jours de repos compensatoire ;
10. les jours d'absence sans maintien de la rémunération par suite de congé prophylactique ;
11. les jours d'éloignement complet du travail en tant que mesure de protection de la maternité ;

- 12. les jours pendant lesquels est exercée la fonction de juge social ;
- 13. les jours pendant lesquels le membre du personnel enseignant ou assimilé, engagé à titre temporaire, est considéré comme n'étant pas privé de rémunération parce que sa rémunération mensuelle était égale au dixième de la rémunération annuelle qui lui aurait été accordée s'il avait été engagé à titre définitif ;
- 14. les jours de congé pour raisons impérieuses sans maintien de la rémunération. L'assimilation est toutefois limitée à dix jours par an au maximum, que ceux-ci soient accordés en une ou plusieurs fois ;
- 15. les jours de vacances et les jours fériés légaux des gardiens et gardiennes d'enfants sans accueil d'enfants, visés à l'article 27bis, § 3, alinéa 2, de l'arrêté royal du 28 novembre 1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs ;
- 16. les jours de congé pour soins d'accueil, visés à l'article 30quater de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail ;
- 17. les jours couverts par l'indemnité en compensation du licenciement visée à l'article 7, § 1^{er}, alinéa 3, zf), de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.



Remarque : les jours de *chômage contrôlé* (cf. art. 203, al. 4, 4., de l'A.R. du 03.07.1996) ne sont pas assimilés à des jours de travail dans ce cadre !

Il est possible que les données (récentes) d'assurabilité dont dispose la mutualité soient insuffisantes pour vérifier ces conditions (éléments insuffisants dans le réseau de la sécurité sociale que la mutualité peut consulter). Dans ce cas, la mutualité demande, pour la vérification de cette condition, à SIGEDIS un aperçu de carrière.

2.3. Le travailleur doit totaliser, au cours de la période prenant cours à la date à laquelle il est devenu titulaire et expirant la veille du début de son incapacité de travail, un nombre de jours de travail ou assimilés correspondant au total au moins aux trois quarts des jours ouvrables de la période envisagée.

Le travailleur saisonnier, le travailleur intermittent, le travailleur à temps partiel, visé à l'article 202 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, doit totaliser au cours de cette période de référence, un nombre d'heures de travail ou assimilées équivalant à au moins 28 heures de travail par semaine ou à défaut, un nombre d'heures de travail au moins égal aux trois quarts du nombre d'heures de travail accomplies par la personne de référence.

Si le travailleur a la qualité de titulaire indemnisable depuis le 1^{er} janvier de l'année civile précédant celle du début de l'incapacité de travail, la période de référence est toutefois limitée à cette année civile.



Exemple :

Un travailleur travaille chez un employeur A du 1^{er} mars 2017 au 30 juin 2020 inclus. Il travaille chez l'employeur B à partir du 1^{er} juillet 2020. Le 1^{er} avril 2021, il est reconnu en incapacité de travail. Étant donné que l'intéressé a la qualité de titulaire indemnisable depuis le 1^{er} janvier de l'année civile précédant celle du début de l'incapacité de travail, la période de référence est limitée à l'année civile 2020.

Si le travailleur perd la qualité de titulaire visée à l'article 86, § 1^{er}, 1^o ou 2^o, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 pendant une période de moins de 3 mois, cette période n'interrompt pas la période de référence.



Exemples :

- a)** Un travailleur travaille chez un employeur A du 1^{er} mars 2019 au 30 juin 2020 inclus (contrat à durée indéterminée). Du 1^{er} juillet 2020 au 31 juillet 2020 inclus, il perçoit un revenu d'intégration parce qu'il ne peut pas prétendre à des allocations de chômage. Il travaille chez l'employeur B à partir du 1^{er} août 2020. Le 1^{er} avril 2021, il est reconnu en incapacité de travail. Étant donné que l'intéressé a la qualité de titulaire indemnisable depuis le 1^{er} janvier de l'année civile précédant celle du début de l'incapacité de travail, la période de référence est limitée à l'année civile 2020. La période au cours de laquelle il n'a plus la qualité de titulaire représente moins de 3 mois, ce qui n'interrompt pas la période de référence.
- b)** Un travailleur travaille chez un employeur A du 1^{er} mars 2019 au 30 juin 2020 inclus (contrat à durée déterminée). Du 1^{er} juillet 2020 au 31 octobre 2020 inclus, il perçoit un revenu d'intégration car il ne peut pas prétendre à des allocations de chômage. Il travaille chez l'employeur B à partir du 1^{er} novembre 2020. Le 1^{er} avril 2021, il est reconnu en incapacité de travail. Étant donné que l'intéressé a la qualité de titulaire indemnisable depuis le 1^{er} janvier de l'année civile précédant celle du début de l'incapacité de travail, la période de référence est en principe limitée à l'année civile 2020. La période au cours de laquelle il n'a plus la qualité de titulaire représente toutefois une période de 4 mois, ce qui interrompt la période de référence. Il faut dès lors prendre en considération, dans le cadre de l'examen sur la qualité de travailleur régulier, la période du 1^{er} novembre 2020 au 31 mars 2021 inclus comme période de référence.

EXPLICATIONS SUR LE CONCEPT DE JOURS DE TRAVAIL ET DE JOURS ASSIMILÉS À DES JOURS DE TRAVAIL

Par jours de travail, on entend les jours de travail effectif normal et les prestations supplémentaires sans repos compensatoire (cf. art. 207/2 de l'A.R. du 03.07.1996).

Les jours assimilés au travail sont :

- les jours où la travailleuse a interrompu le travail ou ne l'a pas repris pour se reposer, au plus tôt à partir du cinquième mois de grossesse (cf. art. 86, § 1^{er}, 1^o, b), de la loi coordonnée du 14.07.1994)
- les jours d'incapacité de travail et de protection de la maternité pris en compte pour l'assurance indemnités et maternité (art. 100, 114 et 114bis de la loi précitée)
- les jours assimilés aux jours de travail pour l'application du stage d'attente visés à l'article 128 de la loi coordonnée précitée qui sont précisés dans l'article 203, alinéa 4, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Concrètement, il s'agit des :

1. jours d'inactivité qui résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle entraînant une incapacité, telle qu'elle est définie à l'article 100 de la loi susmentionnée ;
2. jours pour lesquels le titulaire bénéficie des prestations prévues en cas d'incapacité totale de travail, en vertu de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail ou en vertu des lois relatives à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles, coordonnées le 3 juin 1970 ;
3. jours de vacances légales ;
4. jours de vacances supplémentaires ;

5. jours de chômage contrôlés ;
 6. jours pendant lesquels le chômeur effectue, à l'intervention de l'Office national de l'emploi, un travail domestique pour mettre un terme à son chômage ;
 7. jours de grève ;
 8. jours de lock-out ;
 9. jours non prestés pour lesquels l'employeur est tenu de payer une rémunération (comme les trois premiers jours du congé de naissance ou de paternité, le congé d'adoption et le congé parental d'accueil, les jours couverts par le salaire garanti (y compris la deuxième semaine de "salaire garanti" d'un ouvrier), un jour de congé éducatif payé ou un congé flamand de formation (Vlaams Opleidingsverlof VOV), ...)
 10. jours de repos compensatoire ;
 11. jours d'absence sans maintien de la rémunération par suite de congé prophylactique ;
 12. jours d'éloignement complet du travail en tant que mesure de protection de la maternité ;
 13. jours pendant lesquels est exercée la fonction de juge social ;
 14. jours pendant lesquels le membre du personnel enseignant ou assimilé, engagé à titre temporaire, est considéré comme n'étant pas privé de rémunération parce que sa rémunération mensuelle était égale au dixième de la rémunération annuelle qui lui aurait été accordée s'il avait été engagé à titre définitif ;
 15. jours de congé pour raisons impérieuses sans maintien de la rémunération. L'assimilation est toutefois limitée à dix jours par an au maximum, que ceux-ci soient accordés en une ou plusieurs fois ;
 16. jours de vacances et les jours fériés légaux des gardiens et gardiennes d'enfants sans accueil d'enfants, visés à l'article 27*bis*, § 3, alinéa 2, de l'arrêté royal du 28 novembre 1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs ;
 17. jours de congé pour soins d'accueil, visés à l'article 30*quater* de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail ;
 18. jours couverts par l'indemnité en compensation du licenciement visée à l'article 7, § 1^{er}, alinéa 3, z), de l'arrêté royal du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.
- les jours couverts par une indemnité pour le congé de paternité ou le congé de naissance, le congé d'adoption ou le congé parental d'accueil (art. 223*bis*, 223*ter* et 223*quinquies* de l'A.R. du 03.07.1996)
 - les jours d'absence pour suivre des cours de promotion sociale (art. 4 de la loi du 01.07.1963 portant instauration de l'octroi d'une indemnité de promotion sociale).

Le nombre de jours de travail et de jours assimilés de la période de référence retenue est déterminé suivant la formule $A / B \times C$ où :

- A = le nombre de jours de la période de référence
- B = le nombre de jours d'occupation prévu dans le régime de travail fixe ou, s'il ne s'agit pas d'un nombre fixe de jours par semaine, le nombre maximum de jours d'occupation de la personne de référence pour la période considérée
- C = le nombre maximum de jours à prendre en considération pour une occupation de six jours par semaine pour la période de référence.

Si le résultat obtenu contient une fraction, il est arrondi à l'unité supérieure.


EXPLICATIONS SUR LE CONCEPT DE JOURS OUVRABLES

Par jours ouvrables, il convient d'entendre tous les jours de l'année à l'exception des dimanches. Si la période de référence est limitée à une année civile, elle est considérée comme une période comprenant 312 jours ouvrables.

PRISE EN CONSIDÉRATION DES PÉRIODES D'INACTIVITÉ CHEZ LES TRAVAILLEURS SAISONNIERS, LES TRAVAILLEURS INTERMITTENTS ET LES TRAVAILLEURS À TEMPS PARTIEL

Pour le travailleur saisonnier, le travailleur intermittent ou le travailleur à temps partiel, visés à l'article 202 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, les périodes d'inactivité assimilées à des jours de travail sont, *pour autant qu'elles coïncident avec des périodes pendant lesquelles les travailleurs concernés auraient normalement travaillé*, prises en compte à concurrence du nombre d'heures de travail qu'ils auraient accomplies au cours de ces périodes. Cette règle s'applique, par exemple, aux périodes couvertes par une indemnité de rupture, aux périodes de vacances annuelles et aux périodes de chômage contrôlé indemnisées sur la base d'une activité à temps partiel (octroi d'un certain nombre de demi-allocations de chômage par semaine sur la base du volume du travail à temps partiel (facteur Q) comme pris en considération par le secteur chômage, en particulier :

facteur Q de l'activité à temps partiel / 6 jours par semaine x nombre de jours de chômage).

 **Remarque :** toutefois, si l'intéressé perçoit des allocations de chômage en tant que travailleur à temps plein (octroi de six allocations complètes par semaine), il convient de respecter la règle de conversion suivante pour déterminer le nombre d'heures de travail qu'il aurait accomplies pendant cette période :

$$\frac{38 \text{ heures} \times \text{nombre de jours de chômage}}{6 \text{ jours}}$$

La qualité exacte du travailleur au début de l'incapacité de travail n'est pas importante à cet égard. Si l'intéressé a travaillé à temps plein et à temps partiel pendant la période de référence, les jours de travail (ou les jours assimilés aux jours de travail) peuvent être convertis en heures de travail (ou en heures assimilées aux heures de travail) afin de vérifier si la condition du volume de travail à démontrer, exprimé en heures, a été respectée pendant cette période de référence.

