

1<sup>re</sup> Partie

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



## 2<sup>e</sup> trimestre 2024

1. Loi		
Moniteur belge	Date	Titre
19.04.2024	14.04.2024	Loi portant des dispositions diverses urgentes en matière d'assurance indemnités et maternité

### Résumé des modifications

Cette loi modifie la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et porte sur deux sujets :

- modifications consécutives à la mise en conformité des dispositions relatives aux vacances annuelles avec la directive 2003/88/CE du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail

Dans le cadre de l'adaptation de la législation belge concernant les vacances annuelles à la jurisprudence européenne et à la directive 2003/88/CE du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail (en particulier l'art. 7, qui impose aux États membres l'obligation de prendre les mesures nécessaires pour que chaque travailleur bénéficie annuellement de vacances d'au moins 4 semaines en conservant son salaire), la règle anti-cumul stipulant que le titulaire ne peut pas prétendre aux indemnités pour la période couverte par la période de vacances (art. 103, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, de la loi coordonnée du 14.07.1994) est supprimée.

Lorsque le titulaire reconnu en incapacité de travail a repris une activité sans l'autorisation du médecin-conseil ou du collaborateur de l'équipe multidisciplinaire 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).

- l'octroi d'un complément d'indemnité en cas d'interruption de l'exercice d'une activité autorisée

Il est octroyé un complément d'indemnité au titulaire reconnu en incapacité de travail pour la période d'incapacité de travail qui suspend temporairement, après l'expiration de la période de salaire garanti de 14 jours (visée à l'art. 52, § 1<sup>er</sup>, et à l'art. 71, al. 1<sup>er</sup>, de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail), l'exécution du travail autorisé, et au cours de laquelle il perçoit un complément à charge de l'employeur, conformément à la convention collective de travail n<sup>o</sup> 12*bis* ou n<sup>o</sup> 13*bis*, calculé sur base du salaire perdu du travail autorisé.

Diverses dispositions (anti)cumul ne s'appliquent pas au complément d'indemnité, notamment :

=> la règle de cumul (visée à l'art. 104, 1<sup>o</sup>, de la loi coordonnée le 14.07.1994) applicable si les revenus professionnels sont acquis dans le cadre d'une activité autorisée ;

=> la règle de cumul (visée à l'art. 108, 3<sup>o</sup>, de la loi coordonnée le 14.07.1994) 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'indemnité 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 du 14.07.1994).

Le titulaire peut aussi renoncer, comme pour les indemnités d'incapacité de travail, à l'octroi du complément d'indemnité et annuler cette renonciation (art. 104<sup>bis</sup> de la loi coordonnée du 14.07.1994).

Moniteur belge	Date	Titre
21.05.2024	12.05.2024	Loi modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 en ce qui concerne l'entrée en vigueur de l'accord national dento-mutualiste 2024-2025

#### Résumé des modifications

Dans l'article 50, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 8 et 9 :

"Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, première phrase, l'accord national dento-mutualiste 2024-2025 entre en vigueur, sauf si plus de 45 pour cent des praticiens de l'art dentaire ont notifié électroniquement par une application en ligne sécurisée mise à leur disposition par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, leur refus d'adhésion aux termes dudit accord."

Moniteur belge	Date	Titre
21.05.2024	12.05.2024	Loi modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne la modernisation des procédures de remboursement en vue d'un accès rapide et durable aux médicaments

#### Résumé des modifications

Les différentes adaptations apportées à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 visent à :

- mettre en place un processus de remboursement davantage dicté par la demande
- permettre un accès plus rapide à l'innovation présentant une plus-value (potentielle) pour les bénéficiaires
- mettre en place une meilleure évaluation de la plus-value et de l'évidence scientifique
- augmenter la transparence au niveau des procédures et de l'utilisation des ressources publiques
- impliquer les patients de manière accrue
- responsabiliser les acteurs et renforcer le cadre déontologique
- prendre en compte de nouvelles évolutions concernant la politique en matière de médicaments au niveau européen
- affecter de manière plus ciblée et plus efficace les ressources publiques
- mobiliser de manière ciblée et efficace les administrations et une collaboration entre ces administrations, avec si possible aussi des acteurs extérieurs aux pouvoirs publics
- harmoniser et, lorsque c'est possible, simplifier les procédures et augmenter leur efficacité

- la mission de l'actuel Collège des médecins-directeurs et donc du Fonds spécial de solidarité (FSS) est revue
- la mission et les responsabilités de la Commission d'avis en cas d'intervention temporaire pour l'utilisation d'un médicament (CAIT) sont revues et élargies.

Moniteur belge	Date	Titre
04.06.2024	18.05.2024	Loi portant dispositions diverses en matière de santé et de finances

#### Résumé des modifications

La loi apporte les modifications suivantes à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- ajoute à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, les accessoires destinés à couvrir la tête afin de permettre une intervention de l'assurance pour ces objets
- réforme les mesures d'économies appliquées aux spécialités pharmaceutiques remboursables
- introduit une intervention financière pour la mise en place et le fonctionnement d'un système de continuité dans les soins infirmiers à domicile (art. 36*septiesdecies*)
- introduit la contribution d'indisponibilité à charge des firmes pharmaceutiques afin de couvrir les dépenses liées à l'indemnité prévue par l'article 72*ter*.

Moniteur belge	Date	Titre
17.06.2024	29.05.2024	Loi modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les litiges relatifs aux décisions-cadres concernant l'accès rapide ou précoce

#### Résumé des modifications

La loi apporte les modifications suivantes :

- l'abrogation de la disposition relative à la compétence du Conseil d'État dans les procédures actuelles (art. 25*octies/2*)
- l'intégration d'une disposition relative à la compétence du Conseil d'État pour les décisions d'accès précoce et les décisions d'accès rapide (art. 31*quinquies*, § 3).

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

Moniteur belge	Date	Titre
02.04.2024	11.03.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 2019 portant exécution de l'article 37, § 16 <i>bis</i> , alinéa 1 <sup>er</sup> , 3 <sup>o</sup> , et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les pansements actifs

### Résumé des modifications

L'arrêté royal supprime certains pansements actifs à l'annexe 1<sup>re</sup> jointe à l'arrêté royal du 23 mars 2019 portant exécution de l'article 37, § 16*bis*, alinéa 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Moniteur belge	Date	Titre
11.04.2024	28.03.2024	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

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

- le B., 1<sup>o</sup>, a), est complété
- au B., 2<sup>o</sup>, les numéros d'ordre "106610, 106691" sont ajoutés après le numéro d'ordre "104554"
- au B*bis*, 2<sup>o</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, le numéro d'ordre "106610," est inséré entre le numéro d'ordre "103434" et les mots "et à condition que"
- au B*bis*, 2<sup>o</sup>, l'alinéa 7 est supprimé.

