

1^{re} Partie

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



1^{er} trimestre 2024

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

Moniteur belge	Date	Titre
23.01.2024	15.01.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal met notamment en œuvre :

- l'organisation de plusieurs contacts physiques par le médecin-conseil ou le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire en vue d'évaluer l'état d'incapacité de travail pendant la période d'incapacité primaire reconnue (au plus tard pendant le 4^e mois d'incapacité primaire, pendant le 7^e mois d'incapacité primaire et pendant le 11^e mois d'incapacité primaire) et pendant l'avant-dernier mois de la période d'invalidité reconnue. Dans ce cadre, une évaluation des capacités restantes du titulaire est prévue qui, le cas échéant, donne lieu à un renvoi du titulaire vers le coordinateur retour au travail
- les nouvelles compétences des médecins du Service des indemnités, membres du Conseil médical de l'invalidité et la mise en œuvre de contrôles thématiques liés au processus d'évaluation de l'aptitude ou de l'inaptitude au travail.

Moniteur belge	Date	Titre
23.01.2024	18.01.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Résumé des modifications

L'arrêté royal met notamment en œuvre :

- l'organisation de plusieurs contacts physiques par le médecin-conseil ou le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire en vue d'évaluer l'état d'incapacité de travail pendant la période d'incapacité primaire reconnue (au plus tard pendant le 4^e mois d'incapacité primaire, pendant le 7^e mois d'incapacité primaire et pendant le 11^e mois d'incapacité primaire) et pendant l'avant-dernier mois de la période d'invalidité reconnue. Dans ce cadre, une évaluation des capacités restantes du titulaire est prévue qui, le cas échéant, donne lieu à un renvoi du titulaire vers le coordinateur retour au travail
- les nouvelles compétences des médecins du Service des indemnités, membres du Conseil médical de l'invalidité et la mise en œuvre de contrôles thématiques liés au processus d'évaluation de l'aptitude ou de l'inaptitude au travail.

Moniteur belge	Date	Titre
06.02.2024	21.01.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 2019 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 pansements actifs
18.03.2024	21.01.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 2019 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 pansements actifs. - <i>Erratum</i>

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte des modifications à l'annexe 1^{er} à l'arrêté royal du 23 mars 2019 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 pansements actifs.

Moniteur belge	Date	Titre
13.03.2024	25.02.2024	Arrêté royal portant exécution de l'article 53, § 1 ^{er} , alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Pour la facturation des médicaments par les maisons de soins psychiatriques, la date visée à l'article 53, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est fixée au 1^{er} juillet 2024. La maison de soins psychiatriques envoie le fichier de facturation à l'institution coopérante de sécurité sociale comme prévu à l'article 2, 2^o, b), de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale à travers le réseau électronique MyCareNet.

Moniteur belge	Date	Titre
15.03.2024	21.02.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 2019 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 pansements actifs

Résumé des modifications

L'arrêté royal complète l'annexe 1^{re} jointe à l'arrêté royal du 23 mars 2019 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 pansements actifs.

Moniteur belge	Date	Titre
18.03.2024	11.03.2024	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, en ce qui concerne l'insertion de la Commission pour les objectifs de soins de santé

Résumé des modifications

L'arrêté royal insère une section VI/1 comportant les articles 46/1 à 46/6 relative à la Commission pour les objectifs de soins de santé. Ces dispositions règlent entre autre :

- le nombre et la manière dont les différentes catégories de candidats-membres sont désignées
- la manière dont le président est désigné
- la durée et les conditions d'exercice du mandat des membres de la Commission
- l'exercice de la présidence de la Commission
- la convocation de la Commission
- les règles de vote au sein de la Commission
- la fonction du secrétariat de la Commission.

Moniteur belge	Date	Titre
19.03.2024	11.03.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'article 124, § 3, est complété par un alinéa rédigé comme suit : "Par exception à l'alinéa 1^{er} également, la condition de cohabitation est présumée maintenue entre un titulaire et sa personne à charge, pendant une durée de deux trimestres civils maximum, en cas de radiation d'office du Registre national des personnes physiques qui concerne tant le titulaire que sa personne à charge, selon le même code de radiation et à la même date. Toutefois, la condition de cohabitation n'est pas présumée maintenue si la radiation d'office fait suite à leur départ à l'étranger ou à la perte de leur titre de séjour."
- l'article 128^{ter} est complété par un alinéa rédigé comme suit : "La qualité de titulaire de l'article 32, alinéa 1^{er}, 13°, de la loi coordonnée n'est pas perdue pour les personnes radiées d'office du Registre national des personnes physiques, à condition que la durée de la radiation n'atteigne pas trois trimestres civils. Toutefois, cette exception ne vaut pas pour les personnes radiées d'office suite à leur départ à l'étranger ou suite à la perte de leur titre de séjour."
- dans l'article 128^{quinquies}, le paragraphe 2 abrogé par l'arrêté royal du 1^{er} juillet 2008, est rétabli dans la rédaction suivante : "§ 2. La qualité de titulaire de l'article 32, alinéa 1^{er}, 15°, de la loi coordonnée n'est pas perdue pour les personnes radiées d'office du Registre national des personnes physiques, à condition que la durée de la radiation n'atteigne pas trois trimestres civils. La même exception vaut pour les personnes qui bénéficiaient des prestations de santé en une autre qualité de titulaire de l'article 32, alinéa 1^{er}, tout en remplissant les conditions de la qualité visée au 15°. Toutefois, cette exception ne vaut pas pour les personnes radiées d'office suite à leur départ à l'étranger ou suite à la perte de leur titre de séjour."

Moniteur belge	Date	Titre
19.03.2024	11.03.2024	Arrêté royal portant exécution de l'article 53, § 1 ^{er} , alinéa 13, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif à la vérification obligatoire par les établissements hospitaliers de l'identité du patient par la lecture d'un moyen d'identité électronique

Résumé des modifications

Cet arrêté est applicable aux établissements hospitaliers qui facturent des admissions et prestations ambulatoires donnant lieu à une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

La date visée à l'article 3, § 2, alinéa 3, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant, est fixée au 1^{er} avril 2024.

Moniteur belge	Date	Titre
25.03.2024	29.02.2024	Arrêté royal modifiant l'article 37 <i>bis</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

À l'article 37*bis*, § 1^{er}, E, 5^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les numéros d'ordre "471870, 471914, 471936" sont insérés entre le numéro d'ordre "471811" et le numéro d'ordre "472076".

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

Moniteur belge	Date	Titre
26.01.2024	19.10.2023	Arrêté royal insérant une disposition transitoire dans l'arrêté royal du 17 juin 2022 modifiant 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 pathologies de la colonne vertébrale

Résumé des modifications

L'arrêté royal insère un article 5/1 dans l'arrêté royal du 17 juin 2022 modifiant 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 pathologies de la colonne vertébrale, rédigé comme suit :

"Art. 5/1. Disposition transitoire

Les prestations de l'article 14, n), de la nomenclature sont accessibles pour les médecins spécialistes en chirurgie si, avant le 15 juillet 2022, ils ont exercé à plus de 75 % d'une activité à temps plein en chirurgie de la colonne vertébrale et font partie de l'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale."

Moniteur belge	Date	Titre
12.02.2024	19.10.2023	Arrêté royal modifiant l'article 14, h), § 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 au II., 2^o, de l'article 14, h), § 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 règle d'application suivant le libellé de la prestation 248975-248986 est remplacée
- la prestation et la règle d'application 248474-248485 sont insérées à la suite de la règle d'application suivant le libellé de la prestation 248975-248986
- dans le texte néerlandais, dans la règle d'application suivant la prestation 248356-248360, le mot "het" est inséré entre les mots "in" et "betrokken"
- la prestation 248393-248404 et sa règle d'application sont supprimées
- la règle d'application suivant le libellé de la prestation 248430-248441 est remplacée
- la prestation 248452-248463 et la première règle d'application qui suit sont supprimées.

Moniteur belge	Date	Titre
12.03.2024	21.02.2024	Arrêté royal modifiant l'article 16 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 le texte en néerlandais, le mot "geneesheer" est remplacé par le mot "arts"
- dans le texte en néerlandais, le mot "geneesheer-specialist" est remplacé par le mot "arts-specialist"
- au paragraphe 6, les mots "En dérogation du" sont remplacés par les mots "Par dérogation au"
- l'article est complété par un paragraphe 7, rédigé comme suit : "§ 7. Par dérogation au § 5, l'aide opératoire ne peut pas être attestée pour les prestations 312410-312421 et 312432-312443 excepté si celle-ci est effectuée par un médecin spécialiste en formation en stomatologie."

Moniteur belge	Date	Titre
18.03.2024	21.02.2024	Arrêté royal modifiant l'article 14, k), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante :

- à l'article 14, k), I., § 2, B, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, au 1^o "Traitement des fractures et luxations", les prestations 295050-295061 et 295072-295083 sont supprimées.

Moniteur belge	Date	Titre
19.03.2024	25.02.2024	Arrêté royal modifiant les articles 3, § 1 ^{er} , C., 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 3, § 1^{er}, C., 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, dans la rubrique 1/CHIMIE, sous l'intitulé 1/Sang, les modifications suivantes sont apportées :
 - => la valeur relative de la prestation 125090-125101 est remplacée par "100" ;
 - => la valeur relative de la prestation 125112-125123 est remplacée par "100" ;
 - => la prestation 125134-125145 est supprimée.
- à 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, dans la rubrique "Règles de cumul", la règle de cumul 4 est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
19.03.2024	25.02.2024	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}, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- dans la rubrique 1/CHIMIE, au 1/Sang :
 - => la prestation 540455-540466 est remplacée ;
 - => la prestation 542990-543001 est insérée après la prestation 540455-540466.
- dans la rubrique "Règles de cumul", la règle de cumul 11 est remplacée
- la rubrique "Règles diagnostiques" est complétée.

À titre de disposition transitoire, lors de l'année civile d'entrée en vigueur, il est uniquement tenu compte du nombre de prestations porté en compte après la date d'entrée en vigueur afin de déterminer le nombre maximum de prestations attestables par année civile, comme visé dans la règle diagnostique 171, reprise à l'article 1, C. du présent arrêté.

Moniteur belge	Date	Titre
25.03.2024	29.02.2024	Arrêté royal modifiant l'article 20 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- au paragraphe 1^{er}, b), :
 - => le libellé des prestations 471715-471726 ; 471730-471741 ; 471796-471800 et 471811-471822 sont remplacés ;
 - => la prestation 471870-471881 est insérée après la prestation 471730-471741 ;
 - => la prestation 471892-471903 et la règle d'application sont insérées après la prestation 471796-471800 ;
 - => la prestation 471914-471925 ; 471936-471940 et 471951-471962 sont insérées après la prestation 471811-471822 ;
 - => la règle d'application suivant la prestation 471811-471822 est remplacée.
- au paragraphe 2,C., la première règle de connexité est supprimée.

Moniteur belge	Date	Titre
25.03.2024	12.03.2024	Arrêté royal modifiant les articles 27 et 29 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 27, les modifications suivantes sont apportées :
 - => au paragraphe 1^{er}, sous l'intitulé "Lombostat pour affection de la colonne lombo-sacrée en coutil et métal, sur mesure", les prestations 604214-604225 et 604236-604240 sont supprimées ;
 - => au paragraphe 8, premier alinéa, les mots "604214-604225, 604236-604240," sont supprimés.
- à l'article 29, les modifications suivantes sont apportées :
 - => au paragraphe 1^{er}, A, sous l'intitulé "Groupe principal IV : Orthèse lombo-sacrée (O.L.S.)", les prestations 645352-645363 et 645374-645385 sont supprimées ;
 - => au paragraphe 4, 1^o, sous d), les mots "645352-645363, 645374-645385," sont supprimés.

Moniteur belge	Date	Titre
29.03.2024	24.03.2024	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 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- au A.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 "6,00 et plus" ;
 - => au 2^o groupe cible, le libellé des prestations 741753, 741775, 741856, 741871, 741893, 741952 et 741974 est remplacé par "3,75 à 5,75 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 5,75 inclus" ;
- au A., 3.1, alinéa 1^{er}, les mots "-/+ 7,00 dioptries" sont remplacés par les mots "-/+ 6,00 dioptries"
- au A., 4.1, alinéa 1^{er}, les mots "-/+ 6,75 dioptries" sont remplacés par les mots "-/+ 5,75 dioptries"
- au A., 4.1., alinéa 4, les mots "3,75 à 6,75" sont remplacés par les mots "3,75 à 5,75"
- au A., 5.1, les mots "-/+ 6,75 dioptries" sont remplacés par les mots "-/+ 5,75 dioptries"
- au C., 2.2.2, les modifications suivantes sont apportées :
 - => à l'alinéa 1^{er}, le 4 est remplacé par ce qui suit : "4. amétropie d'au moins -/+ 6,00 dioptries."
 - => à l'alinéa 3, les mots "L'amétropie d'au moins -/+ 7,75 dioptries" sont remplacés par les mots "L'amétropie d'au moins -/+ 6,00 dioptries".

3. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
17.01.2024	07.01.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 27 janvier 2022 fixant le mode de répartition et l'octroi des frais d'administration entre les unions nationales en ce qui concerne l'élaboration et la mise en œuvre des "Trajets Retour Au Travail"

Résumé des modifications

Le montant des frais d'administration des cinq unions nationales, en vue de la préparation et de la mise en œuvre des "Trajets Retour Au Travail", est annuellement majoré d'un montant spécifique.

Ces frais d'administration supplémentaires sont repartis entre les unions nationales sur base d'une clé de répartition fixée dans l'arrêté royal du 27 janvier 2022 fixant le mode de répartition et l'octroi des frais d'administration entre les unions nationales en ce qui concerne l'élaboration et la mise en œuvre des "Trajets Retour Au Travail".

Pour la clé de répartition de l'année N, il est prévu de prendre en compte les questionnaires complétés réceptionnés et les déclarations positives d'engagement signées pour l'année N-1. Il convient toutefois de noter que les chiffres relatifs aux questionnaires complétés réceptionnés et aux déclarations positives d'engagement signées pour l'année N-1 ne sont transmis à l'INAMI par les organismes assureurs qu'à la fin du mois de janvier de l'année N au plus tôt. Dans ce contexte, certaines corrections peuvent par exemple encore être nécessaires, de sorte que l'élaboration de la clé de répartition pour l'année N subisse des retards.

Pour résoudre ce problème, le dudit arrêté royal prévoit de prendre en compte les données du quatrième trimestre civil de la deuxième année de service précédant l'année de service en question et les données des premier, deuxième et troisième trimestres civils de l'année de service précédant l'année de service en question dans le cadre de cette clé de répartition spécifique pour les questionnaires complétés réceptionnés et les déclarations positives d'engagement signées. Cette modification permet d'utiliser un trimestre civil supplémentaire pour établir la clé de répartition.

Étant donné que les questionnaires complétés réceptionnés au cours de l'année de service 2022 ont déjà été pris en compte pour la clé de répartition de l'année de service 2023 (donc également les questionnaires complétés réceptionnés au cours du 4^e trimestre civil de 2022), il est proposé que, pour l'année de service 2024, seuls les questionnaires complétés réceptionnés au cours des premier, deuxième et troisième trimestres civils de l'année de service 2023 soient pris en compte (ce qui éviterait d'utiliser les mêmes données pour deux années de service dans le cadre de l'application de la clé de répartition).

Moniteur belge	Date	Titre
24.01.2024	25.12.2023	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 24 septembre 1992 fixant les modalités relatives aux honoraires forfaitaires pour certaines prestations de biologie clinique, dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés, ainsi qu'à la sous-traitance de ces prestations

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 2 de l'arrêté royal du 24 septembre 1992 fixant les modalités relatives aux honoraires forfaitaires pour certaines prestations de biologie clinique dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés, ainsi qu'à la sous-traitance de ces prestations :

- les mots "B 595" sont à chaque fois remplacés par les mots "B 700"
- les mots "B 1488" sont à chaque fois remplacés par les mots "B 1750"
- les mots "B 2975" sont à chaque fois remplacés par les mots "B 3500".

Moniteur belge	Date	Titre
29.01.2024	18.01.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 12 mars 2023 fixant le mode de répartition et l'octroi des frais d'administration entre les unions nationales en ce qui concerne l'élaboration et la mise en œuvre des "Trajets Retour Au Travail" dans l'assurance indemnités des travailleurs indépendants et des conjoints aidant

Résumé des modifications

Le montant des frais d'administration des cinq unions nationales, en vue de la préparation et de la mise en œuvre des "Trajets Retour Au Travail" dans le régime des travailleurs indépendants, est annuellement majoré d'un montant spécifique.

Ces frais d'administration supplémentaires sont repartis entre les unions nationales sur base d'une clé de répartition fixée dans l'arrêté royal du 12 mars 2023 fixant le mode de répartition et l'octroi des frais d'administration entre les unions nationales en ce qui concerne l'élaboration et la mise en œuvre des "Trajets Retour Au Travail" dans l'assurance indemnités des travailleurs indépendants et des conjoints aidants.

Pour la clé de répartition de l'année N, il est prévu de prendre en compte les questionnaires complétés réceptionnés et les déclarations positives d'engagement signées pour l'année N-1. Il convient toutefois de noter que les chiffres relatifs aux questionnaires complétés réceptionnés et aux déclarations positives d'engagement signées pour l'année N-1 ne sont transmis à l'INAMI par les organismes assureurs qu'à la fin du mois de janvier de l'année N au plus tôt. Dans ce contexte, certaines corrections peuvent par exemple encore être nécessaires, de sorte que l'élaboration de la clé de répartition pour l'année N subisse des retards.

Pour résoudre ce problème, le dudit arrêté royal prévoit de prendre en compte les données du quatrième trimestre civil de la deuxième année de service précédant l'année de service en question et les données des premier, deuxième et troisième trimestres civils de l'année de service précédant l'année de service en question dans le cadre de cette clé de répartition spécifique pour les questionnaires complétés réceptionnés et les déclarations positives d'engagement signées. Cette modification permet d'utiliser un trimestre civil supplémentaire pour établir la clé de répartition.

Étant donné que les "Trajets Retour Au Travail" dans l'assurance indemnités des travailleurs indépendants et des conjoints aidants n'ont été introduits qu'à partir du 1^{er} janvier 2023, il est prévu que, pour l'année de service 2024, seuls les questionnaires complétés réceptionnés au cours des premier, deuxième et troisième trimestres civils de l'année de service 2023 soient pris en compte (en effet, au cours du 4^e trimestre civil de l'année de service 2022, l'organisme assureur ne peut pas avoir réceptionné des questionnaires complétés).

Moniteur belge	Date	Titre
01.02.2024	18.01.2024	Arrêté royal fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les maîtres de stage en dentisterie

Résumé des modifications

En tant que maître de stage en dentisterie, une indemnité pour rémunérer équitablement un stagiaire est versée, selon le barème minimum fixé par le SPF Santé publique. Le montant octroyé pour l'année civile 2022 est de 1.085,78 EUR par mois et par stagiaire encadré à temps plein. Pour l'année civile 2023, ce montant passe à 1.174,17 EUR.

À partir de l'année de prime 2022, le système de paiement se fait par année civile et plus par année académique.

Moniteur belge	Date	Titre
20.02.2024	06.02.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 11 juin 2018 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les maîtres de stage en médecine de candidats spécialistes
28.02.2024	06.02.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 11 juin 2018 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les maîtres de stage en médecine de candidats spécialistes. - <i>Corrigendum</i>

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- dans l'article 4, les modifications suivantes sont apportées :
 - => à l'alinéa 1^{er}, la phrase "L'indemnisation est fixée par mois calendrier entamé d'encadrement de stage effectif." est remplacée par la phrase "L'indemnité est fixée par mois civil complet d'encadrement d'un stagiaire à taux d'activité plein pendant lequel le maître de stage agit en qualité de maître de stage exclusif. L'indemnité est réduite proportionnellement dans la mesure où ces paramètres ne sont pas respectés. Dans l'hypothèse où un maître de stage n'a pas encadré un candidat pendant un mois civil complet, la réduction est appliquée sur la base du norme total de jours." ;
 - => l'alinéa 2 est complété par la phrase suivante : "Pour l'année de référence 2022 ce montant de l'indemnisation est fixé à 598,85 EUR et pour l'année de référence 2023 à 647,60 EUR." ;
 - => l'alinéa 3 est abrogé.
- un article 4/1 est inséré
- l'article 5 est remplacé
- à l'article 7/1, les modifications suivantes sont apportées :
 - => un paragraphe 3/1 est inséré ;
 - => dans le paragraphe 4, les mots "un système de qualité développé" sont remplacés par les mots "un système de qualité et des indicateurs de qualité développés".

Moniteur belge	Date	Titre
12.03.2024	03.03.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 23^{ter} : lorsque le titulaire indépendant reconnu en incapacité de travail a repris une activité en tant que travailleur salarié sans l'autorisation du médecin-conseil et a pris des vacances dans le cadre de la reprise de cette activité, l'organisme assureur peut continuer à refuser ou à récupérer les indemnités malgré la suppression de l'interdiction générale de non-cumul entre les indemnités et le pécule de vacances (*cf.* la modification de l'art. 101 de la loi coordonnée du 14.07.1994 prévue par le projet de loi portant des dispositions diverses urgentes en matière d'assurance indemnités et maternité qui supprime également la règle anti-cumul entre les indemnités et le pécule de vacances prévue à l'art. 103, § 1^{er}, 2^o de la loi coordonnée du 14.07.1994)

- à l'article 24 : il peut arriver que, pour certaines raisons organisationnelles, le médecin-conseil ou le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire organise un seul contact physique lors du quatrième mois de la période d'incapacité primaire dans le cadre, d'une part, de l'évaluation de l'état d'incapacité de travail et, d'autre part, de l'évaluation des capacités restantes, parce que le titulaire reconnu en incapacité de travail n'a pas renvoyé le questionnaire dûment rempli. Dans une telle situation, il est prévu qu'en cas d'absence non valablement justifiée au contact physique, l'octroi des indemnités est supprimé jusqu'au moment où le titulaire remplit (à nouveau) les obligations d'évaluation (cette sanction prévaut sur celle prévoyant une réduction de 2,5 % du montant journalier des indemnités). Une modification similaire est prévue pour le régime des travailleurs salariés à l'article 134, § 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, par l'intermédiaire de la loi-programme du 22 décembre 2023.

Moniteur belge	Date	Titre
12.03.2024	03.03.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Résumé des modifications

L'arrêté royal prévoit la suppression du système dual actuel concernant l'autorisation de reprendre une activité pendant l'incapacité de travail dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants et des conjoints aidants :

- l'autorisation "article 23" en vue de la réinsertion complète : six mois au maximum (prolongeable jusqu'à 18 mois) et l'application d'une présomption légale d'incapacité de travail
- l'autorisation "article 23bis" sans l'objectif de réinsertion complète ou si la réinsertion complète au terme de l'exercice d'une activité sur base d'une autorisation "article 23" a échoué : pas de limitation dans le temps et pas d'application d'une présomption légale d'incapacité de travail.

Il est prévu, plus concrètement, de supprimer l'autorisation actuelle "article 23". L'autorisation actuelle "article 23bis" reste d'application, mais avec une limite dans le temps ("Chaque autorisation est accordée et, si nécessaire, renouvelée pour une durée limitée qui ne dépasse pas deux ans"). Plusieurs mesures transitoires sont prévues pour certains titulaires indépendants reconnus en incapacité de travail exerçant déjà une activité autorisée avant l'entrée en vigueur de la réforme. Par exemple, en ce qui concerne les autorisations "article 23" en cours au moment de l'entrée en vigueur de la réforme, les titulaires concernés pourront poursuivre leur activité jusqu'à la fin de l'autorisation en cours accordée pour une période maximale de six mois (avec l'application de la présomption légale d'incapacité de travail).

Moniteur belge	Date	Titre
12.03.2024	03.03.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Résumé des modifications

L'arrêté royal assouplit la règle stricte de non-cumul entre, d'une part, les indemnités à charge du régime des travailleurs indépendants et, d'autre part, une rémunération ou une indemnité de rupture de contrat / indemnité en compensation du licenciement perçue à la suite d'une occupation contractuelle ou statutaire.

Au lieu d'un simple refus des indemnités en cas de bénéfice d'un tel avantage, une règle de la différence est introduite. Concrètement, le montant de l'indemnité à charge du régime des travailleurs indépendants est réduit :

- du montant de la rémunération ainsi que du complément prévu par la convention collective de travail n° 12bis ou 13bis dus par l'employeur au titulaire pendant l'occupation en cours en vertu de la réglementation du travail applicable, après le début de la période pendant laquelle le titulaire est dans l'impossibilité d'effectuer son travail en raison d'une incapacité de travail
- du montant du traitement différé accordé à l'enseignant temporaire après la fin de l'occupation, de l'indemnité due par l'employeur à la suite de la rupture irrégulière du contrat de travail ainsi que de l'indemnité en compensation du licenciement octroyée par l'ONEm.

Moniteur belge	Date	Titre
18.03.2024	21.02.2024	Arrêté royal fixant le montant à charge des frais d'administration de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité destiné au financement du Fonds des accidents médicaux en 2022

Résumé des modifications

Le montant à charge des frais d'administration de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité destiné au financement du Fonds des accidents médicaux est fixé à 26.564.288,81 EUR en 2022.

Moniteur belge	Date	Titre
21.03.2024	03.03.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 11 juin 2011 portant exécution de l'article 154, alinéa 6 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- dans l'article 1, les modifications suivantes sont apportées :
 - => au § 2, premier alinéa, au point a), les mots "et repris dans la base de données de l'accréditation de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (ci-après l'Institut) mise en place en vertu de l'article 122^{quater}, § 5, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la même loi" sont ajoutés après le mot "susvisée";
 - => au § 2, premier alinéa, le point b), est remplacé comme suit : "b) les programmes spécifiques en médecine d'assurance élaborés par la "Wetenschappelijke vereniging voor verzekerings geneeskunde", l' "Association scientifique de médecine d'assurance", l' "Union européenne de médecine d'assurance et de sécurité sociale", ou l' "Institut" ou les programmes spécifiques organisés en collaboration avec ceux-ci." ;
 - => le § 3 est remplacé.
- à l'article 6, les modifications suivantes sont apportées :
 - => les § 2 et 3 sont remplacés ;
 - => un § 4, un § 5 et un § 6 sont insérés.

Moniteur belge	Date	Titre
22.03.2024	12.03.2024	Arrêté royal portant exécution du Chapitre 2 de la loi du 29 novembre 2022 portant des dispositions diverses en matière de soins de santé, relatif à l'application de l'interdiction des suppléments d'honoraires pour les soins de santé effectués par des médecins aux bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance

Résumé des modifications

L'arrêté royal fait entrer en vigueur l'interdiction de la facturation de suppléments d'honoraires dans le secteur ambulatoire pour tous les dispensateurs de soins à l'exception des praticiens de l'art dentaire.

À partir du 1^{er} janvier 2025, l'interdiction de facturation de suppléments d'honoraires s'applique aux bénéficiaires visés aux articles 8 et 14 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Il s'agit, entre autres, des bénéficiaires du revenu d'intégration, de la garantie de revenu aux personnes âgées, du revenu garanti aux personnes âgées, d'une allocation aux personnes handicapées, allocations familiales majorées, orphelin ou mineur étranger non accompagné, ainsi que les membres de leur famille bénéficiant de l'intervention majorée. Conformément à la réglementation, il leur est accordé automatiquement un droit à l'intervention majorée. Cela signifie que dans ce cas aucune enquête sur les revenus ne doit être effectuée par la mutualité, étant donné que l'examen des moyens d'existence a déjà été fait par les autorités compétentes concernées.

La deuxième étape se rapporte aux bénéficiaires d'une intervention majorée de l'assurance qui est octroyée après une enquête sur les revenus opérée par la mutualité (art. 18 de l'A.R. précité du 15.01.2014). Dans cette situation, l'interdiction de facturation de suppléments d'honoraires entrera en vigueur après l'application du contrôle des revenus effectué en 2025 selon la procédure fixée aux articles 19 et 37 de l'arrêté royal précité du 15 janvier 2014.

Moniteur belge	Date	Titre
22.03.2024	17.03.2024	Arrêté royal portant exécution du Chapitre 2 de la loi du 29 novembre 2022 portant des dispositions diverses en matière de soins de santé, relatif à l'application de l'interdiction des suppléments d'honoraires pour les soins de santé effectués par des praticiens de l'art dentaires aux bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance

Résumé des modifications

L'arrêté royal fait entrer en vigueur l'interdiction de la facturation de suppléments d'honoraires dans le secteur ambulatoire, en ce qui concerne les praticiens de l'art dentaire.

À partir du 1^{er} janvier 2025, l'interdiction de facturation de suppléments d'honoraires s'applique aux prestations de l'article 5 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 qui ont été revalorisées depuis 2022 ou seront revalorisées dans le courant de l'année 2024 ainsi que l'ensemble de la rubrique des "traitements préventifs".

À partir du 1^{er} juillet 2026, l'interdiction de facturation de suppléments d'honoraires s'appliquera pour toutes les prestations de l'article 5 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Moniteur belge	Date	Titre
25.03.2024	12.03.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 novembre 2001 portant fixation d'une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des semelles orthopédiques, des chaussures orthopédiques et de certaines autres prestations d'orthopédie
19.04.2024	12.03.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 novembre 2001 portant fixation d'une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des semelles orthopédiques, des chaussures orthopédiques et de certaines autres prestations d'orthopédie. - <i>Erratum</i>

Résumé des modifications

L'article 1^{er} de l'arrêté royal du 10 novembre 2001 portant fixation d'une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des semelles orthopédiques, des chaussures orthopédiques et de certaines autres prestations d'orthopédie, est complété par un alinéa rédigé comme suit :

"4° de certaines autres prestations de bandagisterie visées à l'article 27, § 1^{er}, et d'orthopédie visées à l'article 29, § 1^{er} de la même annexe.

Pour la prestation de l'article 27, § 1^{er}, reprise sous le numéro 604251-604262, cette intervention personnelle est fixée à 30,45 Y et pour la prestation de l'article 29, § 1^{er}, A. TETE - COU - TRONC reprise sous le numéro 645396-645400, cette intervention personnelle est fixée à 30,45 T."

Moniteur belge	Date	Titre
28.03.2024	11.03.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

La liaison à l'indice des prix à la consommation est suspendue pour l'année 2024.

Moniteur belge	Date	Titre
28.03.2024	11.03.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques

Résumé des modifications

La liaison à l'indice santé est suspendue pour l'année 2024.

Moniteur belge	Date	Titre
28.03.2024	11.03.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des moyens diagnostiques et du matériel de soins remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

La liaison à l'indice des prix à la consommation est suspendue pour l'année 2024.

Moniteur belge	Date	Titre
28.03.2024	11.03.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

La liaison à l'indice des prix à la consommation est suspendue pour l'année 2024.

Moniteur belge	Date	Titre
29.03.2024	17.03.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- au chapitre I de l'annexe à l'arrêté royal du 10 janvier 1991, les dispositions du 3^e tiret du point B.1. sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes : "la prescription mentionne le groupe à risque auquel le bénéficiaire appartient, ainsi que, le cas échéant, si le bénéficiaire peut prétendre à 4 prestations de podologie sur base annuelle, conformément aux dispositions du point B.3."
- au chapitre I de l'annexe au même arrêté, les dispositions du 5^e tiret du point B.2. sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes : "la prescription mentionne le groupe à risque auquel le bénéficiaire appartient, ainsi que, le cas échéant, si le bénéficiaire peut prétendre à 4 prestations de podologie sur base annuelle, conformément aux dispositions du point B.3."
- au chapitre I de l'annexe au même arrêté, les dispositions du point B.3. sont supprimées et remplacées
- les prestations de podologie (794032 ou 771153) qui ont été dispensées avant la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, mais durant la même année calendrier, doivent être décomptées du nombre maximum de prestations de podologie remboursables en vertu du présent arrêté
- à l'alinéa 1^{er} du chapitre IV de l'annexe à l'arrêté royal du 10 janvier 1991, la phrase "Séance de rééducation collective pluridisciplinaire avec une durée minimale de 60 minutes, à la suite d'un programme de rééducation individuel et qui, en ce qui concerne l'aspect de réentraînement physique, s'adresse à un groupe d'au maximum huit personnes." est remplacée par la phrase suivante : "Séance de rééducation collective pluridisciplinaire avec une durée minimale de 60 minutes, à la suite d'un programme de rééducation individuel ou à la suite d'une intervention endovasculaire percutanée thérapeutique sur les artères coronaires, sous contrôle d'imagerie médicale qui a justifié une hospitalisation de jour et qui, en ce qui concerne l'aspect de réentraînement physique, s'adresse à un groupe d'au maximum huit personnes."

- l'alinéa 2 du chapitre IV de l'annexe au même arrêté est complété par la phrase suivante : "Si le patient a subi une intervention endovasculaire percutanée thérapeutique sur les artères coronaires sous contrôle d'imagerie médicale en hospitalisation de jour, la première évaluation devra avoir lieu au plus tard le quinzième jour après le début de la rééducation cardiaque."
- le point A du chapitre IV de l'annexe au même arrêté, est complété par un alinéa, libellé comme suit : "La prestation 771212-771223 est également remboursable après une intervention endovasculaire percutanée thérapeutique sur les artères coronaires, sous contrôle d'imagerie médicale qui a justifié une hospitalisation de jour et ce au cours d'une période de 6 mois qui suit immédiatement la fin de l'hospitalisation de jour."
- le point B du chapitre IV de l'annexe au même arrêté est complété par deux alinéas
- au point C du chapitre IV de l'annexe au même arrêté, la phrase "La demande d'intervention établie sur un formulaire dont le modèle est approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé, doit être introduite sans délai par le bénéficiaire auprès du médecin-conseil de sa mutualité, de son office régional ou de la caisse de soins de santé de la Société nationale des Chemins de fer belges." est remplacée par la phrase suivante : "La demande d'intervention établie sur un formulaire dont le modèle est approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé, doit être introduite sans délai par le bénéficiaire auprès du médecin-conseil de son organisme assureur."
- au chapitre IV de l'annexe au même arrêté, les mots "un ergologue formé en matière d'insertion sociale et professionnelle de handicapés" sont chaque fois remplacés par "un ergologue formé en matière d'insertion professionnelle"
- dans le même arrêté les modifications suivantes sont apportées dans le texte en néerlandais :
=> le mot "geneesheer" est chaque fois remplacé par le mot "arts" ;
=> le mot "geneesheren-directeurs" est chaque fois remplacé par le mot "artsen-directeurs";
=> le mot "geneesheer-specialist" est chaque fois remplacé par le mot "arts-specialist".

4. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
16.01.2024	09.01.2024	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
18.01.2024 – Édition 1	10.01.2024	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 remplace l'inscription de spécialités à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
19.01.2024	16.01.2024	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

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications :

- à l'annexe I
- à l'annexe II, le point V.13 est inséré
- à l'annexe IV, des codes ATC sont ajoutés.

Moniteur belge	Date	Titre
25.01.2024	16.01.2024	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels insèrent une spécialité :

- au chapitre IV à l'annexe I de 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, au paragraphe 2680000
- au chapitre I à l'annexe I de 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.

Moniteur belge	Date	Titre
05.02.2024	29.01.2024	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
05.02.2024	09.01.2024	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 les modifications suivantes :

- remplace l'inscription de spécialités au § 3380300 et § 3380400
- supprime des spécialités au § 3380400.

Moniteur belge	Date	Titre
19.02.2024 – Édition 2	12.02.2024	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
- à l'annexe II, sont apportées les modifications suivantes :
=> le point IX.11 est inséré, rédigé comme suit : "Les immunosuppresseurs sélectifs utilisés dans le traitement de la Myasthénie grave généralisée : A-159" ;
- à l'annexe IV, les codes ATC libellé comme suit sont ajoutés: L04AA58 - EFGARTIGIMOD ALFA

Moniteur belge	Date	Titre
19.02.2024 – Édition 2	14.02.2024	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 les modifications suivantes :

- à l'annexe I, le code ATC de spécialités est remplacé
- à l'annexe IV, le code ATC est ajouté
- à l'annexe IV, le code ATC est modifié.

Moniteur belge	Date	Titre
21.02.2024	14.02.2024	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 remplace l'inscription de spécialités à l'annexe I de 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.

Moniteur belge	Date	Titre
11.03.2024	12.02.2024	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
21.03.2024	11.03.2024	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

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications :

- à l'annexe I
- à l'annexe II sont apportées les modifications suivantes :
 - => le point VII.1.33 est inséré, rédigé comme suit : "Antibiotique à large spectre à utiliser en cas de résistance suspectée ou avérée aux carbapénèmes ou dans le cas d'infections dues à d'autres organismes multirésistants : B-382" ;
 - => le point XXIII.28 est inséré, rédigé comme suit : "Thérapie génique avec une population enrichie de cellules CD34+ autologues transduites par un vecteur lentiviral codant pour le gène de l'arylsulfatase A humaine (ARSA) pour le traitement de la leucodystrophie métagénétique (LDM). : A-160".
- à l'annexe IV, des codes ATC sont ajoutés
- au chapitre IV à l'annexe I, une spécialité est insérée aux paragraphes 380100, 380200 et 380300.

Moniteur belge	Date	Titre
21.03.2024	13.03.2024	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels remplacent l'inscription de spécialités à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
19.01.2024	09.01.2024	Arrêté ministériel fixant des normes de qualité pour certains moyens diagnostiques et matériel de soins inscrits dans la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 ^{er} , 5 ^o a), 19 ^o , 20 ^o et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel fixe les normes de qualité auxquelles doivent répondre les tensiomètres, les glucomètres et tigettes pour être reprises sur la liste.

Les tensiomètres inscrits sur la liste doivent répondre, au plus tard le 31 décembre 2025, aux normes fixées.