SITUATION SPÉCIFIQUE : TRAVAILLEUR À TEMPS PARTIEL AVEC MAINTIEN DES DROITS PENDANT LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE

Pour le travailleur à temps partiel avec maintien des droits, cette condition peut être vérifiée de deux manières différentes. Il convient alors de retenir l'option la plus favorable (voir également le pt. 2.4 ci-dessous sur le lien avec la preuve de la rémunération journalière moyenne suffisante) :

- soit en prenant en compte les heures de travail du travailleur à temps partiel au cours de la période de référence
- soit en tenant compte du fait que la période pendant laquelle l'intéressé est un travailleur à temps partiel avec maintien des droits est considérée comme une période de chômage contrôlé (6 jours de chômage contrôlé ou 38 heures de chômage contrôlé par semaine).

2.4. Le travailleur doit justifier d'une rémunération journalière moyenne suffisante pour le nombre total de jours ouvrables de la période de référence retenue

La rémunération journalière moyenne requise à justifier dépend de l'âge du travailleur :

- 21,42 EUR s'il est âgé de 21 ans ou plus
- 16,06 EUR s'il a entre 18 et 20 ans
- 10,71 EUR s'il est âgé de moins de 18 ans.

Les montants susmentionnés de la rémunération journalière moyenne sont réévalués chaque année, dans le courant du mois de décembre, d'un pourcentage égal au rapport entre le montant minimum de l'indemnité prévu pour le travailleur régulier ayant personne à charge, au 1^{er} janvier de l'année en cours et celui du 1^{er} janvier de l'année précédente. Les montants réévalués sont chaque fois pris en considération à partir du 1^{er} janvier qui suit cette réévaluation (art. 224, § 3, de l'A.R. du 03.07.1996).


Chaque année, le Service publie les montants réévalués applicables dans une circulaire spécifique aux organismes assureurs.

Le montant de référence que la rémunération journalière moyenne doit atteindre sur le nombre total de jours ouvrables de la période de référence applicable est le montant applicable à la date à laquelle la qualité de travailleur régulier est vérifiée pour la première fois (dans le cadre de l'application de l'art. 213/1 ou de l'application de l'art. 214 de l'A.R. du 03.07.1996) dans le cadre de l'octroi de l'indemnité minimale (au plus tard le premier jour du septième mois d'incapacité primaire).

Aucun montant distinct n'est prévu pour les titulaires qui travaillent dans un atelier protégé.

Pour déterminer la rémunération journalière moyenne à atteindre, il convient de tenir compte de l'âge de l'assuré au début de la période de référence.

Les travailleurs dont les cotisations sont, en vertu de la législation sur la sécurité sociale, calculées sur la base de salaires forfaitaires, sont réputés avoir atteint la rémunération journalière moyenne requise.

 **Remarque :** cette règle n'est pas d'application pour le gardien d'enfant, visé à l'article 3, 9^o, de l'arrêté royal du 28 novembre 1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs. Le salaire fictif qui est pris en considération pour le calcul des indemnités d'incapacité de travail de ce gardien d'enfant est en effet déterminé sur base des prestations d'accueil réellement effectuées (et des périodes assimilées aux prestations d'accueil).

 *Exemple :*

Un titulaire est né le 25 octobre 1997 et commence une activité salariée le 1^{er} août 2017. Il est reconnu en incapacité de travail le 1^{er} août 2021.

Le 1^{er} décembre 2021 (= premier jour du cinquième mois d'incapacité primaire – l'intéressé est titulaire ayant charge de famille), la mutualité vérifie si l'intéressé remplit les conditions pour pouvoir être considéré comme un travailleur régulier.

• *Détermination de la période de référence :*

La période de référence applicable est l'année civile 2020. L'intéressé a en effet la qualité de titulaire indemnisable depuis le 1^{er} janvier de l'année civile précédant celle du début de l'incapacité de travail (la période de référence est alors limitée à cette année civile).

• *Détermination de la rémunération journalière moyenne à justifier :*

L'intéressé est âgé de 22 ans au début de la période de référence retenue.

Le montant à justifier est le montant applicable au premier jour du cinquième mois d'incapacité de travail (01.12.2021), soit 65,2457 EUR pour les titulaires âgés de 21 ans ou plus (voir circ. O.A. n° 2020/255 du 03.11.2020 (rubrique 424/51)).

Une nouvelle vérification de la rémunération journalière moyenne suffisante pour la période à partir du 1^{er} jour du septième mois d'incapacité primaire (application de l'art. 214 de l'A.R. du 03.07.1996) n'est pas nécessaire.

DÉTERMINATION DE LA RÉMUNÉRATION JOURNALIÈRE MOYENNE

Afin de déterminer la rémunération journalière moyenne pour la période de référence applicable, il est nécessaire de tenir compte des rémunérations mentionnées sous les codes de rémunération DmfA suivants :

Code de rémunération	Description
1	Tous les montants qui sont toujours considérés comme rémunération, à l'exception des indemnités mentionnées sous un autre code
3	Indemnités qui sont payées au travailleur lorsqu'il est mis fin au contrat de travail et qui sont exprimées en temps de travail
4	Indemnités qui sont payées au travailleur lorsqu'il est mis fin au contrat de travail et qui ne sont pas exprimées en temps de travail
5	Primes reçues par le travailleur qui limite ses prestations de travail dans le cadre des mesures de redistribution du travail
6	Indemnités pour les heures qui ne constituent pas un temps de travail au sens de la loi sur le travail du 16 mars 1971, accordées en vertu d'une convention collective de travail conclue au sein d'un organe paritaire avant le 1 ^{er} janvier 1994 et rendue obligatoire par arrêté royal
12	Partie du pécule simple de vacances qui correspond au salaire normal des jours de vacances et qui a été payé anticipativement par l'employeur précédent et non soumis aux cotisations
13	Indemnités pour les heures supplémentaires à ne pas récupérer et non soumises aux cotisations de sécurité sociale
22	Rémunération Flexi
29	Solde du budget mobilité versé en espèces et qui correspond au 3 ^e pilier

Pour **les jours assimilés à des jours de travail**, une rémunération fictive est appliquée. Celle-ci est égale à la rémunération perdue (comme visé à l'art. 87 de la loi coordonnée du 14.07.1994) qui a servi de base au calcul de l'indemnité d'incapacité de travail.

Pour les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel, visés à l'article 202 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, une rémunération fictive est appliquée pour les heures assimilées aux heures de travail, rémunération fictive qui est également déterminée sur la base de la rémunération perdue prise en considération pour le calcul de l'indemnité.

La rémunération fictive doit donc en particulier être appliquée *aux jours d'incapacité de travail* qui ont été reconnus dans le cadre de l'assurance indemnités, en ce compris les jours d'inactivité résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ayant eu pour conséquence une incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Si le titulaire reconnu en incapacité de travail a repris le travail moyennant l'autorisation du médecin-conseil (*cf.* art. 100, § 2, de la loi coordonnée du 14.07.1994), il est tenu compte :

- soit de la rémunération perdue au début de l'incapacité de travail
- soit de la rémunération partielle issue de l'activité autorisée si cette dernière est plus importante.

Le double comptage des rémunérations est cependant interdit !

 **Remarque :**

- si le titulaire, à la suite d'un accident du travail, a une incapacité de travail partielle temporaire qui n'a pas été reconnue dans le cadre de l'application de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et qu'il reprend le travail partiellement, il convient de déterminer la rémunération journalière moyenne en additionnant le montant brut de l'indemnité due par l'assureur-loi à la rémunération qu'il reçoit depuis sa reprise du travail. Si, en revanche, une incapacité de travail partielle non reconnue au sens de l'article 100 de la loi coordonnée susmentionnée est devenue permanente et que l'intéressé a repris le travail, seule la rémunération qu'il reçoit doit être prise en considération pour déterminer la rémunération journalière moyenne
- si l'intéressé se trouvait dans une période d'interruption de carrière partielle au début de l'incapacité de travail, il convient de tenir compte de la rémunération moyenne "à temps plein" en tant que rémunération fictive auquel l'intéressé aurait pu prétendre s'il ne s'était pas trouvé en interruption de carrière partielle (voir art. 35 du règlement des indemnités du 16.04.1997).

La question de savoir si l'intéressé a la qualité de travailleur régulier ne se pose en effet qu'à la fin de la période d'interruption de carrière partielle.

- pour le travailleur à temps partiel avec maintien des droits, la condition relative à la rémunération journalière moyenne suffisante peut être vérifiée, de deux manières différentes. L'option la plus favorable doit être retenue (*cf.* également ci-dessus pt. 2.3 concernant le lien avec la preuve d'un "volume de travail" suffisant pendant la période de référence) :
 - soit en prenant en compte la rémunération qui découle du travail à temps partiel presté dans la période de référence
 - soit en tenant compte du fait que la période pendant laquelle l'intéressé est un travailleur à temps partiel avec maintien des droits est considérée comme une période de chômage contrôlé et, par conséquent, en appliquant une rémunération fictive à ces jours assimilés.

Si, au début de l'incapacité de travail, l'intéressé est un travailleur à temps partiel avec maintien des droits qui bénéficie d'une allocation de garantie de revenus, la rémunération perdue est déterminée sur la base de l'article 42, § 1^{er}, du règlement des indemnités du 16 avril 1997.

Par principe, il convient donc de prendre en considération comme rémunération fictive la rémunération perdue déterminée sur la base d'une composante "emploi" et d'une composante "chômage", sauf si la mesure de garantie visée à l'article 42, § 1^{er}, alinéa 2, du règlement susmentionné est appliquée et que, ce faisant, la rémunération perdue visée à l'article 30 du règlement susmentionné est retenue.

Cette mesure de garantie ne s'applique qu'à l'expiration de la mesure d'alignement / de limitation, si bien qu'elle ne s'applique qu'à partir du premier jour du septième mois d'incapacité de travail - au moment de la vérification de la qualité de travailleur régulier en vertu des dispositions de l'article 214 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

La rémunération perdue visée à l'article 30 du règlement susmentionné n'est dès lors pas prise en considération pour vérifier la qualité de travailleur régulier en vertu des dispositions de l'article 213/1 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 mais est, si nécessaire, prise en considération pour vérifier la qualité de travailleur régulier en vertu des dispositions de l'article 214 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

En cas d'application de la mesure de garantie visée à l'article 42, § 1^{er}, alinéa 2, du règlement susmentionné, une vérification supplémentaire de la qualité de travailleur régulier est, le cas échéant, par conséquent nécessaire à partir du premier jour du septième mois d'incapacité de travail.

Le même raisonnement s'applique pour le travailleur à temps partiel volontaire qui bénéficie d'une allocation de garantie de revenus conformément aux dispositions de l'article 104, § 1^{bis}, de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 (détermination de la rémunération perdue sur la base de l'art. 42^{ter} du règlement susmentionné).

En cas d'application de la mesure de garantie visée à l'article 42^{ter}, alinéa 2, du règlement susmentionné, une vérification supplémentaire de la qualité de travailleur régulier est, le cas échéant, nécessaire à partir du premier jour du septième mois d'incapacité de travail. La rémunération perdue visée à l'article 30 du règlement susmentionné n'est en effet pas prise en considération pour vérifier la qualité de travailleur régulier en vertu des dispositions de l'article 213/1 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 mais est, si nécessaire, prise en considération pour vérifier la qualité de travailleur régulier en vertu des dispositions de l'article 214 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Un raisonnement similaire s'applique aux travailleurs à temps partiel avec maintien des droits qui ne bénéficient pas d'une allocation de garantie de revenus (détermination de la rémunération perdue sur la base de l'art. 42, § 2, du règlement susmentionné).