Moniteur belge	Date	Titre
26.04.2024	14.04.2024	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 modifie la réglementation de l'assurance indemnités des travailleurs salariés afin de prévoir qu'un questionnaire ne soit pas envoyé dix semaines après le début de l'incapacité primaire, qu'un premier contact physique au plus tard au cours du quatrième mois de l'incapacité primaire n'ait pas lieu et qu'une estimation des capacités restantes durant le quatrième mois de l'incapacité primaire n'ait pas lieu si l'incapacité de travail a débuté :

- pendant la période de six mois précédant le mois qui suit celui au cours duquel le titulaire atteint l'âge légal de la pension
- après le mois au cours duquel le titulaire a atteint l'âge légal de la pension.

Moniteur belge	Date	Titre
29.04.2024 – Édition 2	21.04.2024	Arrêté royal modifiant l'article 37bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

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

- le 4<sup>o</sup> est remplacé
- le C. est complété.

Moniteur belge	Date	Titre
13.05.2024	24.04.2024	Arrêté royal modifiant les articles 219ter, 228 et 230 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

À la suite à la suppression de la règle anti-cumul stipulant que le titulaire ne peut pas prétendre aux indemnités pour la période couverte par la période de vacances, les dispositions suivantes de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 sont abrogées :

- article 219ter, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3 : cette disposition prévoit qu'en cas de mesure d'écartement du travail partiel (l'aménagement des conditions ou du temps de travail à risque, ou le changement de poste de travail) les indemnités sont refusées pour les jours couverts par un pécule de vacances
- article 228, § 2 : cette disposition détermine le mode d'imputation des jours de vacances légales, des jours de vacances en vertu d'une convention collective de travail rendue obligatoire et des jours de vacances complémentaires (i) qui coïncident avec une période d'incapacité de travail, à condition que l'incapacité ait débuté pendant la période de vacances ou (ii) que le titulaire est dans l'impossibilité de prendre avant la fin de l'année de vacances du fait de son incapacité de travail et qui ont donné lieu au paiement d'un pécule de vacances ou d'une rémunération
- article 230, § 1<sup>er</sup>bis : cette disposition stipule qu'en cas d'exercice d'une activité autorisée durant l'incapacité de travail les indemnités sont refusées pour les jours couverts par le pécule de vacances que le titulaire n'a pas pris avant la fin de l'année de vacances.

L'arrêté royal précité produit ses effets le 1<sup>er</sup> janvier 2024 et s'applique pour la première fois à l'année de vacances 2024, l'exercice de vacances 2023.

Moniteur belge	Date	Titre
13.05.2024	24.04.2024	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

En vue de l'octroi d'un complément d'indemnité au titulaire reconnu en incapacité de travail pour la période d'incapacité de travail qui suspend temporairement, après l'expiration de la période de salaire garanti de 14 jours, l'exécution du travail autorisé, et au cours de laquelle il perçoit un complément à charge de l'employeur, conformément à la convention collective de travail n° 12*bis* ou n° 13*bis*, calculé sur base du salaire perdu du travail autorisé, cet arrêté royal prévoit, en particulier, la manière dont le montant de ce complément d'indemnité est fixé sur base du salaire perdu du titulaire, y compris le montant maximum à concurrence duquel cette rémunération est prise en considération.

L'arrêté royal précité produit ses effets le 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Moniteur belge	Date	Titre
17.05.2024 – Édition 1	24.04.2024	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

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

- le numéro d'ordre "103994" est inséré entre les numéros d'ordre "103250" et "105372".

Moniteur belge	Date	Titre
17.05.2024 – Édition 1	26.04.2024	Arrêté royal remplaçant l'article 233 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'article 233 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 détermine sous quelles conditions les indemnités sont octroyées en cas de période de privation de liberté.

Par l'arrêté royal du 26 avril 2024 précité, l'article 233 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 est modifié de sorte que la suspension de l'octroi des indemnités s'applique également en cas de séjour dans une maison de transition. Il est également précisé que la suspension est maintenue en cas d'octroi d'une permission de sortie, sauf si le titulaire exerce une activité professionnelle avec l'autorisation du médecin-conseil (ou du collaborateur de l'équipe multidisciplinaire) sur base de cette modalité d'exécution de la peine. En effet, le plan de placement prévoit généralement des permissions de sortie si la personne souhaite exercer une activité professionnelle.

En outre, il est tenu compte du cadre légal actuel concernant le droit de lecture dont disposent les organismes assureurs en ce qui concerne la transmission électronique des données provenant du SPF Justice.

Moniteur belge	Date	Titre
28.05.2024	12.05.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 26 mai 2016 portant exécution de l'article 64, § 1 <sup>er</sup> , alinéa 1 <sup>er</sup> , 1 <sup>o</sup> , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

À l'article 11, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 26 mai 2016 portant exécution de l'article 64, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les mots "et 589735-589746" sont remplacés par les mots ", 589735-589746, 590251-590262 et 590273-590284".

Moniteur belge	Date	Titre
31.05.2024	25.05.2024	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1 <sup>er</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 6, d), de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant :

- les mots "dans le § 5 "soins dentaires chez les patients atteints du cancer ou avec de l'anodontie" de l'article 5" sont remplacés par les mots "dans le § 5 "Soins dentaires chez les patients atteints du cancer ou avec de l'anodontie et/ou de l'oligodontie" de l'article 5".

Moniteur belge	Date	Titre
03.06.2024 – Édition 1	25.05.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 26 mai 2016 portant exécution de l'article 64, § 1 <sup>er</sup> , alinéa 1 <sup>er</sup> , 1 <sup>o</sup> , 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 à la section 3 "Oncologie" de l'arrêté royal du 26 mai 2016 portant exécution de l'article 64, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- il est inséré une sous-section 1 intitulée " Programme de soins d'oncologie" comportant l'actuel article 16
- il est inséré une sous-section 2 et un article 16bis.