Moniteur belge	Date	Titre
29.01.2024	10.01.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 ^{er} , 5 ^o a), 19 ^o , 20 ^o et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- dans la liste partie I, titre 1, chapitre II, section 1, des moyens sont ajoutés
- dans la liste partie I, titre 1, chapitre II, section 5, des moyens sont ajoutés
- la partie I, titre 1, chapitre II de l'annexe est complétée par une section 6
- dans la liste partie I, titre 1, chapitre III, section 1, un moyen est ajouté
- la partie III, titre 2, de l'annexe est complétée par des formulaires.

Moniteur belge	Date	Titre
16.02.2024	29.01.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 ^{er} , 5 ^o a), 19 ^o , 20 ^o et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
19.02.2024 – Édition 2	02.02.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 ^{er} , 5 ^o a), 19 ^o , 20 ^o et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

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

- dans la liste partie I, titre 1, chapitre II, section 5, des moyens sont supprimés
- dans la Partie I, Titre 2, Chapitre I de la liste annexée au même arrêté, des dispositions sont supprimées au § 10000.

Moniteur belge	Date	Titre
15.03.2024	05.02.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 ^{er} , 5 ^o a), 19 ^o , 20 ^o et 20 <i>bis</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel ajoute des moyens dans la liste partie I, titre 1, chapitre II, section 5, de l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5^o a), 19^o, 20^o et 20*bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Moniteur belge	Date	Titre
18.03.2024	07.03.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 ^{er} , 5 ^o a), 19 ^o , 20 ^o et 20 <i>bis</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
12.06.2024	07.03.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 ^{er} , 5 ^o a), 19 ^o , 20 ^o et 20 <i>bis</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. - <i>Erratum</i>

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- dans la liste partie I, titre 1, chapitre II, section 2, un moyen est ajouté
- dans la liste partie I, titre 4, chapitre II, des modifications sont apportées et au point b), des dispositions sont supprimées
- la liste partie I, titre 3, chapitre IV de l'annexe, est complétée par un § 33.

Moniteur belge	Date	Titre
19.01.2024	16.01.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
19.02.2024 – Édition 2	12.02.2024	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 suivantes à l'annexe I de l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques :

- au chapitre II-B :
=> le § 10006 est supprimé.

Moniteur belge	Date	Titre
21.03.2024	11.03.2024	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.

5. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
16.01.2024	13.11.2023	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

À l'annexe du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, le formulaire F-FORM-II-01 concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, est supprimé.

Moniteur belge	Date	Titre
02.02.2024	18.09.2023	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

À l'annexe du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, le formulaire F-Form-I-02 concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, est supprimé.

Moniteur belge	Date	Titre
01.03.2024	11.12.2023	Règlement fixant le modèle d'affiche pour l'affichage des tarifs par les pharmaciens qui exercent dans une officine ouverte au public
01.03.2024	11.12.2023	Règlement fixant le modèle d'affiche pour l'affichage des tarifs par les technologues orthopédiques en prothésologie
01.03.2024	11.12.2023	Règlement fixant le modèle d'affiche pour l'affichage des tarifs par logopède
01.03.2024	11.12.2023	Règlement fixant le modèle d'affiche pour l'affichage des tarifs par les technologues orthopédiques en bandagisterie et orthésologie
01.03.2024	11.12.2023	Règlement fixant le modèle d'affiche pour l'affichage des tarifs par les sages-femmes
01.03.2024	11.12.2023	Règlement fixant le modèle d'affiche pour l'affichage des tarifs par les technologues orthopédiques en technologie de la chaussure
01.03.2024	11.12.2023	Règlement fixant le modèle d'affiche pour l'affichage des tarifs par les praticiens de l'art infirmier
01.03.2024	11.12.2023	Règlement fixant le modèle d'affiche pour l'affichage des tarifs par les kinésithérapeutes
26.03.2024	11.12.2023	Règlement fixant le modèle d'affiche pour l'affichage des tarifs par les kinésithérapeutes. - <i>Corrigendum</i>
01.03.2024	11.12.2023	Règlement fixant le modèle d'affiche pour l'affichage des tarifs par les opticiens
01.03.2024	11.12.2023	Règlement fixant le modèle d'affiche pour l'affichage des tarifs par les audiciens
01.03.2024	11.12.2023	Règlement fixant le modèle d'affiche pour l'affichage des tarifs par les praticiens de l'art dentaire

Résumé des modifications

Conformément à la loi du 27 octobre 2021 qui impose aux dispensateurs de soins d'afficher les tarifs de leurs prestations de soins les plus courantes, le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI a établi les modèles d'affiches (sans prix) pour les différentes professions de soins.

Moniteur belge	Date	Titre
28.03.2024	11.12.2023	Règlement fixant les pseudocodes pour les données supplémentaires à transmettre vers les organismes assureurs par les praticiens de l'art dentaire

Résumé des modifications

La liste de pseudocode met en œuvre l'arrêté royal du 28 juin 2023 relatif à la facturation électronique et la transparence des praticiens de l'art dentaire.

En effet, à partir du 1^{er} septembre 2023, lorsqu'un dentiste facture électroniquement, il doit communiquer aux organismes assureurs le montant des suppléments qu'il facture pour ses prestations ambulatoires qui sont remboursables par l'assurance obligatoire soins de santé.

Il doit aussi transmettre d'autres informations complémentaires aux organismes assureurs, exclusivement dans le cadre de la facturation électronique. Pour qu'il puisse transmettre ces autres données, des pseudo-codes ont été déterminés.

6. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge

16.01.2024

Règles interprétatives relatives à la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 45

Question :

"Quelles prestations valables jusqu'au 1^{er} octobre 2023 doivent également être incluses sous le point 2.2. de la condition de remboursement C- § 01 pour le premier implant cochléaire dans le cas d'un implant cochléaire controlatéral et sous les points 5.2.3., 5.2.4. et 5.2.5. de la condition de remboursement C- § 01 dans le cas du remplacement du processeur de son ou de la partie implantable ? "

Réponse :

1. Pour les bénéficiaires atteints d'une perte auditive bilatérale sévère, d'une perte auditive bilatérale sévère avec une ossification bilatérale imminente ou d'une neuropathie auditive ; sous le point 2.2., pour l'oreille controlatérale l'intervention pour le premier implant cochléaire doit également inclure la prestation 152935-152946, 152950-152961, 703813-703824, 703835-703846, 180574-180585, 180596-180600, 180655-180666 ou 180670-180681, en plus des prestations déjà mentionnées au point 2.2. de la condition de remboursement C- § 01.

2. Dans le cas d'une perte auditive bilatérale asymétrique, lorsque l'oreille controlatérale a évolué vers une perte auditive bilatérale sévère, l'intervention pour le premier implant cochléaire doit également inclure la prestation 170811-170822 ou 170833-170844, en plus des prestations déjà mentionnées au point 2.2. de la condition de remboursement C- § 01.

3. Dans le cas du remplacement du processeur de son avant l'âge de huit ans, les prestations suivantes doivent également être incluses en plus des prestations déjà mentionnées au point 5.2.3. de la condition de remboursement C- § 01 :

- l'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 153016-153020 ou 153053-153064 ne peut être accordée que minimum trois ans après la prestation 152935-152946, 152972-152983, 170811-170822, 180574-180585, 180611-180622, 180655-180666, 180692-180703 ou 703894-703905.

4. Dans le cas du remplacement du processeur de son à partir du huitième anniversaire, les prestations suivantes doivent également être incluses en plus des prestations déjà mentionnées au point 5.2.4. de la condition de remboursement C- § 01 :

- l'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 153031-153042 ou 153075-153086 ne peut être accordée que minimum trois ans après la prestation 152935-152946, 152972-152983, 170811-170822, 180574-180585, 180611-180622, 180655-180666, 180692-180703 ou 703894-703905
- l'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 153031-153042 ou 153075-153086 ne peut être accordée que minimum cinq ans après la prestation 152950-152961, 152994-153005, 170833-170844, 180596-180600, 180633-180644, 180670-180681, 180714-180725 ou 703916-706920.

5. Dans le cas du remplacement des parties implantables, les prestations suivantes doivent également être incluses en plus des prestations déjà mentionnées au point 5.2.5. de la condition de remboursement C- § 01 :

- l'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 153090-153101 ne peut être accordée que dix ans après la prestation 152935-152946, 152950-152961, 170811-170822, 170833-170844, 180574-180585, 180596-180600, 180655-180666, 180670-180681, 703813-703824, 703835-703846 ou 683211-683222
- l'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 153112-153123 ne peut être accordée que dix ans après la prestation 152972-152983, 152994-153005, 180611-180622, 180633-180644, 180692-180703, 180714-180725, 703850-703861, 703872-703883 ou 691913-691924.

La règle interprétative 45 produit ses effets le 1^{er} octobre 2023.

Moniteur belge

31.01.2024

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

Question :

Dans quelle situation, à partir du 1^{er} février 2024, une spécialité pharmaceutique ayant le vénétoclax comme principe actif, pourra-t-elle être remboursée pour le traitement des bénéficiaires adultes atteints de leucémie lymphoïde chronique non précédemment traités en association avec la spécialité pharmaceutique à base d'ibrutinib ?

Réponse :

Si un bénéficiaire dispose déjà du remboursement d'un traitement par la spécialité pharmaceutique à base d'ibrutinib, une spécialité pharmaceutique ayant le vénétoclax comme principe actif peut être remboursée, pour autant que cette dernière soit administrée pour le traitement d'un bénéficiaire adulte avec une leucémie lymphoïde chronique non précédemment traités, et à condition que la spécialité pharmaceutique concernée avec le vénétoclax comme principe actif soit utilisée et facturée par l'hôpital où le patient reçoit le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'ibrutinib et pour autant qu'elle soit administrée en association avec ibrutinib. La combinaison avec vénétoclax (12 cycles) suit une monothérapie antérieure d'ibrutinib (3 cycles).

La règle interprétative précitée prend effet le 1^{er} février 2024.

Moniteur belge

08.02.2024

Règles interprétatives relatives à la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables**RÈGLE INTERPRÉTATIVE 1**

Question :

"La nomenclature fait référence à "la stimulation du cordon médullaire" via les prestations 151012-151023 ; 151034-151045 ; 151056-151060 ; 151071-151082 ; 151093-151104 ; 151115-151126 ; 151130-151141 ; 151152-151163 ; 151174-151185 ; 151196-151200 ; 151211-151222 ; 151233-151244 ; 151255-151266 ; 171835-171846 ; 171850-171861 ; 171872-171883 ; 171894-171905 ; 151351-151362 ; 151432-151443.

Dans ce cadre, est-ce que la stimulation des ganglions de la racine dorsale (DRG Stimulation) est une technique qui répond aux exigences de la Liste ?"

Réponse :

"Non, la stimulation des ganglions de la racine dorsale n'est pas une technique qui répond aux exigences de la Liste via les prestations 151012-151023 ; 151034-151045 ; 151056-151060 ; 151071-151082 ; 151093-151104 ; 151115-151126 ; 151130-151141 ; 151152-151163 ; 151174-151185 ; 151196-151200 ; 151211-151222 ; 151233-151244 ; 151255-151266 ; 171835-171846 ; 171850-171861 ; 171872-171883 ; 171894-171905 ; 151351-151362 ; 151432-151443."

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 2

Question :

"Un neurostimulateur implanté en cas de CRPS (Complex Regional Pain Syndrom) peut-il faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire via les prestations 151012-151023 ; 151034-151045 ; 151056-151060 ; 151071-151082 ; 151093-151104 ; 151115-151126 ; 151130-151141 ; 151152-151163 ; 151174-151185 ; 151196-151200 ; 151211-151222 ; 151233-151244 ; 151255-151266 ; 171835-171846 ; 171850-171861 ; 171872-171883 ; 171894-171905 ; 151351-151362 ; 151432-151443 ?"

Réponse :

"Non, un neurostimulateur implanté en cas de CRPS (Complex Regional Pain Syndrom) ne peut pas faire l'objet d'une intervention de l'assurance via les prestations 151012-151023 ; 151034-151045 ; 151056-151060 ; 151071-151082 ; 151093-151104 ; 151115-151126 ; 151130-151141 ; 151152-151163 ; 151174-151185 ; 151196-151200 ; 151211-151222 ; 151233-151244 ; 151255-151266 ; 171835-171846 ; 171850-171861 ; 171872-171883 ; 171894-171905 ; 151351-151362 ; 151432-151443."

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 4

Question :

"Peut-on attester la prestation 162912-162923 à l'occasion des prestations 276452-276763, 276474-276485, 276496-276500 et 276511-276522 ?

162912-162923 Anti-adhésif utilisé spécifiquement en chirurgie de la main (par pièce)

276452-276463 Correction chirurgicale de la rétraction de l'articulation métacarpo-phalangienne ou interphalangienne

276474-276485 Correction chirurgicale de la rétraction de l'articulation métacarpo-phalangienne et interphalangienne d'un rayon

276496-276500 Correction chirurgicale de la rétraction de l'articulation métacarpo-phalangienne et interphalangienne de deux rayons

276511-276522 Correction chirurgicale de la rétraction de l'articulation métacarpo-phalangienne et interphalangienne de trois rayons ou plus"

Réponse :

"Oui, la prestation 162912-162923 peut être attestée à l'occasion des prestations 276452-276763, 276474-276485, 276496-276500 et 276511-276522.

276452-276463 Correction chirurgicale de la rétraction de l'articulation métacarpo-phalangienne ou interphalangienne

276474-276485 Correction chirurgicale de la rétraction de l'articulation métacarpo-phalangienne et interphalangienne d'un rayon

276496-276500 Correction chirurgicale de la rétraction de l'articulation métacarpo-phalangienne et interphalangienne de deux rayons

276511-276522 Correction chirurgicale de la rétraction de l'articulation métacarpo-phalangienne et interphalangienne de trois rayons ou plus."

REGLE INTERPRÉTATIVE 11

Question :

"Quelle procédure doit être suivie pour la demande de remboursement d'un neurostimulateur en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs en cas de remplacement anticipé (prestations 171275-171286 ou 171312-171323) ? "

Réponse :

"En cas de remplacement anticipé, la procédure est identique à celle d'un simple remplacement (G-§ 09, 4.2). La raison du remplacement doit obligatoirement être indiquée."

REGLE INTERPRÉTATIVE 18

Question :

"Peut-on obtenir une intervention dans le cadre de la prestation 161475-161486 pour les cathéters de guidage ("guiding catheters"), les "guiding sheaths", les cathéters d'échange ("exchange catheters"), les micro fils guides ("micro guidewires"), le cathéter de remodelage, les tuteurs, le dispositif de détachement ("detachment device"), les valves rotatives hémostatiques ("rotating hemostatic valves"), les adaptateurs Tuohy-Borst et les robinets d'arrêt ordinaires utilisés lors d'une procédure d'embolisation encéphalique ou médullaire (prestation 589116-589120) ? "

Réponse :

"Les cathéters et autres dispositifs, à l'exception des adaptateurs Tuohy-Borst et des robinets d'arrêt ordinaires, peuvent être attestés via la prestation 161475-161486. L'utilisation de chacun des dispositifs doit être motivée dans le rapport médical circonstancié joint à la demande."

REGLE INTERPRETATIVE 41

Question :

"Les ligaments artificiels peuvent-ils être attestés avec les prestations 180891-180902 et 180913-180924 ? "

Réponse :

"Non"

La suppression des règles interprétatives 1 et 2 entre en vigueur le 1^{er} décembre 2019.

La suppression des règles interprétatives 4 et 11 entre en vigueur le 1^{er} avril 2015.

La suppression de la règle interprétative 18 entre en vigueur le 1^{er} octobre 2019.

La suppression de la règle interprétative 41 entre en vigueur le 1^{er} décembre 2021.

Moniteur belge

29.03.2024

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

Question :

Dans quelle situation une spécialité pharmaceutique ayant le obinutuzumab comme principe actif, peut-elle être remboursée dans le cadre de la prévention du syndrome de libération de cytokines grave ou mettant la vie en danger induit par l'administration intraveineuse de Columvi (glofitamab) dans le cadre du traitement dans l'indication du lymphome diffus à grandes cellules B, réfractaire ou en rechute, après au moins deux lignes de traitement systémique ?

Réponse :

Si un bénéficiaire bénéficie du remboursement d'un traitement par la spécialité pharmaceutique ColumviR, une spécialité pharmaceutique ayant l'obinutuzumab comme principe actif peut être remboursée, pour autant cette dernière soit administrée pour la prévention du syndrome de libération de cytokines induit par la perfusion de Columvi (glofitamab), conformément au résumé des caractéristiques du produit (RCP) de glofitamab et pour autant que la spécialité pharmaceutique concernée ayant l'obinutuzumab comme principe actif ait été utilisée et facturée par l'hôpital où le bénéficiaire bénéficie du remboursement de la spécialité pharmaceutique ColumviR.

La règle interprétative précitée prend effet le 1^{er} avril 2024.

Moniteur belge

29.03.2024

Règles d'interprétatives concernant le remboursement des spécialités pharmaceutiques à base de tocilizumab en combinaison avec TecartusR, KymriahR, YescartaR ou TecvayliR pour le traitement du syndrome de libération de cytokines (CRS) sévère ou potentiellement mortel, induit par l'administration d'un traitement par TecartusR, KymriahR, YescartaR ou TecvayliR.

Les règles interprétatives sont abrogées.

Cette abrogation entre en vigueur le 1^{er} avril 2024.

7. Avis et protocole

Moniteur belge	Date	Titre
05.02.2024	26.01.2024	Accord Nationale Dento-Mutualiste 2024-2025 - Notification point 28

Résumé des modifications

L'Accord national dento-mutualiste a été approuvé le 26 janvier 2024 par le Conseil des Ministres.

Cet accord permet de libérer 142 millions d'EUR de moyens financiers (soit une augmentation de presque 10 % du budget) pour poursuivre les objectifs suivants conformément aux principes du "Quintuple Aim" :

- cet accord améliore la prise en charge des patients à besoins particuliers et garde une attention particulière sur les patients souffrant de cancer. Ainsi, l'honoraire complémentaire pour les personnes ayant des besoins particuliers est doublé pour atteindre 28,50 EUR et la nomenclature sera adaptée afin que toutes les prestations préventives puissent être attestées avec l'honoraire complémentaire. Améliorer l'état de santé des personnes souffrant de maladies chroniques reste un point d'attention
- améliorer la qualité des soins en mettant en place un Dossier Dentaire Global via lequel tant le dispensateur de soins que le patient s'engagent dans une relation thérapeutique de longue durée afin d'avoir un meilleur suivi du patient
- permettre une utilisation efficace des moyens via la mise en oeuvre de diverses initiatives telles que la facturation électronique, et la transparence des montants facturés aux patients
- améliorer l'accessibilité des soins avec des mesures telles que l'extension de la limite d'âge pour le détartrage sous-gingival et l'examen buccal parodontal à 65 ans, la suppression de la limite d'âge de 9 ans pour le deuxième forfait de première intention
- depuis le 1^{er} janvier 2018, différents tarifs maximaux ont été introduits et peuvent être pris en compte en plus des honoraires conventionnés pour certaines prestations. L'ANDM 2022-2023 a fait un premier pas pour l'intégration de ces tarifs maximaux dans la nomenclature (soins conservateurs et extractions). Avec ce nouvel accord, les tarifs maximaux pour les prothèses amovibles et les radiographies panoramiques numériques sont intégrés. Cela augmente d'environ 30 % l'honoraire des prothèses amovibles et des radiographies panoramiques numériques. Le remboursement pour le patient est également augmenté. Par ailleurs, certains tarifs maximaux restent en vigueur pour les soins dentaires avec du matériel spécifique ou dans des situations particulières
- plusieurs honoraires sont revalorisés, dont un doublement pour le détartrage sous-gingival, une revalorisation des extractions de 20 EUR, une revalorisation des deux forfaits pour un traitement de première intention à 450 EUR ainsi qu'une indexation linéaire des honoraires de 6,05 % (à l'exception des prestations revalorisées en 2024 suite aux décisions du Conseil général ou de la Commission nationale dento-mutualiste)
- la Commission s'engage à revoir en profondeur, pendant la durée de l'accord, la nomenclature des prestations dentaires, avec une attention particulière pour les prestations d'orthodontie.

Moniteur belge	Date	Titre
05.02.2024	26.01.2024	Accord national médico-mutualiste 2024-202 - Notification point 27

Résumé des modifications

L'Accord national Médico-mutualiste a été approuvé le 26 janvier 2024 par le Conseil des Ministres.

L'accord permet entre autre de revaloriser les prestations des médecins généralistes et des médecins spécialistes. En effet, les honoraires des consultations, visites et frais de déplacement sont indexés de 6,05 % au 1^{er} janvier 2024.

Moniteur belge	Date	Titre
05.02.2024	26.01.2024	Convention M/24 entre les kinésithérapeutes et les organismes assureurs - Notification point 29

Résumé des modifications

Cette convention comprend les lignes directrices suivantes :

- revalorisation, à partir du 1^{er} février 2024, des honoraires de diverses prestations parmi les prestations d'une durée globale moyenne de 30 minutes la prestation "examen kinésithérapeutique à titre consultatif" et la prestation "rapport écrit"
- un investissement est consenti afin que les honoraires des prestations au domicile soient de 3 EUR plus élevés que les honoraires pour la prestation au cabinet équivalente
- la prime pour la promotion de la qualité pour l'année 2024 est portée à 2.550 EUR. Pour l'année 2025, elle sera encore augmentée conformément à l'adaptation d'index pour 2025.

La Commission de conventions s'engage à élaborer un plan d'approche avec un calendrier de sorte que, l'avancement des réflexions soit soumis, à la Commission de conventions, au plus tard le 30 juin 2024.

Ces réflexions concernent :

- en concertation avec d'autres secteurs :
 - => les modalités d'un enregistrement obligatoire de tous les montants facturés par les prestataires de soins ;
 - => l'harmonisation des frais de déplacement ;
 - => l'octroi du forfait palliatif et du maintien du statut palliatif qui y est lié ;
 - => une plus grande transparence sur le fonctionnement des maisons médicales et plus particulièrement sur le financement des soins de kinésithérapie dans le cadre de ce système forfaitaire.
- au sein du secteur de la kinésithérapie :
 - => les mesures de soins appropriés qui visent de la kinésithérapie de qualité avec une affectation efficiente des moyens ;
 - => un suivi ciblé de l'utilisation qualitative et adéquate des moyens de l'assurance maladie ;
 - => l'élaboration le plus rapidement possible une proposition concrète concernant le projet "frailty" et les séances de groupe ;
 - => poursuite du débat concernant le réétalonnement des tickets modérateurs.

Moniteur belge	Date	Titre
05.02.2024	26.01.2024	Avenant à la convention entre les sages-femmes et les organismes assureurs

Résumé des modifications

L'avenant contient ces grandes lignes :

- un préambule est ajouté au texte de la convention : l'ajout d'un préambule à la convention permet de formaliser une série d'engagements, y compris une prolongation unique de la prime de convention, issus de la concertation entre les représentantes des organisations professionnelles et le Ministre, puis d'une concertation avec les organismes assureurs. Ces engagements, complétés par la mise en place d'un travail de concertation avec les dispensateurs de soins, le secteur des hôpitaux et un travail sur un nouveau financement du secteur donnent de nouvelles perspectives aux sages-femmes
- une indexation sélective des honoraires au 1^{er} janvier 2024 pour certaines prestations : l'indexation sélective permet une revalorisation supplémentaire des honoraires des prestations de soins postnatals après le 5^e jour post-partum à domicile, compte tenu de l'importance du soutien apporté à la femme qui accouche à domicile pendant cette période.

Moniteur belge	Date	Titre
05.02.2024	19.01.2024	Convention R/24 entre les logopèdes et les organismes assureurs

Résumé des modifications

La convention R/24 définit notamment les tarifs que les logopèdes conventionnés peuvent facturer et constitue donc une sécurité pour les patients.

Les grands points de la convention 2024-2025 sont :

- augmentation de 17,11 % des honoraires des prestations à partir du 1^{er} janvier 2024, à l'exception des bilans d'évolution puisqu'un projet visant à supprimer ces prestations est en préparation
- simplification administrative de la procédure pour demander notre intervention :
 - => Pour simplifier cette procédure, la Commission soumettra aux organes compétents une proposition sur l'utilisation obligatoire d'un formulaire de demande d'intervention. La Commission détermine, en fonction du trouble, si le formulaire standard ou un formulaire spécifique doit être utilisé ;
 - => La Commission demande au SPF Santé publique de modifier l'arrêté royal du 20 octobre 1994 pour qu'un bilan puisse être réalisé par un logopède sans prescription d'un médecin et ainsi responsabiliser les logopèdes en matière de réalisation de bilan ;
 - => La Commission s'engage à déterminer les modalités d'un dossier de qualité dans la nomenclature ;
 - => La Commission fera une proposition pour modifier les attestations de soins afin de les rendre plus claires et plus transparentes.
- réforme de la nomenclature :
 - => Suppression du bilan d'évolution, qui sera remplacé par une autre forme d'évaluation.
 - => Les prolongations s'effectueront via un système d'envoi de notifications simple et standardisé pour une période de 2 années consécutives.

=> Révision des durées maximales de traitement autorisant une utilisation plus flexible des containers de séance dans le temps.

=> Révision des conditions d'accès pour certaines pathologies.

Le groupe de travail chargé de soumettre des propositions de réforme de la nomenclature sur base de critères "evidence-based practice" poursuivra ses travaux. Il souhaite aboutir sur les thématiques suivantes :

- la révision des libellés pour certains troubles, dont : troubles du développement du langage, dysphasie, troubles acquis suite à une intervention radiothérapeutique ou chirurgicale, dysglossies
- la possibilité d'une intervention précoce pour certains troubles.

Moniteur belge	Date	Titre
07.02.2024 – Édition 2	26.01.2024	Avenant y/2018 <i>octies</i> à la convention nationale entre les bandagistes et les organismes assureurs Avenant t/2018 <i>octies</i> à la convention nationale entre les orthopédistes et les organismes assureurs

Résumé des modifications

Les avenants fixent au 1^{er} janvier 2024 les valeurs du facteur de multiplication Y et T.

Moniteur belge	Date	Titre
09.02.2024	26.01.2024	Troisième avenant à la Convention du 1 ^{er} janvier 2022 entre les pharmaciens et les organismes assureurs

Résumé des modifications

L'avenant apporte les modifications suivantes :

- le premier avenant à la Convention entre les pharmaciens et les organismes assureurs est prolongé du 1^{er} février 2024 au 31 août 2024
- l'article 3 du premier avenant à la convention entre les pharmaciens et les organismes assureurs, relatif au programme de sevrage aux benzodiazépines et produits apparentés (Z-drug), est remplacé comme suit : "Cet avenant entre en vigueur le 1^{er} février 2023 et aucun nouvel accord ne pourra être conclu entre un patient, un pharmacien et un médecin après le 31 août 2024."

2^e Partie

Jurisprudence



Tribunal de première instance d'Anvers, Section Anvers, le 7 février 2024

“Dans ce dossier, le patient a engagé une action en ordre principal à l'encontre de l'assureur du prestataire de soins en question en ce qui concerne une responsabilité contractuelle, à la suite d'une opération du dos ayant entraîné un dommage. Le FAM a été attaqué en ordre subsidiaire en vertu des articles relatifs à l'accident médical sans responsabilité (AMSR) tel que prévu par la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé. La désignation d'un médecin expert judiciaire a également été demandée par le patient.

Le tribunal a estimé qu'il n'y avait aucune raison d'écarter le rapport d'expertise contradictoire et d'organiser une nouvelle expertise.

Le tribunal considère en outre qu'aucune faute en lien causal avec le dommage ne peut être imputée au prestataire de soins.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'AMSR, le tribunal a jugé qu'il n'existait, dans le cas de ce patient, aucune autre technique de traitement permettant d'éviter le dommage. Le tribunal a déclaré, pour ce qui est de la prévisibilité, que les taux d'incidence indiquent des complications fréquentes. Le tribunal a également constaté, à la lumière du critère de prévisibilité qualitative, que l'état final du patient était en rapport avec chacune des complications survenues après l'intervention initiale. Aucun dommage anormal n'est constaté au regard de la loi. Le tribunal n'a donc pas constaté d'accident médical sans responsabilité.

Considérées comme étant sans fondement, les actions ont donc été intégralement rejetées par le tribunal.”

... c./INAMI

RG n° 22/3383/A

...

1. VORDERINGEN:

1. vordert:

a. de veroordeling van in hoofdorde ... (hierna afgekort als ... en in ondergeschikte orde het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (hierna afgekort als het RIZIV) tot betaling van een provisionele schadevergoeding van 1,00 EUR, meer de kosten van het geding;

b. de aanstelling als deskundige van een orthopedisch chirurg die aan een universitair ziekenhuis is verbonden teneinde – in essentie – haar te onderzoeken en medisch advies te geven (1) over de vraag of zij lege artis door orthopedisch chirurg ... werd behandeld en (2) over de vraag of het schadegeval vermijdbaar en/of onvoorzienbaar was, meer bepaald omdat er nog één of meerdere andere en minder risicovolle behandelingen mogelijk waren en/of omdat haar eindtoestand vooraf kon worden verwacht gezien haar initiële toestand en de objectief voorspelbare evolutie ervan; in elk geval, ook haar letsels ten gevolge van haar foutieve behandeling/het schadegeval te beschrijven en aanvullend medisch advies te geven over haar desbetreffende schade.

2. ... concludeert tot de afwijzing van die vordering als ongegrond en de veroordeling van ... tot betaling van de kosten van het geding.

3. Het RIZIV concludeert eveneens tot de afwijzing van die vordering als ongegrond en de veroordeling van ... tot betaling van de kosten van het geding.

2. FEITEN:

1. Op ... 2014 is ... voor het eerst op consultatie gegaan bij orthopedisch chirurg ... in het is de verzekerde van

... was toen al een 10-tal jaar in behandeling in het ... wegens lage rugpijn, waarvoor zij uitsluitend conservatief behandeld was geworden, doch die pijn bleef maar toenemen en was nu in die mate ernstig dat zij nu op zoek was naar een heelkundige oplossing.

Ongeveer 4 jaar voordien, op ... 2009, was zij trouwens reeds haar werk verloren omwille van veralgemeende artroseklachten, onder andere ter hoogte van de knieën en de rug, en sindsdien had zij nooit meer gewerkt.

Op ... 2014 heeft ... dan een CT van de lumbale wervelzuil van ... laten nemen en heeft zij vastgesteld dat ... leed aan een destructieve facetartrose L4-L5 met degeneratieve pseudo anterolisthese graad 1 van L4 ten opzichte van L5 en bulging en pseudobulging van de discus aldaar.

Op ... 2014 heeft ... daarom een uitgebreide decompressie met anterieure en posterieure fusie van L2 naar het sacrum bij ... uitgevoerd.

Tijdens die ingreep is echter de door haar gebruikte schroevendraaier op een gegeven ogenblik losgeschoten, hetgeen een scheur in de distale durazak van haar patiëntie heeft veroorzaakt. Die scheur werd uiteraard onmiddellijk gehecht, doch na de operatie had ... ernstige hoofdpijn en deze moest vermoedelijk aan dat tijdelijk duralek worden toegeschreven.

Het postoperatief verloop was alvast zeer moeilijk omwille van – onder meer – langdurig braken als reactie op de medicatie en (daardoor (?)) een moeilijke pijncontrole.

Op ... 2014 mocht ... uiteindelijk toch naar huis gaan en werd enkel nog een controleraadpleging op een 2-tal weken in het vooruitzicht gesteld.

Op ... 2014, dit is nog voor het verstrijken van die twee weken, werd zij evenwel opnieuw opgenomen omdat zij wederom zeer hevige hoofdpijn had ontwikkeld.

Ditmaal werd zij door een neuroloog gezien.

Deze heeft dan na zijn onderzoek geen nieuw duralek weerhouden maar wel een nervus occipitalis neuralgie bilateraal, waarvoor hij medicatie en een infiltratie heeft voorgeschreven.

De klachten van ... bleven echter aanhouden, reden waarom er op ... 2014 nogmaals een CT van haar lumbale wervelzuil werd genomen.

Hierbij werd het volgende ontdekt:

- een grote spoelvormige retrospinale onderhuidse vochtcollectie tussen L2 en L5, dat mogelijks een duralek uitmaakte
- een afrukkingsfractuur achteraan en bovenaan doorheen het wervelcorpus L2 met doorloop op de arcus posterior net boven de pediculaire schroeven en cave instabiliteit

- een doorboring van de cortex met paravertebrale uitpuiling door de linkerschroef doorheen de pedikel van L5.

Spoedig daarna, op ... 2014, is ... dan ook tot een revisieoperatie overgegaan.

Zij heeft toen effectief een nieuwe durascheur moeten hechten, alsook de schroeven ter hoogte van L2 moeten verwijderen en de fusie naar T12 moeten uitbreiden.

Na die tweede ingreep was ... aanvankelijk veel beter, doch geleidelijk aan is zij toch terug meer lage rugpijn beginnen krijgen + ditmaal ook uitstralende pijn ter hoogte van haar beide benen. Ook de hoofdpijn is teruggekomen.

Op ... 2014 is zij dan ook opnieuw op consultatie gegaan bij ...

Deze heeft toen wederom aan een recidiverend duralek gedacht en bijgevolg opnieuw een NMR en een EMG aangevraagd.

Daarop heeft ... evenwel afgehaakt en is zij elders ten rade gegaan: in eerste instantie was dat in het ...; in tweede instantie in een multidisciplinair pijncentrum.

2. Samengevat werd in de loop van de daaropvolgende 3 jaar nog het volgende vastgesteld en behandeld:

- in oktober – december 2014: een zeer belangrijke liquorcyste en meerdere duralekken, met recidive wat de liquorcollectie betreft
- in februari – juni 2015: een bilaterale loslating van de schroeven op T12 waarvoor verwijdering van de losse schroeven en uitbreiding van de constructie naar T10
- in december 2015 – maart 2016: verder wegens aanhoudende lage rugpijn, eerst een proef neurostimulator en daarna een definitieve neurostimulator
- in juli - augustus 2016: verder wegens aanhoudende lage rugpijn, eerst een proef neurostimulator en daarna een definitieve neurostimulator
- in december 2016 – april 2017: wegens thoracale rugpijn, eerst een facetinfiltratie thoracaal bilateraal, daarna een radiofrequent behandeling thoracaal links en uiteindelijk een proefblock ter hoogte van de mediale takken thoracaal
- in mei – juli 2017: loslating van de schroeven op T10 met revisie en uitbreiding van de constructie vanaf T12 naar T6.

3. Inmiddels had ... via haar mutualiteit, de procedure voor het Fonds voor Medische Ongevallen (hierna afgekort als het FMO) in de schoot van het RIZIV opgestart en had het FMO de volgende deskundigen aangesteld:

- prof. dr. ...: geneesheer-specialist voor neurochirurgie met bijzondere beroepstitel intensieve zorgen en master in de verzekeringsgeneeskunde en medische expertises; (wellicht werd deze persoon vooral voor het deel ten gronde ingeschakeld)
- dr. ...: geneesheer-specialist in de verzekeringsgeneeskunde en medische expertise. (wellicht werd zij ingezet om vooral de pen te houden)

Dit heeft dan alvast tot een tegensprekelijke expertise geleid, met een voor- en een eindverslag, en op ... 2021 tot het volgend advies van het FMO:

- wat een eventueel medisch ongeval met aansprakelijkheid (of MOMA) betreft:

" ...

° met betrekking tot de diagnose- en indicatiestelling:

Net zoals voor andere medische handelingen wordt een beweerde diagnosefout beoordeeld aan de hand van het zorgvuldigheidscriterium. Het stellen van een verkeerde diagnose is maar foutief wanneer een normaal zorgvuldig en vooruitziend arts in dezelfde discipline en geplaats in dezelfde omstandigheden zich niet zou hebben vergist. Het stellen van een verkeerde diagnose is dus slechts foutief wanneer de arts niet de nodige middelen en zorgvuldigheid heeft aangewend om de ziekte te onderkennen.

Elke therapie kent doorgaans voor- en nadelen. Indien eenzelfde aandoening op verschillende manieren kan worden behandeld, heeft de arts, binnen de grenzen van de zorgvuldigheidsnorm, een zekere keuze- of behandelingsvrijheid. Zolang de arts kiest voor een behandeling die wetenschappelijk verantwoord en aanvaard is, kan hem geen fout worden verweten.

In dit concrete geval consulteerde mevrouw ... omwille van progressief toenemende en invaliderende rugpijn, welke geen beterschap vertoonde met conservatieve behandeling. Op basis van een CT van de lumbale wervelzuil en een RX full spine kwam dr. ... tot de diagnose van destructieve facetartrose L4L5 met pseudo anteolisthese graad 1 van L4 ten opzichte van L5 en forse facetartrose L3L4 en L5S1 bilateraal. Op deze basis stelde dr. ... de indicatie voor een uitgebreide decompressie met anterieure en posterieure fusie van L2 naar het sacrum.

Uit het deskundigenverslag blijkt dat de gestelde diagnose correct was.

Wat de indicatie tot de ingreep betreft is er een richtlijn van 2017 welke stelt dat een lumbale artrodese bij chronische lage rugpijn NIET wordt aangeboden tenzij:

- na falen van de niet-chirurgische aanpak
- na evaluatie via multidisciplinaire consultatie

De indicatie tot de ingreep moet evenwel beoordeeld worden in het tijds kader van de feiten, zijnde 2014, en niet in functie van in 2017 tussengekomen richtlijnen. Niettemin stellen de experts vast dat de voorwaarden in deze (niet van toepassing zijnde) richtlijnen grotendeels overeen komen met de situatie van mevrouw ... nl. vermoedelijk multidisciplinair beleid in ... en uitbehandeld met een conservatief beleid.