La rémunération fictive est la rémunération perdue qui n'est déterminée que sur la composante "emploi", sauf en cas d'application de la mesure de garantie visée à l'article 42, § 2, alinéa 2, du règlement susmentionné. Dans ce cas, la rémunération perdue visée à l'article 30 du règlement susmentionné est retenue à partir du premier jour du septième mois d'incapacité de travail – au moment de la vérification de la qualité de travailleur régulier en vertu des dispositions de l'article 214 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

En cas d'application de la mesure de garantie visée à l'article 42, § 2, alinéa 2, du règlement susmentionné, une vérification supplémentaire de la qualité de travailleur régulier est, le cas échéant, par conséquent nécessaire à partir du premier jour du septième mois d'incapacité de travail. La rémunération perdue visée à l'article 30 du règlement susmentionné n'est en effet pas prise en considération pour vérifier la qualité de travailleur régulier en vertu des dispositions de l'article 213/1 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 mais est, si nécessaire, prise en considération pour vérifier la qualité de travailleur régulier en vertu des dispositions de l'article 214 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

- Si un jour d'inactivité peut être assimilé à un jour de travail en vertu de dispositions légales ou réglementaires différentes, une rémunération fictive ne peut être appliquée plusieurs fois pour ce jour ; ce jour ne peut être pris en compte que comme un seul jour pour le calcul du nombre de jours de travail.

Certains jours d'inactivité assimilés aux jours de travail visés à l'article 203 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 sont en outre considérés comme des jours de travail par la réglementation sur la sécurité sociale, et la rémunération correspondante est indiquée dans la DmfA (jours où aucun travail n'a été et où l'employeur doit payer une rémunération, jours de repos compensatoire). Dans ce cas, aucune rémunération fictive ne doit être appliquée.

III. Les périodes immunisées

Pour déterminer la période de référence applicable, conformément à l'article 224, § 2, alinéa premier, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, les périodes suivantes sont immunisées :

- la période d'accomplissement des obligations de milice
- la période d'assurance continuée visée à l'article 247 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996
- la période au cours de laquelle le travailleur a bénéficié d'une allocation pour interruption complète de sa carrière professionnelle
- les périodes durant lesquelles le titulaire a interrompu le travail pour se consacrer à l'éducation de son enfant, dans les conditions visées à l'article 205, § 5, ou 205/1, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

La période pendant laquelle le travailleur bénéficie d'une allocation pour interruption partielle de sa carrière professionnelle, est immunisée à l'expiration de la période pour laquelle le titulaire reçoit ladite allocation. Cette immunisation ne s'applique que si la réduction convenue des prestations ne dépasse pas la période pour laquelle le titulaire bénéficie de ladite allocation (art. 224, § 2, al. 2 et 3, de l'A.R. du 03.07.1996).

Dans ces cas, les périodes d'assurance précédant ou suivant la période immunisée doivent être additionnées pour déterminer la période de référence.

 Exemples :

- a) Un travailleur travaille chez un employeur depuis le 1^{er} mars 2014. Pendant la période comprise entre le 1^{er} février 2018 et le 30 avril 2018 inclus, il est en congé sans solde. Pour ces trois mois, il paie les cotisations pour l'assurance continuée en application de l'article 247, § 1^{er}, 5^o, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.
Il est reconnu en incapacité de travail le 15 mars 2019.
Compte tenu de l'immunisation de la période d'assurance continuée, la période de référence court du 1^{er} octobre 2017 au 31 janvier 2018 inclus et du 1^{er} mai 2018 au 31 décembre 2018 inclus.
- b) Un travailleur travaille chez un employeur depuis le 1^{er} mars 2014. Pendant la période comprise entre le 10 novembre 2016 et le 4 novembre 2018 inclus, il se trouve dans une période de privation de liberté pour laquelle il a payé les cotisations d'assurance continuée (application de l'art. 247, § 1^{er}, 7^o, de l'A.R. du 03.07.1996).
Il est reconnu en incapacité de travail le 15 mars 2019.
Compte tenu de l'immunisation de la période d'assurance continuée, la période de référence court du 7 janvier 2016 au 9 novembre 2016 inclus (308 jours) et du 5 novembre 2018 au 31 décembre 2018 inclus (57 jours).
- c) Un travailleur travaille chez un employeur depuis le 1^{er} mars 2014. Pendant la période comprise entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2018 inclus, il se trouve dans une période d'interruption de carrière complète avec octroi d'une allocation de l'Office national de l'emploi (ONEm).
Il est reconnu en incapacité de travail le 15 mars 2019.
La période de référence dans le cadre de la vérification des conditions pour obtenir la qualité de travailleur régulier est en principe l'année civile 2018. Compte tenu de l'immunisation de la période d'interruption de carrière complète, la période de référence court du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017 inclus.
- d) Un travailleur travaille chez un employeur depuis le 1^{er} mars 2014. Il est en interruption de carrière partielle avec octroi d'une indemnité de l'ONEm à partir du 1^{er} janvier 2016. Il est reconnu en incapacité de travail à partir du 15 mars 2019. Cette période d'interruption de carrière partielle court toujours le premier jour du septième mois d'incapacité primaire (le 15.09.2019).
La période d'interruption de carrière partielle n'étant immunisée qu'à l'expiration de la période pour laquelle l'intéressé bénéficie de l'allocation d'interruption, il ne peut prétendre à l'indemnité minimale en tant que travailleur régulier.
- e) Un travailleur travaille chez un employeur depuis le 1^{er} mars 2014. Il est en interruption de carrière partielle du 1^{er} avril 2016 au 30 juin 2018 inclus avec octroi d'une allocation de l'ONEm. Il est reconnu en incapacité de travail à partir du 15 octobre 2018. Le 15 avril 2019, il faut vérifier si l'intéressé a la qualité de travailleur régulier.
La période complète du 1^{er} avril 2016 au 30 juin 2018 doit être immunisée. La période de référence comprend donc la période de douze mois qui précède le 1^{er} avril 2016 et concerne donc la période comprise entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016 inclus.

Le montant que le titulaire doit justifier en tant que rémunération journalière moyenne sur les périodes d'assurance précédant et suivant la période immunisée est le montant applicable à la date à laquelle la qualité de travailleur régulier est vérifiée pour la première fois (dans le cadre de l'application de l'art. 213/1 ou de l'application de l'art. 214) dans le cadre de l'octroi de l'indemnité minimale (au plus tard le premier jour du septième mois d'incapacité primaire).

Toutefois, il peut être difficile pour certains titulaires de prouver une rémunération journalière moyenne suffisamment élevée si la période de référence couvre tout ou partie d'une période située plusieurs années avant la date à laquelle la qualité de travailleur régulier est vérifiée pour la première fois.

Dans le cas d'une période immunisée de six mois ou plus, la rémunération journalière moyenne à prouver est le montant déterminé pour l'année suivant celle au cours de laquelle la période immunisée a commencé (cf. art. 224, § 3, al. 3, de l'A.R. du 03.07.1996).

Ainsi, si la période de référence s'étend en partie avant et en partie après une période immunisée d'au moins six mois, on appliquera pour chaque partie de la période de référence un montant différent auquel la rémunération journalière moyenne concernée doit être au moins égale :

- pour les périodes d'assurance antérieures à la période immunisée, il s'agit du montant de référence établi pour l'année suivant celle du début de la période immunisée
- pour les périodes d'assurance postérieures à la période immunisée, il s'agit du montant de référence déterminé à la date à laquelle la qualité de travailleur régulier est vérifiée pour la première fois (dans le cadre de l'application de l'art. 213/1 ou de l'application de l'art. 214) dans le cadre de l'octroi de l'indemnité minimale (au plus tard le premier jour du septième mois d'incapacité primaire).



Exemple :

Un travailleur travaille chez un employeur depuis le 1^{er} mars 2014. Pendant la période comprise entre le 1^{er} janvier 2020 et le 30 juin 2020 inclus, il se trouve dans une période d'interruption de carrière complète.

Il est reconnu en incapacité de travail le 15 octobre 2021.

La période de référence dans le cadre de la vérification des conditions pour obtenir la qualité de travailleur régulier est en principe l'année civile 2020. Compte tenu de l'immunisation de la période d'interruption de carrière complète, la période de référence court du 1^{er} juillet 2019 au 31 décembre 2019 inclus et du 1^{er} juillet 2020 au 31 décembre 2020 inclus.

La rémunération journalière moyenne à prouver dans cette situation est déterminée :

- en fonction de la date à laquelle la qualité de travailleur régulier est vérifiée pour la première fois (dans le cadre de l'application de l'art. 213/1 ou de l'application de l'art. 214 de l'A.R. du 03.07.1996) pour la période comprise entre le 1^{er} juillet 2020 et le 31 décembre 2020 inclus (montant applicable à partir du 01.01.2022)
- en fonction du début de la période immunisée pour la période courant du 1^{er} juillet 2019 au 31 décembre 2019 inclus (montant applicable à partir du 01.01.2021).

IV. Maintien de la qualité de travailleur régulier

Le titulaire qui réunissait les conditions pour l'octroi de la qualité de travailleur régulier, conserve ladite qualité lorsqu'il redevient incapable de travailler dans les douze mois qui suivent la fin de la période d'incapacité de travail pour laquelle la qualité de travailleur régulier lui avait été accordée (cf. art. 224, § 4, de l'A.R. du 03.07.1996).

Que ce soit durant la période antérieure d'incapacité de travail ou durant la période ultérieure d'incapacité de travail, cette mesure de garantie s'applique indifféremment de la date à partir de laquelle on reconnaît la qualité de travailleur régulier.

V. Condition d'octroi du montant minimal de l'indemnité au titulaire qui a la qualité de travailleur régulier

Le montant minimal de l'indemnité octroyée aux travailleurs réguliers n'est versé qu'à la date à laquelle le titulaire, *qui n'a pas de personne à charge*, atteint l'âge de 21 ans (cf. art. 214, § 1^{er}, de l'A.R. du 03.07.1996).

Le titulaire peut toutefois prétendre, avant d'avoir atteint l'âge de 21 ans, au montant minimal de l'indemnité versée aux travailleurs non réguliers.

VI. Entrée en vigueur

La présente circulaire produit ses effets le 1^{er} juillet 2021.

VII. Abrogation

La circulaire O.A. n° 2019/312 - 424/50 du 29 novembre 2019 est abrogée.



Circulaire O.A. n° 2021/208 - 424/52 du 16 juillet 2021.

IV. L'exécution du travail associatif conformément aux dispositions de la loi du 24 décembre 2020 relative au travail associatif - Conséquences pour l'assurance indemnités des travailleurs salariés et l'assurance indemnités des travailleurs indépendants

La Cour constitutionnelle a annulé, dans son arrêt n° 53/2020 du 23 avril 2020, les règles relatives aux activités complémentaires (cf. la loi du 18.07.2018 relative à la relance économique et au renforcement de la cohésion sociale). En conséquence de cette décision, il n'est plus possible, depuis le 1^{er} janvier 2021, de travailler pour une association ou de fournir des services de citoyen à citoyen conformément aux règles de cette loi précitée du 18 juillet 2018.