Moniteur belge	Date	Titre
07.06.2024	25.05.2024	Arrêté royal portant exécution de l'article 50, § 11, alinéa 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif à la fixation base de calcul de l'intervention de l'assurance des prestations de soins dentaires
10.06.2024 – Édition 1	25.05.2024	Arrêté royal portant exécution de l'article 50, § 11, alinéa 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif à la fixation base de calcul de l'intervention de l'assurance des prestations de soins dentaires

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- sans préjudice des adaptations après le 1<sup>er</sup> janvier 2024 de la nomenclature des prestations de soins dentaires en exécution de l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les lettres-clés servent de base pour le calcul de l'intervention de l'assurance soins de santé
- l'arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024 et cesse d'être en vigueur, le cas échéant par région visée à l'article 50, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dès l'entrée en vigueur d'un nouvel Accord conclu au sein de la Commission nationale dento-mutualiste.

Moniteur belge	Date	Titre
28.06.2024	12.06.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 26 mai 2016 portant exécution de l'article 64, § 1 <sup>er</sup> , alinéa 1 <sup>er</sup> , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'arrêté royal insère une sous-section 5 et un article 15*bis* qui règle l'intervention de l'assurance soins de santé dans le cadre du programme de soins de l'accident vasculaire cérébral.

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

Moniteur belge	Date	Titre
02.04.2024	28.03.2024	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
10.06.2024 - Édition 1	28.03.2024	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. - <i>Erratum</i>

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à 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 :

- le paragraphe 1<sup>er</sup> est modifié comme suit :
  - => dans la rubrique "soins conservateurs" après la prestation 374791-374802, la règle d'application est remplacée ;
  - => dans la rubrique "radiographies" la prestation 377016-377020 est supprimée ;
  - => dans la rubrique "radiographies", les prestations 377090-377101 et 377274-377285 sont supprimées ;
  - => dans la rubrique "radiographies", après la prestation 377053-377064 sont insérées les prestations 377296 377300 ; 377311 377322 ; 377333 377344 et 377355 377366 et leurs règles d'application ;
  - => dans la rubrique "radiographies", les prestations 377112-377123 et 377134-377145 sont remplacées.
- le paragraphe 2 est modifié comme suit :
  - => dans la rubrique "radiographies" la prestation 307016-307020 est supprimée ;
  - => dans la rubrique "radiographies", les prestations 307090-307101 et 307274-307285 sont supprimées ;
  - => dans la rubrique "radiographies", après la prestation 307053-307064 sont insérées les prestations 307296-307300 ; 307311-307322 ; 307333-307344 et 307355-307366 et leurs règles d'application ;
  - => dans la rubrique "radiographies", les prestations 307112-307123 et 307134-307145 sont supprimées ;
- le paragraphe 3 est modifié comme suit :
  - => la prestation 305911-305922 est remplacée ;
  - => la prestation 305874-305885 est supprimée ;
- le paragraphe 4 est modifié comme suit :
  - => le libellé de la prestation 389631-389642 est remplacé.

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 6 de la même annexe :

- dans le paragraphe 4*bis.*, le dernier alinéa, est modifié
- au § 17 "radiographies", au point "2. Cumul et accès.", les modifications suivantes sont apportées :
  - => au premier alinéa, les prestations "307112-307123 et 307134-307145" sont supprimées de la règle d'application ;
  - => le troisième alinéa est remplacé ;

- au § 18, les modifications suivantes sont apportées :
  - => à l'alinéa 2, les prestations 377016-377020, 307016-307020, 377090-377101, 307090-307101, 307112-307123, 307134-307145, 377274-377285, 307274-307285 sont supprimées ;
  - => à l'alinéa 2, après la prestation 307053-307064 sont insérées les prestations 377296-377300, 377311-377322, 307296-307300, 307311-307322 ;
  - => à l'alinéa 2, après la prestation 307252-307263 sont insérées les prestations 377333-377344, 377355-377366, 307333-307344, 307355-307366 ;
  - => à l'alinéa 3, les prestations 305874-305885, 377016-377020, 307016-307020, 377090-377101, 307090-307101, 307112-307123, 307134-307145, 377274-377285, 307274-307285 sont supprimées ;
  - => à l'alinéa 3, après la prestation 307053-307064 sont insérées les prestations 377296-377300, 377311-377322, 307296-307300, 307311-307322 ;
  - => à l'alinéa 3, après la prestation 307252-307263 sont insérées les prestations 377333-377344, 377355-377366, 307333-307344, 307355-307366.

Moniteur belge	Date	Titre
02.04.2024	28.03.2024	Arrêté royal modifiant l'article 31 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

Le seuil minimum pour le remboursement des appareillages de correction auditive passe à 35 dB.

Moniteur belge	Date	Titre
05.04.2024	28.03.2024	Arrêté royal modifiant l'article 31 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
13.05.2024	28.03.2024	Arrêté royal modifiant l'article 31 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. – <i>Erratum</i>

### Résumé des modifications

Le seuil minimum pour le remboursement des appareillages de correction auditive passe à 35 dB.

Moniteur belge	Date	Titre
09.04.2024	11.03.2024	Arrêté royal modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
12.06.2024	11.03.2024	Arrêté royal modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. - <i>Corrigendum</i>
08.07.2024	11.03.2024	Arrêté royal modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. - <i>Corrigendum</i>

### Résumé des modifications

L'arrêté royal modifie les prestations des praticiens de l'art infirmier à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2024 comme suit :

- entre les rubriques 3<sup>o</sup>*bis* et 4<sup>o</sup> actuelles, une rubrique 3<sup>o</sup>*ter* est insérée libellée comme suit : "3<sup>o</sup>*ter* Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées, durant le week-end ou un jour férié."
- dans cette nouvelle rubrique 3<sup>o</sup>*ter* les prestations 429914, 429936, 429951, 429973, 429995, 430010, 430032, 430054, 430076, 430091, 430113, 430135, 430150, 430172, 430194, 430216, 430231, 430253, 430275, 430290, 430312, 430334, 430356, 430371, 430393, 430415, 430430, 430452, 430474, 430496 et 430511 sont ajoutées.

Avec cette adaptation, les infirmiers obtiennent une rémunération plus élevée pour ces prestations.

Moniteur belge	Date	Titre
10.04.2024	24.03.2024	Arrêté royal fixant les règles selon lesquelles les conditions visées à l'article 20, § 1 <sup>er</sup> , a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sont réputées remplies

### Résumé des modifications

Pour les années 2020 et 2021, les centres d'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques sont réputés répondre aux conditions fixées à l'article 20, § 1<sup>er</sup>, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, pour pouvoir attester les prestations 470632-470643 en 2021, 2022 et 2023, lorsque ces centres répondaient à ces conditions pour l'année 2019.