Daarnaast getuigt het uitvoeren van de RX full spine preoperatief teneinde de sagittale balans in kaart te brengen van een "long term" visie, wat de deskundigen aanzien als een teken van kundigheid.

Dr. ... kan derhalve geen fout in de diagnose- en indicatiestelling verweten worden.

° met betrekking tot de uitvoering van de ingreep

Het fonds stelt voorts vast dat dr. ... geen medisch-technische fout verweten kan worden bij de uitvoering van de decompressie met anterieure en posterieure fusie van L2 naar het sacrum op ... 2014.

Uit het deskundigenverslag van dr. ... en prof. dr. ... blijkt dat deze ingreep volgens de regels van de kunst werd uitgevoerd. Dat er zich een complicatie voordoet, betekent niet noodzakelijk dat er een fout werd begaan.

In elk specifiek geval dient er nagegaan te worden of de schade het gevolg is van een complicatie dan wel van een fout van de zorgverlener.

Op een arts rust een inspanningsverbintenis om aan de patiënt de best mogelijke zorgen toe te dienen. Uit het loutere feit dat een ingreep gepaard gaat met een complicatie, in dit geval een duralek, loslating van pedikelschroeven, stressfracturen en een failed Back Surgery Syndrome (FBSS), kan niet automatisch een fout of onzorgvuldig handelen van de uitvoerende arts afgeleid worden.

Het peroperatoir optreden van een scheur in de dura is een gekende, goed beschreven en frequent voorkomende complicatie bij spinale chirurgie. De deskundigen ramen de risicofrequentie van een dergelijke complicatie op 1 % tot 17 %.

“Loosening” of loslatingen van pedikelschroeven na thoracolumbale spinale chirurgie zijn in de literatuur beschreven met een incidentie van 1 % tot 15 % bij niet osteoporotische patiënten.

Daarnaast zijn stressfracturen van de pedikels ter hoogte van de “adjacent levels” eveneens gekend, doch zeldzamer.

Tenslotte is lage rugpijn met of zonder beenpijn ondanks heelkunde gekend met een cumulatieve incidentie per chirurgische ingreep. Algemeen wordt dit geschat op een 10 % tot 40 % per chirurgische ingreep.

Het Fonds komt samen met dr. ... en prof. dr. ... tot het besluit dat er geen aanwijzingen voorliggen van enig onzorgvuldig handelen op medisch-technisch gebied bij de uitvoering van de ingreep van ... 2014.

° met betrekking tot de nazorg

De verbintenissen van de arts nemen in principe geen einde na de uitvoering van een ingreep of behandeling. De arts behoort zijn diensten te verlenen zolang de gezondheidstoestand van de patiënt dit vergt en zolang de patiënt daarin toestemt. De verplichtingen van de arts strekken zich derhalve ook uit tot de nazorg. Deze verplichtingen kunnen onderverdeeld worden in enerzijds een algemene toezichtverplichting en anderzijds een informatie- en begeleidingsverplichting.

In dit concrete geval werd mevrouw ... drie weken na de uitvoering van een uitgebreide decompressie met anterieure en posterieure fusie van L2 naar het sacrum uitgevoerd door dr. ... terug opgenomen in het ... met acute hoofdpijn. Hiervoor voerde dr. ... een revisie uit op ... 2014, met hechten van een nieuwe durascheur, verwijderen van schroeven en uitbreiden van de fusie. Na de ingreep was er geen hoofdpijn meer.

Een 3-tal maanden later consulteerde mevrouw ... opnieuw omwille van toenemende lage rugpijn met uitstraling naar de benen en heropgetreden hoofdpijn. Er was een vermoeden van een recidief duralek waarvoor een MRI en een EMG gepland werden, maar mevrouw ... koos er voor om dr. ... niet langer te consulteren.

Mevrouw ... opteerde ervoor om verder in het behandeld te worden. Hier werd zij in november 2014 heelkundig behandeld voor duralekken en in juni 2015 volgde een verwijdering van losse schroeven met uitbreiding van de osteosynthese tot Th10. In juli 2017 volgde dan, omwille van loslating van de schroeven ter hoogte van Th10, opnieuw een revisie met uitbreiding van de spondylodese vanaf Th12 naar Th6.

Het Fonds merkt op dat mevrouw ... voor wat betreft de nazorg op eigen initiatief andere zorgverleners raadpleegde. Er kan, wat deze verdere nazorg betreft, aldus geen fout of onzorgvuldigheid in hoofde van dr. ... weerhouden worden.

Het Fonds besluit dat in dit concrete geval er noch in hoofde van dr. ... noch in hoofde van de andere behandelende artsen een fout of onzorgvuldigheid kan worden weerhouden bij de nazorg van mevrouw

....

...”;

- o wat een eventueel medisch ongeval zonder aansprakelijkheid (of MOZA) betreft:

“... ”

*** Betreffende de huidige stand van de wetenschap**

De schade is abnormaal voor de patiënt wanneer zij, rekening houdende met de huidige stand van de wetenschap, alsook het hoogste niveau ervan, had kunnen vermeden worden.

In dit verband onderzoekt het Fonds wat de stand van de wetenschap was op het moment van de zorgverlening en of er een andere therapeutische techniek bestond die:

- o *in dit specifieke geval toepasbaar was*
- o *met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid niet tot dezelfde complicatie(s) of een complicatie(s) met een vergelijkbare of grotere ernst zou hebben geleid*
- o *en die dezelfde of een vergelijkbare succesratio heeft als de in dit geval toegepaste behandelingsmethode.*

In dit concrete geval was de decompressie met anterieure en posterieure fusie van L2 naar het sacrum de aangewezen behandelingsmethode ten tijde van de voorliggende omstandigheden.

Er zijn immers geen aanwijzingen dat er ten tijde van de ingreep en rekening houdend met de hoogste stand van de wetenschap alternatieve behandelingstechnieken voor handen waren, die voldoen aan bovenstaande criteria. Wegens uitputting van de conservatoire behandelingsopties was heekunde de enige resterende behandeling.

De complicatie, met name het peroperatoir opgetreden duralek en alle navolgende complicaties, zijn inherent verbonden aan een dergelijke complexe heekundige ingreep. Als zodanig kunnen deze complicaties niet altijd worden vermeden. Dit blijkt eveneens uit het deskundigenverslag van dr. ... en prof. dr.

Het Fonds is van oordeel dat de schade zich eender waar en bij eender welke zorgverstrekker en patiënt had kunnen manifesteren.

Alle omstandigheden in aanmerking genomen, is het Fonds van oordeel dat de schade zich redelijkerwijze bij iedere zorgverstrekker en patiënt had kunnen voordoen, zodat overeenkomstig het vermijdbaarheids criterium er geen sprake is van abnormale schade in de zin van de Wet.

Op basis van het bovenstaande komt het Fonds tot het besluit dat er aan dit criterium, het vermijdbaarheids criterium, niet is voldaan.

*** Betreffende de huidige toestand van de patiënt en zijn objectief voorzienbare evolutie**

Het criterium van de abnormale schade dient geanalyseerd te worden in het licht van de toestand van de patiënt en de objectief te verwachten evolutie ervan.

In dit opzicht is het tevens aangewezen om te refereren naar de manier waarop de schade zich concreet heeft voorgedaan en in het bijzonder de omvang van de schade.

Vervolgens is het raadzaam om na te gaan of de schade die zich effectief heeft voorgedaan, overeenkomt met wat men normaliter zou kunnen verwachten inzake dit type van complicatie.

In de parlementaire stukken wordt verduidelijkt dat de Wet enkel tot doel heeft de “onvoorspelbare” gevolgen van een gezondheidsverstrekking te vergoeden.

Om het abnormale karakter van de schade te onderzoeken, moet dus met name rekening gehouden worden met de gegevens uit de medische literatuur en met de gezondheidstoestand van de patiënt.

De schade zal als abnormaal worden beschouwd indien:

- *deze het gevolg is van een complicatie die niet redelijkerwijze te voorzien was (voorzienbaarheids criterium)*
- *of wanneer deze het gevolg is van een redelijkerwijze te verwachten en aldus voorzienbare complicatie, maar de gevolgen onevenredig zijn met wat normaliter bij een dergelijke complicatie te verwachten valt:
er hebben zich aldus excessen of vreemde schadesprongen voorgedaan die geen verband houden met de gezondheidstoestand van de patiënt (proportionaliteits criterium)*

Een onvoorspelbare complicatie is een complicatie die niet in de medische literatuur wordt beschreven of een complicatie die wel wordt beschreven, maar waarvan de kans dat ze optreedt uitzonderlijk is.

In dit concrete geval is het Fonds van oordeel dat de door mevrouw ... geleden schade voorzienbaar was in het licht van haar gezondheidstoestand en de vermoede evolutie daarvan.

Uit het expertiseverslag blijkt immers dat de schade, meer bepaald multipale ingrepen met aanhoudende invaliderende rugpijn waarvoor pijntherapie, het gevolg is van gekende, voorzienbare complicaties, inherent aan de uitgevoerde ingreep. In de medische literatuur wordt aan de diverse complicaties volgende incidentiegraden toegekend:

- *een scheur in de dura met duralek: gekende complicatie met een incidentie van 1 % tot 17 %;*
- *Loslating van pedikelschroeven: gekende complicatie met een incidentie van 1 % tot 15 %;*
- *Stressfracturen van de pedikels: gekende complicatie, zonder vermelde frequenties. Als risico verhoogde factoren spelen hier de kleine pedikels en het roken van mevrouw ... mee;*
- *FBSS: gekende complicatie met een incidentie van 10 % tot 40 % per chirurgische ingreep.*

Verder houdt het Fonds rekening met het rookgedrag van mevrouw ... als specifieke risicoverhogende factor bij spinale chirurgie, waardoor de kans op het repetitief optreden van verwikkelingen ernstig is toegenomen.

Alhoewel het verloop van de complicaties met het repetitief optreden van verwikkelingen eerder uitzonderlijk is, werd in deze casus de kans op loslating van de pedikelschroeven en het verder verloop van verwikkelingen immers nadelig beïnvloed door het rookgedrag van mevrouw Zoals de experts aanhalen maakt roken een belangrijke risicoverhogende factor uit bij spinale chirurgie: 'Alleen non-union' als mogelijke complicatie van tabagisme in relatie tot spinale chirurgie is te beperkt. De gevolgen is meervoud van tabagisme in het helingsproces zijn van even groot belang. Een groter infectiegevaar, tragere en beperkte heling (zowel inwendig als ook uitwendig), verhoogde discus degeneratie en verminderde botkwaliteit zijn factoren die "adjacent level" pathologie in de hand werken.'

Indien de patiënt een aantal specifieke kenmerken vertoont die het risico op complicaties verhogen, dan maakt dit het optreden van complicaties vanzelfsprekend meer voorzienbaar.

Daarnaast is de schade die zich heeft voorgedaan anatomisch gerelateerd aan de behandelde zone. Bij de beoordeling van het abnormale karakter van de schade houdt het Fonds zoals gezegd rekening met een totaalbeeld en dus met alle feitelijke omstandigheden. Daarom is de anatomische relatie van de schade met de behandelde regio één van de criteria die het Fonds in acht neemt bij de beoordeling van het tweede abnormaliteitscriterium.

Het kan immers voorvallen dat de schade zich niet voordoet op de plaats waar ingegrepen werd, maar wel elders. In dit geval ligt een element voor dat wijst in de richting van abnormale schade, zonder dat de schade alleen op basis hiervan abnormaal is.

In het tegenovergestelde geval dat de schade zich wel heeft voorgedaan op de plaats waar ingegrepen werd, zoals hier, ligt eerder een indicator van niet-abnormale schade. In dit geval ging het om duralekken, stressfracturen, loslating van pedikelschroeven en een FBSS. Al deze complicaties staan rechtstreeks in verband met de uitgevoerde ingrepen en manifesteerden zich ter hoogte van de geopereerde plaats.

Bovendien is de schade die mevrouw ... concreet heeft geleden niet onevenredig of disproportioneel in vergelijking met de schade die gewoonlijk door complicatie van dezelfde aard wordt veroorzaakt, zodat de schade niet als abnormaal kan worden beschouwd.

Indien een complicatie voorzienbaar is, dan zijn de normaal te verwachten gevolgen van de complicatie met andere woorden meteen ook voorzienbaar.

Het Fonds meent dat de schade zoals ze zich bij mevrouw ... voordeed, in verhouding is tot de gebruikelijke gevolgen van de ondergane complicaties.

In dit geval deed zich peroperatief een duralek voor dat onmiddellijk overhecht werd. Nadien deden zich recidief duralekken, schroefloslatingen en stressfracturen voor waarvoor telkens een heringreep werd uitgevoerd. Uiteindelijk evolueerde de toestand naar een FBSS.

De eindtoestand van FBSS met restpijn, is een normaal gevolg van de multipale rugingrepen. Er mag ook niet over het hoofd gezien worden dat mevrouw ... voor de ingreep reeds beperkt was door veralgemeende artrose en rugklachten. Deze voorafbestaande problematiek was zelfs van die aard dat mevrouw ... reeds in 2009 ontslagen werd om medische redenen.

Het Fonds komt dan ook tot de vaststelling dat er geen abnormale schade voorligt op basis van het voorzienbaarheids criterium.

Alle omstandigheden in aanmerking genomen, is het Fonds van oordeel dat de schade die zich bij mevrouw ... heeft voorgedaan redelijkerwijze voorzienbaar was.

...”.

Het besluit van het FMO was met andere woorden dat er noch sprake was van een MOZA, noch van een MOMA, en dat ... bijgevolg noch een verordening kon laten gelden op ... noch op het RIZIV.

4. Anderhalf jaar nadien, op ... 2022, is ... tot dagvaarding van ... en het RIZIV overgegaan voor onderhavige rechtbank, onder meer op basis van de afwijkende mening van de door haar inmiddels bijkomend ingeschakelde raadsarts prof. dr.

3. BEOORDELING

1. Rechtsgronden:

... richt zich tot ... op grond van de contractuele aansprakelijkheid van ... en op grond van artikel 150 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen. Zij richt zich tot het RIZIV op grond van de artikelen 2.1°, 2.4°, 2.7°, 4.1° en 5.1° van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.

... betwist de fouten die aan ... worden verweten, het oorzakelijk verband van die beweerde fouten met de aangevoerde schade en de omvang van bedoelde schade.

Het RIZIV wijst erop dat zij slechts in ondergeschikte orde wordt aangesproken en dat zij dus niet bij een deskundigenonderzoek met betrekking tot een eventuele MOMA mag worden betrokken. Zij betwist verder de noodzaak om een deskundigenonderzoek met betrekking tot een eventuele MOZA te bevelen, het voorhanden zijn van een MOZA en haar gehoudenheid tot het rolrecht.

2. Fouten die aan ... worden verweten; oorzakelijk verband van die beweerde fouten met de aangevoerde schade; deskundigenonderzoek met betrekking tot een eventuele MOMA:

a. In het deskundigenverslag dat tot het hierboven geciteerde advies van het FMO heeft geleid, leest de rechtbank het volgende:

- o op bladzijde 4 met betrekking tot wat ... tijdens de consultatie van ... 2014 heeft genoteerd:

"Patiënte is gekend met polyartrose sinds een 10-tal jaar. De rugpijnklachten nemen de laatste tijd echt progressief toe, in die mate dat zij nog zeer moeilijk kan staan en wandelen. Zij heeft ook recidiverende blokkages die haar het leven onmogelijk maken. Zij zou gezien zijn in het ... waar men haar gezegd heeft (sic) dat zij met deze klachten maar moet leren leven.

...

Aangezien conservatieve therapie bij patiënte vroeger geen enkele baat gebracht heeft, denken we dat zij inderdaad in aanmerking komt voor een operatieve ingreep. Alvorens deze door te voeren, vroegen we eerst nieuwe radiografische evaluatie aan, met RX LWZ en full spine om de sagitale balans te bepalen. We zien patiënte nadien ter controle terug.;"

- o op bladzijde 18 met betrekking tot de reden waarom ... zich tot het FMO heeft gewend:

"Patiënte verwacht via de adviesaanvraag erkenning te krijgen. Ze is van mening dat er tijdens de eerste ingreep uitgevoerd door dr. ... een fout is gebeurd. Het is op aanraden van de ombudsman van het ziekenhuis in ... dat zij de adviesaanvraag gedaan heeft.

Mevrouw ... (sic) zegt er wel op gewezen te zijn dat roken het herstel na een osteosynthese in de rug zeer nadelig beïnvloedt. Ze slaagde er echter niet in te stoppen met roken.;"

- o op bladzijde 23 met betrekking tot de informatie die ... en/of één van haar medewerkers voorafgaandelijk aan ... heeft gegeven:

"Patiënte stelt dat de assistente (verpleegkundige) van dr. ... een beschrijving gaf van de ingreep en dat ze een document heeft ondertekend.

Volgens patiënte is echter de uitleg niet duidelijk genoeg geweest. Meer bepaald werden de risico's als verwaarloosbaar voorgesteld.

Dr. ... betwist dat de informatie onvoldoende was.

Patiënte was er ook niet van op de hoogte over hoeveel wervels de ingreep zou plaats hebben. Ze stelt echter dat zelfs indien de risico's beter omschreven waren geweest ze toch zou ingestemd hebben met de ingreep aangezien ze tevreden was dat dr. ... tot een ingreep wilde overgaan.;"

- o op bladzijde 26 met betrekking tot het rookgedrag van ...:

"... Hierin dient toch opgemerkt te worden dat er een verhoogd risico was door het rookgedrag van patiënte nl. 1 pakje/dag. ...".

Dit zijn allemaal feitelijke gegevens die na de mededeling van het deskundigenverslag geenszins door ... werden betwist, bijvoorbeeld omdat de deskundigen haar verkeerd zouden hebben begrepen of, erger nog, omdat zij zaken zouden hebben genoteerd die zijzelf nooit zou hebben gezegd.

Op die feitelijke gegevens kan ... dan ook niet meer terugkomen vermits dit zou betekenen dat zij via haar raadslieden tegen de stukken van het dossier zou pleiten, hetgeen 'not done' is en zo nodig genadeloos door het Hof van Cassatie zou worden afgestraft.

De concrete situatie was derhalve (1^o) dat ... er al zeer slecht aan toe was wanneer zij voor het eerst op consultatie is gegaan bij ... (2^o) dat zij op dat ogenblik in haar eigen ogen reeds volledig conservatief was uitbehandeld en daarom uitsluitend nog heil zag in een heelkundige behandeling, waarvoor zij bijgevolg ook zeker wilde gaan, (3^o) dat er wel discussie is blijven bestaan tussen haarzelf en ... over de vraag of zij voldoende werd ingelicht omtrent de mogelijke risico's die aan de ingreep waren verbonden en zelfs omtrent de omvang die ingreep en (4^o) dat er haar hoe dan ook was meegedeeld dat haar stevig rookgedrag een navenant negatieve weerslag op haar genezingsproces zou kunnen hebben.

b. Uit het deskundigenverslag dat tot het hierboven geciteerde advies van het FMO heeft geleid, blijkt dat het onderzoek volledig tegensprekelijk is gebeurd, dat ... zich hierbij door een ervaren raadsgeneesheer heeft laten bijstaan en dat de deskundigen rekening hebben gehouden met hun opmerkingen maar ze – anno 2014 – gemotiveerd hebben verworpen.

Voor de deskundigen waren daarom zowel de diagnose als de ingreep, de uitvoering ervan en de nazorg correct en dus verantwoord, met dien verstande dat mogelijkerwijze de algemene multidisciplinariteit niet maximaal benut was geworden en dat er zich peroperatief een complicatie had voorgedaan (met name het losschieten van de schroevendraaier en het aldus veroorzaken van een duralek) waarvoor evenwel onmiddellijk het nodige werd gedaan.

Thans moet de rechtbank echter in de verslagen van prof. dr. ... lezen dat dit allemaal verkeerd is: ... zou het zo goed als van A tot Z foutief hebben aangepakt en de deskundigen, waaronder prof. dr. ..., een collega neurochirurg, zouden dit allemaal met de mantel der liefde hebben bedekt.

Gelet op het voorgaande en op de argumenten over en weer van de partijen, ziet de rechtbank het als volgt:

- wat de geïnformeerde toestemming en mogelijkerwijze de verdere conservatieve multidisciplinaire aanpak betreft:

Het is niet geloofwaardig dat ... de operatie en de eraan verbonden risico's onvoldoende met ... zou hebben overlopen en/of zou hebben laten overlopen vermits ... destijds reeds in een zeer slechte toestand verkeerde en die operatie op zich ook zeer ingrijpend was.

Het is evenmin geloofwaardig dat ... na een lijdensweg van reeds een 10-tal jaar en na het verlies van haar werk (precies omwille van een veralgemeende artrose aan haar knieën en rug), dit niet zelf zou hebben ingezien, reden temeer dat ... en/of één van haar medewerkers er haar uitdrukkelijk op hebben gewezen dat haar rookgedrag (van niet minder dan 1 pakje sigaretten per dag) haar genezingsproces gevoelig zou kunnen ondermijnen.

Het is hoe dan ook aan ... om aan te tonen dat ... de op haar rustende informatieplicht heeft genegeerd, iets waar zij dus niet in slaagt, en niet aan ... om aan te tonen dat zij die informatieplicht wél is nagekomen. (zie in die zin – waarbij de rechtbank zich aansluit: Cass., 31.03.2022, A.R. C.20.0384.N; Cass. 18.06.2020, A.R. C.19.0343.N; Cass. 11.01.2019, A.R. C.18.0210.N)

Bovendien ontbreekt het oorzakelijk verband tussen die beweerde inbreuk op de informatieplicht in hoofde van ... en de schade waarover ... zich in voorliggend geding beklaagt.

... geloofde immers helemaal niet meer in een verdere conservatieve multidisciplinaire aanpak en ging integendeel resoluut voor een operatie, ook al waren er daar per definitie risico's aan verbonden, zoals bij elke operatie en zeker in haar specifieke geval.

Het valt de rechtbank overigens op dat ... geen enkele toelichting verschaft over de conservatieve behandelingen die zij de eerste 10 jaar van haar degeneratief proces heeft genoten en/of ondergaan, hetzij in het ..., hetzij elders, terwijl het natuurlijk wel zij is die daar een overzicht van zou kunnen geven en dit ook het eerste punt van haar aanval op ... uitmaakt.

De insinuatie dat er die eerste 10 jaar eigenlijk niets of toch niet veel zou zijn gebeurd, kan alleszins niet worden aangenomen aangezien niemand gedurende een dergelijk lange periode blijft rondlopen met een steeds meer invaliderende rugpijn, zonder zich naar best vermogen te laten onderzoeken en behandelen.

De rechtbank is er dan ook van overtuigd dat ... zich wel degelijk heeft gedragen naar de toepasselijke richtlijnen inzake de voorafgaande conservatieve multidisciplinaire aanpak vooraleer tot een operatie over te gaan, zoals die in 2014 reeds enige tijd zouden hebben bestaan of in elk geval in 2017 tot stand zijn gekomen.

- wat de diagnose, de ingreep, de uitvoering ervan en de nazorg betreft:

Op de derde bladzijde van zijn verslag van ... 2023 heeft prof dr. ... het volgende geschreven:

"...

Mijn dagelijkse praktijk bestaat uit analyse, en indien mogelijk, herstel van foutief uitgevoerde ingrepen ter hoogte van de wervelkolom. Dit is jammer genoeg in België dagelijkse praktijk. Maar het is niet omdat de meeste rugchirurgen nog steeds niet de reeds in 2011 voorgestelde richtlijnen au sérieux nemen, dat ze daarom goed handelen. De slechte reputatie van de rugchirurgie is voor een groot deel te wijten aan de foute fixatie van de lendenwervels met de daaraan verbonden complicaties. Ik kan niet anders dan vaststellen dat, ondanks veelvuldige medische literatuur, tal van congressen, tal van workshops (die ik zelf organiseer op Europees niveau), de meeste chirurgen zich weinig of niets aantrekken van deze guidelines. Het is niet omdat de meeste chirurgen een fixatie uitvoeren zonder rekening te houden met de instructies om het beter te doen, dat we dit moeten accepteren als 'lege artis'.

...".

De rechtbank leidt daaruit af dat er in 2014 twee scholen inzake rugchirurgie bestonden en dat dit tot op heden nog altijd zo is:

- volgens de ene school moet dan de operatie die op ... 2014 bij ... werd uitgevoerd het label 'lege artis' of 'conform de regels van de medische kunde' krijgen, zeker in 2014 (dit is de school waartoe ... en prof. dr. ... behoren)
- volgens de andere is dit daarentegen geenszins het geval, ook niet in 2014 (dit is de school waartoe prof. dr. ... zich rekent).

Zo niet kan men inderdaad niet begrijpen waarom ... die operatie hoe dan ook heeft uitgevoerd en waarom prof. dr. ... daar helemaal geen graten in ziet terwijl prof. dr. ... die operatie vrijwel volledig met de grond gelijk maakt.

Bij gebrek aan eigen medische vorming kan de rechtbank evenwel geen standpunt over een scholensrijd innemen.

De rechtbank kan echter wel vaststellen dat het deskundigenonderzoek hier op een volkomen normale manier is verlopen en dat – zoals gebruikelijk – de ene visie het uiteindelijk boven de andere heeft gehaald, hetgeen ook als dusdanig werd gemotiveerd en in het hierboven geciteerde advies van het FMO werd overgenomen.

In die omstandigheden is er geen reden om het tegensprekelijk tot stand gekomen advies van de deskundigen, met betrekking tot het eventueel voorhanden zijn van een MOMA, ter zijde te schuiven.

De rechtbank weerhoudt dus geen fout in de diagnose, noch in de ingreep, noch in de uitvoering ervan, noch in de nazorg, zelfs rekening houdende met het geheel van de complicaties die zich per en vooral postoperatief hebben voorgedaan.

Hierbij wenst de rechtbank wel nog het volgende op te merken:

- de zeer stellige overtuiging van prof. dr. ... dat het rookgedrag van ... geen enkele rol heeft gespeeld bij de postoperatieve complicaties die zich hebben voorgedaan, is voor de rechtbank bijzonder verrassend want in strijd met wat zij daar weliswaar dikwijls in het algemeen – steeds opnieuw over leest en hoort, zowel beroepshalve als erbuiten;
- een zogezegde ‘slechte reputatie van de rugchirurgie’, of van een deel ervan, is de rechtbank werkelijk niet bekend.

3. Deskundigenonderzoek met betrekking tot een eventuele MOZA; voorhanden zijn van een MOZA:

a. In het deskundigenverslag dat tot het hierboven geciteerde advies van het FMO heeft geleid, leest de rechtbank op de bladzijden 33 en 34 dat de blijvende persoonlijke ongeschiktheid van ... op 40 % wordt geraamd, waarvan 5 % voorafbestaand en 35 % ten gevolge van de ingreep van 7 april 2014.

De enige discussie die daaromtrent tussen de partijen bestaat, is over de vraag of die 35 %, in het kader van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, als een normaal dan wel als een abnormaal gevolg van de ingreep van ... 2014 moet worden beschouwd.

Bedoelde wet hanteert ter zake 2 criteria:

- het vermijdbaarheids criterium: dit is in voorliggend geval de vraag of, volgens de hoogste stand van de medische wetenschap in 2014, de schade van ... kon worden vermeden; (alleen wat *kon* worden vermeden en *niet* werd vermeden, wordt vergoed)
- het voorzienbaarheids criterium: dit is in voorliggend geval de vraag of, gelet op de algemene medische toestand van ... in 2014 en de objectief voorspelbare evolutie van die toestand, haar schade en de omvang ervan konden worden voorzien. (alleen wat *niet kon* worden voorzien en zich *toch* heeft voorgedaan, wordt vergoed)

b. Normaal/abnormaal karakter van de schade van ... getoetst aan het vermijdbaarheids criterium:

Partijen zijn het expliciet eens dat de in aanmerking te nemen parameters de volgende zijn: bestond er destijds een andere behandelingstechniek, was die *in casu* toepasbaar, zou deze niet met een aan de zekerheid grenzende waarschijnlijkheid tot dezelfde complicatie of een complicatie met een vergelijkbare of grotere ernst leiden en had zij ook dezelfde of een vergelijkbare succesratio als de *in casu* toegepaste techniek?

... beantwoordt deze 4 vragen positief; de deskundigen van het FMO negatief.

De rechtbank heeft hierboven reeds uiteengezet waarom zij van oordeel is dat het verslag van de deskundigen, en het daarop geënte advies van het FMO, niet ter zijde mogen worden geschoven.

Zij neemt dan ook niet aan dat er in het geval van ... nog een andere behandelingstechniek bestond (en dat ... derhalve ten onrechte tot de operatie in kwestie zou zijn overgegaan, zoals zij het *in concreto* heeft gedaan).

De conservatieve multidisciplinaire aanpak was integendeel reeds achter de rug en dit was ook de reden waarom ... zich – meer dan vermoedelijk ten einde raad zijnde – tot ... heeft gewend.

c. Normaal/abnormaal karakter van de schade van ... getoetst aan het voorzienbaarheids criterium:

Partijen zijn het impliciet eens dat de in aanmerking te nemen parameters enerzijds kwantitatief en anderzijds kwalitatief zijn: wat is de frequentie van de complicaties die zich hebben voorgedaan, zowel apart als in hun geheel bekeken, en wat is de schade die daar in beginsel uit voortvloeit?

Ook hier worden die parameters gevoelig verschillend door ... en de deskundigen van het FMO ingevuld.

- Wat de kwantitatieve parameters betreft, leest de rechtbank in het deskundigenverslag dat tot het hierboven geciteerde advies van het FMO heeft geleid, het volgende:

* op bladzijden 25 en 26:

"...

De opgetreden schade in dit specifiek geval nl. de duralekken, loslatingen schroeven en de uiteindelijke toestand van failed back surgery zijn een gekende complicatie van rugingrepen. Het ongewild openen van de dura is een gekende complicatie bij spinale chirurgie met een gerapporteerde incidentie van 1 % tot 17 % naargelang de literatuur. Stressfracturen van de pedikels ter hoogte van de "adjacent levels" zijn eveneens gekend, doch zijn zeldzamer. "Loosening" of loslatingen van pedikelschroeven na thoracolumbale spinale chirurgie is eveneens beschreven in de literatuur met een incidentie van 1 tot 15 % bij niet osteoporotische patiënten. Lage rugpijn met of zonder beenpijn ondanks heeldkunde is gekend met een cumulatieve incidentie per chirurgische ingreep. Algemeen wordt dit geschat op een 10 tot 40 % per chirurgische ingreep.

De cascade aan en repetitief optreden van verwikkelingen en de uiteindelijke osteosynthese van Th6 tot sacraal in dit specifiek geval zijn echter uitzonderlijk.

Hierin dient toch opgemerkt te worden dat er een verhoogd risico was door het rookgedrag van patiënte namelijk 1 pakje/dag. Het is algemeen aangenomen dat roken voornamelijk het musculoskeletale systeem en de wervelzuil in het bijzonder aantast. Er is daarom ook een duidelijke link tussen complicaties na een lumbale fusie en roken. De meest gekende complicatie is de lagere fusio ratio.

...";

* op bladzijde 38:

"...

Het minimaliseren van tabagisme binnen de spinale chirurgie is een veel voorkomende, doch volstrekt problematische houding anno 2020. Bij een literatuuronderzoek van de termen "smoking" AND "spinal surgery" zijn er op 1 september 2020 op Pubmed.gov 114 artikels beschikbaar. Het overzichtsartikel van Berman et Al. schept een duidelijk beeld over de gevolgen van tabagisme in relatie tot spinale chirurgie. Alleen "non-union" als mogelijke complicatie van tabagisme in relatie tot spinale chirurgie is te beperkt. De gevolgen van tabagisme in het helingsproces zijn van even groot belang. Een groter infectiegevaar, tragere en beperktere heling (zowel inwendig als ook uitwendig), verhoogde discus degeneratie en verminderde botkwaliteit zijn factoren die "adjacent level" pathologie in de hand werken.

...".

... trekt de hierboven vermelde percentages in twijfel maar verwijst hierbij niet naar andere eventueel bestaande medische studies dan deze die door de deskundigen werden gehanteerd. Dergelijk verweer kan de rechtbank niet overtuigen.

Zij betwist ook met klem, op grond van de verslagen van prof. dr. ... de invloed van haar rookgedrag op het geheel van de complicaties die zich postoperatief hebben voorgedaan, doch ook dit kan de rechtbank niet aannemen vermits dit fundamenteel in strijd is met wat dienaangaande alom bekend is.

De complicaties die zich bij ... hebben voorgedaan, waren bij gevolg voorzienbaar, in de zin van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, en dus niet abnormaal.

- Wat de kwalitatieve parameters betreft, leest de rechtbank ten slotte op de bladzijden 33 en 34 van het deskundigenverslag dat tot het hierboven geciteerde advies van het FMO heeft geleid dat ... een bijkomende blijvende persoonlijke ongeschiktheid van 35 % heeft opgelopen.

Ook dit lijkt de rechtbank normaal te zijn, in de zin van voormelde wet, hetgeen trouwens ook het standpunt van prof. dr. ... is.

Op de derde bladzijde van zijn verslag van ... 2021 heeft hij inderdaad het volgende geschreven:

"...

De zeer penibele eindtoestand van mevrouw ... staat wel degelijk in verhouding tot elk van de complicaties die zich na de initiële ingreep hebben voorgedaan.

...".

In die omstandigheden kan dus ook geen MOZA worden weerhouden, tenminste niet in die zin dat deze tot een recht op vergoeding vanwege het FMO zou leiden.

OM DEZE REDENEN,

DE RECHTBANK,

Rechtdoende **OP TEGENSPRAAK.**

Alle verdere en strijdige middelen verwerpend.

Verklaart de vordering van ... tegen ... en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering ontvankelijk maar ongegrond.

...

3^e Partie
Questions et réponses
parlementaires



Combinaison d'une allocation d'invalidité et d'une activité comme indépendant à titre complémentaire

Article 230, §1^{ter}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 - Règle du cumul progressif – Dépassement ou non du seuil de revenu – Conséquences

Question n° 2303 posée le 4 septembre 2023 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Monsieur le Représentant VERHERSTRAETEN¹

Le gouvernement ambitionne d'augmenter le taux d'emploi en Belgique. L'accord de gouvernement indique notamment ce qui suit : "Plus on augmente le taux d'emploi, plus on renforce notre sécurité sociale. *A fortiori* quand on sait qu'un emploi de qualité reste aussi la meilleure protection sociale et qu'il est une source vitale d'émancipation. Le gouvernement récompensera le travail, accompagnera les groupes les plus vulnérables sur le chemin vers l'emploi et visera un taux d'emploi de 80 % minimum pour 2030".

Cependant, dans certaines situations, les gens sont découragés d'exercer un emploi. Concrètement, je souhaiterais vous soumettre la situation dans laquelle une personne qui perçoit une allocation d'invalidité subirait une perte de revenus si elle commençait une activité comme indépendant à titre complémentaire.

Lorsqu'une personne perçoit une allocation d'invalidité et exerce une activité autorisée en tant qu'indépendant (p.ex. à titre complémentaire), l'allocation d'invalidité est réduite de 10 % les trois premières années. Sur le plan fiscal, une réduction d'impôt particulière est applicable aux bénéficiaires de revenus de remplacement. Toutefois, cette réduction d'impôt diminue en cas d'augmentation des revenus. La diminution progressive de la réduction d'impôt commence à partir d'un revenu imposable globalement de 18.290 EUR (EI24).

La combinaison de ces deux mesures a pour conséquence qu'une personne qui bénéficie d'une allocation d'invalidité et qui se lance dans une activité indépendante à titre complémentaire, dans une certaine fourchette de revenus, subit une perte de revenus. Il s'agit de personnes qui toucheraient un revenu d'appoint d'environ 3.000 à 11.000 EUR par an dans le cadre d'une activité à titre complémentaire. Les personnes dans cette situation sont donc découragées de travailler.

1. Reconnaissez-vous le problème décrit ?
2. Quels changements pourraient apporter une solution afin de remédier à la situation décrite ?
3. Quelles initiatives prendrez-vous à cet égard ?

1. Bulletin n° 130, Chambre, session ordinaire 2023-2024, p. 189.

Réponse

En ce qui concerne les aspects relatifs à l'assurance indemnités de votre question, je peux vous informer que lorsque l'assuré qui a été reconnu en incapacité de travail dans le régime des travailleurs salariés reprend une activité en tant que travailleur indépendant (à titre complémentaire) avec l'autorisation du médecin-conseil, la règle de cumul progressif suivante s'applique, qui comporte trois phases (cf. art. 230, § 1^{er} de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994) :

- phase 1 : les six premiers mois de la période couverte par l'autorisation du médecin-conseil : le titulaire conserve le montant complet de ses indemnités d'incapacité de travail
- phase 2 : 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 suivant celle du début de l'activité autorisée : le montant des indemnités d'incapacité de travail est réduit forfaitairement de 10 %
- phase 3 : à partir du 1^{er} janvier de la quatrième année civile suivant celle du début de l'activité autorisée : dans cette phase, le montant effectif des revenus professionnels découlant de l'activité autorisée joue un rôle. Il s'agit toujours du revenu net imposable qui provient de l'activité autorisée et qui a été pris en compte par l'Administration des contributions directes pour fixer la taxation de l'année concernée. Le montant brut des revenus professionnels doit par conséquent être diminué des frais professionnels et, le cas échéant, des pertes professionnelles.

En effet, l'organisme assureur compare le montant des revenus professionnels acquis au cours de la première année civile complète suivant l'année civile du début de l'activité avec un plafond de revenus bien défini (p. ex., pour 2023, le montant de 22.184,19 EUR est d'application). Si ce seuil de revenu est dépassé, l'organisme assureur applique, selon le cas, un pourcentage de réduction du montant journalier des indemnités ou une suspension de l'octroi des indemnités.