Dans ce contexte, la Chambre des Représentants a adopté une nouvelle loi modifiant les règles applicables au travail associatif en 2021. Il s'agit, en l'espèce, d'une solution temporaire pour un an.

Dans le Moniteur belge du 31 décembre 2020, la loi du 24 décembre 2020 relative au travail associatif a été publiée. Cette loi organise le recours au travail associatif. Elle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021 et cesse d'être en vigueur le 31 décembre 2021.

Dans le Moniteur belge du 23 juillet 2021, la loi du 20 juillet 2021 portant extension du champ d'application de la loi du 24 décembre 2020 relative au travail associatif a été publiée. Elle est entrée en vigueur le 8 mai 2021.

La présente circulaire a pour objectif d'expliquer le cadre réglementaire régissant le travail associatif en 2021, de même que les possibilités éventuelles, pour un travailleur salarié et un travailleur indépendant, d'exercer une telle activité au cours d'une période d'incapacité de travail.

1. Dispositions générales

1.1. Définition

Le **travail associatif** concerne toute activité¹ :

- a) réalisée dans les limites de la présente loi en principe contre indemnité ;
- b) réalisée au profit d'une ou plusieurs personnes, autres que celle qui exécute l'activité, d'un groupe ou d'une organisation ou de la société dans son ensemble ;

1. Cf. art. 2, 1^o de la loi du 24.12.2020.

- c) organisée par une organisation ;
- d) réalisée par une personne qui, conformément aux conditions de la loi du 24 décembre 2020 relative au travail associatif, exerce également une activité professionnelle habituelle et à titre principal telle que définie à l'article 4 de la loi précitée du 24 décembre 2020 ou qui est pensionnée ;
- e) réalisée par une personne qui, au cours de la période où elle fournit des prestations dans le cadre du travail associatif tel que visé par la loi du 24 décembre 2020 relative au travail associatif, n'est pas liée par un contrat de travail, un contrat de service ou une affectation statutaire avec la même organisation, ne fait pas office de volontaire au sens de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires pour la même organisation pour la même activité et ne fait pas office de volontaire au sens de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires pour la même organisation pour une autre activité dans la mesure où elle reçoit un défraiement forfaitaire pour le volontariat ;
- f) et qui ne repose pas sur une simple participation aux activités.

1.2. Activités possibles dans le cadre du travail associatif

À l'exception des activités visées à l'article 20, § 2, de l'arrêté royal n° 1 du 29 décembre 1992 relatif aux mesures tendant à assurer le paiement de la taxe sur la valeur ajoutée (*cf.* des travaux immobiliers tels que, par ex., des travaux de rénovation d'une cantine, d'aménagement de terrains, ...), les activités suivantes peuvent être exercées dans le cadre du travail associatif² :

- 1° animateur, chef, moniteur ou coordinateur qui dispense une initiation sportive et/ou des activités sportives ;
- 2° entraîneur sportif, professeur de sport, coach sportif, coordinateur des sports pour les jeunes, arbitre sportif, membre du jury, steward, responsable du terrain ou du matériel, signaleur aux compétitions sportives ;
- 3° concierge d'infrastructure de jeunesse, sportive ;
- 4° aide et appui occasionnels ou à petite échelle dans le domaine de la gestion administrative, l'administration, le classement des archives ou dans le cadre d'une responsabilité logistique pour des activités dans le secteur sportif ;
- 5° aide occasionnelle ou à petite échelle pour l'élaboration de newsletters ou d'autres publications (telles que les sites internet) dans le secteur sportif ;
- 6° animateur de formations, de conférences ou de présentations dans le secteur sportif ;
- 7° accompagnateur artistique ou technico-artistique dans le secteur des arts amateurs, le secteur artistique ainsi que le secteur de l'éducation culturelle ;
- 8° animateur de formations, de conférences, de présentations ou de spectacles sur des thèmes culturels, artistiques et sociétaux dans le secteur socio-culturel, de l'éducation culturelle, de l'éducation artistique et des arts.

2. *Cf.* art. 3 de la loi du 24.12.2020.

1.3. Conditions

Afin de pouvoir exercer du travail associatif, le travailleur associatif est âgé d'au moins 18 ans au moment où le travail associatif est effectué dans la mesure où le travailleur associatif exerce une activité professionnelle habituelle et à titre principal, et ce conformément à l'une des conditions suivantes³ :

- être employé par un ou plusieurs employeurs en qualité de travailleur, et ce durant le trimestre de référence T-3 précédant le début de l'affectation en tant que travailleur associatif et dans la mesure où les prestations prises en compte ne constituent pas des prestations assimilées d'interruption partielle de la carrière ou de crédit-temps dans un système avec intervention de l'ONEm ou du service régional compétent. En d'autres termes, l'intéressé doit avoir travaillé au moins un jour comme travailleur salarié durant le trimestre de référence T-3. Une activité professionnelle au service d'une institution internationale ou supranationale, dont fait partie la Belgique, est assimilée à une activité professionnelle comme travailleur salarié
- durant le trimestre de référence T-3 précédant le début de l'affectation en tant que travailleur associatif, son activité relève d'un autre système de pension que celui des travailleurs salariés ou des travailleurs indépendants, qui est défini par ou en vertu d'une loi, d'un règlement provincial ou par la Société nationale des chemins de fer belges. En d'autres mots, l'intéressé doit avoir travaillé au moins un jour comme fonctionnaire durant le trimestre de référence T-3
- exercer, pendant le trimestre de référence T-3 qui précède le début de l'occupation en tant que travailleur associatif, une activité professionnelle en tant qu'indépendant et ses cotisations provisoires de sécurité sociale au moins égales au minimum dû par un travailleur indépendant à titre principal sont dues ou, le cas échéant, des cotisations provisoires de sécurité sociale inférieures à ce minimum, pour autant que ledit travailleur indépendant soit censé avoir payé une cotisation au moins égale à celle due par un travailleur indépendant à titre principal.



Remarques :

- a) Pour la vérification dans le trimestre de référence T-3, il est tenu compte de toutes les périodes rémunérées par l'employeur et de plusieurs périodes de suspension du contrat de travail non rémunérées par l'employeur, telles que :
- absence sans maintien de la rémunération pour incapacité de travail ou par suite de congé prophylactique
 - éloignement complet du travail en tant que mesure de protection de la maternité
 - repos de maternité
 - congé de maternité converti
 - congé de paternité ou de naissance
 - congé d'adoption
 - congé parental d'accueil
 - devoirs civiques sans maintien de la rémunération
 - fonction de juge social
 - obligations de milice
 - exercice d'un mandat public
 - chômage temporaire.

En outre, il est également tenu compte des jours couverts par une rémunération reportée payée par les départements d'enseignement des Communautés pour les travailleurs temporaires ou, pour les personnes qui ne peuvent pas en bénéficier, par les allocations de chômage payées par l'ONEm avec dispense de recherche d'emploi durant les vacances d'été.

Il n'est par contre pas tenu compte, dans ce cadre, des prestations fournies dans le cadre d'un flexi-job, en tant qu'apprenti, en tant qu'étudiant, ...

3. Cf. art. 4 de la loi du 24.12.2020.

- b) La condition concernant l'exercice d'une activité professionnelle habituelle et à titre principal au cours du trimestre de référence T-3 ne s'applique pas si le travailleur était pensionné au trimestre de référence T-2 ou si les prestations sont fournies dans le cadre d'un trajet de service citoyen pour les jeunes agréé par l'organisme d'accréditation défini par décret. Les trajets susmentionnés peuvent avoir une durée maximale d'un an et ne sont après cette période maximale, ni prolongeables ni renouvelables.

Le travailleur associatif peut effectuer en moyenne mensuelle 50 heures de travail associatif.

La moyenne mensuelle des heures de travail associatif est évaluée par trimestre en divisant le nombre d'heures de travail associatif effectuées dans le trimestre en cours par le nombre de mois du trimestre en cours durant lesquels le travailleur associatif est lié par un contrat en matière de travail associatif⁴.

La fourniture de prestations dans le cadre du travail associatif **n'est pas autorisée** (nonobstant le respect de la condition concernant le trimestre de référence en tant que salarié, indépendant ou statutaire)⁵:

- si l'organisation et le travailleur associatif concerné étaient liés par un contrat de travail, une affectation statutaire ou un contrat d'entreprise au cours d'une période d'un an précédant le début des prestations en matière de travail associatif, ainsi que si le travailleur associatif était employé par l'organisation dans le cadre d'un contrat conclu en application de la loi du 24 juillet 1987 sur le travail temporaire, le travail intérimaire et la mise de travailleurs à la disposition d'utilisateurs.



Remarque : cette interdiction ne s'applique toutefois pas si, au cours de la même période, un contrat de travail au sens de titre VII de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail ("le contrat d'occupation d'étudiants") liait l'organisation et le travailleur associatif impliqué, ou si le contrat de travail a pris fin à la suite d'une mise à la pension.

Elle ne s'applique pas non plus aux personnes qui, au cours de la même période, ont fourni des prestations en étant liée à l'association par un contrat de travail conclu en application de l'article 17 de l'arrêté royal du 28 novembre 1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs (travail comme moniteur)

- si le travailleur associatif remplace un travailleur qui était actif au sein de la même unité technique de l'entreprise au cours des quatre trimestres précédant la conclusion du contrat en matière de travail associatif.

1.4. Montant de l'indemnité de travail associatif⁶ – Cotisation de solidarité et fiscalité

Les parties impliquées dans le travail associatif conviennent d'une indemnité pour le travail associatif. Cette indemnité couvre aussi toutes les indemnités visant le remboursement de frais ou de déplacements.

Le montant de cette indemnité ne peut pas excéder, *par année civile*, le montant de base de 3.830 EUR (montant indexé : 6.390 EUR⁷).

L'indemnité perçue dans le cadre du travail associatif et l'indemnité perçue dans le cadre de l'économie collaborative ne peuvent également pas, conjointement, excéder ce montant.

Cette indemnité s'élève au moins à 3,57 EUR par heure (montant indexé : 5,10 EUR par heure).

4. Cf. art. 5 de la loi du 24.12.2020.

5. Cf. art. 32 et art. 33 de la loi du 24.12.2020.

6. Cf. art. 27 de la loi du 24.12.2020.

7. Montant applicable pour l'année 2021.

L'indemnité perçue dans le cadre du travail associatif ne peut pas excéder, par mois civil, 1/12^e de ce montant de base de 3.830 EUR (montant indexé : 532,50 EUR⁸).



Remarque : ce montant mensuel peut être augmenté par arrêté royal pour les revenus de certaines catégories de travail associatif. Le montant de la majoration ne peut toutefois pas excéder 1/12^e du montant maximal par année civile.

Le montant maximal annuel précité reste toutefois d'application.

En ce qui concernant la période du 1^{er} juillet 2021 au 30 septembre 2021, une majoration d'1/12^e du montant maximal par année civile est d'application mensuellement pour les activités suivantes (montant mensuel total indexé autorisé : 1.065 EUR)⁹ :

1^o animateur, chef, moniteur ou coordinateur qui dispense une initiation sportive et/ou des activités sportives ;

2^o entraîneur sportif, professeur de sport, coach sportif, coordinateur des sports pour les jeunes, arbitre sportif, membre du jury, steward, responsable du terrain ou du matériel, signaleur aux compétitions sportives.