Pour les années 2020 et 2021, les centres d'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques sont réputés répondre aux conditions fixées à l'article 20, § 1<sup>er</sup>, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, pour pouvoir attester les prestations 470551-470562, 470573-470584, 470595-470606, 470610-470621, 470654-470665, 470680, 470691-470702 et 470864 en 2021, 2022 et 2023, lorsque ces centres répondaient à ces conditions pour l'année 2019.

Moniteur belge	Date	Titre
11.04.2024	28.03.2024	Arrêté royal modifiant l'article 14, h), § 1 <sup>er</sup> , l., 2 <sup>o</sup> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes dans les règles d'application suivant la prestation 245733-245744 à l'article 14, h), § 1<sup>er</sup>, l., 2<sup>o</sup>, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- la deuxième règle d'application est remplacée
- la troisième règle d'application est supprimée.

Moniteur belge	Date	Titre
11.04.2024	28.03.2024	Arrêté royal modifiant l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

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

- à la rubrique C. Visites, les prestations 106610 ; 106691 ; 106632 ; 106654 ; 106676 ; 106713 ; 106735 et 106750 et règles d'application sont insérées à la suite de la prestation 109734 et de la règle d'application qui la suit
- à la rubrique F. Dispositions générales :
  - => au 2., les mots "et 104871" sont remplacés par les mots ", 104871, 106632, 106654, 106676, 106713, 106735 et 106750" ;
  - => au 3., les mots "et 104871" sont remplacés par les mots ", 104871, 106676 et 106750" ;
  - => la rubrique est complétée par un cinquième point.

Moniteur belge	Date	Titre
11.04.2024	28.03.2024	Arrêté royal modifiant l'article 11 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
28.05.2024	28.03.2024	Arrêté royal modifiant l'article 11 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. - <i>Corrigendum</i>

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 11 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- dans le texte en néerlandais :
  - => le mot "geneesheer-specialist" est remplacé à chaque fois par le mot "arts-specialist";
  - => les mots "geneesheer specialist" sont remplacés à chaque fois par le mot "arts-specialist";
  - => le mot "geneesheer-coördinator" est remplacé à chaque fois par le mot "arts-coördinator";
  - => le mot "ziekenhuisgeneesheren" est remplacé par le mot "ziekenhuisartsen";
  - => le mot "geneesheren" est remplacé à chaque fois par le mot "artsen";
  - => le mot "adviserend-geneesheer" est remplacé à chaque fois par les mots "adviserend arts";
  - => le mot "geneesheren-specialisten" est remplacé par le mot "artsen-specialisten";
  - => le mot "geneesheer" est remplacé à chaque fois par le mot "arts".
- dans le texte en français, les mots "carcinome épidermique spinocellulaire ou basocellulaire" sont à chaque fois remplacés par les mots "carcinome spinocellulaire ou basocellulaire de la peau"
- au paragraphe 5 :
  - => l'alinéa 1<sup>er</sup>, est remplacé ;
  - => les règles d'application suivant la prestation 355913-355924 sont remplacées.

Moniteur belge	Date	Titre
12.04.2024	28.03.2024	Arrêté royal modifiant l'article 27 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 27, § 12<sup>quater</sup>, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- au 1, 1.1, un alinéa est inséré entre les alinéas 2 et 3
- au 2, 2.1, dans le texte en français, le mot "point" est supprimé
- au 3, dans le texte en français, le mot "matériel" est à chaque fois remplacé par le mot "matériau"
- le 4, 4.2, est remplacé
- au 4, 4.3, la phrase "Cette période figure sur la prescription médicale et ne peut excéder un an" est remplacée par la phrase "Cette période figure sur la prescription médicale et ne peut excéder 1 an pour une première demande ou 3 ans en cas de renouvellement."

- "au 4, 4.4, la phrase "Cette période figure sur la prescription médicale et ne peut excéder 6 mois pour une première demande ou 2 ans en cas de renouvellement." est remplacée par la phrase "Cette période figure sur la prescription médicale et ne peut excéder 1 an pour une première demande ou 3 ans en cas de renouvellement.".

Moniteur belge	Date	Titre
29.04.2024 – Édition 2	21.04.2024	Arrêté royal modifiant l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
28.05.2024	21.04.2024	Arrêté royal modifiant l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. - <i>Corrigendum</i>

#### Résumé des modifications

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

- la rubrique C. Visites est complétée
- la rubrique F. Dispositions générales, les 2. et 3. sont remplacés.

Moniteur belge	Date	Titre
06.05.2024	17.04.2024	Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte remplace le dernier alinéa à l'article 9, a), § 2, c) 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, par ce qui suit :

"Par parturiente et par journée, une seule des prestations 422096, 428374, 428396, 422111, 428411, 422133 et 428433 peut être attestée, et au total par grossesse ces prestations sont remboursées jusqu'à concurrence de la valeur V110 au maximum."

Moniteur belge	Date	Titre
08.05.2024 – Édition 1	28.03.2024	Arrêté royal modifiant l'article 3, § 1 <sup>er</sup> , A, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 3, § 1<sup>er</sup>, A, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, au I. Prestations autres que les prestations de biologie clinique :

- dans la rubrique "Pansements et appareils autres qu'appareils plâtres ou orthopédiques.", les prestations 145272 et 145305 sont supprimées

- à la rubrique "Peaux, muqueuses, tissus sous-cutanés.", la prestation 145611-145622 et la règle d'application sont insérées à la suite de la prestation 145596-145600.

Moniteur belge	Date	Titre
08.05.2024 – Édition 1	14.04.2024	Arrêté royal modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace le paragraphe *3bis* dans l'article 8 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Moniteur belge	Date	Titre
08.05.2024 – Édition 1	16.04.2024	Arrêté royal modifiant l'article 25, § 1 <i>bis</i> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 25, § 1*bis*, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- dans le texte néerlandais :
  - => le mot "artsspecialist" est à chaque fois remplacé par le mot "arts-specialist" ;
  - => le mot "pediatrie" est à chaque fois remplacé par les mots "de kindergeneeskunde" ;
  - => dans la règle d'application suivant la prestation 597376, le mot "chemoof" est remplacé par les mots "chemo- of" ;
- la prestation 597273 est remplacée
- la prestation 597295 et la règle d'application qui la suit sont remplacées.

Moniteur belge	Date	Titre
17.05.2024 – Édition 1	24.04.2024	Arrêté royal modifiant l'article 2, B, 2., de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

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

- la prestation 103994 et les règles d'application sont insérées à la suite de la prestation 101614.