Trois situations peuvent se présenter :

- situation 1 : les revenus professionnels acquis ne dépassent pas le seuil : le montant des indemnités ne doit pas être réduit
- situation 2 : les revenus professionnels acquis dépassent le seuil d'au moins 15 % : l'organisme assureur suspend l'octroi des indemnités pendant toute l'année civile
- situation 3 : les revenus professionnels acquis dépassent le seuil de moins de 15 % : l'organisme assureur réduit le montant des indemnités pendant toute l'année civile d'un pourcentage correspondant au pourcentage de dépassement du seuil.

La même vérification est ensuite effectuée chaque année en fonction des revenus découlant de l'activité autorisée il y a trois ans.

Les autres aspects de votre question (réduction des impôts) concernent des aspects fiscaux pour lesquels mon collègue, le Ministre des Finances est compétent.

4^e Partie

Directives de l'INAMI



I. Assurés radiés du Registre national : conséquences sur les qualités de titulaire résident, titulaire handicapé et personne à charge

Applicable à partir du 1^{er} janvier 2024.

1. Problématique

Il arrive que pour des raisons purement administratives, certains assurés se voient temporairement radiés d'office du registre national (parfois à leur insu), sans pour autant qu'ils aient quitté le territoire belge et sans qu'ils n'aient plus le droit ou l'autorisation d'y séjourner.

Ceci peut néanmoins entraîner des conséquences non voulues sur leur droit aux soins de santé, qui se base pour certaines qualités de bénéficiaires de l'article 32 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités sur cette inscription au Registre national.

La réglementation relative aux qualités de titulaire résident, de titulaire handicapé et de personne à charge est donc assouplie pour réduire cet impact, afin que ces qualités ne soient pas perdues pour de courtes périodes de radiation.

Ne sont donc pas visés les personnes à charge, les titulaires handicapés et titulaires résidents qui sont radiés d'office suite à leur départ à l'étranger, ou suite à la perte de leur titre de séjour.

Il s'agira donc des radiations d'office sur base du code 9999¹ dont à exclure les radiations d'office pour l'étranger.

2. Qualité de titulaire résident

2.1. Adaptations réglementaires

Un paragraphe 2 a été ajouté à l'article 128quinquies 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, rédigé comme suit :

"§ 2. La qualité de titulaire de l'article 32, alinéa 1^{er}, 15° de la loi coordonnée n'est pas perdue pour les personnes radiées d'office du Registre national des personnes physiques, à condition que la durée de la radiation n'atteigne pas trois trimestres civils. La même exception vaut pour les personnes qui bénéficiaient des prestations de santé, en une autre qualité de titulaire de l'article 32, alinéa 1^{er}, tout en remplissant les conditions de la qualité visée au 15°. Toutefois, cette exception ne vaut pas pour les personnes radiées d'office suite à leur départ à l'étranger ou suite à la perte de leur titre de séjour."

1. 99991 : Radiation d'office

Une personne est radiée d'office du R.N. après absence ininterrompue et non déclarée de plus de 6 mois. La personne est radiée seulement si la résidence n'est pas connue. Concrètement, il s'agit des cas où une personne change de lieu de résidence (en Belgique ou à l'étranger) sans notifier l'administration communale. Cette radiation-ci est prononcée par le Collège des Bourgmestre et des échevins.

2.2. Application pratique

2.2.1. QUALITÉ DE RÉSIDENT DÉJÀ EFFECTIVE

La qualité de résident repose presque exclusivement sur cette inscription au Registre national, pour démontrer une certaine durabilité du lien avec la Belgique. Or, la radiation d'office du Registre national ne signifie pas pour autant que ce lien est rompu.

La nouvelle exception permet à des personnes récemment radiées, qui étaient déjà inscrites en qualité de résident, de ne pas perdre leur qualité. Les cotisations en qualité de résident restent dues.

Cette exception n'est néanmoins acceptée qu'à la condition que l'assuré soit à nouveau réinscrit dans le Registre national après maximum deux trimestres civils de radiation, donc à condition que la durée de la radiation n'atteigne pas trois trimestres civils.

C'est donc au moment de la prolongation du droit que la mutualité devra appliquer l'exception.



Exemple 1 :

L'assuré est inscrit au Registre national mais radié d'office du 15 mars 2024 au 15 octobre 2024. Il ne compte donc que deux trimestres civils de radiation, les 2^e et 3^e trimestres et reste dans le délai pour bénéficier de l'exception.

La cotisation de résident est due pour ces trimestres puisqu'il conserve la qualité de résident tout à fait normalement.



Exemple 2 :

L'assuré est inscrit au Registre national mais radié d'office du 15 mars 2024 au 15 janvier 2025. Il compte trois trimestres civils de radiation, les 2^e, 3^e et 4^e trimestres de 2024. Étant donné qu'il a dépassé deux trimestres civils de radiation, puisqu'il a atteint trois trimestres civils de radiation, il n'est pas dans le délai pour bénéficier de l'exception.

Dans ce cas, il perd sa qualité de résident pour l'ensemble des trimestres civils de radiation. La cotisation n'étant due que pour les trimestres où l'assuré a effectivement la qualité de résident (1^{er} trimestre 2024), le complément de cotisation doit être payé pour combler la différence.



Exemple 3 :

L'assuré est inscrit au Registre national mais radié d'office durant toute l'année 2024 du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2024 inclus. Étant donné qu'il a dépassé deux trimestres civils de radiation (il en a atteint quatre), il n'est pas dans le délai pour bénéficier de l'exception.

Cette année de référence peut être régularisée via le paiement de la totalité du complément de cotisation si la seule qualité possible était celle de résident et que la période ne peut pas être assimilée ou immunisée en vertu de l'article 290.



Exemple 4 :

L'assuré est inscrit au Registre national mais radié d'office du 2 janvier 2024 au 30 décembre 2024. Il ne compte donc que deux trimestres civils de radiation, les 2^e et 3^e trimestres, et reste dans le délai pour bénéficier de l'exception.

La cotisation de résident est due pour ces trimestres puisqu'il conserve la qualité de résident tout à fait normalement.

**Exemple 5 :**

L'assuré est inscrit au Registre national mais radié d'office du 31 décembre 2022 au 2 avril 2023, puis du 30 juin 2023 au 1^{er} octobre 2023. Il compte les 1^{er} et 3^e trimestres civils de radiation. Étant donné qu'il n'a pas atteint trois trimestres consécutifs de radiation, il reste dans le délai pour bénéficier de l'exception.

La cotisation de résident est due pour ces trimestres puisqu'il conserve la qualité de résident tout à fait normalement.

**Exemple 6 :**

L'assuré est inscrit au Registre national mais radié d'office du 22 août 2022 au 30 août 2023. Il compte trois trimestres civils de radiation, le 4^e trimestre 2022, ainsi que les 1^{er} et 2^e trimestres de 2023. Étant donné qu'il a dépassé deux trimestres civils de radiation, puisqu'il a atteint trois trimestres civils de radiation, il n'est pas dans le délai pour bénéficier de l'exception. La condition de la durée de la radiation peut en effet courir sur deux années.

Dans ce cas, il perd sa qualité de résident pour l'ensemble des trimestres civils de radiation. La cotisation n'étant due que pour les trimestres où l'assuré a effectivement la qualité de résident (1^{er}, 2^e et 3^e trimestres 2022 et ensuite 3^e et 4^e trimestres 2023), le complément de cotisation doit être payé pour combler la différence respectivement pour les années de prolongation 2024 et 2025.

**Exemple 7 :**

L'assuré est inscrit au Registre national mais radié d'office du 15 mars 2024 au 15 octobre 2024 sur la base du code 99997 (perte de droit au séjour). Bien qu'il ne compte que deux trimestres civils de radiation, les 2^e et 3^e trimestres (donc reste dans le délai pour bénéficier de l'exception), l'exception ne peut lui être appliquée car il est radié pour perte de droit au séjour.

2.2.2. QUALITÉ DE RÉSIDENT PRÉEXISTANTE MAIS NON EFFECTIVE

La même exception s'applique aux personnes qui remplissent les conditions relatives à la qualité de résident mais qui en ont fait valoir une autre. Ce qui est en effet important, c'est que la qualité de résident existait déjà avant la radiation, même si ce n'est pas celle-là qui a été retenue pour l'inscription auprès de la mutualité.

**Exemple 8 :**

Un chômeur perd son droit au chômage et donc sa qualité de chômeur le 1^{er} avril 2024. Il est également radié du Registre national pour une négligence administrative du 15 mars 2024 au 15 octobre 2024.

Il peut s'inscrire en qualité de résident alors qu'il est radié, sachant qu'il ne compte que deux trimestres civils de radiation, les 2^e et 3^e trimestres et reste dans le délai pour bénéficier de l'exception.

Son inscription prendra effet le 1^{er} avril 2024 et la cotisation de résident due à partir de cette date.

3. Qualité de titulaire handicapé

3.1. Adaptations réglementaires

Un alinéa 2 est ajouté à l'article 128^{ter} de l'arrêté royal précité, rédigé comme suit :

"La qualité de titulaire de l'article 32, alinéa 1^{er}, 13^o de la loi coordonnée n'est pas perdue pour les personnes radiées d'office du Registre national des personnes physiques, à condition que la durée de la radiation n'atteigne pas trois trimestres civils. Toutefois, cette exception ne vaut pas pour les personnes radiées d'office suite à leur départ à l'étranger ou suite à la perte de leur titre de séjour."

3.2. Application pratique

La qualité de titulaire handicapé repose elle aussi, en partie, sur cette inscription au Registre national.

Il y a donc lieu d'appliquer la même exception pour les titulaires handicapés que pour les titulaires résidents, pour les mêmes motifs.

La nouvelle exception permet à des personnes récemment radiées, qui étaient déjà inscrites en qualité de titulaire handicapé, de ne pas perdre leur qualité.

Cette exception n'est néanmoins acceptée qu'à la condition que l'assuré soit à nouveau réinscrit dans le Registre national après maximum deux trimestres civils de radiation, donc à condition que la durée de la radiation n'atteigne pas trois trimestres civils.

C'est donc au moment de la prolongation du droit que la mutualité devra appliquer l'exception.



Exemple 9 :

L'assuré est inscrit au Registre national mais radié d'office du 15 mars 2024 au 15 octobre 2024. Il ne compte donc que deux trimestres civils de radiation, les 2^e et 3^e trimestres et reste dans le délai pour bénéficier de l'exception.

Aucun complément de cotisation n'est dû pour ces trimestres puisqu'il conserve la qualité gratuite de titulaire handicapé tout à fait normalement.



Exemple 10 :

L'assuré est inscrit au Registre national mais radié d'office du 15 mars 2024 au 15 janvier 2025. Il compte trois trimestres civils de radiation, les 2^e, 3^e et 4^e trimestres de 2024. Étant donné qu'il a dépassé deux trimestres civils de radiation, puisqu'il a atteint trois trimestres civils de radiation, il n'est pas dans le délai pour bénéficier de l'exception.

Dans ce cas, il perd sa qualité de titulaire handicapé pour l'ensemble des trimestres civils de radiation. Le droit n'étant gratuit que pour les trimestres où l'assuré a effectivement la qualité de titulaire handicapé (1^{er} trimestre 2024), le complément de cotisation doit être payé pour combler la différence.

4. Qualité de personne à charge

4.1. Adaptations réglementaires

Un alinéa 3 a été ajouté à l'article 124, § 3 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité.

"§ 3. La preuve de la condition de cohabitation visée au § 2 résulte de l'information visée à l'article 3, alinéa 1^{er}, 5°, de la loi du 8 août 1983 organisant un Registre national des personnes physiques, obtenue auprès du Registre national.

[...]

Par exception à l'alinéa 1^{er} également, la condition de cohabitation est présumée maintenue entre un titulaire et sa personne à charge, pendant une durée de deux trimestres civils maximum, en cas de radiation d'office du Registre national des personnes physiques qui concerne tant le titulaire que sa personne à charge, selon le même code de radiation et à la même date. Toutefois, la condition de cohabitation n'est pas présumée maintenue si la radiation d'office fait suite à leur départ à l'étranger ou à la perte de leur titre de séjour.»

4.2. Application pratique

La qualité de PAC repose dans une certaine mesure sur l'inscription au Registre national, non par elle-même mais pour prouver un certain lien avec le titulaire, matérialisé notamment par la cohabitation. Le choix de prendre le Registre national présente l'avantage de faciliter cette preuve et de réglementer les portes d'entrée dans le cadre de l'assurance obligatoire.

La nouvelle exception permet de considérer qu'une radiation d'office qui concerne tant le titulaire que sa personne à charge, pour le même motif au même moment (même code de radiation dans le Registre national) ne soit pas considérée comme un non-respect de l'obligation de cohabitation.

S'ils sont radiés en même temps, ce n'est en effet pas significatif du fait qu'il n'y a plus de lien entre les deux personnes. Nous allons ainsi dans le même sens que les exceptions à la condition de cohabitation existant actuellement pour les PAC, qui sont toutes sous-tendues par le fait qu'il existe toujours un lien entre la PAC et son titulaire. Si seule la personne à charge est concernée par la radiation, ou seul le titulaire, il doit être considéré dans ce cas que la condition de cohabitation n'est plus respectée.

Ne sont visées que les personnes à charge qui étaient déjà inscrites en cette qualité (et non celles qui souhaitent s'inscrire pour qui la condition de cohabitation reste indispensable).

Il n'est cependant pas admis que cette situation perdure dans le temps : dès lors, si après deux trimestres civils, la cohabitation selon les données du Registre national n'est toujours pas rétablie, cette condition est considérée comme n'étant plus remplie après ces deux trimestres.



Exemple 11 :

Le titulaire et sa PAC sont inscrits à la même adresse Registre national mais tous les deux radiés d'office du 15 mars 2024 au 20 septembre 2024, selon le même code de radiation (99991). Ils ne dépassent pas deux trimestres civils de radiation, puisqu'ils ne sont radiés que le 2^e trimestre civil complet.

Dès lors, la condition de cohabitation pour le maintien de la qualité de PAC reste respectée.



Exemple 12 :

Le titulaire et sa PAC sont inscrits à la même adresse Registre national mais tous les deux radiés d'office du 15 mars 2024 au 15 octobre 2024, selon le même code de radiation (99991). Ils dépassent deux trimestres civils de radiation, puisqu'ils sont radiés les 2^e et 3^e trimestres civils complets, et la cohabitation n'est rétablie que 15 jours plus tard dans le 4^e trimestre.

La PAC ne bénéficie donc de l'exception que jusqu'au 30 septembre 2024 inclus et "perd" sa qualité de PAC à partir du 1^{er} octobre 2024 (elle passe en maintien de droit à cette date) puisque la condition de cohabitation est considérée comme n'étant plus respectée à cette date.

Sa qualité ne pourra être rétablie que le 16 octobre 2024. Cependant, si elle ne peut pas être prolongée comme PAC, aucun complément de cotisation ne sera dû pour cette période puisque la période de maintien de droit en qualité de PAC sera prise en compte pour prolonger le droit.



Exemple 13 :

Le titulaire et sa PAC sont inscrits à la même adresse Registre national mais seule la PAC est radiée d'office du 15 mars 2024 au 20 septembre 2024. Bien qu'elle ne dépasse pas deux trimestres civils de radiation, puisqu'elle n'est radiée que dans le 2^e trimestre civil complet, elle ne peut bénéficier de l'exception car seule la PAC est radiée, et non son titulaire.

Elle "perd" donc sa qualité de PAC à partir du 15 mars 2024 (elle passe en maintien de droit à cette date) puisque la condition de cohabitation est considérée comme n'étant plus respectée à cette date.

Sa qualité ne pourra être rétablie que le 21 septembre 2024. Cependant, si elle ne peut pas être prolongée comme PAC, aucun complément de cotisation ne sera dû pour cette période puisque la période de maintien de droit en qualité de PAC sera prise en compte pour prolonger le droit.



Exemple 14 :

Le titulaire et sa PAC sont inscrits à la même adresse Registre national mais tous les deux radiés d'office du 15 mars 2024 au 20 septembre 2024, selon le même code de radiation (99997). Bien qu'ils ne dépassent pas deux trimestres civils de radiation, puisqu'ils ne sont radiés que le 2^e trimestre civil complet, l'exception ne peut être appliquée à la PAC car ils sont radiés pour perte de droit au séjour.

Elle "perd" donc sa qualité de PAC à partir du 15 mars 2024 (elle passe en maintien de droit à cette date) puisque la condition de cohabitation est considérée comme n'étant plus respectée à cette date.

Sa qualité ne pourra être rétablie que le 21 septembre 2024. Cependant, si elle ne peut pas être prolongée comme PAC, aucun complément de cotisation ne sera dû pour cette période puisque la période de maintien de droit en qualité de PAC sera prise en compte pour prolonger le droit.

4.3. Impact sur le droit à l'intervention majorée ?

Cette nouvelle exception pour les PAC radiées d'office n'a pas d'impact sur l'application des règles relatives à l'intervention majorée car nous avons considéré dans la circulaire "Règlementation de l'intervention majorée de l'assurance", point 4.11.9., "Quid en cas de radiation d'office ?" que lorsque tous les membres du ménage sont radiés d'office au même moment pour la même raison, il ne s'agit pas d'une modification de la composition de ménage.



Exemple 15 :

Un ménage est composé de X et de sa partenaire Y. Ils bénéficient de l'IM. X et Y sont tous les deux radiés d'office du 15 mars 2024 au 15 octobre 2024, selon le même code de radiation (99991). Ils dépassent deux trimestres civils de radiation, puisqu'ils sont radiés les 2^e et 3^e trimestres civils de 2024, et la cohabitation n'est rétablie que 15 jours plus tard dans le 4^e trimestre.

La PAC ne bénéficie donc de l'exception que jusqu'au 30 septembre 2024 inclus et «perd» sa qualité de PAC à partir du 1^{er} octobre 2024 (elle passe en maintien de droit à cette date) puisque la condition de cohabitation est considérée comme n'étant plus respectée à cette date.

Cependant, le ménage IM composé de X et Y n'est pas modifié le 1^{er} octobre 2024 car conformément au point 4.11.9 de la circulaire IM, il ne s'agit pas d'une modification de la composition de ménage.

5. Entrée en vigueur

La circulaire entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024 pour la prolongation du droit aux soins de santé sur base de l'année de référence 2022.

Pour les PAC, vu la nature de la qualité de PAC, la mesure s'applique à partir de l'année de droit 2024.

Ceci signifie que les radiations d'office sont comptabilisées :

- pour les titulaires résidents/handicapés : à partir du 1^{er} janvier 2022 c'est-à-dire qu'entre le 1^{er} janvier 2022 et le 30 juin 2022, la condition relative à la *durée* de la radiation est considérée comme remplie pour tous les titulaires résidents/handicapés, pour autant qu'ils soient réinscrits dans le Registre national au 3^e trimestre 2022 (toutes autres conditions restant donc applicables : radiation d'office, non suite à un départ à l'étranger ou à une perte du titre du séjour, et qualité de titulaire résident déjà effective ou préexistante).



Exemple 16 :

L'assuré est inscrit au Registre national mais radié d'office du 15 septembre 2021 au 15 septembre 2022. Étant donné qu'on ne compte pas la période de radiation avant le 1^{er} janvier 2022 (avant entrée en vigueur), l'assuré ne compte donc que deux trimestres civils de radiation, les 1^{er} et 2^e trimestres et reste dans le délai pour bénéficier de l'exception.

La cotisation de résident est due pour ces trimestres puisqu'il conserve la qualité de résident tout à fait normalement.

- Pour les PAC : à partir du 1^{er} janvier 2024, puisque si la PAC est radiée en 2023, elle perd la qualité de PAC instantanément (et entre en période de maintien de droit), étant donné que la mesure n'est pas encore entrée en vigueur en 2023.



Circulaire O.A. n° 2024/78 – 2110/9 du 18 mars 2024.

II. Écartement du travail des travailleuses enceintes, des travailleuses accouchées et des travailleuses qui allaitent leur enfant

Introduction

Depuis le 1^{er} janvier 2010, en vertu des dispositions de la loi de relance économique du 27 mars 2009, l'indemnisation de tous les cas d'écartements du travail des travailleuses enceintes est prise en charge dans le cadre de l'assurance maternité des travailleurs salariés, que la cause de cette mesure soit ou non liée à un risque de maladie professionnelle.

I. Droit aux indemnités de maternité pour cause d'écartement du travail et calcul des indemnités de maternité

A. Travailleuses du secteur privé

1. ÉCARTEMENT TOTAL DU TRAVAIL

1.1 *Écartement total du travail (suspension de l'exécution du contrat de travail) de la travailleuse enceinte*

La travailleuse enceinte qui est totalement écartée du travail a droit à une indemnité de maternité dont le montant est fixé conformément à l'article 219bis, §1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Cette indemnité est fixée à **78,237 %** du salaire perdu visé à l'article 113, alinéa 3, de la loi coordonnée (en d'autres mots le salaire journalier moyen plafonné).

Cette indemnité peut être allouée jusqu'à la *semaine précédant la date présumée de l'accouchement*. À partir de la semaine précédant la date présumée de l'accouchement (début du repos prénatal), l'indemnisation prévue pour le repos de maternité prend toujours le relais de l'indemnisation en cas d'écartement du travail.

La travailleuse a toutefois toujours la possibilité de demander pour faire débiter le repos prénatal, au plus tôt à partir de la sixième semaine qui précède la date présumée de l'accouchement ou de la huitième semaine, lorsqu'une naissance multiple est prévue.

La mesure d'écartement du travail prend donc toujours fin au plus tard une semaine avant la date présumée de l'accouchement.

En effet, conformément à l'article 39, alinéa 2 de la loi du 16 mars 1971 sur le travail, la travailleuse ne peut effectuer aucun travail à partir du septième jour qui précède la date présumée de l'accouchement. Dès lors, étant donné cette interdiction de travail, le risque spécifique d'exposition aux agents, procédés ou conditions de travail qui justifie la mesure de protection de maternité prise par l'employeur n'est donc plus présent.

Afin de permettre à la mutualité de cesser le paiement de l'indemnité "écartement du travail" en tout cas à partir de la semaine précédant la date présumée de l'accouchement, la travailleuse enceinte est invitée à communiquer la date présumée de l'accouchement et si une naissance multiple est prévue, au moyen d'une attestation du médecin-traitant. Cette attestation est à joindre à l'attestation de l'employeur précisant la nature de la mesure de protection de la maternité prise à l'égard de la travailleuse.

1.2. Écartement total du travail (suspension de l'exécution du contrat de travail) de la travailleuse accouchée ou qui allaite son enfant

La travailleuse accouchée ou allaitante, qui est totalement écartée du travail, a droit à une indemnité d'incapacité de travail dont le montant est fixé conformément à l'article 219bis, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Cette indemnité est fixée à **60 %** du salaire perdu visé à l'article 113, alinéa 3, de la loi coordonnée (en d'autres mots, le salaire journalier moyen plafonné).

L'intéressée a seulement droit à une indemnité de maternité durant une période de 5 mois à compter du jour de l'accouchement.

2. EXERCICE D'UN TRAVAIL ADAPTÉ AVEC PERTE DE SALAIRE OU POURSUITE D'UNE ACTIVITÉ PENDANT UNE PÉRIODE DE PROTECTION DE LA MATERNITÉ

2.1. Exercice par la travailleuse enceinte, d'un travail adapté avec perte de salaire

La travailleuse enceinte qui exerce un travail adapté avec perte de salaire a droit à une indemnité de maternité dont le montant est déterminé conformément à l'article 219ter, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Cette indemnité est allouée (au plus tard) jusqu'à la semaine précédant la date présumée de l'accouchement, si la travailleuse poursuit l'exercice du travail adapté pendant la période prénatale facultative.

La travailleuse bénéficie d'une indemnité dont le montant est fixé à **60 %** de la différence entre :

- d'une part, le salaire journalier moyen non plafonné¹, qu'elle percevait avant l'aménagement des conditions ou du temps de travail à risque ou le changement de poste de travail et,
- d'autre part, le montant du revenu professionnel évalué en jour ouvrable, qu'elle perçoit, soit après l'adaptation de ses conditions de travail ou du temps de travail à risque, soit après le changement de poste de travail.

Cette différence n'est toutefois prise en considération qu'à concurrence du montant maximum fixé à l'article 87, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée (le plafond AMI).



Attention ! Il s'agit de deux montants bruts.

Par revenu professionnel, il faut entendre :

- les rémunérations et autres avantages qui peuvent être pris en considération pour déterminer la rémunération perdue, visée à l'article 113, alinéa 3, de la loi coordonnée²
- la rémunération garantie deuxième semaine et l'indemnité visée par les conventions collectives de travail n° 12bis et n° 13bis
- toute indemnité, allocation ou rente compensant la perte de ce revenu.

1. Le salaire perdu, visé à l'art. 113, al. 3, de la loi coordonnée, sans toutefois appliquer le montant maximum visé à l'art. 87, al. 1^{er}, de la loi coordonnée (= le plafond AMI).

2. De manière générale, il s'agit plus précisément de tous les montants et avantages auxquels la travailleuse peut prétendre en exécution de son contrat de travail et pour lesquels des cotisations de sécurité sociale sont dues, à l'exception du pécule de vacances complémentaires, de la prime de fin d'année et des autres primes et avantages similaires qui sont accordées indépendamment du nombre de jours effectivement prestés durant le trimestre de la déclaration à l'organisme perceuteur des cotisations de sécurité sociale (A.R. du 10.06.2001 établissant la notion uniforme de rémunération journalière moyenne ...).

Pour déterminer le montant journalier de ce revenu professionnel, la mutualité divise le montant hebdomadaire, mensuel, trimestriel ou annuel, respectivement par 6, 26, 78 ou 312.



Exemple :

Une travailleuse X exerce depuis le 1^{er} avril 2024 une activité adaptée avec perte de salaire. Avant l'adaptation de ses conditions de travail, elle pouvait prétendre à un salaire mensuel de 5.000 EUR. Durant l'écartement partiel son salaire mensuel forfaitaire s'élève à 2.000 EUR durant le mois d'avril 2024 :

- Fixation du salaire perdu avant l'adaptation des conditions de travail :
5.000 EUR / 26 = 192,3077 EUR (le plafond AMI n'est **pas** d'application)
- Fixation du revenu professionnel converti en jours ouvrables, après l'adaptation des conditions de travail :
2.000 EUR / 26 = 76,9231 EUR
- Calcul des indemnités de maternité en raison de l'écartement partiel :
60 % (192,3077 EUR – 76,9231 EUR < plafond AMI) = **69,2308 EUR**

La mutualité accorde à la travailleuse X, durant le mois d'avril 2024, des indemnités de maternité de 69,23 EUR par jour qu'elle cumule avec les revenus de l'activité adaptée.

S'il s'agit d'un montant mensuel, la mutualité applique le diviseur 26. La mutualité ne réduit pas ce diviseur 26 à concurrence du nombre de jours indemnifiables qui sont couverts par un pécule de vacances que l'employeur paie (pour ses employés), vu que le simple pécule de vacances correspond à la rémunération de la travailleuse.

La mutualité déroge entre autres à cette règle dans les cas suivants :

- 1) La travailleuse débute l'activité adaptée avec perte de salaire dans le courant d'un mois. Dans ce cas le diviseur 26 est réduit du nombre de jours indemnifiables de ce mois pour lesquels la travailleuse n'exerçait pas encore l'activité adaptée. Si la travailleuse entame, par exemple, l'activité le 18 juillet 2024, la mutualité doit diviser les revenus de juillet 2024 par 11 (26 – 15 = 11) ; la réduction de 15 jours correspond au nombre de jours ouvrables de la période du 1^{er} juillet 2024 au 17 juillet 2024.
- 2) La travailleuse cesse l'activité adaptée avec perte de salaire dans le courant d'un mois, par exemple, parce qu'elle entame le repos de maternité, qu'elle reprend normalement le travail ou que le contrat de travail prend fin. La mutualité réduit alors le diviseur 26 à concurrence du nombre de jours ouvrables de la période durant laquelle la travailleuse n'exerçait plus l'activité adaptée.



Remarque : lorsque l'activité adaptée (avec perte de salaire) prend fin moyennant le paiement d'une indemnité de rupture de contrat et que cette indemnité est calculée sur base du salaire de l'activité adaptée, la mutualité ne réduit pas le diviseur 26 pour le mois au cours duquel le contrat est rompu mais pour le mois au cours duquel expire la période couverte par l'indemnité de rupture

- 3) Une ouvrière prend un ou plusieurs jour de vacances dans le courant du mois. Le montant du pécule simple de vacances étant payé par une caisse de vacances ou l'Office National des Vacances Annuelles (l'ONVA), il n'est pas communiqué par l'employeur. La mutualité réduit alors le diviseur 26 à concurrence du nombre de jours (exprimé dans un régime de 6 jours par semaine) couverts par le pécule de vacances payé par la caisse de vacances ou l'ONVA.

2.2. Travailleuse enceinte exerçant plusieurs emplois salariés qui n'est écartée du travail que du chef d'une ou de plusieurs mais pas de toutes ces occupations

La travailleuse enceinte qui exerce plusieurs activités salariées et dont la suspension de l'exécution du contrat de travail ou la dispense de travail ne concerne qu'une ou plusieurs mais pas toutes ces activités a droit à une indemnité de maternité dont le montant est déterminé conformément aux dispositions de l'article 219^{ter}, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Cette indemnité est allouée (au plus tard) jusqu'à la semaine précédant la date présumée de l'accouchement, si la travailleuse poursuit son activité pendant la période prénatale facultative.

L'indemnité s'élève à **60 %** du salaire perdu, visé à l'article 113, alinéa 3, de la loi coordonnée, découlant de l'activité dont la titulaire est écartée (plus précisément la rémunération journalière moyenne plafonnée).



Exemple :

Une travailleuse Y est liée par 2 contrats de travail : employeur A (rémunération forfaitaire de 2.000 EUR par mois) et employeur B (rémunération forfaitaire de 850 EUR par mois). Chez l'employeur A, elle est écartée complètement du travail à partir du 1^{er} avril 2024.

- Fixation du salaire perdu chez l'employeur A :
2.000 EUR / 26 = 76,9231 EUR < plafond AMI
- Calcul des indemnités de maternité en raison de l'écartement partiel :
60 % x 76,9231 EUR = 46,1539 EUR

La mutualité accorde à la travailleuse Y, durant le mois d'avril 2024, des indemnités de maternité de 46,15 EUR par jour qu'elle cumule avec la rémunération chez l'employeur B.

2.3. Travailleuse accouchée ou qui allaite son enfant - exercice d'un travail adapté avec perte de salaire ou poursuite d'une activité dans le courant d'une période de protection de la maternité

La mutualité calcule les indemnités de maternité, suivant le cas, sur base de l'article 219^{ter}, § 1^{er}, ou § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (cf. supra, 2.1. et 2.2).

3. TRAVAILLEUSE ENCEINTE QUI, PENDANT LA PÉRIODE DE PROTECTION DE LA MATERNITÉ, POURSUIT L'EXERCICE DE L'ACTIVITÉ INDÉPENDANTE QU'ELLE EXERÇAIT IMMÉDIATEMENT AVANT LE DÉBUT DE CETTE PÉRIODE (ART. 219^{TER}, § 5, DE L'A.R. DU 03.07.1996)



Remarque préalable : en ce qui concerne l'application de l'article 219^{ter}, § 5 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, il convient aussi de se référer à la Circulaire O.A. n° 2022/86 du 14 mars 2022.

3.1. Travailleuse enceinte faisant l'objet d'un écartement total de son activité salariée

Jusqu'à la semaine précédant la date présumée de l'accouchement la travailleuse a droit à une indemnité de maternité dont le montant est fixé à **78,237 %** de la rémunération perdue visée à l'article 113, alinéa 3, de la loi coordonnée (art. 219^{bis}, § 1^{er} de l'A.R. du 03.07.1996).

Cette indemnité est diminuée de 10 %, conformément à l'article 219^{ter}, § 5, alinéa 4, de l'arrêté royal susvisé.

3.2. Travailleuse enceinte faisant l'objet d'un écartement partiel de son activité salariée :

Dans ce cas, la travailleuse a droit à une indemnité de maternité dont le montant est fixé conformément aux dispositions de l'article 219^{ter} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Cette indemnité est diminuée de 10 %, conformément à l'article 219^{ter}, § 5, alinéa 4, de l'arrêté royal susvisé.

B. Travailleuses du secteur public

1. TRAVAILLEUSES CONTRACTUELLES DES ADMINISTRATIONS PROVINCIALES ET LOCALES

Les dispositions visées sous le point A pour les travailleuses du secteur privé sont également d'application, aux travailleuses contractuelles des administrations provinciales et locales affiliées.

L'assurance maternité des travailleurs salariés n'intervient pas en faveur des travailleuses statutaires (ce sont les administrations qui indemnisent les cas d'écartement du travail de leur personnel statutaire).

2. AUTRES TRAVAILLEUSES CONTRACTUELLES DU SECTEUR PUBLIC

En vertu des dispositions de la loi du 3 juillet 1967 relative à la réparation des dommages résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le secteur public, c'est l'employeur qui prend en charge l'indemnisation de ces travailleuses, lorsque la cause de la mesure d'écartement du travail est liée à un risque de maladie professionnelle.

L'article 3^{bis}, alinéa 3 de la loi du 3 juillet 1967 précitée prévoit que "sous réserve de l'application d'une disposition légale ou réglementaire plus favorable, les membres du personnel auxquels la présente loi a été rendue applicable, bénéficient des dispositions prévues en cas d'incapacité temporaire totale par la législation relative à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles, lorsque menacés ou atteints par une maladie professionnelle, ils cessent temporairement d'exercer leurs fonctions et n'ont pu être affectés à d'autres tâches. *Pour la travailleuse enceinte, l'application des dispositions prévues en cas d'incapacité temporaire totale est limitée à la période s'écoulant entre le début de la grossesse et le début des six semaines préalables à la date présumée de l'accouchement ou des huit semaines préalables lorsqu'il s'agit d'une naissance multiple*".

En ce qui concerne la situation **à partir du début des six semaines préalables à la date présumée de l'accouchement ou des huit semaines préalables lorsqu'il s'agit d'une naissance multiple**, l'intéressée peut prétendre à une indemnité de maternité suite à la prise d'une mesure d'écartement du travail liée à un risque de maladie professionnelle et ce, néanmoins, dans le respect de la procédure administrative applicable dans le cadre de l'assurance maternité (*cf.* aussi le point C. ci-dessous) – transmission par l'assurée, à la mutualité, du formulaire de demande à compléter par l'employeur et du formulaire d'évaluation de santé (et, bien entendu, à condition que l'employeur n'indemnie plus la travailleuse dans le cadre de la mesure d'écartement du travail décidée).

C. Formulaire à compléter par l'employeur et le conseiller en prévention-médecin du travail

En vue de l'octroi d'une indemnité de maternité à la travailleuse enceinte, accouchée ou allaitante qui fait l'objet d'une mesure de protection de la maternité dans le cadre de la loi du 16 mars 1971 sur le travail, l'employeur doit remplir une attestation (cf. l'annexe 1), à laquelle le formulaire d'évaluation de santé complété par le conseiller en prévention-médecin du travail (et reprenant son avis quant à la mesure de protection de la maternité à prendre) doit être joint, **sauf si l'organisme assureur dispose déjà dudit formulaire attestant de la nécessité d'un écartement en période pré-et postnatale, transmis par la travailleuse dans le cadre de la demande d'indemnisation de son écartement prénatal.**

En cas d'**examen médical unique** attestant d'un écartement en période prénatale *et* postnatale, l'employeur doit toujours remplir une attestation (cf. l'annexe 1) en vue de l'indemnisation de l'écartement prénatal *ou* de l'écartement postnatal.

Cette attestation devra donc être complétée deux fois par l'employeur dans le cadre de la demande d'indemnisation de l'écartement prénatal et dans le cadre de la demande d'indemnisation de l'écartement postnatal, mais le formulaire d'évaluation de santé ne devra lui être joint à ladite attestation que dans le cadre de la demande d'indemnisation introduite à l'occasion de l'écartement prénatal.



Remarques :

- il est également possible que dans le cadre d'un seul et unique examen médical attestant de la nécessité d'un écartement en période prénatale et postnatale, l'organisme assureur ne doive finalement intervenir qu'en période postnatale car en période prénatale, la travailleuse n'a pas subi de perte salariale. Dans cette situation, il y aura lieu pour la travailleuse d'également joindre à l'attestation de l'employeur, dans le cadre de sa demande d'indemnisation de l'écartement postnatal, le formulaire d'évaluation de santé (que l'organisme assureur n'aura pas reçu en période prénatale, n'étant pas intervenu durant cette période)
- il est enfin possible que l'examen médical par le conseiller en prévention-médecin du travail atteste uniquement de la nécessité d'écarter la travailleuse en période postnatale. Dans cette situation, l'attestation de l'employeur et le formulaire d'évaluation de santé seront tous deux transmis dans le cadre de la demande d'indemnisation de l'écartement postnatal.

En outre, au moyen d'une attestation du médecin-traitant à joindre à l'attestation de l'employeur, la travailleuse enceinte est invitée à communiquer, afin de permettre à sa mutualité de calculer correctement l'indemnité de maternité qui lui est due, les données suivantes :

- la date présumée de l'accouchement
- si une naissance multiple est prévue ou non.

En cas d'écartement partiel de la travailleuse ('travail adapté avec perte de salaire'), l'employeur complète mensuellement une attestation de revenus électronique (ZIMA 002) afin de permettre à sa mutualité de calculer ses indemnités de maternité à concurrence de la perte de rémunération résultant de l'adaptation de ses conditions de travail (cf. *supra*, I.A. 2.1.).



Remarque : si une déclaration électronique n'est pas possible, l'employeur remplit le formulaire papier (cf. l'annexe 3).