Une association qui engage des travailleurs associatifs est redevable à l'ONSS d'une **cotisation de solidarité de 10 %** de l'indemnité convenue¹⁰.

Ces revenus **sont imposés à un taux de 20 %** (équivalent à 10 % en pratique car les frais forfaitaires sont déduits à hauteur de 50 %) et sont considérés comme des revenus divers.

1.5. Application du droit du travail

Le droit du travail n'est pas intégralement applicable. Toutefois, certaines règles du droit du travail (ou similaires) sont d'application :

- par année civile, un maximum de 3 contrats et matière de travail associatif, successifs ou non, peuvent être conclus entre un même travailleur associatif et une même organisation. Une dérogation par arrêté royal est toutefois possible¹¹
- l'organisation doit établir un horaire hebdomadaire ou mensuel fixe ou variable et le mentionner dans le contrat en matière de travail associatif¹²
- une pause de repos obligatoire de 15 minutes est prévue si le travailleur preste plus de 6 heures consécutives¹³
- il faut qu'il y ait entre deux différentes prestations exécutées durant des jours calendriers différents (par ex., des entraînements sportifs) au moins 11 heures de pause de repos¹⁴
- le travailleur ne peut sur base hebdomadaire prester que 6 jours au maximum (= au min. 24h. de repos ininterrompu par sem.)¹⁵
- un repos de maternité obligatoire est prévu à partir de 7 jours précédant la date d'accouchement probable jusques et y compris 9 semaines après l'accouchement¹⁶
- des règles particulières sont applicables dans le cadre d'un préavis (*cf. infra*, 1.6.3.)
- des règles particulières sont applicables dans le cadre de la protection du bien-être¹⁷.

8. Montant applicable pour l'année 2021.

9. Cf. A.R. du 24.06.2021 pris en exécution de l'art. 27, § 3, al. 2, de la loi du 24.12.2020 relative au travail associatif (M.B. du 29.06.2021).

10. Cf. art. 58 de la loi du 24.12.2020.

11. Cf. art. 7, § 3 de la loi du 24.12.2020.

12. Cf. art. 8 de la loi du 24.12.2020.

13. Cf. art. 9 de la loi du 24.12.2020.

14. Cf. art. 10 de la loi du 24.12.2020.

15. Cf. art. 11 de la loi du 24.12.2020.

16. Cf. art. 15, § 1^{er}, 2^e de la loi du 24.12.2020.


17. Cf. art. 25 et art. 26 de la loi du 24.12.2020.

1.6. Contrat écrit (ou électronique) en matière de travail associatif et déclaration électronique du travail associatif

1.6.1. CONTENU DU CONTRAT ÉCRIT (OU ÉLECTRONIQUE) EN MATIÈRE DE TRAVAIL ASSOCIATIF

Au plus tard au moment du commencement effectif du travail associatif, le travailleur associatif et l'organisation concluent un **contrat écrit (ou électronique)**, qui comprend un certain nombre de dispositions minimales¹⁸ :

- 1° les données d'identification du travailleur associatif
- 2° les données d'identification de l'organisation
- 3° les données d'identification du représentant de l'organisation
- 4° la mention "contrat en matière de travail associatif"
- 5° l'objet du contrat avec une description générale des activités visées
- 6° le lieu du travail associatif
- 7° l'horaire du travail associatif convenu entre les parties, ainsi que les éventuelles modalités de détermination de cet horaire, telles que convenues entre les parties

 **Remarque :** Les parties conviennent de commun accord d'un horaire hebdomadaire ou mensuelle de travail associatif fixe ou variable, dont il peut être dérogé à tout moment d'un commun accord et par écrit. L'horaire convenu est mentionné dans le contrat de travail associatif. L'horaire de travail associatif variable est communiqué par écrit au travailleur associatif au moins cinq jours calendriers avant chaque prestation. Les parties peuvent, à tout moment, déroger de commun accord et par écrit à l'horaire variable prévu. L'organisation est tenue de tenir les dérogations convenues au lieu du travail associatif et de les conserver pendant une période de 5 ans.¹⁹

- 8° la durée déterminée du contrat qui ne peut excéder un an
La prolongation d'un contrat en matière de travail associatif est considérée comme un nouveau contrat, pour lequel une nouvelle déclaration électronique doit être faite²⁰
- 9° l'indemnité pour le travail associatif
- 10° les assurances conclues dans le cadre du travail associatif
- 11° le délai de préavis et les modalités de préavis, déterminé conformément à l'article 17
- 12° le cas échéant, les règles applicables en matière de déontologie. Le plus souvent, il s'agit de règles de déontologie qui – selon le secteur – sont imposées par les autorités ou sont reprises dans les règlements de la fédération, de l'association ou d'une organisation analogue compétentes. Des obligations déontologiques supplémentaires peuvent également être reprises dans le contrat
- 13° la confirmation que le travailleur associatif a reçu de l'organisation toutes les informations et prescriptions en matière de sécurité nécessaires au sujet des risques liés au travail associatif, ainsi que l'engagement du travailleur associatif de les respecter.

Le **modèle de contrat standard pour le travail associatif** est joint en annexe à la présente circulaire (*annexe 1*)²¹⁻²²

Si le contrat en matière de travail associatif n'a pas été conclu au début de l'exécution des prestations, l'activité ne peut pas être considérée comme du travail associatif. La personne qui effectue cette activité ne peut, dans ce cas, pas être considérée comme un travailleur associatif pour les prestations effectuées avant la conclusion du contrat en matière de travail associatif.²³

18. Cf. art. 6 de la loi du 24.12.2020.

19. Cf. art. 8 de la loi du 24.12.2020.

20. Cf. art. 7, § 2 de la loi du 24.12.2020.

21. Cf. A.R. du 08.04.2021 fixant le modèle de contrat standard pour le travail associatif en exécution de l'art. 6 de la loi du 24.12.2020 relative au travail associatif (M.B. du 22.04.2021).

22. Non publiée ici.

23. Cf. art. 14 de la loi du 24.12.2020.

1.6.2. SUSPENSION DE L'EXÉCUTION DU CONTRAT EN MATIÈRE DE TRAVAIL ASSOCIATIF²⁴

L'exécution du contrat en matière de travail associatif est suspendue :

- 1° en cas de force majeure temporaire ;
- 2° pendant la période de sept jours qui précèdent la date présumée d'accouchement et au cours des neuf semaines qui commencent en principe à courir à compter du jour de l'accouchement ;
- 3° durant la période au cours de laquelle le travail associatif ne peut pas être exécuté de manière utile suite à une maladie ou un accident ;
- 4° durant la période au cours de laquelle le travail associatif ne peut pas être exécuté de manière utile suite à l'application d'un règlement ou d'une réglementation analogue en vigueur, promulgué par les pouvoirs publics, l'organisation compétente ou un tiers organisateur ;
- 5° en raison de circonstances spéciales imprévues.

Au cours de cette période de suspension du contrat en matière de travail associatif, le travailleur associatif concerné ne peut prétendre à aucune indemnité.

Au cours de la période de suspension, chacune des parties conserve la possibilité de mettre fin au contrat en matière de travail associatif conformément aux conditions applicables.

1.6.3. FIN DU CONTRAT EN MATIÈRE DE TRAVAIL ASSOCIATIF

Les engagements résultants des contrats de travail associatif prennent fin²⁵ :

- 1° par l'expiration de la durée convenue ;
- 2° par la volonté des parties ;
- 3° par le décès du travailleur associatif ou par la cessation des activités de l'organisation ;
- 4° par la force majeure.

Chacune des parties peut résilier le contrat de travail associatif moyennant notification d'un **préavis**.

À peine de nullité relative, la notification du congé doit mentionner le début et la durée du préavis.

La notification du préavis se fait, à peine de nullité relative, soit par lettre recommandée à la poste, sortissant ses effets le troisième jour ouvrable suivant la date de son expédition, soit par exploit d'huissier de justice, soit par la remise d'un écrit. La signature de l'autre partie apposée sur le double de cet écrit n'a valeur que d'accusé de réception de la notification.

Le délai de préavis prend cours le jour suivant le jour de la notification.

Le délai de préavis est fixé à :

1° au moins sept jours calendriers lorsque le contrat en matière de travail associatif est conclu pour une durée de moins de six mois ;

2° au moins quatorze jours calendriers lorsque le contrat en matière de travail associatif est conclu pour une durée de six mois à un an.²⁶

Tant le travailleur associatif que l'organisation peuvent mettre fin au contrat en matière de travail associatif pendant les périodes de suspension du contrat en matière de travail associatif.

En cas de congé donné par le travailleur associatif avant ou pendant la suspension, le délai de préavis court pendant la suspension.

24. Cf. art. 15 de la loi du 24.12.2020.

25. Cf. art. 16 de la loi du 24.12.2020.

26. Cf. art. 17 de la loi du 24.12.2020.

En cas de congé donné par l'organisation avant ou pendant la suspension, le délai de préavis ne court pas pendant la suspension.²⁷

Chacune des parties peut résilier le contrat en matière de travail associatif sans préavis ou avant l'expiration de la durée convenue **pour un motif grave**.

Pour l'application de la présente loi, est considérée comme constituant un motif grave, toute faute grave qui rend immédiatement et définitivement impossible toute collaboration entre le travailleur associatif et l'organisation.

À peine de nullité relative, la notification du motif grave se fait soit par lettre recommandée à la poste, sortissant ses effets le troisième jour ouvrable suivant la date de son expédition, soit par exploit d'huissier de justice, soit par la remise d'un écrit. La signature de l'autre partie apposée sur le double de cet écrit n'a valeur que d'accusé de réception de la notification.

À peine de nullité relative, le fait justifiant le motif grave est mentionné dans la notification.²⁸

La partie qui résilie le contrat en matière de travail associatif avant l'expiration du délai convenu sans motif grave ou sans respecter le délai de préavis fixé par l'article 16, § 5, est tenue de payer à l'autre partie une indemnité égale à :

1° 133,13 EUR (= 1/48^e de 6.390 EUR) lorsque le contrat en matière de travail associatif est conclu pour une durée de moins de 6 mois ;

2° 266,25 EUR (= 1/24^e de 6.390 EUR) lorsque le contrat en matière de travail associatif est conclu pour une durée de 6 mois à un an.²⁹

1.7. Déclaration électronique

L'organisation qui fait appel à un travailleur associatif doit en outre utiliser un système électronique afin de communiquer à l'Office national de la Sécurité Sociale préalablement au moment où le travailleur associatif débute ses prestations les données suivantes³⁰ :

- 1° l'identification de l'organisation ;
- 2° l'identification du travailleur associatif ;
- 3° la date de début de prestation du travailleur associatif ;
- 4° la date de fin de prestation du travailleur associatif ;
- 5° la nature de la prestation ;
- 6° le montant de l'indemnité à percevoir pour chaque prestation.

1.8. Conséquences du non-respect des conditions d'application³¹

Une activité ne peut pas être considérée comme du travail associatif si toutes les conditions nécessaires conformément à la loi du 24 décembre 2020 relative au travail associatif ne sont pas remplies.

En cas du non-respect des conditions d'application, la personne concernée ne peut pas être considérée comme un travailleur associatif pour toute l'année civile au cours de laquelle elle a exécuté l'activité visée en tant que travailleur associatif.

Quand la personne concernée ne peut pas être considérée comme un travailleur associatif, le contrat en matière de travail associatif et tous les contrats en matière de travail associatif de la même année civile sont requalifiés en contrat de travail. Cette requalification a pour conséquence l'application entière, avec effet rétroactif, du droit de travail et du droit de la sécurité sociale.