Moniteur belge	Date	Titre
28.05.2024	12.05.2024	Arrêté royal modifiant les articles 17, § 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> , et 17 <sup>ter</sup> , A., 5 <sup>o</sup> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, les modifications suivantes sont apportées :
  - => le nombre-coefficient "793" qui exprime la valeur relative de la prestation 453574-453585 est remplacé par le nombre-coefficient "745" ;
  - => le nombre-coefficient "886" qui exprime la valeur relative de la prestation 453596-453600 est remplacé par le nombre-coefficient "838".
- à l'article 17<sup>ter</sup>, A., 5<sup>o</sup>, les modifications suivantes sont apportées :
  - => le nombre-coefficient "793" qui exprime la valeur relative de la prestation 464170-464181 est remplacé par le nombre-coefficient "745" ;
  - => le nombre-coefficient "886" qui exprime la valeur relative de la prestation 464192-464203 est remplacé par le nombre-coefficient "838".

Moniteur belge	Date	Titre
31.05.2024	25.05.2024	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
19.06.2024	25.05.2024	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. - <i>Erratum</i>

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à 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 :
  - => le § 1 est modifié ;
  - => le paragraphe 5 est remplacé ;
- à l'article 6 de la même annexe :
  - => dans l'alinéa § 4<sup>quater</sup>, un nouvel alinéa est inséré entre les alinéas 1 et 2 ;
  - => le paragraphe § 5<sup>ter</sup>. est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
31.05.2024	24.05.2024	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à 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 :

- au paragraphe 1<sup>er</sup>, la modification suivante est apportée :  
=> dans la rubrique "traitements préventifs" après la prestation 371571-371582, la règle d'application est remplacée.
- au paragraphe 2, les modifications suivantes sont apportées :  
=> dans la rubrique "traitements préventifs" après la prestation 301593-301604 la règle d'application est remplacée ;  
=> dans la rubrique "soins besoins particuliers", le libellé de la prestation 309514-309525 est remplacé.
- au paragraphe 3, à la prestation "305675-305686" les mots "au plus tôt" sont insérés entre les mots "régulier," et "après 6 forfaits"

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 6 :

- le paragraphe 4<sup>quater</sup>, est remplacé
- au § 6 "orthodontie", au point "3. Traitement orthodontique de première intention.", 3.1.2, le 3<sup>e</sup> alinéa est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
10.06.2024 – Édition 1	29.05.2024	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à 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 :

- au § 1, entre la rubrique "consultations" et la rubrique "traitements préventifs" est insérée une nouvelle rubrique intitulée "avis téléphonique" avec les prestations 379411-379422 et 379433-379444
- au § 2, entre la rubrique "consultations" et la rubrique "traitements préventifs" est insérée une nouvelle rubrique intitulée "avis téléphonique" avec les prestations 309411-309422 et 309433-309444.

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 6 de la même annexe :

- après le paragraphe § 1<sup>quater</sup> est inséré un nouveau paragraphe § 1<sup>quinquies</sup> ;
- le § 18, est modifié comme suit :
  - => au deuxième alinéa, les prestations "379411-379422, 379433-379444, 309411-309422,
  - => au troisième alinéa, les prestations "379411-379422, 379433-379444, 309411-309422, 309433-309444" sont insérées après la prestation "389653-389664".

Moniteur belge	Date	Titre
11.06.2024	29.05.2024	Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace les alinéas 1<sup>er</sup> à 13<sup>e</sup> de l'article 7, §11, de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Moniteur belge	Date	Titre
27.06.2024	04.06.2024	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne les prestations de logopédie, l'article 36 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 36 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- les prestations 702015-702085, 704012-704082, 704115-704126, 706016-706086, 708013-708083 et 710010-710080 sont supprimées
- la prestation 700991-701002 est ajoutée.

Ces adaptations ont pour objectifs d'améliorer les procédures administratives tout en garantissant la continuité et la qualité des soins, et d'assurer une évaluation continue et cohérente des traitements :

- suppression du bilan d'évolution et du bilan de rechute et accords de traitement donnés pour deux ans excepté pour les fentes labiales, palatines ou alvéolaires et du Locked-in syndrome, l'accord de traitement est donné pour un an. Une évaluation continue du traitement logopédique doit être obligatoirement effectuée au cours de ces deux ans, et la conserver dans le dossier du patient au moyen d'un test figurant sur la liste limitative des tests pour les troubles qui l'exigent
- nouveaux formulaires pour demander un accord auprès de la mutualité
- nouveau formulaire de notification de prolongation
- modification des libellés des troubles du développement du langage (B2) et de la dysphasie (F)
- modification du libellé du trouble de la dyslexie, et/ou de la dysorthographe et/ou de la dyscalculie (B3)

- adaptation du tableau des prescripteurs : les neuropsychiatres peuvent à nouveau prescrire des traitements pour le traitement logopédique de troubles chroniques de la parole
- eAgreement.

Moniteur belge	Date	Titre
28.06.2024	12.06.2024	Arrêté royal modifiant l'article 34 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

À l'article 34, § 1<sup>er</sup>, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, la prestation 588991-589002 et les règles d'application sont insérées après la prestation 589175-589186.

## 4. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
02.04.2024	28.03.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 28 juin 2016 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour prestations dentaires

#### Résumé des modifications

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

- les articles 1, 2, 3, 4 et 5 sont remplacés
- l'intervention personnelle est nulle pour les prestations d'avis téléphonique 379411-379422, 379433-379444, 309411-309422, 309433-309444. Les prestations 379411-379422, 379433-379444, 309411-309422, 309433-309444 sont exclues des prestations de l'article 5 visées par l'article 3, alinéa 2 et 4 de l'arrêté royal du 28 juin 2016 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour prestations dentaires permettant au bénéficiaire d'éviter une augmentation de l'intervention personnelle.

Moniteur belge	Date	Titre
02.04.2024	28.03.2024	Arrêté royal relatif au "Fonds Retour au Travail"

#### Résumé des modifications

Cet arrêté royal contient plusieurs modalités d'exécution suite à la création d'un "Fonds Retour Au Travail" au sein du Service des indemnités de l'INAMI, qui est géré par le Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs salariés. Ce fonds est constitué de la contribution de 1.800 EUR que chaque employeur est tenu de verser suite à la résiliation du contrat de travail pour cause de force majeure médicale à sa propre initiative.

Le "Fonds Retour Au Travail" est destiné à l'achat de services spécialisés adaptés auprès d'un prestataire de services agréés en vue de la réinsertion socioprofessionnelle du titulaire reconnu en incapacité de travail qui n'est plus ou ne peut plus être employé par son employeur en l'accompagnant vers une fonction auprès d'un autre employeur ou dans une autre branche d'activité. Ces services doivent inclure des séances d'accompagnement qui peuvent se tenir en présentiel ou en ligne et être organisées de manière individuelle ou en groupe.