D. Les gardiennes d'enfants

Depuis le 1^{er} janvier 2010, les gardiennes d'enfants qui font l'objet d'une mesure d'écartement total du travail sont indemnisées par leur mutualité (avant cette date, elles étaient prises en charge par le Fonds des maladies professionnelles, entretemps devenu FEDRIS).

La rémunération journalière moyenne sur base de laquelle les indemnités de maternité sont calculées correspond à 1/26^e du montant du revenu minimum mensuel moyen garanti multiplié par une fraction dont le numérateur est égal au nombre de places d'accueil pour lesquelles la gardienne d'enfants a obtenu l'agrément au moment où débute la mesure de protection de la maternité et dont le dénominateur est égal au nombre maximum de places d'accueil pouvant être agréé sur base de la réglementation en vigueur pour la Communauté compétente (en vertu de l'art. 45, § 3, du règlement des indemnités du 16.04.1997).

Il est donc tenu compte de *la capacité d'accueil théorique* (le nombre de places pour lesquelles la gardienne d'enfants a obtenu l'agrément) et non du nombre de places pour lesquelles une convention a été conclue entre la gardienne d'enfants et les parents.



Remarque :

La législation en **Flandre** a toutefois été modifiée depuis le 1^{er} avril 2014 (en vertu du Décret du 20.04.2012 portant organisation de l'accueil de bébés et de bambins). Il n'utilise plus la notion de "capacité reconnue". On travaille dorénavant avec des autorisations pour lesquelles il n'y a pas plus de 4 places maximum. Dans le cadre de 'l'accueil familial', la gardienne d'enfants peut accueillir maximum 8 enfants. La réglementation en relation avec le calcul des indemnités de maternité pour les gardiennes d'enfants est toutefois liée à la législation ONSS dans laquelle il est encore question de 'places reconnues' et de 'décision de reconnaissance'. Une gardienne d'enfants avec une autorisation pour "8 enfants" peut, pour la sécurité sociale, toutefois avoir seulement une "capacité reconnue" de "4 enfants".

Concrètement, cela signifie que la gardienne d'enfants peut prétendre à une indemnité de maternité (en cas d'écartement total) calculée sur base de la rémunération journalière moyenne susvisée :

- au taux de **78,237 %** pour la période d'écartement du travail pendant la grossesse et jusqu'à la semaine précédant la date présumée de l'accouchement
- au taux de **82 %** durant les trente premiers jours du repos de maternité et de **75 %** à partir du 31^e jour de cette période
- au taux de **60 %** en cas d'écartement du travail après l'accouchement.

Formulaire à compléter en vue de l'indemnisation des gardiennes d'enfants

Une attestation spécifique doit être complétée par le service d'accueil agréé (*cf. l'annexe 2*).

Sur cette attestation, à transmettre par la gardienne d'enfants à sa mutualité, le service d'accueil agréé doit attester de la mesure d'écartement du travail prise ainsi que de la date de début et de fin de cette mesure. Le service d'accueil doit également indiquer le nombre de places d'accueil pour lesquelles la gardienne d'enfants a obtenu l'agrément ainsi que le nombre de places d'accueil maximum qui peut être agréé par la Communauté compétente au début de la période de protection de la maternité (*toujours maximum 4 – cf. supra*).

La gardienne d'enfant enceinte est invitée à communiquer la date présumée de l'accouchement (et si une naissance multiple est prévue), au moyen d'une attestation du médecin-traitant à joindre à l'attestation du service d'accueil agréé.

Les autres données nécessaires à l'indemnisation sont communiquées dans la feuille de renseignements.

II. Situations particulières

A. Compétence du médecin-conseil en matière d'écartement du travail

Si le médecin-conseil estime que les conditions de l'écartement du travail (mesure décidée par l'employeur après avis du médecin du travail) ne sont pas remplies, il peut prendre contact avec le conseiller en prévention-médecin du travail afin de lever les doutes éventuels. Ce type de contrôle devrait toutefois être réservé aux cas dans lesquels il existe un doute quant au bien-fondé de la mesure d'écartement du travail.

B. Ecartement du travail et activité autorisée par le médecin-conseil en application de l'article 100, § 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994

B.1. ÉCARTEMENT TOTAL

Dans l'hypothèse où un employeur écarte totalement une travailleuse dans le cadre de l'activité à temps partiel pour laquelle elle a reçu l'autorisation du médecin-conseil en application de l'article 100, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, l'intéressée sera indemnisée dans le cadre de cet écartement total (suspension de la période d'incapacité de travail en application de l'art. 87, al. 5 ou de l'art. 93, al. 3 de la loi coordonnée).

Cette indemnité de maternité sera calculée sur base de la rémunération perdue que la travailleuse percevait avant le début de son incapacité de travail en application de l'article 45, § 4 du Règlement des indemnités du 16 avril 1997 (et ce, que la travailleuse reprenne le travail dans le cadre de l'art. 100, § 2 précité chez son ancien employeur ou chez un nouvel employeur).

Si la gardienne d'enfants est écartée complètement dans le cadre de son activité autorisée, l'indemnité de maternité est toutefois calculée conformément aux dispositions de l'article 45, § 3 du Règlement précité (prendre en considération la capacité d'accueil théorique dans le cadre de l'assurance maternité).

Il y a lieu de remarquer que le salaire dû par l'employeur à la travailleuse dans le cadre de l'examen médical visant à déterminer la nécessité d'un écartement (art. 42, § 2, de la loi du 16.03.1971 sur le travail, art. I.4-11, § 1^{er}, du Code du bien-être au travail et art. 27, § 1^{er}, al. 1^{er}, 2^o de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail) est en principe calculé sur base du salaire découlant de l'activité autorisée.

De plus, dans l'hypothèse où l'employeur, sur base de l'avis du conseiller en prévention-médecin du travail, a prévu que la mesure d'écartement du travail débute le jour même de l'examen médical, il y aura lieu de considérer, dans le cadre de l'assurance maternité, que la mesure débute, en pratique, le lendemain de la date à laquelle a eu lieu cet examen médical. Pour la journée au cours de laquelle s'est tenu l'examen médical, l'intéressée reste indemnisée dans le cadre de l'activité autorisée et la règle de cumul visée à l'article 230, § 1^{er} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 reste donc d'application (le jour de l'examen médical est donc un jour d'incapacité de travail dans le cadre de l'assurance indemnités).

B.2. ÉCARTEMENT PARTIEL

Dans le cadre de l'assurance maternité, deux "types d'écartement partiel" (avec une réduction du volume de travail total) peuvent se produire :

- dans l'hypothèse où un employeur écarte partiellement (adaptation du volume de travail) une travailleuse dans le cadre de son unique activité à temps partiel pour laquelle elle a reçu l'autorisation du médecin-conseil en application de l'article 100, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, l'intéressée restera indemnisée dans le cadre de l'incapacité de travail (adaptation, néanmoins, de la fraction d'occupation à prendre en considération dans le cadre de l'application de l'art. 230, § 1^{er} de l'A.R. du 03.07.1996).

- dans l'hypothèse où une travailleuse est écartée totalement dans le cadre de l'une de ses activités à temps partiel pour lesquelles elle a reçu l'autorisation du médecin-conseil en application de l'article 100, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, l'intéressée restera indemnisée dans le cadre de l'incapacité de travail (adaptation, néanmoins, de la fraction d'occupation à prendre en considération dans le cadre de l'application de l'art. 230, § 1^{er} de l'A.R. du 03.07.1996).

En effet, dans les deux hypothèses susvisées, il y a lieu de considérer que l'exercice de l'activité autorisée prime sur la mesure d'écartement du travail (adaptation du volume de travail de l'activité autorisée).

C. écartement du travail et activité autorisée par le médecin-conseil en application de (l'art. 23 ou) l'article 23bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971

C.1. ECARTEMENT TOTAL

Si une travailleuse indépendante reconnue en incapacité de travail reprend l'exercice d'une activité autorisée en tant que salariée dans le cadre des articles 23 ou 23bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 et est écartée totalement dans le cadre de cette activité salariée, elle pourra bénéficier des indemnités d'écartement total du travail calculées sur base du salaire découlant de cette activité salariée autorisée (application de l'art. 219bis de l'A.R. du 03.07.1996), à condition qu'elle ait accompli le stage d'attente de 6 mois requis dans le cadre du régime salarié (dans le cas contraire, la travailleuse concernée sera considérée en incapacité de travail total dans le cadre du régime indépendant).

Dans cette situation, l'indemnité d'écartement pourra être cumulée avec l'indemnité d'incapacité de travail et ce, dans les limites fixées à l'article 28bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (poursuite de l'application de la règle de cumul "art. 28bis").



Exemple :

Une travailleuse indépendante reconnue en incapacité de travail exerce une activité autorisée en tant que salariée sur base de l'article 23bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 à partir du 1^{er} août 2023 (20h/sem. – 1.600 EUR brut/mois). Après un examen médical qui a eu lieu le 29 mars 2024, elle est écartée totalement dans le cadre de cette activité salariée à partir du 1^{er} avril 2024.

Détermination de l'indemnité d'écartement total (art. 219bis, § 1^{er} de l'A.R. du 03.07.1996) :

- rémunération perdue : 1.600 EUR / 26 = 61,5385 EUR
- indemnité d'écartement total : 78,237 % de 61,5385 EUR = 48,1459 EUR = 48,15 EUR

Détermination de l'indemnité d'incapacité de travail (art. 28bis, § 2 de l'A.R. du 20.07.1971)

Les indemnités sont réduites de 10 % à partir du moment où la période couverte par l'autorisation du médecin-conseil visée à l'article 23bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 atteint une durée de six mois. L'intéressée a la qualité de titulaire cohabitante et peut donc prétendre à une indemnité d'incapacité de travail forfaitaire de 46,4452 EUR, qui est réduite de 10 % : 41,80 EUR (poursuite de la règle de cumul "art. 28bis").

Pour les jours d'écartement total dans le cadre de l'exécution de l'activité autorisée, elle peut cumuler les indemnités d'écartement total (régime salarié) avec les indemnités d'incapacité de travail (régime indépendant). Par exemple : pour le mardi 2 avril 2024, elle perçoit une indemnité d'écartement de 48,15 EUR **et** une indemnité d'incapacité de travail de 41,80 EUR.

C.2. ÉCARTEMENT PARTIEL

Comme en cas d'exercice d'une activité autorisée dans le régime salarié, il y a lieu de considérer que l'exercice de l'activité autorisée prime sur la mesure d'écartement du travail. L'article 28*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 reste d'application.

D. Situation de la travailleuse devant immédiatement faire l'objet d'une mesure de protection de la maternité, celle-ci risquant d'être exposée à un risque auquel toute exposition est interdite (art. X.5-7 du Code du bien-être au travail)

La mesure de protection de la maternité est prise par l'employeur, sur avis du conseiller en prévention-médecin du travail repris sur la fiche d'évaluation de santé complétée à l'issue de l'examen médical.

L'hypothèse visée est celle où l'employeur a procédé immédiatement à l'écartement de la travailleuse, celle-ci risquant d'être exposée à un risque auquel toute exposition est interdite, alors que l'examen médical de celle-ci par le conseiller en prévention-médecin du travail n'a pas encore eu lieu.

Dans la plupart des cas, l'employeur concerné aura déjà procédé à une évaluation générale des risques en vertu de l'article 41 de la loi sur le travail du 16 mars 1971 en collaboration avec le conseiller en prévention-médecin du travail (et le Service de prévention et de protection au travail).

Dès lors, lorsque la travailleuse à laquelle s'applique une des dispositions des articles 42 à 43*bis* de la loi sur le travail du 16 mars 1971, est soumise à un examen médical par le conseiller en prévention-médecin du travail (surveillance de la santé, telle que fixée dans le titre IV du livre I du Code du bien-être au travail), l'évaluation générale des risques a déjà eu lieu. Dans la plupart des cas, le conseiller en prévention-médecin du travail complétera le formulaire d'évaluation de santé constituant la justification de la suspension de l'exécution du contrat de travail ou de la dispense de travail visées aux articles 42, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 3^o et 43, § 1^{er}, alinéa 2, 2^o, de la loi sur le travail du 16 mars 1971, décidée par l'employeur.

Dans cette situation, la mesure d'écartement du travail prend cours à partir de l'écartement immédiat du poste à risque et l'employeur n'est pas tenu au paiement du salaire jusqu'à la date à laquelle a lieu l'examen médical. Cet examen médical par le conseiller en prévention-médecin du travail doit cependant avoir lieu le plus rapidement possible.

Le Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale a marqué son accord sur cette manière de procéder et a précisé qu'il était non seulement nécessaire que cet examen ait lieu le plus rapidement possible mais qu'il est aussi indiqué que l'employeur, lorsqu'il écarte une travailleuse de son poste de travail (en raison de l'exposition de celle-ci à un risque dont l'exposition est interdite et qui figure à l'annexe X.5-2 du Code du bien-être au travail), se concerta avec le conseiller en prévention-médecin du travail (au besoin par téléphone), afin de choisir la mesure la plus adaptée pour éviter l'exposition de la travailleuse au risque constaté, et afin d'obtenir, le cas échéant, la confirmation que l'écartement doit bien être décidé.

C'est donc à la mutualité qu'il appartient de verser l'indemnité d'écartement du travail à partir de la date à laquelle l'employeur a procédé à l'écartement immédiat de la travailleuse enceinte et ce, dès réception de l'attestation de l'employeur et du formulaire d'évaluation de santé complété par le conseiller en prévention-médecin du travail lors de l'examen médical [sauf pour la journée au cours de laquelle a eu lieu l'examen médical de la travailleuse par le médecin du travail, cette journée étant considérée comme un jour de travail pour lequel la rémunération normale est due par l'employeur en vertu de l'article 42, § 2, de la loi du 16 mars 1971 sur le travail et de l'article I.4-11, § 1^{er}, du Code du bien-être au travail].

Ces documents étant en principe transmis dans le délai prévu pour le paiement des indemnités de maternité, aucun problème ne devrait en principe se poser.

E. Incapacité de travail suivie d'un écartement du travail

E.1. SITUATION DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE POUR LAQUELLE L'EMPLOYEUR A DÉCIDÉ, SUR BASE DE L'AVIS DU CONSEILLER EN PRÉVENTION-MÉDECIN DU TRAVAIL, D'UNE MESURE D'ÉCARTEMENT DU TRAVAIL DÉBUTANT À PARTIR D'UNE DATE SE SITUANT DANS LE FUTUR. LA TRAVAILLEUSE DEVIENT INCAPABLE DE TRAVAILLER AVANT LA DATE PRÉVUE POUR LA PRISE DE COURS DE LA MESURE D'ÉCARTEMENT DU TRAVAIL

Dans cette situation, la mesure d'écartement du travail a déjà été décidée par l'employeur, après examen médical par le conseiller en prévention-médecin du travail (la date de prise de cours de la mesure de protection de la maternité se situe dans le futur et l'intéressée est devenue, entretemps, incapable de travailler).

Dans cette hypothèse, la mesure d'écartement du travail prendra cours à la date à laquelle le conseiller en prévention-médecin du travail a prévu qu'elle devait débiter, même si la travailleuse se trouve encore en incapacité de travail à ladite date.

D'un point de vue pratique, même si la rémunération à prendre en considération au début de l'écartement du travail est la rémunération qui a été prise en considération pour le calcul des indemnités d'incapacité de travail (*sauf* dans le cas des gardiennes d'enfants - *cf.* art. 45, § 4, al. 2, du Règlement des indemnités du 16.04.1997), la mutualité devra néanmoins procéder à l'envoi d'une nouvelle demande à l'employeur de compléter la feuille de renseignements car certaines informations supplémentaires sont requises (par ex. : comme le contrat de travail est suspendu pour une autre raison, un nouveau délai commence à courir pour la rémunération des jours fériés légaux à charge de l'employeur).

Enfin, il est à noter que les périodes de protection de la maternité visées aux articles 114 et 114*bis* de la loi coordonnée, qui surviennent dans le courant d'une période d'incapacité de travail (incapacité primaire ou invalidité) suspendent le cours de ladite période (art. 87, al. 5, et art. 93, al. 3, de la loi coordonnée). Les périodes de protection de la maternité ne sont donc pas prises en compte pour déterminer la date à laquelle prend cours la période d'invalidité.

E.2. EXAMEN MÉDICAL PRATIQUÉ PAR LE CONSEILLER EN PRÉVENTION-MÉDECIN DU TRAVAIL DURANT UNE PÉRIODE D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL PRÉCÉDANT IMMÉDIATEMENT LA PÉRIODE D'ÉCARTEMENT DU TRAVAIL

Conformément à l'article I.4-11, § 1^{er}, du Code du bien-être au travail, il ne peut être procédé à un examen médical par le médecin du travail pendant une période de suspension de l'exécution du contrat de travail. Cet examen ne peut être pratiqué que lorsque la suspension de l'exécution du contrat de travail pour incapacité a pris fin.

Il faut donc considérer que l'examen médical a eu lieu à l'expiration de l'incapacité de travail, soit le 1^{er} jour de la mesure d'écartement du travail et que cette journée a été rémunérée par l'employeur, le jour de l'examen médical étant considéré comme un jour de travail pour lequel la rémunération normale est due par l'employeur (l'art. I.4-11, § 1^{er}, du Code du bien-être au travail et art. 42, § 2, de la loi du 16.03.1971 sur le travail). L'indemnité de maternité doit donc être refusée pour cette journée.

La mesure d'écartement du travail ne peut en principe prendre cours qu'à la fin de l'incapacité de travail, puisqu'avant cette date, le contrat de travail est déjà suspendu pour un autre motif, à savoir l'incapacité de travail.

Dans cette situation, les indemnités de maternité peuvent être octroyées à partir de la date de prise de cours de la mesure de protection de la maternité mentionnée sur l'attestation complétée par l'employeur (à l'exception de la 1^{re} journée d'écartement du travail qui est censée avoir été rémunérée par l'employeur (jour au cours duquel devait avoir lieu l'examen médical)).

En ce qui concerne le calcul de l'indemnité de maternité, la rémunération à prendre en considération au début de l'écartement du travail est la rémunération qui a été prise en considération pour le calcul des indemnités d'incapacité de travail, conformément à l'article 45, § 4, du règlement indemnités du 16 avril 1997 (sauf pour les gardiennes d'enfants pour lesquelles l'indemnité de maternité est calculée conformément aux dispositions de l'art. 45, § 3, du règlement des indemnités du 16.04.1997).

En cas d'examen médical unique attestant d'un écartement en période prénatale **et** postnatale, les indemnités de maternité peuvent être octroyées à partir de la date de prise de cours de la mesure de protection de la maternité mentionnée sur l'attestation complétée par l'employeur, à l'exception de la 1^{re} journée d'écartement du travail prénatale qui est censée avoir été rémunérée par l'employeur (jour au cours duquel devait avoir lieu l'examen médical). **L'indemnisation de la période d'écartement postnatal pourra débuter dès le 1^{er} jour de la période indemnisable dans ce cadre étant donné qu'un 2^e examen médical n'est pas nécessaire.**

F. Écartement total du travail et accouchement prématuré ou tardif

F.1. ÉCARTEMENT TOTAL DU TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

Lorsqu'il s'agit d'un écartement total et que l'intéressée accouche prématurément par rapport à la date présumée, une régularisation de la période d'écartement du travail en repos de maternité (pour la semaine qui précède la date réelle de l'accouchement – semaine prénatale non reportable) *n'est pas* dans l'intérêt (financier) de la travailleuse étant donné que le montant de l'indemnité de maternité octroyé dans le cadre de l'écartement total (78,237 %) est plus élevé que le montant de l'indemnité de maternité octroyé dans le cadre du repos de maternité (75 %, à dater du 31^e jour de repos de maternité). En effet, en cas de régularisation, la période de repos de maternité serait plus longue et la période d'écartement du travail plus courte. Néanmoins, le montant total d'indemnités octroyées (pour la période d'écartement du travail et de repos de maternité) serait au final moins élevé et donc moins intéressant financièrement pour la travailleuse.

F.2. ÉCARTEMENT TOTAL DU TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT TARDIF

Lorsqu'il s'agit d'un écartement total et que l'intéressée accouche tardivement par rapport à la date présumée, la mutualité peut octroyer une indemnité d'écartement du travail, au taux de 78,237 %, au plus tard, jusqu'au début de la semaine préalable à la date présumée de l'accouchement. Durant les 30 premiers jours de la période subséquente (repos de maternité), l'intéressée pourra prétendre à un taux de 82 %, puis à un taux de 75 % à partir du 31^e jour.

Il *n'y a donc* pas de régularisation de l'indemnisation de l'écartement total et du repos de maternité en fonction de la date réelle de l'accouchement (c'.-à-d., une indemnisation jusqu'à la semaine précédant la date réelle de l'accouchement). En effet, conformément à l'article 39, alinéa 2 de la loi du 16 mars 1971 sur le travail, la travailleuse ne peut effectuer aucun travail à partir du septième jour qui précède la date présumée de l'accouchement. Dès lors, étant donné cette interdiction de travail, le risque spécifique d'exposition aux agents, procédés ou conditions de travail qui justifie la mesure de protection de maternité prise par l'employeur n'est donc plus présent. La mesure de protection de maternité prend donc toujours fin (au plus tard) une semaine avant la date présumée de l'accouchement.

G. Indemnisation d'une travailleuse écartée du travail auprès d'un employeur et reconnue incapable de travailler dans le cadre de l'activité qu'elle poursuit auprès de l'autre employeur

En vertu des dispositions actuelles de l'article 219^{ter}, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, la travailleuse qui est titulaire de deux emplois salariés et qui n'est écartée du travail que du chef de l'une de ces deux occupations bénéficie d'une indemnité correspondant à 60 % de la rémunération journalière découlant de l'activité dont elle est écartée.

Si la travailleuse est reconnue incapable de poursuivre l'activité dont elle n'était pas écartée, elle continue durant la période de salaire garanti à prétendre à une indemnité de maternité calculée sur base des dispositions de l'article 219^{ter}, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Si la travailleuse ne reprend plus le travail pour cause d'incapacité de travail à l'expiration de la période de salaire garanti, elle pourrait, dans cette situation, ne plus être considérée, à partir du début de son incapacité de travail, comme se trouvant dans une période de protection de la maternité. Dans ce cas, la travailleuse peut prétendre à des *indemnités d'incapacité de travail*, calculées sur base du salaire perdu découlant de ses deux occupations. Pour la période couverte par le salaire garanti, elle ne peut prétendre, en application de l'article 242, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, qu'à une indemnité d'incapacité de travail calculée sur base de la rémunération perdue de l'autre employeur.

H. Indemnisation d'une travailleuse qui est partiellement écartée du travail chez un employeur et qui est par la suite reconnue incapable de travailler

Cette travailleuse bénéficie sur base de l'article 219^{ter}, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, durant l'écartement partiel du travail d'une indemnité dont le montant est fixé à 60 % de la différence entre, d'une part, le salaire perdu quelle gagnait avant l'adaptation de ses conditions de travail ou du temps de travail à risque ou avant le changement de poste de travail et, d'autre part, le montant exprimé en jours ouvrables du revenu professionnel, que la titulaire reçoit, soit après l'adaptation de ses conditions de travail ou du temps de travail à risque, soit après le changement de poste de travail (*cf. supra l.2.1*).

Si la travailleuse est reconnue incapable de travailler durant la période d'écartement partiel du travail, l'employeur est redevable du salaire garanti calculé sur base du salaire qu'elle aurait perçu dans le cadre de l'adaptation de ses conditions de travail ou du temps de travail à risque ou après le changement de poste de travail.

Ce salaire garanti constitue un revenu professionnel que la travailleuse reçoit soit après l'adaptation de ses conditions de travail ou du temps de travail à risque, soit après le changement de poste de travail, et entre en considération pour appliquer la règle de la différence précitée.

Si la travailleuse ne reprend plus le travail pour cause d'incapacité de travail à l'expiration de la période de salaire garanti, elle devrait, à l'expiration de la période couverte par le salaire garanti, être considérée comme en incapacité de travail à condition qu'elle remplisse les conditions pour être reconnue incapable de travailler (en vertu de l'art. 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée). Dans ce cas, la mutualité calcule les indemnités d'incapacité de travail de la travailleuse sur base du salaire perdu déterminé le premier jour de son écartement du travail (en vertu de l'art. 33, § 2, du règlement des indemnités du 16.04.1997).

En cas d'incapacité de travail due à un accident du travail, l'indemnité journalière due sur base de législation sur les accidents du travail est calculée partiellement sur une rémunération hypothétique, c'est-à-dire au salaire correspondant à la situation *avant* l'adaptation des conditions de travail ou du temps de travail à risque, soit *avant* le changement de poste de travail (*cf. aussi art. 22, art. 34 et art. 36 de la loi du 10.04.1971 sur les accidents du travail*). La travailleuse écartée du travail doit être considérée en incapacité de travail à partir du jour de l'accident.

I. Impact de la fin du contrat de travail sur l'indemnisation de la mesure d'écartement du travail

I.1. UN SEUL CONTRAT DE TRAVAIL ET ÉCARTEMENT TOTAL/PARTIEL

L'indemnisation de l'écartement prend fin le lendemain de la date à laquelle le contrat concerné a pris fin.

I.2. PLUSIEURS CONTRATS DE TRAVAIL ET ÉCARTEMENT TOTAL – SEUL UN DES CONTRATS DE TRAVAIL PREND FIN

Il y a lieu de faire application de la décision prise par le Conseil technique intermutualiste du 8 octobre 2003 (cf. la note 2003/08 du 04.09.2003), laquelle permet la poursuite de l'indemnisation sur base de l'ensemble des contrats de travail et ce, le cas échéant, jusqu'à l'arrivée à échéance de l'ensemble des contrats de travail concernés.



Exemple :

Une travailleuse est liée par deux contrats de travail à durée déterminée (le contrat A prend fin le 30.06.2024 et le contrat B prend fin le 31.08.2024). Dans le cadre de ces deux contrats de travail, elle est écartée totalement à partir du 1^{er} juin 2024.

En application de l'article 219bis, §1^{er} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, elle peut prétendre aux indemnités d'écartement total qui sont calculées sur la rémunération perdue découlant des deux contrats jusqu'au 31 août 2024 inclus, c'est-à-dire une indemnité d'écartement qui est égale à 78,237 % du salaire perdu des contrats A et B.



Remarque : si l'un des deux contrats de travail arrive à échéance durant l'écartement prénatal ou au cours du repos de maternité et que la travailleuse fait l'objet d'une mesure d'écartement postnatal dans le cadre du contrat de travail qui n'a pas pris fin, la travailleuse sera uniquement indemnisée sur base dudit contrat de travail (et non sur base du 2^e contrat de travail ayant pris fin durant l'écartement prénatal ou au cours du repos de maternité).

En effet, l'ancien employeur de la travailleuse n'a pas du prendre de décision concernant un éventuel écartement en période postnatale étant donné que son contrat de travail a pris fin avant.

I.3. PLUSIEURS CONTRATS DE TRAVAIL ET ÉCARTEMENT PARTIEL

◦ Deux contrats de travail et écartement total dans un des deux

Si le contrat de travail dans le cadre duquel la titulaire est écartée totalement prend fin, l'indemnisation dans le cadre de l'écartement partiel prend également fin le lendemain de la date à laquelle ledit contrat a pris fin.

Si le contrat dans le cadre duquel la titulaire n'est pas écartée totalement prend fin, la titulaire sera alors considérée, et indemnisée, comme en écartement complet du travail (art. 219bis de l'A.R. du 03.07.1996) à partir du lendemain de la date à laquelle ledit contrat a pris fin (et non plus en écartement partiel – art. 219ter, § 2 de l'A.R. du 03.07.1996).



Exemple :

Une travailleuse (employée) est liée par deux contrats de travail (un contrat chez un employeur A avec un salaire mensuel de 1.200 EUR brut et un contrat chez un employeur B avec un salaire mensuel de 1.000 EUR brut). Elle est uniquement écartée totalement, à partir du 1^{er} avril 2024, dans le cadre du contrat chez l'employeur A. Le contrat chez l'employeur B prend fin le 31 mai 2024 (= dernier jour du contrat).

Indemnisation durant la période à partir du 1^{er} avril 2024 jusqu'au 31 mai 2024 :

Application de l'article 219^{ter}, § 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 :

$60 \% (1.200 \text{ EUR} / 26) = 27,6922 \text{ EUR} = 27,69 \text{ EUR}$

Indemnisation durant la période à partir du 1^{er} juin 2024 :

Application de l'article 219^{bis}, § 1^{er} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 :

$78,237 \% (1.200 \text{ EUR} / 26) = 36,1093 \text{ EUR} = 36,11 \text{ EUR}$

• Deux contrats de travail et écartement partiel dans un des deux

Si le contrat de travail dans le cadre duquel la titulaire est écartée partiellement prend fin, l'indemnisation de la mesure d'écartement prend également fin le lendemain de la date à laquelle ledit contrat a pris fin.

Si le contrat dans le cadre duquel la titulaire n'est pas écartée partiellement prend fin, la titulaire sera encore toujours indemnisée comme en écartement partiel du travail (uniquement une application de l'art. 219^{ter}, § 1^{er} de l'A.R. du 03.07.1996 – l'art. 219^{ter}, § 2 de cet A.R. n'est plus d'application) à partir du lendemain de la date à laquelle ledit contrat a pris fin.



Exemple :

Une travailleuse (employée) est liée par deux contrats de travail (un contrat chez un employeur A avec un salaire mensuel de 1.200 EUR brut et un contrat chez un employeur B avec un salaire mensuel de 1.000 EUR brut). Elle est uniquement écartée partiellement dans le cadre du contrat chez l'employeur A à partir du 1^{er} avril 2024 (adaptation de son poste de travail avec une perte de salaire – salaire mensuel de 800 EUR). Le contrat chez l'employeur B prend fin le 31 mai 2024 (= dernier jour du contrat).

Indemnisation durant la période à partir du 1^{er} avril 2024 jusqu'au 31 mai 2024 :

Application de l'article 219^{ter}, § 1^{er} **et** § 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 :

$60 \% ((1.200 \text{ EUR} / 26) - [800 \text{ EUR} / 26]) = 60 \% (46,1538 \text{ EUR} - 30,7692 \text{ EUR}) = 9,2308 \text{ EUR} = 9,23 \text{ EUR}$

Indemnisation durant la période à partir du 1^{er} juin 2024 :

Application de l'article 219^{ter}, § 1^{er} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 :

$60 \% ((1.200 \text{ EUR} / 26) - [800 \text{ EUR} / 26]) = 60 \% (46,1538 \text{ EUR} - 30,7692 \text{ EUR}) = 9,2308 \text{ EUR} = 9,23 \text{ EUR}$

J. Impact de l'exercice d'un nouvel emploi salarié (ne présentant pas de risque pour la santé de la travailleuse et de son enfant) au cours d'une mesure d'écartement total ou partiel du travail

J.1. UN SEUL CONTRAT DE TRAVAIL ET ÉCARTEMENT TOTAL

Si la travailleuse écartée totalement reprend l'exercice d'une autre activité ne présentant pas de risque pour la santé de la travailleuse et de son enfant, celle-ci sera alors indemnisée (uniquement en cas de perte de salaire) dans le cadre de l'écartement partiel (application de l'art. 219^{ter}, § 1^{er} de l'A.R. du 03.07.1996 en lieu et place de l'art. 219^{bis} de cet A.R.).



Exemple :

Une travailleuse (employée) est liée par un contrat de travail chez un employeur A avec un salaire mensuel de 2.800 EUR brut et elle est écartée totalement dans le cadre de ce contrat de travail à partir du 1^{er} avril 2024. Elle reprend le travail chez un employeur B (salaire mensuel de 2.000 EUR brut) à partir du 1^{er} juin 2024.

Indemnisation durant la période à partir 1^{er} avril 2024 jusqu'au 31 mai 2024 :

Application de l'article 219bis, §1^{er} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 :

$78,237 \% (2.800 \text{ EUR} / 26) = 84,2552 \text{ EUR} = 84,26 \text{ EUR}$

Indemnisation durant la période à partir du 1^{er} juin 2024 :

Application de l'article 219ter, §1^{er} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 :

$60 \% ([2.800 \text{ EUR} / 26] - [2.000 \text{ EUR} / 26]) = 60 \% (107,6923 \text{ EUR} - 76,9231 \text{ EUR}) = 18,4615 \text{ EUR} = 18,46 \text{ EUR}$



Remarque : Si la travailleuse concernée venait à tomber malade dans le cadre de l'activité exercée auprès du nouvel employeur, il y aurait lieu, durant la période de salaire garanti, de poursuivre l'application de l'article 219ter, § 1^{er} précité et, à l'échéance de la période de salaire garanti, de l'indemniser dans le cadre de l'écartement total (prise en considération de la rémunération journalière moyenne prise en compte à la date de début de l'écartement total auprès de l'employeur A en fonction de la stabilité éventuelle de l'occupation).

J.2. UN SEUL CONTRAT DE TRAVAIL ET ÉCARTEMENT PARTIEL

Si la travailleuse écartée partiellement reprend l'exercice d'une autre activité ne présentant pas de risque pour sa santé et celle de son enfant, celle-ci restera alors indemnisée (uniquement en cas de perte de salaire) dans le cadre de l'écartement partiel (application de l'art. 219ter, § 1^{er} de l'A.R. du 03.07.1996).



Exemple :

Une travailleuse (employée) est liée par un contrat de travail chez un employeur A avec un salaire mensuel de 2.800 EUR brut et elle est écartée partiellement dans le cadre de ce contrat de travail à partir du 1^{er} avril 2024 (adaptation de son poste de travail avec une perte de salaire – salaire mensuel de 800 EUR brut). Elle reprend le travail chez un employeur B (salaire mensuel de 1.000 EUR) à partir du 1^{er} juin 2024.

Indemnisation durant la période à partir 1^{er} avril 2024 jusqu'au 31 mai 2024 :

Application de l'article 219ter, § 1^{er} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 :

$60 \% ([2.800 \text{ EUR} / 26] - [800 \text{ EUR} / 26]) = 60 \% (107,6923 \text{ EUR} - 30,7692 \text{ EUR}) = 46,1539 \text{ EUR} = 46,15 \text{ EUR}$

Indemnisation durant la période à partir du 1^{er} juin 2024 :

Application de l'article 219ter, § 1^{er} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 :

$60 \% ([2.800 \text{ EUR} / 26] - [(800 \text{ EUR} + 1.000 \text{ EUR}) / 26]) = 60 \% (107,6923 \text{ EUR} - 69,2308 \text{ EUR}) = 23,0769 \text{ EUR} = 23,08 \text{ EUR}$



Remarque : Si la travailleuse concernée venait à tomber malade dans le cadre de ces activités exercées auprès des deux employeurs, il y aurait lieu, durant la période de salaire garanti, de poursuivre l'application de l'article 219ter, § 1^{er} précité et, à l'échéance de la période de salaire garanti, de l'indemniser dans le cadre de l'incapacité de travail (prise en considération de la rémunération journalière moyenne prise en compte à la date de début de l'écartement partiel auprès de l'employeur A en fonction de la stabilité éventuelle de l'occupation).

J.3. PLUSIEURS CONTRATS DE TRAVAIL ET ÉCARTEMENT PARTIEL

◦ Deux contrats de travail et écartement complet dans un seul des deux contrats de travail

Si la travailleuse écartée totalement dans le cadre d'un seul de ses deux contrats de travail reprend l'exercice d'une autre activité ne présentant pas de risque pour sa santé et celle de son enfant, celle-ci sera alors indemnisée (uniquement en cas de perte de salaire) dans le cadre de l'écartement partiel (application de l'art. 219^{ter}, § 1^{er} et § 2 de l'A.R. du 03.07.1996).



Exemple :

Une travailleuse (employée) est liée par deux contrats de travail (un contrat chez un employeur A avec un salaire mensuel de 1.600 EUR brut et un contrat chez un employeur B avec un salaire mensuel de 1.000 EUR). Elle est uniquement écartée totalement dans le cadre du contrat chez l'employeur A à partir du 1^{er} avril 2024. Elle reprend encore une autre activité chez un employeur C à partir du 1^{er} juin 2024 (salaire mensuel de 500 EUR brut).

Indemnisation durant la période à partir du 1^{er} avril 2024 jusqu'au 31 mai 2024 :

Application de l'article 219^{ter}, § 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 :

$60\% \left(\frac{1.600 \text{ EUR}}{26} \right) = 60\% (61,5385 \text{ EUR}) = 36,9231 \text{ EUR} = 36,92 \text{ EUR}$

Indemnisation durant la période à partir du 1^{er} juin 2024 :

Application de l'article 219^{ter}, § 1^{er} et § 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 :

$60\% \left(\frac{1.600 \text{ EUR}}{26} \right) - \left[\frac{500 \text{ EUR}}{26} \right] = 60\% (61,5385 \text{ EUR} - 19,2308 \text{ EUR}) = 25,3846 \text{ EUR} = 25,38 \text{ EUR}$



Remarque : Si la travailleuse concernée venait à tomber malade dans le cadre de ces activités exercées auprès des deux employeurs (employeur B + employeur C), il y aurait lieu, durant la période de salaire garanti, de poursuivre l'application de l'article 219^{ter}, § 1^{er} et § 2 précité et, à l'échéance de la période de salaire garanti, de l'indemniser dans le cadre de l'incapacité de travail (prise en considération de la rémunération journalière moyenne prise en compte au début de l'écartement chez l'employeur A et à la date de début de l'incapacité de travail chez l'employeur B - en fonction de la stabilité éventuelle de l'occupation concernée).