En cas de dépassement de la limite du montant mensuel autorisé de l'indemnité de travail associatif, le revenu intégral de ce mois civil est considéré comme revenu professionnel. Ces revenus restent comptabilisés pour vérifier si la limite du montant annuel autorisé est dépassée ou non.

27. Cf. art. 18 de la loi du 24.12.2020.

28. Cf. art. 19 de la loi du 24.12.2020.

29. Cf. art. 20 de la loi du 24.12.2020.

30. Cf. art. 35, § 1^{er} de la loi du 24.12.2020.

31. Cf. art. 57 de la loi du 24.12.2020.

1.9. Travail volontaire et travail associatif

Un volontaire peut effectuer du travail associatif en application de la loi du 24 décembre 2020 relative au travail associatif pour la même organisation, lorsque les **conditions suivantes** sont **cumulativement** réunies :

1° l'activité exercée en qualité de volontaire est différente de l'activité exercée en qualité de travailleur associatif ;

2° les défraiements perçus dans le cadre du volontariat ne peuvent concerner que des défraiements des frais réels.³²

2. Conséquences pour l'assurance indemnités des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants

Les articles 30 et 31 de la loi du 24 décembre 2020 relative au travail associatif insèrent, respectivement dans le cadre du régime des travailleurs salariés et dans le cadre du régime des travailleurs indépendants, un nouvel alinéa, entre les alinéas 2 et 3 de l'article 100, § 1^{er} de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et de l'article 19 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 :

=> **Modification de l'article 100, § 1^{er} de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 :**

*"Le travail associatif au sens de la loi du 24 décembre 2020 relative au travail associatif, n'est pas considéré comme une activité à condition que le médecin-conseil constate que ces activités sont compatibles avec l'état général de santé de l'intéressé **et** que ces activités constituent une poursuite pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif, qui avait déjà été conclu et était déjà effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail."*

=> **Modification de l'article 19 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 :**

*"Le travail associatif au sens de la loi du 24 décembre 2020 relative au travail associatif, n'est pas considéré comme une activité professionnelle à condition que le médecin-conseil constate que ces activités sont compatibles avec l'état général de santé de l'intéressé **et** que ces activités constituent une poursuite pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif, qui avait déjà été conclu et était déjà effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail."*

2.1. Notion d'"activité" / "activité professionnelle"

A. Si l'activité consiste en la poursuite pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif, qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail **et** si le médecin-conseil constate que cette activité est compatible avec l'état général de santé de l'intéressé, l'activité n'est pas considérée comme une "activité" au sens de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou comme une "activité professionnelle" au sens de l'article 19, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

Les autres critères relatifs à la reconnaissance de l'incapacité de travail (comme par ex., pour un travailleur salarié, la réduction de la capacité de gain à un tiers ou moins suite à l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels, la cessation de toute autre activité sauf moyennant autorisation du médecin-conseil) restent d'application.

32. Cf. art. 2/1 de la loi du 03.07.2005 relative aux droit des volontaires.

Un titulaire salarié exerçant une activité dans le cadre du travail associatif (compatible avec son état général de santé), mais dont la capacité de gain n'est plus suffisamment réduite (au sens de l'art. 100, § 1^{er} de la loi coordonnée précitée), devrait par conséquent être jugé apte à travailler.

B. Si l'activité ne consiste pas en la poursuite pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif, qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail³³, l'activité sera considérée comme une "activité" au sens de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou comme une "activité professionnelle" au sens de l'article 19, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 et *devra donc faire l'objet d'une demande d'autorisation auprès du médecin-conseil* dans le cadre du régime des travailleurs salariés (art. 100, § 2 de la loi coordonnée précitée) ou du régime des travailleurs indépendants (art. 23bis de l'A.R. précité – autorisation **préalable** en vue d'une reprise d'une activité sans objectif de réinsertion complète), suivant le cas.



Remarques :

- s'il s'agit d'un titulaire reconnu en incapacité de travail dans le régime des travailleurs indépendants, il ne peut entamer le travail associatif qu'*après* avoir obtenu l'autorisation du médecin-conseil (caractère préalable de l'autorisation)
- si le titulaire reconnu en incapacité de travail renouvelle le contrat en matière de travail associatif (même dans les mêmes conditions), il ne s'agit plus de la poursuite pure de l'exécution d'un contrat *arrivant à échéance* en matière de travail associatif. Dans une telle situation de renouvellement du contrat en matière de travail associatif, l'intéressé devra toujours demander l'autorisation au médecin-conseil afin qu'il puisse exercer le travail associatif durant la période d'incapacité de travail.

2.2. Constatations concernant la compatibilité d'une activité dans le cadre du travail associatif avec l'état général de santé du travailleur associatif

Le médecin-conseil juge si l'activité associative exercée par l'intéressé est compatible (ou non) avec l'état général de santé de celui-ci.

Bien que la notion d'incompatibilité ne soit pas clairement définie, on pourrait sous-entendre que l'activité ne peut être exercée si elle représente un éventuel danger pour l'état général de santé de l'intéressé.

2.2.1. QUAND LA COMPATIBILITÉ DOIT-ELLE ÊTRE CONSTATÉE ?

La disposition réglementaire concernée ne précise pas que cette constatation doit être faite par le médecin-conseil avant la poursuite effective pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif, qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécutée avant le début de l'incapacité de travail.

L'intéressé pourrait donc continuer à poursuivre cette activité après le début de l'incapacité de travail, après quoi le médecin-conseil pourrait encore se prononcer sur l'éventuelle incompatibilité avec l'état général de santé de l'intéressé.

33. Cf. dans ce cadre, l'art. 4, § 4 de la loi du 24.12.2020 qui prévoit que les "conditions minimales d'occupation" pendant le trimestre de référence (le respect de cette condition est également possible si l'exécution du contrat de travail est suspendue en raison d'une incapacité de travail) ne portent pas atteinte à la législation en vigueur en matière d'incapacité de travail.

En vue de la sécurité juridique, il est néanmoins conseillé que l'intéressé sollicite du médecin-conseil qu'il se prononce quant à la compatibilité *avant qu'il* ne continue à poursuivre effectivement l'activité dans le cadre du travail associatif (et ce, afin d'éviter que l'exercice du travail associatif ne soit éventuellement qualifié comme l'exercice d'une activité non autorisée³⁴ parce que ce travail associatif ne serait finalement pas compatible avec l'état de santé de l'assuré).

À cette fin, il est prévu un formulaire spécifique de déclaration (joint en annexe à la présente circulaire (*annexe 2*))³⁵ qui comporte deux volets :

- *le travailleur associatif* complète lui-même le *1^{er} volet* (les données d'identification et la déclaration que le travail associatif a déjà, ou non, été effectivement poursuivi avant la demande)
- *l'organisation auprès de laquelle le travail associatif est exercé* complète le *2^e volet* (confirmation que le travail associatif a déjà été effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail).

En outre, l'intéressé ajoute en annexe une copie de son contrat en matière de travail associatif. Sur base de ce contrat, le médecin-conseil peut vérifier quel type de travail associatif l'intéressé exerce (compatibilité avec l'état général de santé) et si ce travail associatif constitue bien la poursuite pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif, qui avait déjà été conclu avant le début de l'incapacité de travail.

Toute cessation d'activité doit également être signalée.

Ce formulaire doit être classé dans le dossier médical et administratif de l'intéressé au siège de la mutualité.

2.2.2. DÉCISIONS POSSIBLES DU MÉDECIN-CONSEIL APRÈS LA RÉCEPTION DU FORMULAIRE SPÉCIFIQUE DE DÉCLARATION

A. Le médecin-conseil peut constater que l'activité que l'intéressé souhaite continuer à poursuivre ou a déjà poursuivie *constitue bien la poursuite pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail* et peut, en fonction de la nature de l'activité et de l'état général de santé de l'intéressé, juger que l'activité de travail associatif *est compatible avec l'état général de santé de celui-ci*. Le médecin-conseil peut convoquer l'intéressé à un examen médical, sauf si les pièces du dossier médical sont concluantes, ou justifient un examen à une date ultérieure (*cf.* analogie avec l'art. 16, al. 2, du règlement des indemnités du 16.04.1997 (régime des travailleurs salariés) ou l'art. 23*bis*, al. 3, de l'A.R. du 20.07.1971 (régime des travailleurs indépendants)).

La décision positive du médecin-conseil vaut pour la durée restant à courir du contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif.

B.1. Si le médecin-conseil constate que l'activité que l'intéressé souhaite continuer à poursuivre ou a déjà poursuivie *ne constitue pas la poursuite pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail*, l'activité doit être considérée comme une "activité" au sens de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou comme une "activité professionnelle" au sens de l'article 19, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 et le dossier doit être examiné sous l'angle de l'article 100, § 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou de l'article 23*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (*cf. supra*, 2.1.B ; si l'activité a déjà été exercée par l'intéressé, il y a lieu de faire application de l'art. 230, § 2*bis* ou § 2*ter* de l'A.R. du 03.07.1996 pour les travailleurs salariés et l'art. 23*ter* de l'A.R. du 20.07.1971 pour les travailleurs indépendants).

34. *Cf.* art. 101 de la loi coordonnée du 14.07.1994 (régime des travailleurs salariés) et art. 23*ter* de l'A.R. du 20.07.1971 (régime des travailleurs indépendants).

35. Non publiée ici.

B.2. Si le médecin-conseil constate que l'activité que l'intéressé souhaite continuer à poursuivre ou a déjà poursuivie constitue la poursuite pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail, mais qu'elle *n'est pas compatible avec l'état général de santé de celui-ci*, l'activité doit être considérée comme une "activité" au sens de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou comme une "activité professionnelle" au sens de l'article 19, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

B.2.1. Conséquences dans le cadre du régime salarié si l'intéressé a déjà poursuivi le travail associatif :

Le cas échéant, l'intéressé peut sous certaines conditions maintenir le bénéfice des indemnités **pour la période qui précède** la date de prise d'effet de la décision relative à la non compatibilité :

- si l'intéressé a sollicité du médecin-conseil qu'il se prononce quant à la compatibilité avant de reprendre l'exercice de ladite activité mais n'a pas attendu sa décision pour reprendre l'exercice effectif de cette activité, dans cette situation, pour la période qui précède la date de prise d'effet de la décision négative rendue par le médecin-conseil, le titulaire peut maintenir le bénéfice de ses indemnités calculées conformément à la règle de cumul visée à l'article 230, § 1^{er}ter de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (pas de réduction des indemnités – 1^{re} phase *cf. infra*) – application de l'article 230, § 2^{ter}, alinéa 1^{er} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 **par analogie**
- si l'intéressé a sollicité du médecin-conseil qu'il se prononce quant à la compatibilité, au **plus tard**, le 14^e jour à dater de la reprise d'activité précitée, dans cette situation, pour la période qui précède la date de prise d'effet de la décision négative rendue par le médecin-conseil, le titulaire maintient le bénéfice de ses indemnités (calculées conformément à la règle de cumul visée à l'art. 230, § 1^{er}ter de l'A.R. du 03.07.1996 (pas de réduction des indemnités – 1^{re} phase *cf. infra*)), moyennant une réduction de 10 % (à dater de la reprise de l'activité jusqu'à et y compris le jour de l'envoi du formulaire ou de la remise de ce formulaire à la mutualité) – application de l'article 230, § 2^{ter}, alinéa 1^{er} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 **par analogie**
- si l'intéressé a déjà exercé l'activité avant de solliciter la décision du médecin-conseil quant à la compatibilité et ce durant plus de 14 jours à dater de la reprise de l'activité précitée, c'est la procédure applicable dans le cadre de l'article 101 de la loi coordonnée précitée, dans le cas d'une activité non autorisée qui devra être appliquée à partir du premier jour de la reprise jusqu'à la date à laquelle la décision du médecin-conseil sort ses effets – application de l'article 230, § 2^{ter}, alinéa 2 de l'arrête royal du 3 juillet 1996 **par analogie**.
Cette procédure s'applique également lorsque l'intéressé dépasse les montants seuils d'indemnités autorisés (*cf. supra*, 1.4.) sans **jamais** avoir sollicité l'autorisation du médecin-conseil. Dans cette situation il ne s'agit donc plus d'un travail associatif, mais d'une activité qui aurait dû nécessiter l'autorisation du médecin-conseil.