L'arrêté royal prévoit les modalités d'exécution suivantes :

- le mode de notification de la fin du contrat de travail pour force majeure médicale et le mode de paiement de la contribution au "Fonds Retour Au Travail" par l'employeur
- la description des services spécialisés adaptés et les critères à remplir par le prestataire de services afin de fournir des services spécialisés adaptés, ainsi que la procédure à respecter par ce prestataire de services pour pouvoir être agréé
- la procédure de demande à respecter par le titulaire reconnu en incapacité de travail en vue de l'octroi d'une intervention du "Fonds Retour Au Travail", par l'intermédiaire d'un bon, par le fonctionnaire dirigeant du Service des indemnités. Les titulaires suivants sont éligibles à une intervention
  - => à partir du 1<sup>er</sup> avril 2024, le titulaire dont l'ancien employeur a résilié à sa propre initiative le contrat de travail pour cause de force majeure médicale et ce, dans les six derniers mois avant l'introduction d'une demande d'intervention du "Fonds Retour Au Travail", mais au plus tôt le 1<sup>er</sup> avril 2024 ;
  - => à partir du 1<sup>er</sup> avril 2025, le titulaire reconnu en invalidité dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés.
- la procédure à respecter par le prestataire de services agréé afin de recevoir le paiement pour le service spécialisé adapté fourni et le délai de paiement applicable.

En cas d'octroi d'une intervention du "Fonds Retour Au Travail", il est prévu une présomption légale d'incapacité de travail durant la période au cours de laquelle le titulaire reconnu en incapacité de travail peut bénéficier des services spécialisés adaptés. Cette période maximale de six mois, qui ne peut être suspendue, court à compter de la date de début de la période de validité du bon d'achat permettant au titulaire d'acheter les services spécialisés adaptés, et se termine à la date de fin des services spécialisés adaptés fournis communiquée par le prestataire de service agréé.

Moniteur belge	Date	Titre
04.04.2024	24.03.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1996 portant approbation du règlement d'ordre intérieur du Conseil technique de la kinésithérapie institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

### Résumé des modifications

L'annexe à l'arrêté royal du 25 novembre 1996 portant approbation du règlement d'ordre intérieur du Conseil technique de la kinésithérapie institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
09.04.2024	11.03.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations

### Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace le 3<sup>e</sup> alinéa de l'article 7*decies* de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations, inséré par l'arrêté royal du 11 juin 2003, par ce qui suit :

"Il n'y a pas d'intervention personnelle du bénéficiaire pour les prestations définies à l'article 8, § 1, 1<sup>o</sup>, rubrique VIII, § 1, 2<sup>o</sup>, rubrique VII, § 1, 3<sup>o</sup>, rubrique IV et § 1, 3<sup>o</sup>*bis* et 3<sup>o</sup>*ter*, rubrique IV de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984".

Moniteur belge	Date	Titre
11.04.2024	28.03.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations

### Résumé des modifications

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

- à l'article 2, les modifications suivantes sont apportées :
  - => au § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, l'énumération est complétée ;
  - => au § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, l'énumération est complétée.
- à l'article 3, les mots "103913 et 104112" sont remplacés par les mots "103913, 104112, 106610 et 106691"
- à l'article 4*ter*, le numéro d'ordre "106610" est inséré à la suite des mots "104333 et"
- à l'article 7*octies*, les mots "et 104554" sont remplacés par les mots ", 104554, 106610 et 106691".

Moniteur belge	Date	Titre
29.04.2024 – Édition 2	21.04.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 10 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations :

- à l'alinéa 1<sup>er</sup>, les mots "103051 et 103073" sont remplacés par les mots "103051, 103073, 106772, 106794 et 106816"
- l'article 10 est complété par un alinéa.

Moniteur belge	Date	Titre
17.05.2024 – Édition 1	24.04.2024	Arrêté royal modifiant l'article 4 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 4, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations :

- le numéro d'ordre "103994" est inséré entre les numéros d'ordre "103250" et "105372"

Moniteur belge	Date	Titre
11.04.2024	29.03.2024	Arrêté royal fixant les conditions auxquelles le Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité peut conclure des conventions pour rendre possible des programmes visant à réaliser les soins intégrés

### Résumé des modifications

L'arrêté royal fixe les conditions auxquelles le Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité peut conclure des conventions pour rendre possible des programmes visant à réaliser les soins intégrés dans le but :

- d'améliorer l'expérience des personnes en matière de soins
- d'améliorer les résultats en matière de santé au niveau de la population
- d'obtenir plus de valeur avec les mêmes ressources grâce à une utilisation plus efficace des ressources disponibles
- d'améliorer le bien-être des professionnels de santé et du secteur social
- de réaliser une plus grande équité en santé et dans le secteur social (health equity).

Moniteur belge	Date	Titre
22.04.2024 – Édition 1	24.03.2024	Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1 <sup>er</sup> , 1 <sup>o</sup> , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour l'intervention dans le coût d'un traitement par hadronthérapie

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal fixe les conditions dans lesquelles les conventions peuvent être conclues en vue de bénéficier de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le traitement par hadronthérapie.

Moniteur belge	Date	Titre
26.04.2024	09.04.2024	Arrêté royal déterminant les montants des frais d'administration attribués aux organismes assureurs pour l'année 2024

#### Résumé des modifications

Les montants des frais d'administration attribués aux organismes assureurs pour l'année 2024 sont fixés à 1.285.441.000 EUR pour les cinq unions nationales et 22.804.000 EUR pour la Caisse des soins de santé de HR Rail.

Moniteur belge	Date	Titre
30.04.2024	29.03.2024	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

À partir du 1<sup>er</sup> décembre 2023, l'assurance soins de santé rembourse un traitement chez un diététicien pour les enfants et les adolescents de 2 à 17 ans inclus. Le ticket modérateur pour ces soins est supprimé.

Moniteur belge	Date	Titre
30.04.2024	29.03.2024	Arrêté royal modifiant l'article 1 <sup>er</sup> de l'arrêté royal du 29 avril 1996 portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation visés à l'article 22, 6 <sup>o</sup> , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

## Résumé des modifications

L'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 29 avril 1996 portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation visés à l'article 22, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, est complété par le j) rédigé comme suit :

"j) relatives aux personnes de moins de 18 ans souffrant d'obésité."