◦ Deux contrats de travail et écartement partiel dans un seul des deux contrats de travail

Si la travailleuse écartée partiellement dans le cadre d'un seul de ses deux contrats de travail reprend l'exercice d'une autre activité ne présentant pas de risque pour sa santé et celle de son enfant, celle-ci restera alors indemnisée (uniquement en cas de perte de salaire) dans le cadre de l'écartement partiel (application de l'art. 219^{ter}, § 1^{er} et § 2 de l'arrêté royal du 03.07.1996).



Exemple :

Une travailleuse (employée) est liée par deux contrats de travail (un contrat chez un employeur A avec un salaire mensuel de 1.600 EUR brut et un contrat chez un employeur B avec un salaire mensuel de 1.000 EUR). Elle est uniquement écartée partiellement dans le cadre du contrat chez l'employeur A à partir du 1^{er} avril 2024 (adaptation de son poste de travail avec une perte de salaire – salaire mensuel de 800 EUR brut). Elle reprend encore une autre activité chez un employeur C à partir du 1^{er} juin 2024 (salaire mensuel de 500 EUR brut).

Indemnisation durant la période à partir du 1^{er} avril 2024 jusqu'au 31 mai 2024 :

Application de l'article 219^{ter}, § 1^{er} et § 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 :

$60\% \left(\frac{1.600 \text{ EUR}}{26} \right) - \left[\frac{800 \text{ EUR}}{26} \right] = 60\% (61,5385 \text{ EUR} - 30,7692 \text{ EUR}) = 18,4616 \text{ EUR} = 18,46 \text{ EUR}$

Indemnisation durant la période à partir du 1^{er} juin 2024 :

Application de l'article 219^{ter}, § 1^{er} et § 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 :

$60 \% ((1.600 \text{ EUR} / 26) - [(800 \text{ EUR} + 500 \text{ EUR} / 26)]) = 60 \% (61,5385 \text{ EUR} - 50,0000 \text{ EUR}) = 6,9231 \text{ EUR} = 6,92 \text{ EUR}$



Remarque : Si la travailleuse concernée venait à tomber malade dans le cadre de ces activités exercées auprès des trois employeurs, il y aurait lieu, durant la période de salaire garanti, de poursuivre l'application de l'article 219^{ter}, § 1^{er} et § 2 précité et, à l'échéance de la période de salaire garanti, de l'indemniser dans le cadre de l'incapacité de travail (prise en considération de la rémunération journalière moyenne prise en compte au début de l'écartement chez l'employeur A et à la date de début de l'incapacité de travail chez l'employeur B - en fonction de la stabilité éventuelle de l'occupation concernée).

K. Impact de l'exercice d'une nouvelle activité indépendante complémentaire au cours d'une période d'écartement total ou partiel

En vertu de l'article 219^{ter}, § 5 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, les indemnités d'écartement du travail (total ou partiel) ne sont pas dues aux titulaires qui débutent une nouvelle activité indépendante au cours d'une période d'écartement total ou partiel. La poursuite d'une telle activité – déjà exercée avant le début de la mesure d'écartement complet ou partiel du travail – n'empêche par contre pas la poursuite de l'indemnisation.

L. Enseignante temporaire écartée totalement ou partiellement durant l'année scolaire et non durant la période des vacances d'été – salaire différé

L'enseignante temporaire écartée totalement ou partiellement et pour laquelle l'occupation s'achève à la fin de l'année scolaire (par ex., le 30.06) ne sera plus indemnisée dans le cadre de son écartement à partir du lendemain de la date de fin de son occupation. Elle bénéficiera alors, le cas échéant, du salaire différé ou d'allocations de chômage.

En cas de nouvelle occupation prenant cours au début de l'année scolaire suivante (par ex., le 01.09) justifiant à nouveau un écartement total ou partiel, la travailleuse concernée pourra à nouveau bénéficier de l'indemnisation de son écartement total ou partiel par l'assurance maternité.

III. Entrée en vigueur

La présente circulaire produit ses effets le 1^{er} avril 2024.

Remplace la circulaire n° 2022/114 du 29 mars 2022.



Circulaire O.A. n° 2024/107 – 409/4 et 9/8 du 17 avril 2024.

III. Le régime d'activité autorisée dans l'assurance indemnités des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

L'arrêté royal du 3 mars 2024 modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants a été publié au Moniteur belge du 12 mars 2024.

À compter du 1^{er} avril 2024, cet arrêté royal supprime le double système d'autorisation de reprise d'une activité et ne maintient que l'autorisation prévue à l'article 23*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

I. Règlementation avant le 1^{er} avril 2024 : le double système d'activité autorisée en fonction de l'éventuelle réinsertion complète du titulaire indépendant en incapacité de travail

Lors de l'octroi d'une autorisation, le médecin-conseil devait toujours vérifier si cette activité autorisée permettait encore la réinsertion complète du titulaire indépendant reconnu en incapacité de travail.

En effet, une distinction était opérée en fonction de ce critère essentiel :

- l'activité autorisée avait pour objectif la réinsertion complète du travailleur indépendant reconnu en incapacité de travail : une autorisation en vertu de l'article 23 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (**l'autorisation "art. 23"**)
- l'activité autorisée ne visait pas la réinsertion complète du travailleur indépendant reconnu en incapacité de travail : une autorisation en vertu de l'article 23*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (**l'autorisation "art. 23*bis*"**).

Les différentes caractéristiques du double système peuvent être résumées comme suit :

	autorisation "article 23"	autorisation "article 23 <i>bis</i> "
La réinsertion complète comme objectif ?	oui	non
Quelle activité ?	n'importe quelle activité est possible	n'importe quelle activité est possible
Critères à respecter ?	<ul style="list-style-type: none"> • l'intéressé est en incapacité de travail au sens de l'article 19 (incapacité primaire) ou de l'article 20 (invalidité) • l'activité est compatible avec l'état de santé général 	<ul style="list-style-type: none"> • l'intéressé est en incapacité de travail au sens de l'article 19 (incapacité primaire) ou de l'article 20 (invalidité) • l'activité est compatible avec l'état de santé général
Qui peut octroyer l'autorisation ?	médecin-conseil / (collaborateur de l'équipe multidisciplinaire)	médecin-conseil / (collaborateur de l'équipe multidisciplinaire)
Durée ?	durée maximale de six mois par autorisation, prolongeable jusqu'à un maximum de dix-huit mois	pas de limite dans le temps bien définie ; toutefois, l'état d'incapacité de travail est contrôlé, en principe, tous les six mois
Présomption légale d'incapacité de travail ?	oui (aucune évaluation de l'état d'incapacité de travail possible pendant la période couverte par l'autorisation)	non (une évaluation de l'état d'incapacité de travail pendant la période d'admission est toujours possible)

II. Règlementation à partir du 1^{er} avril 2024 : l'activité autorisée "article 23bis"

Le médecin-conseil peut accorder une autorisation à une personne reconnue inapte au travail conformément à l'article 19 ou 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

En cas de demande de prolongation d'une autorisation précédemment accordée, le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire est également habilité à prolonger l'autorisation.¹

Chaque autorisation est accordée et, si nécessaire, renouvelée pour *une durée limitée qui ne dépasse pas deux ans*.

Le médecin-conseil ou le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire ne peut accorder l'autorisation qu'à la condition que **l'activité soit compatible avec l'état de santé général** de l'intéressé.

Pendant toute la durée de l'autorisation, l'assuré doit satisfaire aux critères d'incapacité de travail applicables (conditions de l'art. 19 de l'A.R. du 20.07.1971 pendant l'incapacité primaire et critères de l'art. 20 de l'A.R. du 20.07.1971 pendant l'invalidité).

Il n'y a donc **pas** de présomption légale d'incapacité de travail pendant la période couverte par l'autorisation "article 23bis". Dès que l'organisme médical compétent constate que l'intéressé ne remplit plus les conditions d'incapacité de travail applicables, il doit être mis fin à l'incapacité de travail (même pendant la période d'activité autorisée).

III. Déclaration de reprise du travail et obtention de l'autorisation du médecin conseil : procédure

3.1. Formalités à remplir par le titulaire indépendant

Le titulaire est tenu d'informer, *au préalable*, sa mutualité de toute reprise d'activité pendant la période d'incapacité de travail, et ce, *au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement la reprise de cette activité*.

Le titulaire qui souhaite reprendre une activité (professionnelle) pendant son incapacité de travail doit également introduire une demande d'autorisation d'exercer cette activité auprès du médecin-conseil de sa mutualité, et ce *au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement cette reprise*.

Tant cette déclaration de reprise du travail durant l'incapacité de travail que cette demande d'autorisation auprès du médecin-conseil doivent être soumises à l'aide d'un **formulaire unique**. Ce formulaire unique se compose de deux volets :

- un volet "déclaration" destiné au service administratif de la mutualité et
- un volet "autorisation" destiné au médecin-conseil de la mutualité.

1. Seulement à partir du 01.07.2024 pour les titulaires dont la période d'incapacité primaire a débuté avant le 01.01.2024.

Ce formulaire unique contient plusieurs questions auxquelles le titulaire doit répondre en cochant la réponse appropriée à sa situation et/ou en donnant les informations demandées, entre autres : le volume de travail dans le cadre de la reprise, la description des tâches à effectuer, l'horaire de travail, les données de l'employeur auprès duquel le titulaire a repris le travail adapté (s'il s'agit de la reprise d'une activité salariée) et les données du médecin traitant et du médecin du travail (s'il s'agit de la reprise d'une activité salariée).

Ce formulaire dûment rempli permet au médecin-conseil de la mutualité de se prononcer en connaissance de cause sur la (non-)délivrance de l'autorisation de reprendre une activité durant l'incapacité de travail.

Si le titulaire a envoyé le formulaire de déclaration de reprise du travail et la demande d'autorisation à la mutualité *par la poste*, et à condition que ce formulaire ait été signé au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement cette reprise, le formulaire est réputé avoir été envoyé en temps utile via la poste si le cachet de la poste est apposé **au plus tard le cinquième jour ouvrable** suivant le premier jour ouvrable qui précède immédiatement cette reprise (dans le cadre de ce délai de cinq jours ouvrables, un "jour ouvrable" est tout jour autre que les dimanches et les jours fériés légaux).

Si le cachet de la poste fait défaut ou si le cachet de la poste n'est pas suffisamment lisible, le formulaire a été envoyé en temps utile si la date de réception par la mutualité n'est pas postérieure au cinquième jour ouvrable suivant le premier jour ouvrable qui précède immédiatement la reprise du travail.

Situations particulières :

1) l'exercice d'une activité visée à l'article 17, § 1^{er}, alinéa premier, 1^o et 3^o à 7^o inclus de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 (activité dans le secteur sportif et socioculturel) en exécution d'un contrat déjà conclu et effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail :

toutefois si pendant la période d'incapacité de travail, le titulaire qui a exercé une activité visée à l'article 17, § 1^{er}, alinéa premier, 1^o et 3^o à 7^o inclus, de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 en exécution d'un contrat déjà conclu avant le début de l'incapacité de travail et effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail, déclare l'exercice de cette activité à sa mutualité *dans un délai d'un mois à compter de la déclaration de l'incapacité de travail*, et introduit une demande d'autorisation d'exercer cette activité durant l'incapacité de travail, la déclaration de reprise du travail et la demande d'autorisation sont censées avoir été accomplies le premier jour ouvrable qui précède la reprise de l'activité.

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

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

3.2. Décision du médecin-conseil ou du collaborateur de l'équipe multidisciplinaire

Sur la base du formulaire unique dûment rempli par le titulaire et des données du dossier médical, le médecin-conseil de la mutualité examine la demande d'autorisation de reprise du travail durant l'incapacité de travail.

Le médecin-conseil de la mutualité doit prendre sa décision :

- *au plus tard* le trentième jour ouvrable à compter du premier jour de reprise de l'activité pendant l'incapacité de travail (règle générale)
- *au plus tard* le trentième jour ouvrable à dater de la déclaration et de la demande d'autorisation lorsqu'il s'agit de

=> l'exercice d'une activité visée à l'article 17, § 1^{er}, alinéa premier, 1° et 3° à 7° inclus de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 en exécution d'un contrat déjà conclu et effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail ;

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

En effet, il est important pour le titulaire d'obtenir le plus rapidement possible la certitude au sujet de sa situation (sécurité juridique) et du caractère (in)compatible de cette reprise avec son état de santé général.

Lorsque le médecin-conseil de la mutualité accorde l'autorisation de reprendre une activité adaptée durant l'incapacité de travail, le formulaire d'autorisation est envoyé par la poste au titulaire dans les sept jours civils qui suivent la décision.

Si le médecin-conseil a procédé à un examen médical pour prendre une décision, le formulaire d'autorisation peut être remis au titulaire à l'issue de l'examen médical.

L'autorisation du médecin-conseil doit mentionner la nature, le volume et les conditions d'exercice de l'activité professionnelle autorisée durant l'incapacité de travail.

Le médecin-conseil précise également la durée exacte de l'autorisation accordée, au maximum pour deux ans.

Cette autorisation est conservée dans le dossier médical et administratif du titulaire à la mutualité.

La mutualité doit envoyer les données de cette autorisation à l'INAMI par *courrier électronique* (flux RTTP).



Remarque : Les principes décrits ci-dessus s'appliquent également en cas de prolongation d'une autorisation précédemment accordée et cette prolongation peut également être accordée par le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire.

3.3. Réalisation d'un examen médical par le médecin-conseil (ou un contact physique par le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire) en vue d'une décision sur une éventuelle autorisation de reprise de l'activité

Afin d'assurer l'uniformité et l'objectivité du traitement des demandes d'autorisation, des *lignes directrices* sont d'application, afin de définir les situations dans lesquelles un examen médical est nécessaire :

- a) D'une manière générale, si, sur la base de l'examen du dossier du titulaire (demande d'autorisation d'exercice de l'activité durant l'incapacité de travail), le médecin-conseil (ou le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire) ne peut pas établir avec certitude que les conditions requises figurant à l'article 23bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 sont remplies (notamment les conditions de, selon le cas, l'art. 19 ou l'art. 20 de l'A.R. du 20.07.1971 et la compatibilité de la reprise de l'activité avec l'état de santé général du titulaire indépendant), *le médecin-conseil (ou le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire) soumettra ce titulaire à un examen médical (contact physique).*

Si, lors de cet examen médical, le médecin-conseil conclut que la reprise de l'activité est incompatible avec l'état de santé général du travailleur indépendant titulaire, il informe ce dernier d'une décision de refus d'autorisation, en vertu de l'article 23bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

Si, lors de cet examen médical, le médecin-conseil constate que les conditions visées à l'article 19 ou à l'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 ne sont pas (ou plus) remplies, il informe le titulaire d'une décision de fin de reconnaissance de l'état d'incapacité de travail en vertu, selon le cas, de l'article 19 ou de l'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

- b) Un examen médical est toujours requis dans les situations où le médecin-conseil doit *prendre une décision de refus d'autorisation de reprise du travail ou de fin de reconnaissance d'incapacité de travail.*
- c) L'examen médical est également toujours nécessaire lorsque le titulaire a déclaré la reprise de l'activité durant son incapacité de travail *dans un délai de plus de quatorze jours civils* à compter de ladite reprise (comme dans les cas de reprise du travail sans autorisation). En effet, dans ces situations, les dispositions de *l'article 23ter de l'arrêté royal du 20 juillet 1971* sont applicables jusqu'à la date à laquelle la décision du médecin-conseil prend effet. En vertu de cette disposition, le titulaire est soumis à un examen médical afin de vérifier si, à la date de l'examen et par la suite, les conditions de reconnaissance de l'incapacité de travail sont réunies.
- d) Si la *demande d'autorisation* de reprise du travail porte sur l'exercice d'une activité *dans un délai de moins de quatre semaines à compter du premier jour d'incapacité de travail*, le médecin-conseil soumet le titulaire à un examen médical pour s'assurer que celui-ci remplit les conditions visées à l'article 23bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

3.4. Conséquences d'une déclaration tardive par le titulaire de sa reprise de l'activité durant la période d'incapacité

Il convient de faire une distinction entre, d'une part, une déclaration et une demande d'autorisation dans un délai de 14 jours civils à compter de la reprise et, d'autre part, une déclaration et une demande d'autorisation après un délai de 14 jours civils à compter de la reprise.

3.4.1. DÉCLARATION TARDIVE DANS UN DÉLAI DE QUATORZE JOURS CIVILS À COMPTER DE LA REPRISE

Le titulaire qui a accompli les formalités de déclaration de la reprise d'un travail adapté (et de demande d'autorisation) tardivement mais néanmoins dans les quatorze jours civils de cette reprise, est pénalisé de ce fait par une réduction de 10 % du montant journalier de son indemnité d'incapacité de travail (calculée selon la règle de cumul visée à l'art. 28bis de l'A.R. du 20.07.1971).

En d'autres termes, dans cette situation, le titulaire peut percevoir des indemnités d'incapacité de travail calculées selon la règle de cumul visée à l'article 28bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, après une réduction de 10 % du montant journalier de l'indemnité.

Cette réduction de 10 % s'applique à partir du premier jour de la reprise du travail jusqu'au jour de l'envoi du formulaire unique (le cachet de la poste faisant foi) ou de la remise du formulaire unique à la mutualité (contre accusé de réception).



Remarque : si le titulaire accomplit les formalités de déclaration et de demande d'autorisation dans un délai de quatorze jours civils à compter de la reprise suite à une constatation de reprise non autorisée du travail par le Service du contrôle administratif de l'INAMI (enquête sur place par les contrôleurs sociaux ou datamatching) ou par la mutualité, les dispositions normales concernant la constatation d'une activité non-autorisée seront toutefois d'application (cf. également la situation sous 2.4.2).

3.4.2. DÉCLARATION TARDIVE EN DEHORS D'UN DÉLAI DE QUATORZE JOURS CIVILS À COMPTER DE LA REPRISE

Si le titulaire a accompli les formalités de déclaration (et de demande d'autorisation) plus de quatorze jours civils après la reprise du travail, les dispositions de l'article 23ter de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 s'appliquent à partir du premier jour de la reprise jusqu'à la date à laquelle la décision du médecin-conseil prend effet.

Dans ce cas, le médecin-conseil doit évaluer l'incapacité de travail dans les meilleurs délais (dans les trente jours ouvrables à compter de la déclaration de reprise du travail) et l'indu est limité aux jours ouvrables ou à la période d'activité non autorisée.

Il est possible d'introduire une demande de renonciation à la récupération de cet indu auprès du Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants. Étant donné que les titulaires qui déclarent leur reprise d'une activité professionnelle adaptée plus de quatorze jours civils après la reprise ne peuvent, en cas de renonciation à la récupération de l'indu, pas bénéficier d'un traitement plus favorable que les titulaires qui déclarent leur reprise du travail dans les quatorze jours civils de la reprise, il y a lieu de tenir compte, en vue de la détermination du montant maximal de la renonciation en application des dispositions de l'article 23ter précité, du montant des indemnités auquel l'intéressé aurait pu prétendre en application de la règle de cumul visée à l'article 28bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, diminué de 10 %.

En cas de **décision positive** (prolongation de la reconnaissance de l'incapacité de travail et délivrance d'une autorisation), le médecin-conseil accorde l'autorisation conformément à l'article 23bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 à partir du jour de la demande (effet rétroactif de la décision). Dans ce cas, l'article 23ter de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 reste applicable jusqu'à la veille de la demande d'autorisation.

3.5. Conséquences du refus d'octroi d'une autorisation de reprise du travail ou d'une décision de mettre fin à l'incapacité de travail

Lorsque, alors que le titulaire a repris le travail, il est informé qu'il a été décidé de ne pas lui octroyer d'autorisation (en raison de l'incompatibilité de l'activité et de son état de santé général) ou de mettre fin à son incapacité de travail, ce dernier peut continuer à percevoir des indemnités pour la période précédant la date à laquelle la décision précitée prend effet, à certaines conditions :

=> Le titulaire a accompli les *démarches* nécessaires pour la déclaration et la demande d'autorisation *dans le délai imparti* (au plus tard le premier jour ouvrable précédant immédiatement la reprise du travail) et il reprend le travail avant d'avoir reçu l'autorisation du médecin-conseil.

Dans ce cas, le titulaire continue à percevoir, pour la période précédant la date d'entrée en vigueur de la décision négative du médecin-conseil, ses indemnités calculées conformément à la règle de cumul visée à l'article 28*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

=> Le titulaire a accompli les *démarches* nécessaires pour la déclaration et la demande d'autorisation *trop tard* (mais *dans les deux semaines calendrier* suivant la reprise).

Dans ce cas, le titulaire continue à percevoir ses indemnités pour la période précédant la date d'entrée en vigueur de la décision négative (calculées selon la règle de cumul visée à l'art. 28*bis* de l'A.R. du 20.07.1971), *mais elles sont réduites de 10 % jusqu'au jour de la demande inclus*.

=> Le titulaire a accompli les *démarches* nécessaires pour la déclaration et la demande d'autorisation *trop tard* (*plus de deux semaines calendrier après la reprise*).

Dans ce cas, les dispositions de l'article 23*ter* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 lui sont applicables à partir du premier jour de la reprise jusqu'à la date à laquelle la décision du médecin-conseil prend effet.

3.6. Formulaires²

Les formulaires suivants sont d'application :

3.6.1. DEMANDE DE REPRISE DU TRAVAIL PENDANT L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

(Ann. 1 de la présente circulaire)

Ce formulaire, qui comporte deux volets, permet au travailleur indépendant reconnu en incapacité de travail de communiquer au service administratif de sa mutualité la date de reprise du travail et de demander au médecin-conseil de sa mutualité l'autorisation d'exercer une activité autorisée pendant son incapacité de travail.

Si ce dernier souhaite *que l'autorisation soit prolongée*, il doit remplir uniquement une partie de ce formulaire à condition *qu'aucun* changement ne soit intervenu dans les conditions d'exercice de l'activité.

L'intéressé doit communiquer la date de début de reprise du travail uniquement s'il souhaite recommencer à exercer cette activité autorisée après *avoir temporairement cessé de le faire* (en raison de l'aggravation de son état de santé). Le médecin-conseil a été informé de cet arrêt temporaire au moyen du formulaire "Déclaration de cessation d'une activité autorisée pendant l'incapacité de travail" (*cf.* 3.6.5 ci-dessous).

3.6.2. OCTROI DE L'AUTORISATION

(Ann. 2 de la présente circulaire)

Le médecin-conseil (ou le cas échéant le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire) doit d'abord indiquer la durée exacte de l'autorisation (toujours une date de début et une date de fin (au maximum deux ans)).

En outre, l'autorisation doit également préciser la nature et le volume de l'activité ainsi que les conditions particulières dans lesquelles elle sera exercée.

3.6.3. REFUS D'OCTROI (OU DE PROLONGATION) D'UNE AUTORISATION PARCE QUE L'INTÉRESSÉ NE REMPLIT PLUS LES CONDITIONS REQUISES POUR LA RECONNAISSANCE DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

(Ann. 3 de la présente circulaire)

En fonction de la phase (incapacité primaire ou invalidité), le médecin-conseil doit indiquer pourquoi l'intéressé ne remplit plus les conditions requises pour être reconnu en incapacité de travail.

Cette décision doit **toujours** être notifiée à l'assuré par lettre recommandée.

3.6.4. REFUS D'OCTROI (OU DE PROLONGATION) DE L'AUTORISATION - FIN DE L'AUTORISATION EN RAISON DE L'INCOMPATIBILITÉ AVEC L'ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL

(Ann. 4 de la présente circulaire)

Si l'activité (professionnelle) (que l'intéressé souhaite recommencer ou continuer à exercer) n'est pas compatible avec l'état de santé général de celui-ci, le médecin-conseil doit décider de refuser d'accorder une autorisation ou de prolonger l'autorisation.

Cette décision doit **toujours** être notifiée à l'assuré par lettre recommandée.

3.6.5. DÉCLARATION DE CESSATION D'UNE ACTIVITÉ AUTORISÉE PENDANT L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

(Annexe 5 de la présente circulaire)

Un formulaire "Déclaration de cessation d'une activité autorisée pendant l'incapacité de travail" a été conçu pour que le titulaire puisse indiquer sur le volet qu'il doit compléter la date exacte à laquelle il a cessé l'activité qu'il avait été autorisé à reprendre. En outre, l'intéressé doit préciser sur ce formulaire s'il s'agit d'un arrêt *temporaire* (il reprendra l'activité lorsque, par exemple, son état de santé se sera amélioré) ou *définitif*.

Dès que le titulaire a transmis cette "Déclaration" à sa mutualité, le médecin-conseil lui fournit un accusé de réception en complétant le volet du formulaire prévu à cette fin.

Cette "Déclaration" du titulaire permet par exemple à la mutualité d'appliquer correctement la règle de cumul des revenus professionnels et des indemnités d'incapacité de travail.

3.7. Mesures transitoires dans le cadre de la suppression du double système d'autorisation

Dans la perspective de cette réforme du 1^{er} avril 2024, il convient également de prévoir des dispositions particulières (mesures transitoires) pour certains travailleurs indépendants reconnus en incapacité de travail qui exercent déjà une activité autorisée avant l'entrée en vigueur de ladite réforme :

- en ce qui concerne les autorisations "article 23" en cours au moment de l'entrée en vigueur de la réforme, les titulaires concernés pourront poursuivre leur activité jusqu'à la fin de l'autorisation en cours accordée pour une période maximale de six mois (avec application de la présomption légale d'incapacité de travail)
- en ce qui concerne les autorisations "article 23bis" en cours au moment de la réforme d'une durée supérieure à deux ans ou d'une durée indéterminée, le médecin-conseil raccourcira la durée dans un délai de 18 mois (c'.-à-d. pendant la période du 01.04.2024 au 30.09.2025) afin que la durée maximale de deux ans ne soit pas dépassée.

IV. Règle de cumul des revenus professionnels tirés de l'activité autorisée et des indemnités d'incapacité de travail

4.1. Règle de cumul avec trois phases


On peut distinguer **trois phases** dans le système :

4.1.1. PHASE 1: LES SIX PREMIERS MOIS DE L'AUTORISATION "ARTICLE 23BIS"

L'intéressé conserve le montant intégral de ses indemnités d'incapacité de travail.

4.1.2. PHASE 2 : À PARTIR DU PREMIER JOUR DU SEPTIÈME MOIS DE L'AUTORISATION "ARTICLE 23BIS" JUSQU'AU 31 DÉCEMBRE DE LA TROISIÈME ANNÉE SUIVANT CELLE DU DÉBUT DE L'ACTIVITÉ

Le montant des indemnités est réduit forfaitairement de 10 %.

 **Remarque :** Si l'assuré exerce une activité non rémunérée à caractère non professionnel, il a droit au montant intégral des indemnités (pas de réduction forfaitaire de 10 %). C'est le cas, par exemple, s'il effectue un travail d'intérêt général, preste un service ou effectue un travail volontaire qui ne correspond pas à la définition de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires.

L'activité visée à l'article 17, § 1, alinéa premier, 1^o et 3^o jusqu'au 7^o inclus, de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 est considérée comme une *activité non rémunérée de nature non professionnelle*. Concrètement, cela signifie donc que le système de cumul progressif ne s'applique pas.

4.1.3. PHASE 3 : À PARTIR DU 1^{ER} JANVIER DE LA QUATRIÈME ANNÉE CIVILE QUI SUIVRA L'ANNÉE AU COURS DE LAQUELLE L'INTÉRESSÉ A COMMENCÉ À EXERCER L'ACTIVITÉ EN VERTU DE L'AUTORISATION "ARTICLE 23BIS"

Dans cette phase, la règle de cumul s'applique : le montant réel des revenus professionnels provenant de l'activité autorisée joue un rôle.

En effet, le montant des revenus professionnels perçus pendant la première année civile complète qui suit celle au cours de laquelle l'activité a été entamée est comparé à un plafond de revenus donné. Si ce plafond est dépassé, selon le cas soit le montant journalier des indemnités est diminué d'un pourcentage donné soit l'octroi des indemnités est suspendu.

Par la suite, chaque année, la même vérification est effectuée sur la base des revenus professionnels provenant de l'activité autorisée perçus trois ans auparavant.

A. Revenus professionnels à prendre en compte

L'organisme assureur doit uniquement tenir compte des revenus professionnels provenant d'une activité autorisée. Il s'agit d'une activité qui, selon le cas, peut générer un revenu visé à l'article 23, § 1^{er}, 1^o, 2^o ou 4^o du Code des impôts sur les revenus (CIR) de 1992 et de toute activité similaire exercée dans un pays étranger ou au service d'une organisation internationale ou supranationale. Il s'agit donc plus spécifiquement :

- des **bénéfices** obtenus (art. 24 – art. 26 du CIR de 1992) : les bénéfices comprennent tous les bénéfices d'entreprises industrielles, commerciales ou agricoles et tous les avantages qu'un entrepreneur retire de l'exercice de son activité
- des **profits** obtenus (art. 27 du CIR de 1992) : les profits sont tous les revenus d'une profession libérale, charge ou office et tous les revenus d'une occupation lucrative (par ex. les indemnités des mandataires politiques ou d'un président de CPAS) qui ne sont pas considérés comme des bénéfices ou des rémunérations
- des **rémunérations** perçues (art. 30 – art. 33 du CIR de 1992) : les rémunérations sont tous les salaires *lato sensu* des travailleurs (sous contrat de travail ou occupation dans des conditions similaires), des chefs d'entreprise et des conjoints aidants
 Les rémunérations des dirigeants d'entreprise sont toutes les rétributions allouées ou attribuées à une personne physique qui exerce un mandat d'administrateur, de gérant, de liquidateur ou des fonctions analogues ou encore à la personne qui exerce au sein de la société une fonction dirigeante ou une activité dirigeante de gestion journalière, d'ordre commercial, financier ou technique, en dehors d'un contrat de travail
 Les rémunérations des conjoints aidants sont toutes les attributions d'une quote-part de bénéfices ou de profits au conjoint aidant qui, pendant la période imposable, n'exerce pas d'activité professionnelle lui ouvrant des droits propres à des prestations dans un régime obligatoire de pension, d'allocations familiales et d'assurance contre la maladie et l'invalidité, au moins égales à celles du statut social des travailleurs indépendants, ni ne bénéficie d'une prestation dans le cadre du régime de la sécurité sociale lui ouvrant de tels droits propres.

Dans ce contexte, on tient également compte de chaque indemnité, chaque allocation ou rente octroyée pour compenser la perte des revenus professionnels de l'activité autorisée.



Exemple : Le travailleur indépendant reconnu incapable de travailler qui a recommencé à exercer une activité adaptée à son état de santé en vertu d'une autorisation "article 23bis" peut interrompre l'exercice de cette activité autorisée pour prendre un congé de paternité ou de naissance. Dans cette situation, l'allocation de paternité ou de naissance et les indemnités d'incapacité de travail peuvent être cumulées dans les limites fixées par l'article 28bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (*poursuite* de la phase du régime de cumul applicable pendant le congé de paternité ou de naissance).

Remarques

- Pour l'application de cette règle de cumul, il n'est pas tenu compte des compensations financières accordées par les régions, communautés, provinces ou communes pour les conséquences économiques ou sociales subies à la suite de l'application de

=> l'arrêté ministériel du 13 mars 2020 portant des mesures d'urgence pour limiter la propagation du coronavirus COVID-19 et de tous les arrêtés ministériels ultérieurs portant des mesures d'urgence pour limiter la propagation du coronavirus COVID-19 ;

=> l'arrêté royal du 28 octobre 2021 portant les mesures de police administrative nécessaires en vue de prévenir ou de limiter les conséquences pour la santé publique de la situation d'urgence épidémique déclarée concernant la pandémie de coronavirus COVID-19 et de tous les autres arrêtés royaux ultérieurs portant les mesures de police administrative nécessaires en vue de prévenir ou de limiter les conséquences pour la santé publique de la situation d'urgence épidémique déclarée concernant la pandémie de coronavirus COVID-19 ;

ou des compensations financières accordées conformément à une autre réglementation régionale, communautaire, provinciale ou communale pour compenser les conséquences économiques ou sociales subies à la suite de la pandémie de COVID-19.

Dans ce contexte, il ne peut toutefois pas s'agir d'une compensation financière, réduite le cas échéant, à laquelle l'intéressé aurait pu prétendre si la réglementation précitée élaborée à la suite de la pandémie de COVID-19 n'avait pas été appliquée. En outre, le système en vertu duquel la compensation financière est accordée doit prévoir explicitement que cette compensation est accordée pour faire face aux conséquences économiques ou sociales directes ou indirectes de la pandémie de COVID-19.

- Pour l'application de cette règle de cumul, il n'est pas tenu compte non plus de l'indemnité de crise supplémentaire accordée en vertu de 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 pendant la période allant du 1^{er} mars 2020 au 30 septembre 2021 inclus
- Si l'indépendant cesse définitivement son activité autorisée et qu'à la suite de cet arrêt, il obtient des plus-values de cessation (*cf.* art. 23, § 1, 3^o, du Code des impôts sur les revenus de 1992), le montant de ces plus-values de cessation ne doit pas être pris en compte pour l'application de la règle de cumul. Les plus-values de cessation sont les bénéfices ou profits provenant d'une activité professionnelle antérieure que l'intéressé a exercée précédemment.

Il s'agit toujours du **revenu net imposable qui provient de l'activité autorisée** et qui a été pris en compte par l'Administration des contributions directes pour fixer la taxation de l'année concernée. Le montant brut des revenus professionnels doit par conséquent être diminué des frais professionnels et, le cas échéant (uniquement s'il s'agit d'une activité professionnelle indépendante bien entendu), des pertes professionnelles.

Pour le calcul de ce revenu net imposable, l'assuré social doit remettre à son organisme assureur un formulaire spécifique qu'il aura rempli ainsi que l'avertissement-extrait de rôle émis par l'Administration des impôts directs qui porte sur la période imposable concernée (*cf.* Point E ci-dessous). Les revenus d'une période imposable donnée correspondant à une année civile (X) sont en effet imposés l'année suivante (X + 1) et doivent être enrôlés avant le 30 juin de l'année suivante (X + 2).

B. Revenus perçus pendant une année civile complète

L'organisme assureur doit toujours prendre en compte les revenus de l'activité autorisée perçus pendant la totalité de la troisième année civile précédant l'année civile à laquelle s'applique la règle de cumul.



Exemple : Un titulaire travailleur indépendant commence une activité en vertu d'une autorisation "article 23bis" le 1^{er} août 2020. Pour l'application de la règle de cumul, l'organisme assureur doit, pour l'octroi des indemnités pendant l'année civile 2024, tenir compte des revenus professionnels provenant de l'activité autorisée perçus pendant l'année civile 2021. Pour les indemnités relatives à l'année civile 2025, il faut tenir compte des revenus professionnels provenant de l'activité autorisée perçus pendant l'année civile 2022.

C. Plafond de revenus

Le **montant de base** du plafond de revenus applicable pour le régime de cumul s'élève à **17.149,19 EUR**.

Afin de tenir compte de l'augmentation du coût de la vie, ce montant est - le cas échéant - adapté au coût de la vie au 1^{er} janvier de l'année de référence. Il existe donc **un lien entre le seuil de revenu et les fluctuations de l'indice-santé**.

Concrètement, les règles suivantes s'appliquent :

- au 1^{er} janvier 2023, le montant des revenus professionnels acquis au cours de l'année civile 2020 devait être vérifié en fonction du seuil de revenu de 18.934,42 EUR
- au 1^{er} janvier 2024, la mutualité doit tenir compte du montant de 19.313,42 EUR. La mutualité doit donc comparer le montant de 19.313,42 EUR avec le montant des revenus professionnels obtenus au cours de l'année civile 2021
- au 1^{er} janvier 2025, la mutualité doit tenir compte du montant de 20.093,71 EUR. La mutualité doit donc comparer le montant de 20.093,71 EUR avec le montant des revenus professionnels obtenus au cours de l'année civile 2022.

Si l'activité exercée sur la base d'une même autorisation "article 23bis" est temporairement interrompue au cours de l'année civile concernée en raison, par exemple, d'une aggravation de l'état de santé de l'intéressé, ce plafond de revenus n'est pas adapté (en d'autres termes, on n'applique pas un plafond de revenus "au prorata").

D. Comparaison des revenus professionnels acquis pendant la période de référence avec le plafond

Trois situations peuvent se présenter :

- *Situation 1 :* Les revenus professionnels acquis ne dépassent pas le plafond :
=> le montant des indemnités ne doit pas être réduit.
- *Situation 2 :* Les revenus professionnels acquis dépassent le plafond d'au moins 15 % :
=> l'octroi des indemnités doit être suspendu pendant toute l'année civile.
- *Situation 3 :* Les revenus professionnels acquis dépassent le plafond de moins de 15 % :
=> le montant journalier des indemnités doit être réduit pendant toute l'année civile d'un pourcentage correspondant au pourcentage de dépassement du plafond.

Le pourcentage de dépassement est calculé au centième près. Le montant de la réduction de l'indemnité est arrondi à l'unité supérieure si la première décimale est au moins égale à cinq. Toutefois, si la première décimale est inférieure à cinq, la décimale n'est pas prise en compte.



Exemple :

Un titulaire indépendant dispose d'une autorisation "article 23bis" pour exercer son ancienne activité professionnelle indépendante. Pour l'application de la règle de cumul au cours de l'année civile 2024, il faut tenir compte des revenus professionnels acquis durant l'année civile 2021. Le revenu professionnel en 2021 s'élève, en l'espèce, à 20.500 EUR. Ce montant dépasse le plafond autorisé de 2021 de moins de 15 % (19.313,42 EUR x 1,15 = 22.210,43 EUR), de sorte que le montant journalier des indemnités doit être diminué en 2024.

* Détermination du taux de dépassement

$20.500 \text{ EUR} / 19.313,42 \text{ EUR} = 1,0614 = 6,14 \% = 6 \%$.