Les principes susvisés ne sont toutefois pas applicables si l'intéressé a effectué le travail associatif non compatible avec son état général de santé dès le 1^{er} jour de son incapacité de travail (dans cette situation, une reconnaissance de l'incapacité de travail n'est pas possible – absence de cessation de toutes activités à la date de début de l'incapacité de travail).

B.2.2. Conséquences dans le cadre du régime indépendant si l'intéressé a déjà poursuivi le travail associatif :

La situation de l'intéressé doit faire l'objet de la procédure applicable dans le cadre de l'article 23^{ter} de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, dans le cas d'une activité non autorisée.

Cette procédure s'applique également lorsque l'intéressé dépasse les montants seuils d'indemnités autorisés (*cf. supra*, 1.4.). Dans cette situation il ne s'agit donc plus d'un travail associatif, mais d'une activité qui aurait dû nécessiter l'autorisation préalable du médecin-conseil.

L'article 23^{ter} précité n'est pas applicable si l'intéressé a effectué le travail associatif non compatible avec son état général de santé dès le 1^{er} jour de son incapacité de travail (dans cette situation, une reconnaissance de l'incapacité de travail n'est pas possible – absence de cessation de toutes activités à la date de début de l'incapacité de travail).

C. Le formulaire spécifique de déclaration (à remplir d'une part, par le travailleur associatif, et d'autre part, par l'organisation auprès de laquelle le travail associatif est exercé ; *cf. supra*, 2.2.1.) prévoit aussi un volet par lequel le médecin-conseil peut faire part de sa décision concernant la compatibilité ou l'incompatibilité du travail associatif avec l'état général de santé du titulaire.

2.3. Cumul des indemnités d'incapacité de travail et des indemnités perçues dans le cadre du travail associatif

A. Si l'activité consiste en la poursuite pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif, qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail **et** si le médecin-conseil constate que l'activité est compatible avec l'état général de santé de l'intéressé, l'activité ne doit pas être considérée comme une "activité" au sens de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou comme une "activité professionnelle" au sens de l'article 19, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (*cf. supra*, 2.1.A).

Étant donné qu'il ne s'agit pas d'une "activité (professionnelle)" (autorisée), le cumul des indemnités perçues dans le cadre de l'exercice du travail associatif et des indemnités d'incapacité est autorisé (aucune interdiction de cumul, sous réserve de ne pas dépasser les montants seuils dont question au point 1.4. ; dans cette situation il ne s'agit donc plus d'un travail associatif, mais d'une activité nécessitant l'autorisation du médecin-conseil).

B. Si l'activité ne consiste pas en la poursuite pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif, qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail, l'activité dans le cadre du travail associatif sera considérée comme une activité au sens de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou comme une "activité professionnelle" au sens de l'article 19, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 et devra donc faire l'objet d'une demande d'autorisation auprès du médecin-conseil (*cf. supra*, 2.1.B).

=> **B.1. Règle de cumul applicable en cas d'exercice d'une activité autorisée dans le cadre du régime des travailleurs salariés**

Il y aura lieu de faire application du régime visé à l'article 230, § 1^{er} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. En effet, l'exécution du travail associatif n'est pas un travail autorisé par lequel le titulaire relève, d'une manière ou d'une autre, du champ d'application de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs (*cf.* art. 230, § 1^{er} de l'A.R. du 03.07.1996).

Pour l'application de l'article 230, § 1^{er}ter précité sont considérés comme "revenu professionnel" découlant de l'activité autorisée, tout revenu visé à l'article 17, § 1^{er}, 5°, à l'article 23, § 1^{er}, 1°, 2° et 4°, ou à l'article 90, alinéa 1^{er}, 1° au 2° et 12°, du Code des impôts sur les revenus 1992 qu'un titulaire obtient par l'exercice d'une activité personnelle, ainsi que toute indemnité, allocation ou rente accordée en remplacement de ces revenus.

Si les indemnités perçues dans le cadre du travail associatif n'excèdent pas le plafond mensuel applicable et le plafond annuel visés à la loi du 24 décembre 2020 précitée, ces indemnités seront considérées comme des *revenus divers* sur le plan fiscal (cf. l'art. 90, al. 1^{er}, 1^{er}ter du Code des impôts sur les revenus 1992) qui constituent donc un "revenu professionnel" découlant de l'activité autorisée.

Cette règle de cumul prévoit trois phases :

- *phase 1* : les six premiers mois couverts par l'autorisation du médecin-conseil : le titulaire conserve l'intégralité du montant de ses indemnités d'incapacité de travail
- *phase 2* : à partir du premier jour du septième mois de la période couverte par l'autorisation du médecin-conseil jusqu'au 31 décembre de la troisième année civile qui suit l'année au cours de laquelle l'activité a débuté :
la mutualité réduit forfaitairement de 10 % les indemnités
- [*phase 3 (actuellement sans objet ; le régime actuel est une solution temporaire pour un an)*] : à partir du 1^{er} janvier de la quatrième année civile qui suit celle où l'activité a débuté :
durant cette phase, le montant réel des "revenus professionnels" obtenus par l'exercice de l'activité autorisée joue un rôle. La mutualité compare le montant des "revenus professionnels" obtenus pendant la première année civile complète qui suit l'année civile où l'activité a débuté avec un plafond de revenus déterminé.
Vu le montant annuel maximal des indemnités de travail associatif, il n'y aura jamais de dépassement du plafond si l'intéressé n'exerce que le travail associatif. Le montant des indemnités ne devra donc pas être diminué et il n'y aura pas de suspension de l'octroi des indemnités.]

=> **B.2. Règle de cumul applicable en cas d'exercice d'une activité autorisée dans le cadre du régime des travailleurs indépendants**

Il y a en principe lieu de faire application du régime visé à l'article 23bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 qui prévoit trois phases :

- *phase 1* : les six premiers mois couverts par l'autorisation du médecin-conseil :
Le titulaire conserve l'intégralité du montant de ses indemnités d'incapacité de travail
- *phase 2* : à partir du premier jour du septième mois de la période couverte par l'autorisation du médecin-conseil jusqu'au 31 décembre de la troisième année civile qui suit l'année au cours de laquelle l'activité a débuté :
la mutualité réduit forfaitairement de 10 % les indemnités
- [*phase 3 (actuellement sans objet ; le régime actuel est une solution temporaire pour un an)*] : à partir du 1^{er} janvier de la quatrième année civile qui suit celle où l'activité a débuté :
durant cette phase, le montant réel des "revenus professionnels" obtenus par l'exercice de "l'activité professionnelle" autorisée joue un rôle.
Dans le cadre de la règle de cumul applicable durant la phase 3, on entend par "activité professionnelle" toute activité qui peut, en fonction du cas, générer un revenu visé à l'article 23, § 1^{er}, 1°, 2° ou 4°, du Code des impôts sur les revenus 1992 (qualification fiscale prépondérante ; il s'agit des *revenus professionnels*, notamment des bénéfices, des profits et des rémunérations), et toute activité similaire exercée à l'étranger ou pour une organisation internationale ou supranationale.

Si les indemnités perçues dans le cadre du travail associatif n'excèdent pas le plafond mensuel applicable et le plafond annuel visés à la loi du 24 décembre 2020 précitée, ces indemnités sont considérées comme des *revenus divers* sur le plan fiscal (*cf.* l'art. 90, al. 1^{er}, 1^o*ter* du Code des impôts sur les revenus 1992).

La règle de cumul n'est donc pas applicable, ***durant sa phase 3***, en cas d'exercice du travail associatif avec l'autorisation du médecin-conseil.]

3. Entrée en vigueur

La présente circulaire produit ses effets à partir du 8 mai 2021.

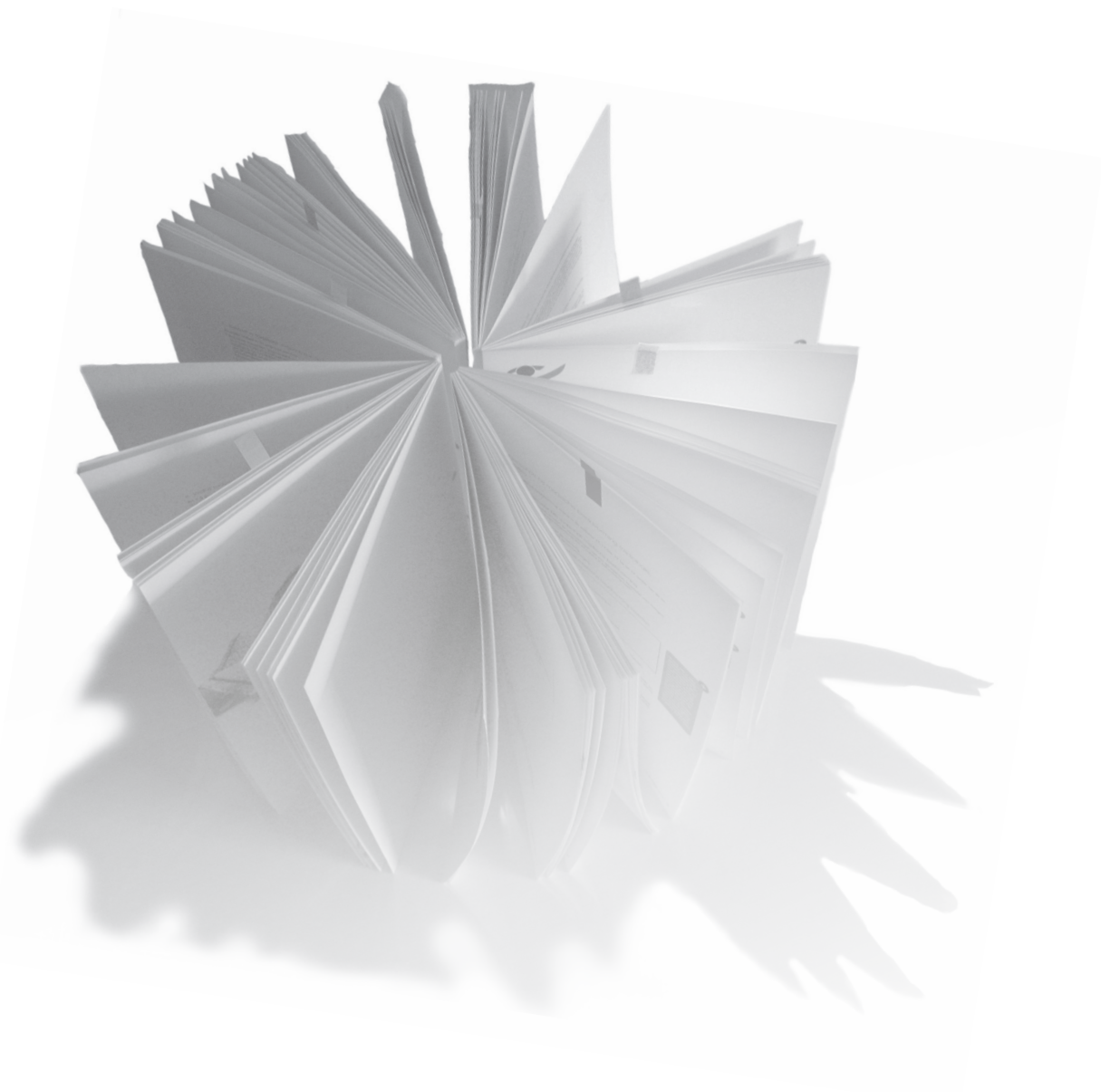
Abroge la circulaire n° 2021/129 du 30 avril 2021.