Moniteur belge	Date	Titre
03.05.2024	29.03.2024	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 :

- l'article 5 est remplacé
- à l'article 5*bis*, l'alinéa 2 est remplacé
- dans l'annexe à l'arrêté royal, les dispositions du chapitre I, A., sont annulées et remplacées
- dans le chapitre I de la même annexe, les dispositions d'un *Ater* sont insérées à la suite des dispositions du *Abis*
- au chapitre I, B., de la même annexe, les mots "la prestation 102852" sont remplacés par les mots "la prestation 400374 ou 400396"
- au chapitre V de la même annexe, intitulé "Prestations d'éducation au patient diabétique", les modifications suivantes sont apportées :
  - => au 1. Définitions, le j) est remplacé ;
  - => les dispositions du 2.A. sont remplacées ;
  - => au 3. et au 5., les mots "prestation de suivi" sont à chaque fois remplacés par les mots "prestation trajet de démarrage" ;
  - => au 3.1.3, l'alinéa 1<sup>er</sup> est complété par un d) ;
  - => les dispositions 3.2.C. sont complétées ;
  - => dans le texte français, le titre "4.3.4. Conditions relatives à la pratique d'éducateur en diabétologie" est remplacé par "5.3.4. Conditions relatives à la pratique d'éducateur en diabétologie" ;
  - => le chapitre est complété par un 5.4 ;
- l'arrêté royal du 17 décembre 2023, 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, est retiré.

Moniteur belge	Date	Titre
08.05.2024 – Édition 1	24.04.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 décembre 2010 fixant les conditions selon lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être octroyée aux dispensateurs de soins qui développent des projets relatifs à la dispensation coordonnée de soins en Belgique, <i>in casu</i> le diagnostic et le traitement de la tuberculose

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'arrêté royal du 23 décembre 2010 fixant les conditions selon lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être octroyée aux prestataires de soins qui développent des projets relatifs à la dispensation coordonnée de soins en Belgique, *in casu* le diagnostic et le traitement de la tuberculose :

- à l'article 1<sup>er</sup>, les mots "le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité" sont remplacés par les mots "le Comité de l'assurance des soins de santé"
- aux articles 1, 2, 3 et 5, les mots "prestataires de soins de santé" sont remplacés par les mots "dispensateurs de soins de santé"
- les modifications suivantes sont apportées à l'article 2 du même arrêté :
  - => au paragraphe 1, 5°, le mot "délivré" est remplacé par le mot "accordé" ;
  - => au paragraphe 2, les mots "Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique" sont remplacés par les mots "Ministre compétent pour des Affaires sociales" ;
  - => au paragraphe 3, le mot "prestations" est remplacé par les mots "prestations médicales".
- à l'article 3, le paragraphe 2 est remplacé
- à l'article 5, le paragraphe 3 est supprimé
- à l'article 6, les mots "- INAMI - Avenue de Tervuren 211, à 1150 Bruxelles," sont remplacés par les mots "- Siège de l'INAMI -".

Moniteur belge	Date	Titre
08.05.2024 – Édition 1	25.04.2024	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 modifie la réglementation de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants afin de prévoir qu'un questionnaire ne soit pas envoyé dix semaines après le début de l'incapacité primaire, qu'un premier contact physique au plus tard au cours du quatrième mois de l'incapacité primaire n'ait pas lieu et qu'une estimation des capacités restantes durant le quatrième mois de l'incapacité primaire n'ait pas lieu si l'incapacité de travail a débuté :

- pendant la période de six mois précédant le mois qui suit celui au cours duquel le titulaire atteint l'âge légal de la pension
- après le mois au cours duquel le titulaire a atteint l'âge légal de la pension.

Moniteur belge	Date	Titre
15.05.2024	05.03.2024	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 127, § 3, de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques :

- l'alinéa 1<sup>er</sup> est abrogé
- dans l'alinéa 2 ancien, devenant l'alinéa 1<sup>er</sup>, les mots "L'assurance intervient également dans le coût" sont remplacés par les mots "Par dérogation au § 1<sup>er</sup>, l'assurance intervient pour 100 % dans le coût"
- l'alinéa 6 ancien, devenant l'alinéa 5, est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
30.05.2024 - Édition 2	26.04.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, est complété par le 3<sup>o</sup>
- dans l'article 9, les mots "article 129" sont chaque fois remplacés par les mots "articles 129 et 129/1"
- dans l'article 80, § 5, les modifications suivantes sont apportées :
  - => dans l'alinéa 2, dans le texte néerlandais, les mots "af fabriek" sont remplacés par les mots "buiten bedrijf";
  - => le troisième alinéa est remplacé ;
- dans l'article 128, les mots "qui ne sont pas désignées par la lettre "S" dans la colonne "Observations" de la liste," sont insérés entre les mots "ayant une forme pharmaceutique" orale - solide", et les mots "délivrées à l'officine ouverte au public"
- un article 129/1 est inséré.

Moniteur belge	Date	Titre
17.05.2024 – Édition 1	24.04.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 30 juin 2017 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'arrêté royal du 30 juin 2017 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux :

- l'article 2, § 1, est complété par un 16°
- à l'article 2, sont insérés un 3° /1 et un 3° /2
- dans l'article 5, les modifications suivantes sont apportées :
  - => il est inséré un paragraphe 2/7 ;
  - => il est inséré un paragraphe 3/3 ;
  - => il est inséré un paragraphe 4/1 ;
- dans l'article 6, les modifications suivantes sont apportées :
  - => il est inséré un paragraphe 1/1 ;
  - => il est inséré un paragraphe 2/1 ;
  - => il est inséré un paragraphe 3/3.
- dans l'article 7 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :
  - => les mots "pour 2018 et 2019" sont remplacés par les mots "pour 2018, 2019 et 2023" ;
  - => il est inséré un article 7/1.
- il est inséré un article 8/4
- dans l'article 9, les mots "2018, 2019, 2020, 2021 et 2022" sont remplacés par les mots "2018, 2019, 2020, 2021, 2022 et 2023"
- à l'article 12 et à l'article 13, les mots "31 mars" sont remplacés par les mots "31 mai"
- dans l'article 13, les mots ", § 3/1 et § 3/2" sont remplacés par les mots ", § 3/1, § 3/2 et § 3/3".