* Détermination de l'indemnité journalière (l'intéressé reçoit une indemnité pour titulaire sans charge de famille - cohabitant : 46,4452 EUR (montant applicable à partir du 01.11.2023))

$46,4452 \text{ EUR} \times 6 \% = 2,7867 \text{ EUR}$

$46,4452 \text{ EUR} - 2,7867 \text{ EUR} = 43,6585 \text{ EUR} = \mathbf{43,66 \text{ EUR}}$

E. Communication des revenus professionnels acquis au cours de l'année civile en question

Au moyen d'un formulaire spécifique (ann. 6 à la présente circulaire), l'assuré peut informer sa mutualité des revenus professionnels qu'il a tirés de l'activité autorisée pendant la période de référence applicable. Il s'agit toujours des revenus obtenus au cours de la troisième année civile précédant celle où la règle de cumul est appliquée.

La mutualité envoie ce formulaire à l'assuré pour la première fois au cours du mois d'octobre de la troisième année qui suit celle où l'activité sur la base d'une autorisation "article 23bis" a été entamée. Pour les années suivantes, ce formulaire doit toujours être à nouveau envoyé à l'assuré au cours du mois d'octobre.

Dans les trente jours civils suivant la réception de ce formulaire, l'assuré le renvoie à sa mutualité, dûment complété, daté et signé. Il joint en annexe une copie de l'avertissement-extrait de rôle de l'impôt des personnes physiques relatif à ces revenus.

Si l'assuré ne respecte pas ce délai de trente jours civils, la mutualité lui envoie un rappel (au cours du mois de novembre).

Si, à la date de paiement des indemnités d'invalidité en janvier, la mutualité n'est toujours pas en possession du formulaire dûment complété et/ou de l'avertissement-extrait de rôle, la mutualité suspend totalement le paiement des indemnités jusqu'au moment où les informations requises ont été fournies (ce qui permet une éventuelle régularisation de la période de suspension).

4.2. Situations particulières

4.2.1. INTERRUPTION D'UNE PÉRIODE D'EMPLOI EN COURS ACCOMPLIE SUR LA BASE D'UNE AUTORISATION "ARTICLE 23BIS"

En cas d'interruption de la période d'activité autorisée en cours sur la base de l'autorisation "article 23bis" (entraînant une "suspension" de la période d'autorisation), il convient de continuer à appliquer la règle de cumul à partir de la reprise du travail, en tenant compte de la période d'activité autorisée déjà écoulée avant cet arrêt temporaire.

Ce principe s'applique également dans le cas d'une période d'hospitalisation qui dure au moins deux jours (application de la présomption d'incapacité de travail visée à l'art. 21 de l'A.R. du 20.07.1971 - il ne s'agit donc pas d'une simple hospitalisation de jour). Cette période d'hospitalisation constitue une interruption de l'activité autorisée et l'heure exacte de début et de fin de cette période d'hospitalisation ne joue aucun rôle dans ce contexte (*cf.* aussi art. 28*bis*, § 5 de l'A.R. du 20.07.1971).



Exemple :

Un titulaire indépendant reprend une partie de son ancienne activité professionnelle indépendante par le biais d'une autorisation "article 23*bis*" durant la période du 1^{er} février 2024 au 31 juillet 2024. Le médecin-conseil ou le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire prolonge cette autorisation "article 23*bis*" de six mois à compter du 1^{er} août 2024. Ce titulaire doit cesser temporairement cette activité en raison d'une aggravation de son état de santé du 15 septembre 2024 au 2 novembre 2024 inclus (49 jours civils).

Pendant la période du 15 septembre 2024 au 2 novembre 2024 inclus, l'intéressé peut à nouveau prétendre à des indemnités journalières non réduites. À partir du 3 novembre 2024, le montant journalier de son indemnité doit à nouveau être réduit de dix pour cent (également pendant la prolongation de la période initiale de six mois à concurrence de 49 jours civils (01.02.2025 – 20.03.2025)).

4.2.2. EXERCICE D'UNE ACTIVITÉ BIEN DÉFINIE AYANT DÉJÀ ÉTÉ EXERCÉE PRÉCÉDEMMENT PENDANT LA PÉRIODE D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL EN COURS EN VERTU OU D'UNE MÊME AUTORISATION "ARTICLE 23*BIS*".

Lorsque le titulaire exerce une certaine activité avec l'autorisation du médecin-conseil après avoir déjà exercé cette même activité auparavant pendant la même période d'incapacité de travail en vertu d'une même autorisation "article 23*bis*", l'application de la règle de cumul pendant la "nouvelle" période d'activité autorisée doit tenir compte de la phase qui était applicable le dernier jour de la période "précédente" de reprise d'activité couverte par l'autorisation "article 23*bis*".



Exemple :

Du 1^{er} janvier 2024 au 30 juin 2024 inclus, un titulaire indépendant reprend une partie de son ancienne activité professionnelle indépendante via une autorisation "article 23*bis*". L'intéressé ne demande pas de prolongation. À partir du 1^{er} janvier 2025, il reçoit à nouveau une autorisation "article 23*bis*" pour exercer une partie de son ancienne activité indépendante. À partir du 1^{er} janvier 2025, le montant journalier de l'indemnité doit être réduit de 10 % (= premier jour du septième mois de la période couverte par l'autorisation "art. 23*bis*" d'exercer l'ancienne activité professionnelle indépendante).

4.2.3. EXERCICE D'UNE ACTIVITÉ BIEN DÉFINIE QUI A DÉJÀ ÉTÉ EXERCÉE PENDANT LA PÉRIODE D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL EN COURS SANS L'AUTORISATION DU MÉDECIN-CONSEIL

Si un titulaire reçoit l'autorisation "article 23*bis*" pour l'exercice d'une activité qui a déjà été exercée précédemment pendant la même période d'incapacité de travail sans l'autorisation du médecin-conseil (c'.à d. qu'il s'agit d'une période pour laquelle l'art. 23*ter* de l'A.R. du 20.07.1971 a été appliqué), la durée de cette période d'activité non autorisée doit être prise en compte pour la détermination de la phase applicable de la règle de cumul.

Dans ce contexte, il convient de noter que pour la renonciation éventuelle aux indemnités récupérées en vertu de l'article 23*ter*, § 2 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, il est en effet tenu compte des indemnités auxquelles l'intéressé aurait pu avoir droit en application de la règle de cumul visée à l'article 28*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

4.2.4. EXERCICE D'UNE NOUVELLE ACTIVITÉ SUR LA BASE D'UNE NOUVELLE AUTORISATION "ARTICLE 23BIS" APRÈS AVOIR DÉJÀ EXERCÉ UNE AUTRE ACTIVITÉ SUR LA BASE D'UNE TELLE AUTORISATION OU "ARTICLE 23BIS" PENDANT LA PÉRIODE D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL EN COURS

Si un titulaire reçoit une autorisation "article 23bis" pour l'exercice d'une activité B qui, après une interruption ou pas, suit une période couverte par une telle autorisation "article 23bis" mais pour une autre activité A, cela entraîne toujours le commencement d'un nouveau cycle pour la règle de cumul.

Il faut tenir compte de la nature du travail pour déterminer s'il s'agit ou non d'une autre activité. Les modifications du volume et/ou des conditions d'exercice de l'activité ne sont en soi pas suffisantes pour estimer qu'il s'agit d'une activité différente.

C'est le médecin-conseil qui doit évaluer s'il s'agit ou non d'une *autre* activité.



Exemple :

Un titulaire indépendant reprend une partie de son ancienne activité professionnelle indépendante (activité A) du 1^{er} avril 2024 au 31 mars 2025 inclus via une autorisation "article 23bis". Le médecin-conseil délivre une autorisation "article 23bis" pour exercer une autre activité professionnelle indépendante (activité B) à partir du 1^{er} janvier 2026. Pendant la période du 1^{er} janvier 2026 au 30 juin 2026 inclus, l'intéressé peut prétendre à des indemnités complètes. À partir du 1^{er} juillet 2026, le montant journalier des indemnités sera réduit de 10 % (= 1^{er} jour du 7^e mois de la période couverte par l'autorisation "article 23bis" d'exercer l'activité B).

4.2.5. EXERCICE SIMULTANÉ DE PLUSIEURS ACTIVITÉS AUTORISÉES PENDANT LA PÉRIODE D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL EN COURS

Si un titulaire a reçu plusieurs autorisations simultanées d'exercer une activité pendant son incapacité de travail, la phase de la règle de cumul applicable doit être appliquée séparément pour chaque autorisation.

Lorsque la phase de la règle de cumul applicable aux différentes autorisations en cours exige que le montant de l'indemnité soit réduit d'un certain pourcentage, les pourcentages individuels sont additionnés pour finalement réduire le montant journalier de l'indemnité.

Le cas échéant, il est donc possible que, par exemple :

- le montant des indemnités doit être réduit de 20 % si l'intéressé se trouve dans la deuxième phase du régime de cumul pour les deux autorisations accordées
- le montant des indemnités doit être réduit de 10 % si l'intéressé se trouve dans la deuxième phase du régime de cumul pour une activité A et que les revenus professionnels obtenus dans le cadre de l'autre activité B doivent être pris en compte si la troisième phase du régime de cumul doit déjà être appliquée pour cette dernière activité
- les revenus professionnels acquis dans le cadre de l'exercice des activités sur la base des deux autorisations accordées doivent être pris en compte si l'intéressé se trouve dans la troisième phase du régime de cumul pour les deux autorisations accordées
- ...



Exemple :

À partir du 1^{er} avril 2022, un titulaire indépendant reprend une partie de son ancienne activité professionnelle indépendante par le biais d'une autorisation "article 23bis". À partir du 1^{er} juillet 2024, il reçoit une autorisation "article 23bis" pour exercer un emploi limité en tant que salarié.

Pendant la période du 1^{er} juillet 2024 au 31 décembre 2024 inclus, le montant journalier des indemnités est réduit de 10 %. (C'était déjà le cas depuis le 01.10.2022, qui correspond au premier jour du septième mois couvert par une (première) autorisation "article 23bis".)

À partir du 1^{er} janvier 2025, le montant journalier des indemnités doit être réduit de 20 % et ce, jusqu'au 31 décembre 2025 inclus (période couverte par deux autorisations "article 23bis" et, pour les deux autorisations, le premier jour du septième mois de la période couverte par une telle autorisation a déjà été atteint).

Pour l'année civile 2026 :

- dans le cadre de la reprise d'une partie de l'ancienne activité professionnelle indépendante, il faut vérifier si les revenus obtenus en 2023 dépassent le plafond
- dans le cadre de l'exercice d'un emploi limité en tant que salarié, le montant journalier des indemnités doit être réduit de 10 %.

4.3. Mesures transitoires

4.3.1. MESURES TRANSITOIRES POUR LES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS QUI EXERÇAIENT UNE ACTIVITÉ AUTORISÉE AU PLUS TARD LE 31 DÉCEMBRE 2011

Dans le cas des titulaires indépendants suivants, une marge de 25 % est encore prise en compte pour l'application de la règle de cumul visée à l'article 28bis, § 3 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 - à savoir la comparaison des revenus professionnels acquis et du plafond applicable :

- le travailleur indépendant qui, au plus tard le 31 décembre 2011, a repris une partie de son ancienne activité professionnelle indépendante sur la base d'une (ancienne) autorisation "article 20bis" (cette autorisation a été convertie de plein droit en une autorisation "article 23bis" le 01.07.2015)
- le travailleur indépendant qui, au plus tard le 31 décembre 2011, a repris une partie de son ancienne activité professionnelle indépendante sur la base d'une autorisation "article 23bis" (telle qu'applicable avant le 01.07.2015) et a ensuite exercé cette activité de manière ininterrompue via une (ancienne) autorisation "article 20bis" (cette autorisation a été convertie de plein droit en une autorisation "article 23bis" le 01.07.2015).



Exemples :

- Un titulaire indépendant a repris une partie de son ancienne activité professionnelle indépendante à partir du 1^{er} octobre 2011 sur la base d'une (ancienne) autorisation "article 20bis". Le 1^{er} juillet 2015, cette autorisation a été convertie de plein droit en une autorisation "article 23bis".

En vertu de la règle de cumul applicable au cours de l'année civile 2024, le montant des revenus acquis au cours de l'année civile 2021 - soit en l'espèce 23.750 EUR - est comparé au plafond de 19.313,42 EUR. Les revenus professionnels acquis par l'intéressé dépassent le plafond de revenus de moins de **25 %** (à savoir de 23 % ($23.750 \text{ EUR} / 19.313,42 \text{ EUR} = 1,2297 = 22,97 \% = 23 \%$)), de sorte que le montant journalier de ses indemnités doit être réduit de 23 % à partir du 1^{er} janvier 2024.

- Un titulaire indépendant a repris une partie de son ancienne activité indépendante à partir du 1^{er} octobre 2012 sur la base d'une (ancienne) autorisation "article 20bis". Le 1^{er} juillet 2015, cette autorisation a été convertie de plein droit en une autorisation "article 23bis".

En vertu de la règle de cumul applicable au cours de l'année civile 2024, le montant des revenus acquis au cours de l'année civile 2021 – soit en l'espèce 23.750 EUR - est comparé au plafond de 19.313,42 EUR. Puisque le montant de ces revenus professionnels dépasse le plafond d'au moins **15 %** (à savoir de 23 %), l'octroi des indemnités est suspendu pour toute l'année civile 2024. **Il faut tenir compte d'une marge de 15 % parce que l'intéressé a entamé l'activité autorisée après le 31 décembre 2011.**

4.3.2. MESURES TRANSITOIRES POUR LES INDÉPENDANTS QUI ONT EXERCÉ UNE ACTIVITÉ AUTORISÉE SUR LA BASE DE L'ARTICLE 23 DE L'ARRÊTÉ ROYAL DU 20 JUILLET 1971 AVANT LE 1^{ER} AVRIL 2024

En vue de la réforme du 1^{er} avril 2024, il convient également de prévoir des dispositions particulières (mesures transitoires) pour certains travailleurs indépendants reconnus incapables qui exercent déjà une activité autorisée sur la base de l'article 23 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 avant l'entrée en vigueur de la réforme :

- pour les autorisations "article 23" encore en cours au 1^{er} avril 2024, l'indemnité sera encore réduite de 10 % à partir du premier jour du septième mois de l'activité autorisée sur la base de l'article 28bis, § 1^{er} de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, tel que déterminé avant le 1^{er} avril 2024.



Exemple : un assuré exerce une activité sur base d'une autorisation "article 23" à partir du 1^{er} septembre 2023. Cette autorisation est prolongée à partir du 1^{er} mars 2024 pour six mois. Du 1^{er} avril 2024 au 31 août 2024, l'indemnité doit encore être réduite de 10 % en vertu de l'article 28bis, § 1^{er} de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, tel qu'il était d'application avant le 1^{er} avril 2024.

- si entre une période couverte par l'autorisation visée à l'article 23 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 et une période couverte par l'autorisation visée à l'article 23bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, il n'y a pas d'interruption au moins égale à un trimestre civil effectif, la première période est assimilée à une période visée à l'article 23bis aux fins de la réduction des indemnités conformément à l'article 28bis, § 4 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, telle qu'elle est déterminée avant le 1^{er} avril 2024.



Exemple : un assuré exerce une activité basée sur une autorisation "article 23" pendant la période du 1^{er} août 2022 au 31 janvier 2024. À partir du 1^{er} mai 2024, il exerce une activité basée sur une autorisation "article 23bis". Étant donné qu'il n'y a pas d'interruption entre les deux autorisations qui soit plus longue qu'un trimestre civil effectif, les prestations sont réduites de 10 % à partir du 1^{er} mai 2024.

V. Entrée en vigueur de la présente circulaire

Cette circulaire produit ses effets le 1^{er} avril 2024.
Remplace la circulaire n° 2023/56 du 28 février 2023.



Circulaire O.A. n° 2024/121 – 481/92 et 484/15 du 17 avril 2024.

IV. Complément d'indemnité (en cas de travail adapté à l'état de santé, autorisé par le médecin-conseil ou le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire, durant une période d'incapacité primaire ou d'invalidité)

I. Introduction

Les dispositions légales applicables en matière de (neutralisation du) salaire garanti en cas d'exercice d'un travail avec l'autorisation du médecin-conseil ont évolué successivement au fil du temps.¹

Ainsi, si le salaire garanti n'est pas neutralisé, l'employeur paie, si nécessaire, le complément prévu par la convention collective du travail n° 12*bis* ou n° 13*bis*, après les deux premières semaines de maladie ou d'accident de droit commun couvertes par le salaire garanti prévu par la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail.

Les heures de travail autorisé couvertes par ce complément sont considérées comme des heures de travail autorisé rémunérées à prendre, si nécessaire, en considération pour réduire les indemnités d'incapacité de travail alors que ce complément est censé compléter les indemnités d'incapacité de travail afférente à cette période.

En effet, ce complément prévu par la convention collective du travail n° 12*bis* ou n° 13*bis* répond à la notion de "revenu professionnel" applicable dans le cadre de la règle de cumul visée à l'article 230, § 1^{er} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.²

II. Indemnités d'incapacité de travail (réduites) en cas de travail adapté à l'état de santé

Les dispositions de cumul, prévues à l'article 230 de l'arrêté royal du 3 juillet 1978, s'appliquent, durant toute la période d'incapacité de travail couverte par l'autorisation du médecin-conseil, jusqu'à la date de cessation (définitive) du travail autorisé, y compris durant les périodes d'interruption temporaire du travail autorisé (couverte ou non par du salaire garanti).

1. La réglementation actuelle (art. 52, § 5 et art. 73/1 de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail) prévoit qu'aucune rémunération n'est à charge de l'employeur pendant une période de vingt semaines à partir du début de l'exécution d'un travail adapté ou d'un autre travail en application de l'art. 100, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994, en cas d'incapacité de travail résultant de toute maladie, autre qu'une maladie professionnelle, survenue durant cette période, ou en cas d'un accident autre qu'un accident du travail ou un accident survenu sur le chemin du travail, se produisant durant cette même période.
2. Il s'agit de tout revenu visé à l'art. 17, § 1^{er}, 5° ou l'art. 23, § 1^{er}, 4°, du Code des impôts sur les revenus 1992 qu'un titulaire se procure par une activité personnelle, ainsi que toute indemnité, allocation ou rente compensant la perte de ce revenu. Les primes et avantages similaires accordés, indépendamment du nombre de journées de travail prestées effectivement durant le trimestre de leur déclaration à l'organisme perceuteur des cotisations de sécurité sociale, ne sont toutefois pas pris en considération.

Pour chaque mois (ou période de référence plus courte), les heures de travail autorisé ou assimilées sont prises en considération pour réduire, si nécessaire, les indemnités sur base des dispositions de cumul prévues à l'article 230 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Les heures couvertes par les compléments accordés en vertu des conventions collectives de travail n° 12bis et n° 13bis (correspondant en principe à 16 jours calendriers, au maximum, par nouvelle incapacité de travail, au sens de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail) sont à cet égard assimilées à des heures d'exercice effectif de travail autorisé.

III. Salaire garanti et complément CCT n° 12bis ou n° 13bis en cas de travail adapté à l'état de santé

En cas de *cessation définitive du travail adapté* (à la suite d'une nouvelle période d'incapacité de travail au sens de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail) ce qui marque la fin de l'autorisation, le montant du salaire garanti et des compléments accordés en vertu de la convention collective de travail n° 12bis ou n° 13bis est calculé sur base de la rémunération normale de l'occupation. L'employeur (ou son mandataire) ne communique actuellement pas cette information à la mutualité dans la déclaration mensuelle / ZIMA 002. La cessation définitive du travail adapté marque en effet la fin de la dernière période de référence de la déclaration mensuelle / ZIMA 002³.

En cas d'*interruption temporaire du travail adapté* (à la suite d'une nouvelle période d'incapacité de travail au sens de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail), le montant du salaire garanti et des compléments accordés en vertu des conventions collectives de travail n° 12bis et n° 13bis est calculé sur base de la *rémunération normale* du travail autorisé.

L'employeur (ou son mandataire) communique actuellement, les heures couvertes par le salaire garanti prévu par la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail ainsi que les heures couvertes par les compléments accordés en vertu de la convention collective de travail n° 12bis ou n° 13bis, à la mutualité (dans une ou plusieurs déclarations mensuelles / ZIMA 002).

L'employeur (ou son mandataire) déclare ce complément sous le code prestation 011 dans la DMFA et la ZIMA 002.

IV. Complément d'indemnité (à partir du 15^e jour d'une nouvelle période d'incapacité de travail au sens de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail)

Pour les heures, déclarées par l'employeur (ou son mandataire) en cas d'interruption temporaire du travail adapté, couvertes par les compléments accordés en vertu de la convention collective de travail n° 12bis ou n° 13bis, il est prévu qu'une indemnisation complémentaire soit accordée, dans le cadre de l'assurance indemnités, à concurrence de 60 % de la rémunération perdue plafonnée résultant de la cessation du travail adapté durant ladite période.

Le complément d'indemnité est aussi accordé si un certain statut d'un employeur public prévoit de compléter l'indemnité d'incapacité de travail d'une manière similaire comme prévu par la convention collective de travail n° 12bis ou n° 13bis.

3. Les indemnités journalières (non réduites) sont refusées durant la période couverte par les 14 jours, prévus par la loi, de salaire garanti et complétées, à partir du 15^e jour jusqu'au 30^e jour, par le montant des compléments accordés en vertu de la convention collective de travail n° 12bis ou n° 13bis.

V. Conditions générales d'octroi du complément d'indemnité

Pour pouvoir bénéficier du complément d'indemnité, il faut que le bénéficiaire :

- soit titulaire de l'assurance indemnités des travailleurs salariés
- soit reconnu incapable de travailler et autorisé par le médecin-conseil ou le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire à reprendre un travail adapté à son état de santé dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés
- remplisse les conditions d'ouverture et de maintien des droits pour prétendre aux indemnités d'incapacité de travail dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés.

La mutualité ne devrait, en d'autres mots, pas procéder à des vérifications supplémentaires concernant l'assurabilité avant d'accorder le complément d'indemnité, pour la période de référence pour laquelle le titulaire peut prétendre à des indemnités de travail, dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés.

VI. Calcul du complément d'indemnité

VI.1. Solution définitive (en vigueur pour la période débutant à partir du 01.07.2024)

Dans le cadre de la mise en œuvre de la solution définitive, la communication (par l'intermédiaire de l'attestation mensuelle ZIMA 002) d'un seul montant global supplémentaire par occupation a été retenue comme piste pratique.

Ainsi, l'employeur (ou son mandataire) applique déjà, **lui-même**, le plafond journalier AMI à la rémunération *théorique* normale des heures de travail adapté, couvertes par le complément accordé en vertu de la convention collective de travail n° 12bis ou n° 13bis.

L'employeur (ou son mandataire) communique, en pratique, 60 % du montant total, limité au plafond journalier AMI, correspondant à la rémunération théorique normale des heures de travail adapté, déclarées sur chaque déclaration mensuelle (ZIMA 002) et couvertes par les compléments accordés en vertu de la convention collective de travail n° 12bis ou n° 13bis.

Il s'agit, en d'autres mots, du montant de la rémunération théorique normale diminué des cotisations sociales dues par le travailleur qui n'est pas prise en charge par l'employeur dans le cadre de la convention collective de travail n° 12bis ou n° 13bis (après les 14 premiers jours de salaire garanti prévu par la loi relative aux contrats de travail).

VI.2. Solution temporaire (d'application pour la période du 01.01.2024 au 30.06.2024)

Dans l'attente d'une modification du glossaire (de la ZIMA 002 – DRS) pour mettre en œuvre une solution définitive (communication des informations nécessaires relatives à la rémunération découlant de l'exercice du travail adapté), une solution pragmatique temporaire est appliquée pour accorder un complément d'indemnité aux titulaires concernés.

Pour la mise en œuvre concrète de cette solution temporaire, la mutualité tient compte :

- du salaire perdu (plafonné) déterminé au début de l'incapacité (en fonction de la stabilité de l'occupation) pour calculer les indemnités d'incapacité de travail.
Le cas échéant, pour le calcul concret du complément d'indemnité, ce salaire perdu est indexé ; il faut à cet égard appliquer le même mécanisme d'indexation que pour les prestations sociales. Une revalorisation d'une indemnité (minimale) n'est par contre pas prise en considération
- du nombre d'heures indiqué, sur l'attestation mensuelle (ZIMA 002), sous le code de prestation 011

La rémunération journalière moyenne (plafonnée) est multipliée par 6 jours pour obtenir un salaire perdu hebdomadaire. Celui-ci est divisé par le nombre moyen d'heures de travail par semaine de l'occupation prise en considération pour calculer les indemnités (ou, si aucune occupation n'est prise en considération pour calculer les indemnités, par 38 heures de travail par semaine⁴) pour obtenir une rémunération horaire et multipliée par le nombre d'heures de travail, déclaré sous le code 011, pour obtenir le salaire perdu correspondant.

Si l'indemnité de l'assuré est calculée sur la base de la rémunération journalière moyenne de plusieurs occupations, il convient de prendre en compte le total du nombre moyen d'heures de travail par semaine des occupations concernées.

Pour le calcul du complément d'indemnité, on prend en considération 60 % du salaire perdu (plafonné).



Exemple :

Un ouvrier reprend son activité chez l'employeur initial, à raison de 20 heures par semaine, avec l'autorisation du médecin-conseil. Au tout début de son incapacité de travail, sa mutualité avait calculé le montant de ses indemnités sur base d'une occupation exercée à concurrence de 38 heures (en moyenne) par semaine et rémunérée à concurrence de 20 EUR par heure (760 EUR par semaine).

Pour le mois civil considéré (période de référence), la mutualité reçoit l'attestation de prestations suivante (ZIMA 002) :

Code	Nombre d'heures
001 (entre autres travail effectif normal)	52
010 (salaire garanti deuxième semaine)	20
011 (incapacité de travail avec complément conformément à la C.C.T. 12bis/13bis)	16
050 (maladie (maladie ou accident de droit commun))	79,2

Rémunération journalière moyenne : $(20 \text{ EUR} \times 38) / 6 = 126,6667 \text{ EUR}$ (< plafond AMI)

Salaire perdu du complément : $126,6667 \text{ EUR} \times 6 \text{ jours} \times 16 / 38 = 320 \text{ EUR}$ (pour 16 heures)

Montant du complément : $60 \% \times 320 \text{ EUR} = 192 \text{ EUR}$ (pour 16 heures)

VII. (Délai de) paiement

La mutualité paie le complément d'indemnité, relatif à une période postérieure au mois de février 2024 (solution temporaire ou définitive), dans le même délai que le délai fixé pour le paiement des indemnités d'incapacité de travail relatif à la même période de référence⁵.

4. Aucune occupation n'est, de manière générale, prise en considération pour calculer les indemnités des chômeurs contrôlés (Q = 38). Le cas échéant, la rémunération perdue "travail" de certains chômeurs contrôlés (à la suite de l'application des art. 31, 34, 43 ou 43bis du règlement des indemnités du 16.04.1997) pourrait toutefois être prise en considération.

5. Ce délai de paiement varie, pour rappel, selon qu'il s'agit d'indemnités d'incapacité primaire ou d'indemnités d'invalidité - cf. art. 20 du règlement des indemnités du 16.04.1997.

La mutualité paie, au plus tard le 1^{er} avril 2024, le complément d'indemnité relatif à une période antérieure au mois de mars 2024 (solution temporaire).

VIII. Dispositions spécifiques

Diverses dispositions (anti)cumul ne s'appliquent pas au complément d'indemnité, notamment

- la règle de cumul (visée à l'art. 104 de la loi coordonnée le 14.07.1994 et à l'art. 230, § 1^{er}, de l'A.R. du 03.07.1996) applicable si les revenus professionnels sont acquis dans le cadre d'une activité autorisée
- la règle de cumul (visée à l'art. 108, 3^o, de la loi coordonnée le 14.07.1994 et à l'art. 235 de l'A.R. du 03.07.1996) applicable en cas de cumul avec une pension de vieillesse, de retraite, d'ancienneté ou à tout autre avantage tenant lieu de pareille pension, accordé soit par un organisme de sécurité sociale belge ou étranger, soit par un pouvoir public, par un établissement public ou d'utilité publique
- la règle de cumul (visée à l'art. 136, § 2, de la loi coordonnée le 14.07.1994) applicable lorsque le même préjudice est couvert par une indemnisation au titre d'une autre législation.

En cas de déclaration tardive de (la prolongation de) l'incapacité de travail, la réduction de 10 % des indemnités ne s'applique pas au complément d'indemnité (sanction en cas de déclaration tardive, sous réserve de l'application de la mesure d'avertissement).

L'octroi du complément d'allocation est par contre supprimé, comme les indemnités d'incapacité de travail, aussi longtemps que le titulaire ne répond pas aux obligations de contrôle qui lui sont imposées par toute personne compétente en vertu de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 (art. 134, § 2, de la loi coordonnée le 14.07.1994).

Le titulaire peut aussi renoncer, comme pour les indemnités d'incapacité de travail, à l'octroi du complément de l'indemnité et annuler cette renonciation (art. 104*bis* de la loi coordonnée du 14.07.1994 et art. 236*bis* de l'A.R. du 03.07.1996).

IX. Précompte professionnel à retenir sur le complément d'indemnité

Le Service public fédéral Finances a communiqué au Service des indemnités de l'INAMI que l'annexe III de l'AR/CIR 1992 sera bien adaptée de sorte que, *jusqu'au 31 décembre 2024*, un précompte professionnel de 11,11 % ne sera dû que si le complément d'indemnité se rapporte à une partie du mois civil qui a débuté avant la période d'invalidité.

À partir du 1^{er} janvier 2025, un précompte professionnel de 11,11 % sera par contre toujours dû.

X. Attestation mensuelle : formulaire papier

Depuis le 1^{er} juillet 2020, l'employeur (ou son mandataire) est en principe tenu d'envoyer, exclusivement par voie électronique, la déclaration en cas d'activité adaptée comme travailleur salarié dans le courant d'une période d'incapacité de travail.


Sur le site internet de l'INAMI, le Service des indemnités de l'INAMI publie toutefois encore le modèle d'un formulaire papier équivalent via l'adresse suivante :

 <https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/autres-professionnels/employeurs/assurance-indemnite-et-maternite-formulaires-a-completer-par-l-employeur#declaration-en-cas-d-activite-adaptee-comme-travailleur-salarie-zima-002>

Ce formulaire papier est, pour rappel, destiné aux employeurs (ou à leur mandataire) qui éprouveraient des difficultés (techniques) ponctuelles (*force majeure*) pour procéder, dans les délais, à la déclaration mensuelle des prestations de son travailleur (et, ce afin d'éviter le paiement tardif par sa mutualité des indemnités d'incapacité de travail afférentes à la période de référence écoulée).

Une nouvelle rubrique est prévue dans laquelle l'employeur (ou son mandataire) communique le nombre d'heures (assimilées à des heures de travail) couvertes par un complément payé par lui en vertu de la convention collective de travail n° 12*bis* ou n° 13*bis*, ainsi que précise le montant correspondant à 60 % du montant brut plafonné de la rémunération normale des heures couvertes, durant le travail autorisé par le médecin-conseil ou le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire, par le complément accordé en vertu de la convention collective n° 12*bis* ou n° 13*bis*.

Applicable à partir du 1^{er} janvier 2024.

 Circulaire O.A. n° 2024/151 – 404/62 du 22 mai 2024.

V. Procédure de vérification par les O.A. de l'octroi de la réduction ou de l'exemption de la cotisation personnelle pour les assurés qui, comme titulaires, ont été inscrits dans la qualité de résident

La présente circulaire décrit la procédure en vue du contrôle annuel effectué par les organismes assureurs (O.A.) sur la justesse de la détermination de la cotisation personnelle pour les assurés qui ont été inscrits dans la qualité décrite à l'article 32, alinéa premier, 15°, de la loi coordonnée, "les personnes inscrites au Registre national des personnes physiques" (désignées ci-après comme "résidents") et qui bénéficient d'une exemption totale ou partielle de la cotisation personnelle que ces titulaires doivent verser en exécution de l'article 134 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

La circulaire s'inscrit dans le cadre des règles fixées à l'article 134 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 et elle pose les modalités concrètes d'exécution pour cette vérification qui doit être exécutée par l'O.A.

1. La procédure

La vérification de l'octroi de la réduction ou de l'exemption de la cotisation personnelle obligatoire comme résident est réalisée par l'O.A. chez le titulaire affilié le 1^{er} juillet X.

Elle consiste à vérifier la cotisation demandée sur la base :

- d'abord d'une évaluation de la situation d'assurabilité de tous les titulaires ayant qualité de résident
- d'une enquête sur les revenus d'un groupe résiduel pour lequel l'O.A. ne peut conclure avec certitude que l'exemption ou la réduction actuelle de cotisation est encore octroyée à ce moment-là à juste titre.

La vérification comprend donc différentes phases :

- constitution de la population de résidents pour lesquels il est nécessaire de procéder à une vérification du niveau de cotisation
- phase 1 de la vérification proprement dite : vérification de la situation d'assurabilité
- phase 2 de la vérification proprement dite : une nouvelle enquête sur les revenus (DSH + pièces justificatives).

Chacune de ces différentes phases est décrite ci-dessous.

1) Constitution de la population de résidents pour lesquels il est nécessaire de procéder à une vérification du niveau de cotisation

Les titulaires dont le niveau de cotisation est vérifié au moyen de la procédure décrite dans la présente circulaire sont les titulaires qui ont été inscrits pendant un an de manière ininterrompue dans la qualité de résident et qui, durant cette année complète, versent la même cotisation et n'ont été soumis à aucune enquête sur les revenus pendant cette même année pour déterminer leur catégorie de cotisation.

Par un an, il faut entendre 12 mois calendriers successifs. La période d'un an est interrompue dès l'instant où le titulaire ne possède plus pendant un jour minimum la qualité de personne inscrite au Registre national. De même, on considère qu'une période est interrompue si l'intéressé n'était pas titulaire au moins un jour pendant l'année précitée alors qu'il avait peut-être droit à des soins de santé comme personne à charge. Enfin, il y a interruption de l'année lorsque le niveau de cotisation à payer par le résident a été modifié. L'assuré pour lequel le montant de la cotisation a été modifié en cours d'année a, par définition, déjà été contacté (qu'il s'agisse d'une réduction ou d'une augmentation).¹

Le début de l'année précitée est le premier jour auquel l'inscription comme résident prend effet. Si ce n'est pas la première vérification, le jour où le réexamen précédent a été lancé vaut comme premier jour de l'année (le 01.04 de l'année précédente car, de cette façon, un réexamen annuel dans le courant du 2^e trimestre est une conséquence logique si on ne parle pas d'interruption entre deux réexamens).

En outre, la mutualité vérifie également quelle cotisation le titulaire a versé pendant l'année écoulée (c.-à-d. les 12 mois calendriers précédant la vérification en avril). Si cette cotisation était la plus élevée, une vérification ultérieure ne fait pas partie du champ d'application de la présente circulaire.

La présente circulaire décrit la procédure en vue de la vérification de l'octroi de la réduction ou de l'exemption de cotisation. Les titulaires qui versent la cotisation la plus élevée ne sont pas concernés par la procédure de vérification, visée dans la présente circulaire.

Pour les titulaires bénéficiant d'une exemption (partielle) qui ont été inscrits pendant un an de façon ininterrompue dans la qualité de résident et qui versent la même cotisation pendant cette année complète, la mutualité/l'O.A. démarre la vérification proprement dite.

L'interruption de l'année peut donc être due à un changement de qualité ou à un changement de catégorie de cotisation dans la qualité de résident. En outre, l'année peut également être interrompue par une enquête sur les revenus pour déterminer la catégorie de cotisation dans la qualité de résident qui avait déjà eu lieu précédemment ; même si cette enquête sur les revenus entraîne le paiement de la même catégorie de cotisation que précédemment.

2) Phase 1 de la vérification - vérification de la situation d'assurabilité

Pendant cette phase, la situation d'assurabilité du titulaire est vérifiée.

La mutualité vérifie si le titulaire bénéficie d'un droit à l'intervention majorée (IM). Si le titulaire a droit à l'IM, la vérification prend fin. L'exemption de cotisation reste maintenue (art. 134, avant-dernier al., de l'A.R. du 03.07.1996 précité). S'il ressort de la vérification que le titulaire avait seulement une réduction de cotisation mais qu'il avait quand même droit à l'IM, il convient d'adapter rétroactivement la situation de cotisation pour la période durant laquelle il avait droit à l'IM dans la qualité de résident.

1. Une enquête sur les revenus qui entraîne le paiement de la même catégorie de cotisation que précédemment est également considérée comme une interruption de la période d'un an.

La mutualité dispose d'un mois pour réaliser la phase 1, à savoir le mois d'avril. En avril, les mutualités doivent contrôler, parmi la population de titulaires pour lesquels la réduction ou l'exemption accordée de la cotisation personnelle obligatoire est vérifiée, quels titulaires ont droit à l'IM et quels titulaires n'y ont pas droit. Ensuite, elles envoient aux titulaires pour lesquels une nouvelle enquête sur les revenus doit être organisée une invitation à compléter une déclaration sur l'honneur et à fournir les pièces justificatives.

À partir de l'intégration des détenus dans l'assurance soins de santé au 1^{er} janvier 2023, les détenus et internés inscrit comme titulaire résident seront également inclus dans la vérification. L'exclusion prévue pour les internés placés dans un établissement de santé prendra fin en 2023.

En l'absence de droit à l'IM, la mutualité doit en second lieu également vérifier si le titulaire n'a pas bénéficié d'un revenu d'intégration ou d'un soutien similaire du CPAS dans le courant de la période de douze mois qui précède la vérification. Si le titulaire y a eu droit pendant 1 jour dans le courant de cette période, il peut conserver cette exemption ou réduction de cotisation et la mutualité peut mettre un terme à la procédure de vérification. Cela vaut également pour un droit à la garantie de revenus pour personnes âgées.