Circulaire O.A. n° 2021/230 – 249/40 et 484/12 du 19 août 2021.

5^e Partie

Données de base



I. Plafonds des revenus annuels, à ne pas atteindre par les résidents pour bénéficier d'une réduction de la cotisation personnelle (art. 134, 3^e al. de l'A.R. du 03.07.1996) - Résidents

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

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 ^{er} octobre 2006	29.042,51	2.501,25
À partir du 1 ^{er} septembre 2007(bien-être)	29.042,51	2.518,75
À partir du 1 ^{er} janvier 2008	29.624,07	2.602,36
À partir du 1 ^{er} mai 2008	30.215,74	2.654,33
À partir du 1 ^{er} septembre 2008	30.820,06	2.707,42
À partir du 1 ^{er} juin 2009 (bien-être)	30.820,06	2.756,15
À partir du 1 ^{er} janvier 2010 (bien-être)	30.820,06	2.788,65
À partir du 1 ^{er} septembre 2010	31.437,01	2.844,47
À partir du 1 ^{er} mai 2011	32.066,61	2.901,44
À partir du 1 ^{er} septembre 2011 (bien-être)	32.066,61	2.921,74
À partir du 1 ^{er} janvier 2012 (bien-être)	32.066,61	2.959,47
À partir du 1 ^{er} février 2012	32.708,86	3.018,74
À partir du 1 ^{er} décembre 2012	33.363,74	3.079,19
À partir du 1 ^{er} septembre 2013 (bien-être)	33.363,74	3.140,77
À partir du 1 ^{er} juillet 2015	34.031,27	3.203,40
À partir du 1 ^{er} septembre 2015 (bien-être)	34.031,27	3.225,83
À partir du 1 ^{er} janvier 2016 (bien-être)	34.031,27	3.267,47
À partir du 1 ^{er} juin 2016	34.711,44	3.332,74
À partir du 1 ^{er} juin 2017	35.404,25	3.399,56
À partir du 1 ^{er} septembre 2017 (bien-être)	35.404,25	3.467,55
À partir du 1 ^{er} septembre 2018	36.112,24	3.536,95
À partir du 1 ^{er} juillet 2019 (bien-être)	36.112,24	3.622,24
À partir du 1 ^{er} mars 2020	36.835,39	3.694,61
À partir du 1^{er} juillet 2019 (bien-être)	36.835,39	3.768,51

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



Circulaire O.A. n° 2021/194 – 270/82 – 273/83 – 274/84 – 276/133 – 2790/85 – 2791/82 – 2792/81 – 3910/1859 et 83/506 du 30 juin 2021.

II. Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 19) à partir du 1^{er} juillet 2021 - Bien-être

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

En application de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 - Moniteur belge du 29 janvier 2014 (2^e 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 15.986,16 et 2.959,47 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^{er} juillet 2021 :

Montant maximum du montant annuel des revenus des bénéficiaires	
Titulaires	Personnes à charge
20.356,30 EUR	3.768,51 EUR



Circulaire O.A. n° 2021/195 - 3991/337 du 30 juin 2021.

III. Plafonds des revenus annuels, à ne pas atteindre par les résidents pour bénéficier d'une réduction de la cotisation personnelle (art. 134, 3^e al. de l'A.R. du 03.07.1996) - Résidents

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

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 ^{er} janvier 2002	26.306,66	2.265,63
À partir du 1 ^{er} février 2002	26.832,59	2.310,92
À partir du 1 ^{er} juin 2003	27.368,64	2.357,09
À partir du 1 ^{er} octobre 2004	27.914,79	2.404,13
À partir du 1 ^{er} août 2005	28.473,60	2.452,25
À partir du 1 ^{er} octobre 2006	29.042,51	2.501,25
À partir du 1 ^{er} septembre 2007(bien-être)	29.042,51	2.518,75
À partir du 1 ^{er} janvier 2008	29.624,07	2.602,36
À partir du 1 ^{er} mai 2008	30.215,74	2.654,33
À partir du 1 ^{er} septembre 2008	30.820,06	2.707,42
À partir du 1 ^{er} juin 2009 (bien-être)	30.820,06	2.756,15
À partir du 1 ^{er} janvier 2010 (bien-être)	30.820,06	2.788,65
À partir du 1 ^{er} septembre 2010	31.437,01	2.844,47
À partir du 1 ^{er} mai 2011	32.066,61	2.901,44
À partir du 1 ^{er} septembre 2011 (bien-être)	32.066,61	2.921,74
À partir du 1 ^{er} janvier 2012 (bien-être)	32.066,61	2.959,47
À partir du 1 ^{er} février 2012	32.708,86	3.018,74
À partir du 1 ^{er} décembre 2012	33.363,74	3.079,19
À partir du 1 ^{er} septembre 2013 (bien-être)	33.363,74	3.140,77
À partir du 1 ^{er} juillet 2015	34.031,27	3.203,40
À partir du 1 ^{er} septembre 2015 (bien-être)	34.031,27	3.225,83
À partir du 1 ^{er} janvier 2016 (bien-être)	34.031,27	3.267,47
À partir du 1 ^{er} juin 2016	34.711,44	3.332,74
À partir du 1 ^{er} juin 2017	35.404,25	3.399,56
À partir du 1 ^{er} septembre 2017 (bien-être)	35.404,25	3.467,55
À partir du 1 ^{er} septembre 2018	36.112,24	3.536,95
À partir du 1 ^{er} juillet 2019 (bien-être)	36.112,24	3.622,24
À partir du 1 ^{er} mars 2020	36.835,39	3.694,61
À partir du 1 ^{er} juillet 2021 (bien-être)	36.835,39	3.768,51
À partir du 1^{er} septembre 2021	37.571,19	3.843,96

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



Circulaire O.A. n° 2021/238 - 270/83 - 273/84 - 274/85 - 276/134 - 2790/86 - 2791/83 - 2792/82 - 3910/1864 et 83/507 du 2 septembre 2021.

IV. Personnes à charge - Plafond trimestriel de revenus

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

En vertu de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 en exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (art. 124, § 1^{er}, 1^o, al. 1, modifié par l'art. 2 de l'A.R. du 29.12.1997 (M.B. 31.12.1997, éd.2)), ne peut plus être considérée comme personne à charge (au sens de l'art. 32) de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, la personne qui dispose d'un revenu, pension, rente, allocation ou indemnité, pour autant que le montant global brut soit **SUPÉRIEUR** à un montant par trimestre.

Le montant par trimestre civil est calculé au départ du montant de 1.762,82 EUR à l'indice-pivot 103,14 (base 1996). Il est adapté aux fluctuations de l'indice des prix comme prévu dans la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du Trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

Cela donne pour le *secteur public* comme pour le *secteur privé* :

1^{er} septembre 2008 indexation

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

1^{er} septembre 2010 indexation

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

1^{er} mai 2011 indexation

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

1^{er} février 2012 indexation

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

1^{er} décembre 2012 indexation

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

1^{er} juillet 2015 indexation

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

1^{er} juin 2016 indexation

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

1^{er} juin 2017 indexation

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

1^{er} septembre 2018 indexation

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

1^{er} mars 2020 indexation

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

1^{er} septembre 2021 indexation

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

Valeurs par trimestre		
1 ^{er} trimestre 2010	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
2 ^e trimestre 2010	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
3 ^e trimestre 2010	2.148,87*2/3+2.191,85*1/3	2.163,20 EUR
4 ^e trimestre 2010	2.191,85*3/3	2.191,85 EUR
1 ^{er} trimestre 2011	2.191,85*3/3	2.191,85 EUR
2 ^e trimestre 2011	2.191,85*1/3+2.235,68*2/3	2.221,07 EUR
3 ^e trimestre 2011	2.235,68*3/3	2.235,68 EUR
4 ^e trimestre 2011	2.235,68*3/3	2.235,68 EUR
1 ^{er} trimestre 2012	2.235,68*1/3+2.280,40*2/3	2.265,49 EUR
2 ^e trimestre 2012	2.280,40*3/3	2.280,40 EUR
3 ^e trimestre 2012	2.280,40*3/3	2.280,40 EUR
4 ^e trimestre 2012	2.280,40*2/3+2.326,00*1/3	2.295,60 EUR
1 ^{er} trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 ^e trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 ^e trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
4 ^e trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
1 ^{er} trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 ^e trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 ^e trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
4 ^e trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
1 ^{er} trimestre 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 ^e trimestre 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 ^e trimestre 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
4 ^e trimestre 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
1 ^{er} trimestre 2016	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
2 ^e trimestre 2016	2.372,52*2/3+2.419,97*1/3	2.388,34 EUR
3 ^e trimestre 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
4 ^e trimestre 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
1 ^{er} trimestre 2017	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
2 ^e trimestre 2017	2.419,97*2/3+2.468,37*1/3	2.436,10 EUR
3 ^e trimestre 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
4 ^e trimestre 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
1 ^{er} trimestre 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
2 ^e trimestre 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
3 ^e trimestre 2018	2.468,37*2/3 + 2.517,74*1/3	2.484,83 EUR
4 ^e trimestre 2018	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
1 ^{er} trimestre 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
2 ^e trimestre 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
3 ^e trimestre 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
4 ^e trimestre 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
1 ^{er} trimestre 2020	2.517,74*3/3 + 2.568,10*1/3	2.534,53 EUR
2^e trimestre 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
3^e trimestre 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
4^e trimestre 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
1^{er} trimestre 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
2^e trimestre 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
3^e trimestre 2020	2.568,10*3/3 + 2619,46*1/3	2.585,22 EUR



Circulaire O.A. n° 2021/239 - 248/72 du 2 septembre 2021.

V. Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art 37, § 19) à partir du 1^{er} septembre 2021 - Pivot

En application de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 – Moniteur belge du 29 janvier 2014 (2^e 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 15.986,16 et 2.959,47 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^{er} septembre 2021 :

Montant maximum du montant annuel des revenus des bénéficiaires	
Titulaires	Personnes à charge
20.763,88 EUR	3.843,96 EUR



Circulaire O.A. n° 2021/240 - 3991/338 du 2 septembre 2021.

Comité de rédaction

Mme Caroline Lekane
Mme Caroline Marthus
Mme Nuray Özdemir
M. Jonathan Owczarek
Mme Mélissa François
Mme Marleen Stevens
Mme Zoé De Clippel
Mme Natalia Golovneva

/

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726