Outre la situation d'assurabilité, l'O.A. intègre également un critère d'âge dans cette phase. Les revenus des titulaires dans la qualité de résidents jusqu'à l'âge de 18 ans inclus, ne doivent pas être vérifiés.

Le tableau 1 présente une liste récapitulative des critères qui donnent lieu à l'exclusion du titulaire résident avec exemption ou réduction de la cotisation à la vérification.

Tableau 1 : Critères d'exclusion
Moins de 12 mois civils d'exemption ou de réduction de cotisation
Droit à l'I.M. le 1 ^{er} juillet X
Droit au revenu d'intégration (au minimum 1 jour au cours des 12 derniers mois)
Droit à la GRAPA (au minimum 1 jour au cours des 12 derniers mois)
Une enquête sur les revenus qui confirme une exemption ou une réduction par la mutualité au cours des 12 derniers mois
≤ 18 ans au 1 ^{er} juillet X
Moins de 12 mois ou une interruption de l'inscription comme titulaire résident au cours des 12 derniers mois

Les mutualités envoient entre le 1^{er} avril et le 30 juin une invitation à compléter une déclaration sur l'honneur et à fournir les pièces justificatives aux assurés qui ne pouvaient pas être exclus.

Les assurés qui devront participer activement à la phase 2 de la vérification seront donc informés par leur mutualité du fait qu'ils doivent être soumis à une nouvelle enquête sur les revenus, ainsi que sur les conséquences pour leur obligation de cotisation s'ils ne donnent pas suite à cette invitation.

3. Phase 2 de la vérification – Une nouvelle enquête sur les revenus (DSH + pièces justificatives)

Pour les titulaires qui bénéficient d'une réduction ou d'une exemption de cotisation sans droit à l'IM parmi la population de résidents pour lesquels une vérification du niveau de cotisation est nécessaire, la mutualité lance la 2^e phase de la vérification dans la période mai-juin.

Cette 2^e phase comporte une nouvelle enquête sur les revenus.

Cette enquête sur les revenus est comparable à l'enquête sur les revenus au moment de l'inscription comme titulaire dans la qualité de résident.

Le titulaire est contacté durant le deuxième trimestre de l'année X. Il se présente durant ce trimestre et déclare les mêmes revenus sur la base de la même déclaration que pour l'inscription d'un titulaire dans la qualité de résident (à savoir la déclaration reprise à l'annexe 2 de l'A.R. du 15.01.2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance).

Pour ce faire, l'assuré doit remplir une déclaration sur l'honneur concernant les revenus de son ménage et la transmettre à sa mutualité avec des pièces justificatives de ses revenus (avertissement-extrait de rôle, extraits de compte...). Pour la déclaration sur l'honneur, la mutualité réclame les pièces justificatives et procède aux contrôles prévus pour la déclaration sur l'honneur dans le cadre de l'intervention majorée de l'assurance et décrits au chapitre IV, section VI, de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance, visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Les conséquences de la nouvelle enquête sur les revenus ou de l'absence de nouvelle enquête sur les revenus ont un impact sur les cotisations que le titulaire résident devra verser à partir du troisième trimestre de l'année de vérification. La partie 2 "Conséquences d'une modification du niveau de cotisation à la suite du réexamen" et la partie 3 "Conséquences si le titulaire ne permet pas de nouvelle enquête sur les revenus" abordent plus en détail les différents scénarios possibles.

2. Conséquences d'une modification du niveau de cotisation à la suite du réexamen

1) La cotisation reste inchangée

Tout reste identique.

2) La cotisation est inférieure à la suite de la vérification

La cotisation inférieure est d'application à partir :

- du 1^{er} avril, s'il est établi que le revenu de T2 est inférieur au montant connu précédemment
- s'il devait apparaître, après la vérification, qu'il y a déjà eu une diminution des revenus avant le T2 X, alors l'O.A. se basera sur le premier jour du trimestre de l'enquête sur les revenus
- du jour où la situation ou le droit sur laquelle/lequel l'exemption de cotisation est basée s'est présentée, indépendamment du trimestre où la vérification a été effectuée.

3) La cotisation est supérieure à la suite de la vérification

La cotisation plus élevée s'applique à partir du 1^{er} jour du trimestre qui suit le réexamen ou à partir du jour de la perte du droit qui était à l'origine de l'exemption de cotisation (ex. IM). Exemple : si le titulaire bénéficiait d'une exemption de cotisation alors qu'il n'avait pas droit à l'IM, la situation de cotisation doit être adaptée rétroactivement à partir de la date à laquelle il a perdu le droit à l'IM.

3. Conséquences dans le cas où le titulaire ne permet pas de réaliser la nouvelle enquête sur les revenus

S'ils ne donnent pas suite à l'invitation de leur mutualité visant à organiser une nouvelle enquête sur les revenus, les assurés doivent s'acquitter de la cotisation la plus élevée à partir du 1^{er} juillet de l'année de vérification.

La cotisation la plus élevée leur est applicable.

La cotisation doit être versée avant la fin de l'année de droit (31 décembre X+3).

4. Remarques importantes

Si le titulaire résident, estimant que les revenus de son ménage ont diminué, souhaite être soumis à une nouvelle enquête sur les revenus en dehors de la procédure élaborée dans le cadre de la présente circulaire, la mutualité doit l'autoriser.

Le titulaire résident est tenu d'informer sa mutualité dans un délai de trente jours pour toute modification donnant lieu à une hausse de ses revenus (art. 134, al. 7, de l'A.R. du 03.07.1996 précité).

La mutualité doit tenir compte de toute modification apportée à la composition du ménage du titulaire résident. Une modification de la composition du ménage nécessite un réexamen.

Si le titulaire faisait partie de la population visée par la vérification dans le cadre de la présente circulaire et s'il a muté au cours de l'année X (le 01.07 ou le 01.10), l'obligation de vérification des revenus devient caduque pour cet assuré.

5. Entrée en vigueur

La présente circulaire s'applique à la vérification de l'exemption ou de la réduction de la cotisation personnelle à verser en qualité de titulaire résident à partir de 2024.



Circulaire O.A. n° 2024/102 – 2290/12 du 5 avril 2024.

VI. Mineurs étrangers non accompagnés

Par l'ajout d'un "22°" à l'article 32, alinéa 1^{er}, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé a créé une nouvelle catégorie de titulaire bénéficiant du droit aux prestations de santé : les *mineurs étrangers non accompagnés*.

Cette disposition est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007. Toutefois, l'arrêté royal du 3 août 2007 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 qui exécute la disposition, n'est entré en vigueur qu'en date du 1^{er} janvier 2008. C'est donc à partir de cette date au plus tôt qu'une inscription en qualité de titulaire MENA est possible.

A. Conditions pour pouvoir être inscrit en qualité de titulaire MENA

La qualité de titulaire MENA visée à l'article 32, alinéa 1^{er}, 22°, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, peut être octroyée aux personnes de moins de dix-huit ans visées par l'article 5 du Titre XIII - Chapitre VI de la loi programme (I) du 24 décembre 2002 relatif à la tutelle des mineurs étrangers non accompagnés (dénommé ci-après loi Tutelle), qui remplissent les deux conditions visées à l'article 32, alinéa 1^{er}, 22°, susmentionné.

Il appartient au Service des Tutelles de la Direction générale de la législation et des Libertés et Droits Fondamentaux du Service public fédéral Justice de vérifier l'existence des 4 conditions imposées par la loi Tutelle afin d'identifier un jeune comme MENA.

Il appartient aux organismes assureurs de vérifier l'existence des deux autres conditions ajoutées par l'article 32, alinéa 1^{er}, 22°, susmentionné. (Modification insérée le 01.09.2010)

L'ensemble des conditions doivent donc être remplies pour qu'une inscription en qualité de MENA puisse être envisagée.

§ 1^{er}. Obligation de présentation à une institution de soutien préventif - Obligation scolaire.

Il y a lieu de distinguer selon que l'enfant est ou n'est pas en âge d'obligation scolaire, la période d'obligation scolaire s'étendant sur douze années, commençant avec l'année scolaire qui prend cours dans l'année civile pendant laquelle l'enfant atteint l'âge de 6 ans, et se terminant l'année au cours de laquelle il atteint l'âge de dix-huit ans.

La notion d'obligation scolaire est définie par la loi du 29 juin 1983 concernant l'obligation scolaire.

- *S'il s'agit d'un enfant qui n'est pas soumis à l'obligation scolaire :*

Il doit avoir été présenté à une institution de soutien préventif aux familles agréée par une autorité belge (O.N.E., Kind en Gezin, Dienst für kind und Familie).

Il s'agit :

=> des structures agréées par l'ONE (consultation pour enfant de 0 à 6 ans accomplis, maison de l'enfance, antenne médico-sociale ou consultation périodique), telles que visées par l'arrêté du 9 juin 2004 du Gouvernement de la Communauté française

=> des bureaux de consultation et des centres d'aide aux enfants et d'assistance des familles agréés par "Kind en Gezin", tels que visés par les arrêtés du 1^{er} mars 2002 du Gouvernement flamand

=> et de leurs équivalents en Communauté germanophone agréés par le "Dienst für Kind und Familie".

Les CPAS ne disposent d'aucune compétence en la matière.

L'accomplissement de cette obligation est attesté sur base de la remise du formulaire dont le modèle est déterminé par le Service du Contrôle administratif (voyez annexe 1').

Il est à noter que pour l'enfant qui, bien que n'étant pas soumis à l'obligation scolaire, est inscrit dans un établissement d'enseignement maternel, le formulaire peut être complété par l'établissement auprès duquel l'enfant est inscrit.

• *S'il s'agit d'un enfant en âge d'obligation scolaire :*

L'enfant doit :

=> *ou avoir fréquenté régulièrement (1) depuis trois mois consécutifs l'enseignement du niveau fondamental ou secondaire dans un établissement d'enseignement agréé par une autorité belge (2).*

• (1) La définition de la fréquentation régulière est celle utilisée dans le cadre de la réglementation relative à l'enseignement applicable dans chacune des communautés concernées.

Elle se base sur le registre des fréquentations des élèves et tient compte des absences considérées comme justifiées (Arr. du Gouvern. de la Communauté française du 23.11.1998 et arr. du Gouvern. flamand du 21.03.2003).

• (2) Les sites WEB des Communautés consacrés à l'enseignement contiennent les annuaires reprenant la liste des établissements d'enseignement fondamental et secondaire.

• L'accomplissement de cette obligation est attesté sur base de la remise d'une attestation de fréquentation régulière des cours selon le modèle établi par le Service du Contrôle administratif, complété par l'établissement auprès duquel l'enfant est inscrit (Voy. ann. 2^e).

Cela suppose donc que l'enfant soit déjà inscrit auprès d'un établissement scolaire et qu'il ait fréquenté régulièrement les cours pendant trois mois consécutifs au moins.

Dès lors que l'établissement scolaire considère que pour le mois en question, il y a fréquentation régulière selon la réglementation qui lui est applicable, il n'appartient pas à l'organisme assureur de contrôler le nombre de jours durant lesquels le MENA a effectivement été présent à l'école. La réglementation n'impose pas que chaque jour du mois soit couvert par l'attestation émise : une fréquentation scolaire régulière pour un mois déterminé n'impose pas, en effet, que le mois soit couvert dans sa totalité. Ainsi, si l'inscription a lieu au cours du mois et que l'école remplit l'attestation de fréquentation pour ce mois, ce mois est bien pris en considération.

• Les mois de vacances scolaires de juillet et d'août ne peuvent être pris en considération dans le cas où un enfant serait inscrit pour la première fois lors de la rentrée scolaire de septembre.



Exemple 1 :

Un jeune est identifié comme MENA le 10 mai 2008, par le Service des Tutelles, et est inscrit pour la première fois lors de la rentrée scolaire de septembre. Il comptera trois mois consécutifs de fréquentation régulière à la fin du mois de novembre.

Toutefois, les mois de juillet et d'août sont pris en considération pour déterminer le moment de l'ouverture du droit aux soins de santé lorsque l'enfant justifie d'une fréquentation régulière pour les mois de mai et de juin, ou pour le seul mois de juin, **et** d'une inscription pour la rentrée scolaire.

1. Non publiée ici.

2. Non publiée ici.

*Exemple 2 :*

Un jeune est identifié comme MENA le 9 avril 2008, par le Service des Tutelles, et est inscrit dans un établissement scolaire le 4 mai. Il comptera deux mois consécutifs de fréquentation régulière à la fin du mois de juin.

Si le 10 septembre, son tuteur introduit une demande d'inscription en qualité de titulaire MENA auprès d'un l'organisme assureur, et remet une attestation de fréquentation pour les mois de mai et de juin, et remet plus tardivement une attestation prouvant l'inscription dans un établissement scolaire pour le mois de septembre, le droit aux soins de santé du MENA s'ouvrira le 1^{er} juillet 2008 (1^{er} jour du trimestre au cours duquel la demande a été faite), car le mois de juillet sera pris en considération puisque le MENA a été régulièrement inscrit lors de la rentrée de septembre, et l'on considérera que la condition des trois mois consécutifs de fréquentation régulière est remplie.

- Les absences injustifiées qui ne permettent pas à l'établissement scolaire d'attester la fréquentation régulière durant le(s) mois concerné(s) interrompent le calcul des trois mois consécutifs.

*Exemple 3 :*

Un enfant est inscrit le 21 janvier 2008 dans un établissement scolaire. Il fréquente régulièrement les cours durant le mois de février. Entre le 6 mars et le 2 avril, il est en rupture scolaire. Le 3 avril, il reprend les cours et les poursuit dorénavant assidûment. Fin juin, il comptera trois mois consécutifs de fréquentation scolaire régulière. Son droit aux soins de santé s'ouvrira le 1^{er} juillet si, toutes les autres conditions réglementaires étant réunies, le tuteur a demandé l'inscription du Mena au cours du 3^e trimestre.

- Lorsqu'un enfant est amené à fréquenter successivement pendant trois mois consécutifs, plusieurs établissements scolaires, chacun des établissements doit compléter, en ce qui le concerne, une attestation en indiquant la période durant laquelle l'enfant a été inscrit et a fréquenté régulièrement les cours.

*Exemple 4 :*

Un enfant est inscrit le 4 juin 2008, dans un établissement scolaire X. Il fréquente régulièrement les cours durant tout le mois de juin. À la rentrée scolaire de septembre, il est inscrit dans une école Y. À ce moment, il comptera 3 mois consécutifs de fréquentation régulière.

Si le 10 septembre son tuteur introduit une demande d'inscription en qualité de titulaire MENA auprès d'un l'organisme assureur, et remet une attestation de fréquentation de l'école X pour le mois de juin, et remet plus tardivement une attestation de l'école Y prouvant l'inscription dans cet établissement pour le mois de septembre, le droit aux soins de santé du MENA s'ouvrira le 1^{er} juillet 2008, car les mois de juillet et d'août seront pris en considération puisque le MENA a été régulièrement inscrit lors de la rentrée de septembre et l'on considérera qu'il compte les trois mois consécutifs de fréquentation régulière dès la rentrée scolaire de septembre.

Est assimilée à la fréquentation scolaire, la période au cours de laquelle le jeune identifié comme MENA selon la loi Tutelle, est accueilli dans un centre d'observation et d'orientation (COO de Neder-Over-Hembeek ou de Steenokkerzeel) et suit des cours dispensés par le centre, lorsque il n'a pu être transféré dans une structure d'accueil communautaire au terme du délai maximal de 30 jours visé à l'article 7 de l'arrêté royal du 9 avril 2007 déterminant le régime et les règles de fonctionnement applicables aux centres d'observation et d'orientation pour mineurs étrangers non accompagnés.

Dans le cas du jeune identifié comme MENA selon la loi Tutelle se trouvant dans une situation de vulnérabilité qui est hébergé dans le centre Esperanto, est assimilée à la fréquentation scolaire, la période qui s'étale au-delà des 30 jours qui suivent son accueil dans le centre.

Selon que le jeune qui se trouve dans l'une ou l'autre situation, une attestation de résidence et de fréquentation des cours organisés par les centres d'observation et d'orientation ou par le centre Espéranto devra être complétée et remise à la mutualité (ann. 6 ou 7³). (Modification insérée le 01.09.2010)

=> *ou être exempté de l'obligation scolaire dans le cadre de l'enseignement spécialisé*

- par la Commissie van advies voor het Buitengewoon Onderwijs,
- ou la Commission consultative de l'enseignement spécialisé,
- ou la Sonderschulausschuss.

L'accomplissement de cette obligation est attesté sur base de la remise de l'avis de la Commission compétente.

Il est à noter que la remise de l'attestation correspondant à la situation du mineur concerné (attestation de présentation à une institution de soutien préventif aux familles, attestation(s) de fréquentation scolaire régulière trois mois consécutifs, ou avis de la Commission compétente dans le cas de l'exemption de l'obligation scolaire dans le cadre de l'enseignement spécialisé ou attestation de résidence et de fréquentation des cours organisés par les COO ou le centre Espéranto) conditionne l'inscription en qualité de titulaire MENA. (Modification insérée le 01.09.2010).

Il s'agit, en effet, d'une condition dont la réalisation permet une inscription, les autres conditions réglementaires étant supposées réunies. **Elle ne conditionne pas le maintien du droit aux soins de santé. Elle ne doit donc pas être renouvelée.**

§ 2. Ne pas être bénéficiaire du droit aux soins de santé en vertu d'une autre disposition de l'article 32, alinéa 1^{er}, 1^o à 21^o, de la loi SSI ou en vertu d'un autre régime belge ou étranger d'assurance soins de santé.

Cette disposition a notamment pour conséquence que le MENA qui a introduit une demande d'asile déclarée recevable avant le 1^{er} juin 2007 et qui dispose d'une annexe 25 ou 26 et une attestation d'immatriculation du modèle A, bénéficie du droit aux soins de santé en qualité de titulaire résident sur base de l'article 32, alinéa 1^{er}, 15^o, de la loi SSI, toutes autres conditions réglementaires étant réunies par ailleurs.

Le MENA qui tombe sous le champ d'application de la circulaire du 15 septembre 2005 relative au séjour des mineurs étrangers non accompagnés, et qui dispose d'un CIRE temporaire bénéficie également du droit aux soins de santé en qualité de titulaire résident sur base de l'article 32, alinéa 1^{er}, 15^o toutes autres conditions réglementaires étant réunies.

Lorsque le MENA peut se prévaloir de la qualité de personne à charge sur base de l'article 123, 3, f), de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, il bénéficiera d'un droit aux soins de santé dérivé du droit du titulaire à charge duquel il peut être inscrit.

Il est à noter que selon l'article 128^{sexies} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, les interventions des CPAS dans les frais de soins de santé ne sont pas considérées comme un régime d'assurance soins de santé. Il en est de même pour la prise en charge matérielle de Fedasil et des structures d'accueil communautaire qui en dépendent.

B. Compétence du Service du contrôle administratif dans la détermination des moyens de preuve.

Selon l'article 128^{sexies} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, il appartient au Service du contrôle administratif de déterminer les moyens de preuve de la qualité de MENA selon la loi Tutelle, ainsi que les moyens de preuve des situations qui permettent d'acquérir la qualité de titulaire MENA.

La qualité de MENA selon la loi Tutelle sera attestée par la remise de la *copie de la décision de désignation* par le Service des Tutelles de la Direction générale de la Législation et des Libertés et Droits Fondamentaux du Service public fédéral Justice, *du tuteur* du MENA dont l'inscription est demandée (Voy. ann. 3⁴). En effet dans son considérant ce document atteste que les conditions pour l'ouverture de la tutelle énumérées à l'article 5 du chapitre 6 titre XII "tutelle des mineurs non accompagnés" de la loi-programme du 24 décembre 2002, modifié par la loi-programme du 22 décembre 2003, sont réunies dans le chef du mineur concerné, ayant déclaré être né à telle date.

Les conditions pour l'ouverture de la tutelle sont réunies dès la demande de désignation du tuteur. Un individu sera dès lors considéré comme MENA si le service de Tutelle du SPF Justice déclare que la procédure de désignation du tuteur est en cours. L'attestation en annexe 8 à cette circulaire est par conséquent considérée comme équivalente à la décision de désignation définitive (ann. 3).

Il appartient également au Service du contrôle administratif de préciser les structures d'accueil communautaire dont la prise en charge ne doit pas être considérée comme un régime d'assurance soins de santé.

À titre informatif, la liste de ces structures d'accueil sont reprise en annexe 4 et 5 à cette circulaire. Ces listes établies par Fedasil reprennent respectivement les structures francophones et néerlandophones accueillant des MENA.

C. Caractéristiques liées à la qualité de titulaire MENA

La reconnaissance de la qualité de titulaire MENA emporte l'application de plusieurs dispositions de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

§ 1. Inscription

Les modalités d'inscription auprès d'un organisme assureur visées à l'article 252, alinéa 1^{er}, lui sont applicables :

Le tuteur du MENA remettra à la mutualité de son choix une demande d'inscription conforme au modèle annexé à l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

L'inscription du jeune en qualité de titulaire MENA n'a d'effet qu'à partir du premier jour du trimestre au cours duquel la demande d'inscription est faite (art. 252, al. 6). Toutefois, dans les cas dignes d'intérêt reconnus comme tels, le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif peut décider que l'inscription puisse se faire avec effet rétroactif. (Modification insérée le 01.09.2010)

**Exemple 5 :**

Un jeune est identifié comme MENA le 17 mars 2008 par le Service des Tutelles et a déjà fréquenté régulièrement les cours depuis plus de trois mois consécutifs.

Son tuteur demande son inscription le 16 juillet 2008. Le droit aux soins de santé s'ouvre le 1^{er} juillet 2008.

Par ailleurs, l'inscription au cours du premier semestre 2008 du jeune identifié comme MENA par le service Tutelle du SPF Justice, qui réunit au cours du premier trimestre 2008 les 2 conditions supplémentaires énoncées par l'article 32, alinéa 1^{er}, 22^o, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, porte ses effets le 1^{er} janvier 2008. (Modification insérée le 27.06.2008)

§ 2. Ouverture du droit

Les dispositions de l'article 129, alinéa 1^{er}, relatives à l'ouverture sont applicables au titulaire MENA. Le droit aux prestations s'ouvre à la date d'effet de l'inscription. Le droit est maintenu jusqu'au 31 décembre de l'année civile qui suit celle au cours de laquelle le droit s'est ouvert.

**Exemple 6 :**

Un jeune âgé de 15 ans est identifié comme MENA le 20 juillet 2008, par le Service des Tutelles, et a déjà fréquenté régulièrement les cours depuis plus de trois mois consécutifs.

Son tuteur demande son inscription le 19 septembre 2008. Le droit aux soins de santé s'ouvre le 1^{er} juillet 2008, et est octroyé jusqu'au 31 décembre 2009.

§ 3. Perte de la qualité de MENA

Selon l'article 24 de la loi Tutelle, la tutelle spécifique sur les mineurs non accompagnés cesse de plein droit :

1° Lorsque le mineur est confié à la personne qui exerce l'autorité parentale ou la tutelle en vertu de la loi applicable conformément à l'article 35 de la loi du 16 juillet 2004 portant le code de droit international privé.

2° Lorsqu'il atteint l'âge de 18 ans ;

3° En cas de décès, d'émancipation, d'adoption, de mariage ou d'obtention de la nationalité belge ou de la nationalité d'un état membre de l'Espace économique européen ;

4° Au moment de l'éloignement du mineur du territoire.

5° Lorsque le mineur a disparu de son lieu d'accueil et que son mineur est sans nouvelle de lui depuis 4 mois.

6° Lorsqu'il lui a été délivré un titre de séjour à durée illimitée (et donc lorsqu'il est reconnu réfugié).

- Pour les situations visées aux 1°, 2° et 3°, lorsqu'il y a perte de la qualité de MENA il y a lieu d'inscrire le jeune sous la nouvelle qualité acquise (titulaire autre que titulaire MENA, ou personne à charge). La modification de la qualité intervient le jour où la nouvelle qualité est acquise.
- Pour les situations visées au 4° et au 5°, le droit aux soins de santé sera prolongé conformément aux règles de maintien de droit (voy. *infra*, pt C, § 4).
- Pour la situation visée au 6°, il y a lieu d'inscrire le jeune sous la qualité de titulaire résident.

En toutes circonstances, la qualité de MENA se perd lorsque la personne concernée cesse d'être mineur, c'est-à-dire qu'elle atteint l'âge de 18 ans.

La décision de désignation en qualité de tuteur par le Service des Tutelles du SPF Justice mentionne la date de naissance du MENA pour lequel le tuteur est désigné comme tel.

Le MENA qui atteint l'âge de 18 ans tombe sous l'application de la loi du 15 décembre 1980 et est tenu d'introduire une procédure conformant à ces dispositions.



Exemple 7 :

Une jeune fille âgée de 17 ans est identifiée comme MENA le 31 mai 2008 par le Service des Tutelles, et a déjà fréquenté régulièrement les cours depuis plus de trois mois consécutifs.

Son tuteur demande son inscription le 22 juillet 2008. Le droit aux soins de santé s'ouvre le 1^{er} juillet 2008, et est octroyé jusqu'au 31 décembre 2009. Elle se marie le 15 octobre 2008 à un belge, travailleur salarié. Elle acquiert la qualité de conjoint personne à charge à la date du mariage pour autant que les conditions réglementaires prévues soient remplies et perd à cette date la qualité de titulaire MENA. (Modification insérée le 01.09.2010)

§ 4. Maintien de droit

Les dispositions de l'article 131, § 1^{er}, relatives au maintien du droit aux prestations de santé sont applicables au titulaire MENA.

Le maintien de droit n'est pas soumis au renouvellement des attestations visées au point A., § 1^{er}, *in fine* de la présente circulaire.

L'octroi ultérieur du droit est soumis à la condition que la qualité existât encore au cours du dernier trimestre de l'année de référence ou au courant de l'année civile suivante. En effet, la condition relative au paiement des cotisations n'est pas d'application puisqu'aucune cotisation n'est due (Voy. *infra* § 5).



Exemple 8 :

Un jeune né le 10 mai 1991, est identifié comme MENA par le Service des Tutelles le 29 juillet 2008, et a déjà fréquenté régulièrement les cours depuis plus de trois mois consécutifs.

Son tuteur demande son inscription le 10 septembre 2008. Le droit aux soins de santé s'ouvre le 1^{er} juillet 2008, et est octroyé jusqu'au 31 décembre 2009. Le 1^{er} janvier 2010, étant donné qu'il était toujours mineur le dernier trimestre de 2008, le droit peut être prolongé.

Le 1^{er} janvier 2011, étant donné qu'il est devenu majeur le 10 mai 2009, son droit ne pourra pas être prolongé en qualité de titulaire MENA.

La période au cours de laquelle l'intéressé a la qualité de titulaire MENA est assimilée à une période couverte par des cotisations suffisantes (art. 290).



Exemple 9 :

Le 4 mai 2009, un jeune inscrit en qualité de titulaire MENA atteint l'âge de 18 ans. Il dispose d'un CIRE et répond aux conditions pour faire valoir la qualité de titulaire résident.

Le 1^{er} novembre 2009, il est engagé dans le cadre d'un contrat de travail.

Le 1^{er} janvier 2011 sera examiné la question de savoir si le droit aux soins de santé peut être prolongé sur la base des éléments de l'année de référence 2009.

Il apparaît qu'il est satisfait à la condition de qualité au dernier trimestre 2009. Le jeune est salarié; il est aussi résident. S'il opte pour la qualité de titulaire salarié, le calcul du complément de cotisation éventuel tiendra compte de la période du 1^{er} janvier au 4 mai 2009 comme étant une période censée être couverte par des cotisations suffisantes.

§ 5. *Autres caractéristiques*

- Le titulaire MENA peut prétendre aux prestations de santé sans paiement d'une cotisation personnelle (art. 136)
- Le titulaire MENA bénéficie de l'intervention majorée de l'assurance. (Modification insérée le 01.09.2010)
- Son ou ses enfants sont inscrits à sa charge. (Modification insérée le 01.09.2010)

D. Situation particulière de la MENA jeune mère

Lorsqu'une MENA, demandeuse d'asile ou ne satisfaisant pas aux conditions d'accès au territoire et de séjour, accouche en Belgique, sa situation diffère selon que son enfant, en vertu de l'article 10 du Code de la nationalité, reçoit ou non la nationalité Belge.

- Si l'enfant reçoit la nationalité belge :
La mère pourra être inscrite comme personne à charge de son enfant si elle réunit toutes les conditions réglementaires prévues à cet effet. À cet égard, il est à noter qu'il lui sera difficile, voire impossible de prouver qu'elle a la même résidence principale que celle de son enfant. Dans ce cas, elle restera titulaire MENA, si elle était déjà inscrite en cette qualité et son enfant sera inscrit en qualité de personne à charge. (Modification insérée le 01.09.2010)
- Si l'enfant ne reçoit pas la nationalité belge :
La mère pourra être inscrite en qualité de titulaire MENA, si elle réunit toutes les conditions réglementaires prévues à cet effet et son enfant pourra être inscrit comme personne à charge. (Modification insérée le 01.09.2010)

E. Entrée en vigueur des dispositions

Comme il a déjà été mentionné ci-dessus, la loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé, qui insère la nouvelle qualité de titulaire MENA, est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007.

Toutefois, l'arrêté royal du 3 août 2007 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 qui exécute la disposition, n'est entré en vigueur qu'en date du 1^{er} janvier 2008.

Cela a pour conséquence qu'il ne peut y avoir d'inscription en cette qualité qu'à dater du 1^{er} janvier 2008 au plus tôt et que la présente circulaire est d'application à partir de cette même date.

Il est à noter que l'accomplissement de la condition de présentation à une institution de soutien préventif aux familles agréée par une autorité belge, de la fréquentation scolaire régulière trois mois consécutifs, ou l'avis de la commission compétente dans le cas de l'exemption de l'obligation scolaire dans le cadre de l'enseignement spécialisé peut être antérieur au 1^{er} janvier 2008.

*Exemple 10 :*

Un enfant de moins de six ans, identifié comme MENA le 1^{er} octobre 2007 par le service des Tutelles, est présenté à une consultation de l'ONE le 12 décembre 2007. S'il ne bénéficie pas du droit aux soins de santé en vertu d'une autre disposition de l'article 32, alinéa 1^{er}, 1^o à 21^o, de la loi SSI, il réunit toutes les conditions pour qu'une inscription en qualité de titulaire MENA soit possible à partir du 1^{er} janvier 2008.

*Exemple 11 :*

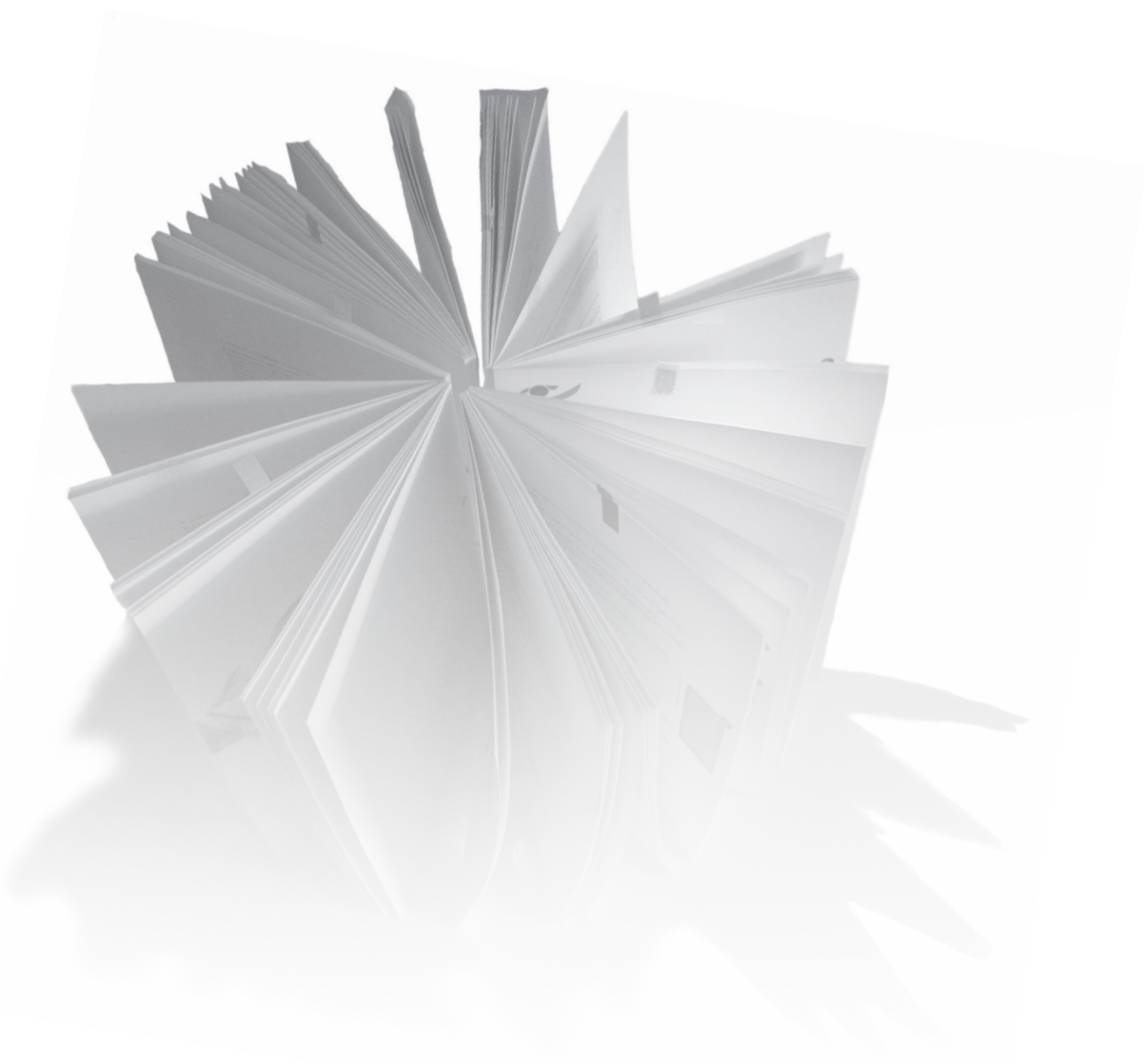
Un mineur de 15 ans identifié comme MENA par le service des Tutelles le 23 juin 2007, est inscrit dans un établissement scolaire le 1^{er} septembre 2007 et fréquente régulièrement les cours. Il comptera 3 mois consécutifs de fréquentation régulière à la fin du mois de novembre 2007. S'il ne bénéficie pas du droit aux soins de santé en vertu d'une autre disposition de l'article 32, alinéa 1^{er}, 1^o à 21^o, de la loi SSI, il réunit toutes les conditions pour une inscription en qualité de titulaire MENA à partir du 1^{er} janvier 2008.



Circulaire O.A. n° 2024/103 – 2281/5 du 9 avril 2024.

5^e Partie

Données de base



I. Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 19) à partir du 1^{er} mai 2024

En vigueur à partir du 1^{er} mai 2024.

Suite à la publication de l'arrêté royal du 15 mars 2022 (M.B. du 13.04.2022), modifiant l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée ne peuvent atteindre les plafonds de 17.749,24 et 3.285,87 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} mai 2024 :

Montant maximum du montant annuel des revenus des bénéficiaires	
Titulaires	Personnes à charge
27.550,86 EUR	5.100,42 EUR



Circulaire O.A. n° 2024/123 - 3991/386 du 30 avril 2024.

II. 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} mai 2024.

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} 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

À partir du 1 ^{er} janvier 2022	38.324,69	4.131,28
À partir du 1 ^{er} mars 2022	39.090,83	4.213,90
À partir du 1 ^{er} mai 2022	39.872,14	4.298,25
À partir du 1 ^{er} août 2022	40.668,62	4.383,98
À partir du 1 ^{er} novembre 2022	41.482,80	4.471,78
À partir du 1 ^{er} décembre 2022	42.312,15	4.561,31
À partir du 1 ^{er} janvier 2023	42.312,15	4.682,19
À partir du 1 ^{er} juillet 2023 (bien-être)	42.312,15	4.775,84
À partir du 1 ^{er} novembre 2023	43.159,21	4.871,39
À partir du 1 ^{er} janvier 2023	43.159,21	5.000,48
À partir du 1^{er} mai 2024	44.021,43	5.100,42

Moyenne annuelle (montants en EUR)		
	Résidents	Personnes à charge
2000	25.453,71 (PM)	2.192,15
2001	26.091,74 (PM)	2.247,06
2002	26.788,76	2.307,14
2003	27.145,29	2.337,88
2004	27.505,18	2.368,85
2005	28.147,63	2.424,18
2006	28.616,46	2.464,56
2007	29.045,04	2.507,30
2008	30.219,96	2.654,70
2009	30.820,06	2.735,85
2010	31.025,71	2.807,26
2011	31.856,74	2.889,22
2012	32.709,91	3.018,84
2013	33.363,74	3.099,72
2014	33.363,74	3.140,77
2015	33.697,51	3.179,56
2016	34.428,04	3.305,54
2017	35.115,58	3.394,38
2018	35.640,25	3.490,68
2019	36.112,24	3.579,60
2020	36.714,87	3.682,55
2021	37.080,66	3.756,71
2022	40.020,69	4.314,18
2023	42.453,33	4.744,94



Circulaire O.A. n° 2024/125 - 270/99 - 273/100 - 274/101 - 276/150 - 2790/103 - 2791/99 - 2792/98 - 3910/2180 - 83/525 du 30 avril 2024.

Comité de rédaction

Mme Caroline Marthus
Mme Charlotte Lefebvre
M. J. Owczarek
Mme Nuray Özdemir
Mme Marleen Steven
Mme Espérance Nahimana
Mme Zoé De Clippel
Mme Lieselot Bolle
Mme Evelyne Christophe

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726