Moniteur belge	Date	Titre
21.05.2024	21.04.2024	Arrêté royal relatif aux indemnités pour les infirmiers et aides-soignants indépendants qui (ré)intègrent le secteur des soins à domicile et pour les infirmiers qui les accompagnent

### Résumé des modifications

L'arrêté royal détermine les conditions auxquelles les infirmiers et aides-soignants indépendants qui (ré)intègrent le secteur des soins à domicile et les infirmiers qui les accompagnent doivent répondre pour obtenir les primes visées :

- une indemnité unique de 6.000 EUR pour un infirmier - (ré)intégrant et de 3.000 EUR pour un aide-soignant (ré)intégrant qui ont suivi un parcours de formation avec succès
- une indemnité unique de 7.000 EUR pour un infirmier - (ré)intégrant et de 5.250 EUR pour un aide-soignant (ré)intégrant qui ont suivi un stage pratique, après qu'ils ont suivi le parcours de formation visé à l'article 2, § 1<sup>er</sup>
- une indemnité unique aux (ré)intégrant qui restent actifs dans le secteur des soins infirmiers à domicile

- une indemnité unique de 4.000 EUR pour les accompagnateurs des (ré)intégrants après avoir accompli une formation avec succès
- une indemnité égale à 1.100 EUR aux accompagnateurs des (ré)intégrants pour l'accompagnement du (ré)intégrant pendant son stage pratique.

Moniteur belge	Date	Titre
30.05.2024 – Édition 2	12.05.2024	Arrêté royal 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

### Résumé des modifications

Cet arrêté royal introduit une troisième manière d'ouvrir le droit à l'intervention majorée de l'assurance à l'initiative de la mutualité aux isolés chômeurs depuis au moins 3 mois, aux isolés en incapacité de travail depuis au moins 3 mois et aux isolés invalides après un certain nombre de contrôles préalables par le biais de bases de données authentiques.

Outre les contrôles préalables, la nouvelle procédure d'octroi d'office de l'intervention majorée est également soumise aux mêmes contrôles *a posteriori* pour la prolongation du droit, comme cela s'applique déjà pour l'ouverture du droit à l'intervention majorée après une déclaration sur l'honneur de la personne concernée elle-même, notamment le contrôle intermédiaire pour vérifier si le statut social de chômeur ou d'incapable de travailler/invalides existe toujours, le contrôle de la composition de ménage pour vérifier si l'intéressé est toujours effectivement isolé, et le contrôle systématique pour vérifier si les revenus sont inférieurs au plafond applicable.

Moniteur belge	Date	Titre
31.05.2024	25.05.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 28 juin 2016 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour prestations dentaires

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante :

- dans l'article 5 de l'arrêté royal du 28 juin 2016 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour prestations dentaires, au premier alinéa, les mots "379536-379540, 379551-379562, 309536-309540, 309551-309562, 309610-309621, 309632-309643, 309654-309665, 309676-309680, 309691-309702, 309713-309724, 309735-309746, 309750-309761, 309573-309584, 309595-309606" sont remplacés par les mots "379536-379540, 379551-379562, 309536-309540, 309551-309562, 372816-372820, 372831-372842, 372853-372864, 372875-372886, 372890-372901, 372912-372923, 372934-372945, 372956-372960, 309573-309584, 309595-309606, 309610-309621, 309632-309643, 309654-309665, 309676-309680, 309691-309702, 309713-309724, 302654-302665, 302676-302680, 302691-302702, 302713-302724, 302735-302746, 302750-302761, 302772-302783, 302794-302805".

Moniteur belge	Date	Titre
07.06.2024	29.05.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 17 juillet 2009 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les candidats-médecins généralistes

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'arrêté royal du 17 juillet 2009 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les candidats-médecins généralistes :

- dans l'article 1<sup>er</sup>, § 2, les modifications suivantes sont apportées :
  - => au 3<sup>o</sup> les mots "visé à l'article 3 du présent arrêté" sont remplacés par les mots "visé dans le présent arrêté" ;
  - => le paragraphe est complété par les 6<sup>o</sup>, 7<sup>o</sup> et 8<sup>o</sup>.
- dans l'article 2. § 1, la phrase "L'indemnité est fixée à un montant de 27.200 EUR" est remplacée par la phrase "L'indemnité de base est fixée à un montant de 27.200 EUR."
- il est inséré un article 2/1
- dans l'article 3, le deuxième mot "indemnité" est remplacé par les mots "indemnité de base"
- il est inséré un article 3/1
- dans l'article 4, le mot "indemnité" est remplacé par les mots "indemnité de base"
- dans l'article 5, les mots "indemnité de base" sont à chaque fois remplacés par les mots "indemnité individuelle de base" et le mot "indemnités" est remplacé par les mots "indemnités de base"
- il est inséré un article 5/1
- l'article 6 est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
10.06.2024 – Édition 1	25.05.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'arrêté royal complète l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> a), 19<sup>o</sup>, 20<sup>o</sup> et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, par les 68<sup>o</sup> et 69<sup>o</sup> rédigés comme suit :

68<sup>o</sup> "Prothèse capillaire", coiffures artificielles, d'origine naturelle ou synthétique, remplaçant ou complétant une chevelure. Elles sont divisées en deux catégories :

- prothèse totale
- prothèse partielle tels que les toupets ou extensions

69<sup>o</sup> "Accessoires destinés à couvrir la tête", les couvre - chefs textiles tels que les foulards, chapeaux, bonnets, casquettes, bérets et autres types d'accessoires, qui ne sont pas nécessairement en textile mais sont utilisés dans la vie quotidienne. Ne sont pas visés, entre autres :

- casques
- accessoires de fantaisie.

Moniteur belge	Date	Titre
12.06.2024	25.05.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 30 juillet 2021 fixant la réduction des seuils d'activité en matière de rétributions ou d'interventions pour les dispensateurs de soins en ce qui concerne les années de référence 2020 et 2021 dans le cadre de la crise de COVID-19

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'intitulé de l'arrêté royal du 30 juillet 2021 fixant la réduction des seuils d'activité en matière de rétributions ou d'interventions pour les dispensateurs de soins en ce qui concerne les années de référence 2020 et 2021 dans le cadre de la crise de COVID-19 est remplacé par ce qui suit : "Arrêté royal du 30 juillet 2021 fixant la réduction des seuils d'activité en matière de rétributions ou d'interventions pour les dispensateurs de soins en ce qui concerne les années de référence 2020, 2021, 2022 et 2023 dans le cadre de la crise de COVID-19"
- dans l'article 3, l'alinéa 3, les mots "l'année de référence 2021" sont remplacés par les mots "les années de référence 2021, 2022 et 2023"
- dans l'article 5, les mots "l'année de référence 2021" sont remplacés par les mots "les années de référence 2021, 2022 et 2023".

Moniteur belge	Date	Titre
12.06.2024	02.06.2024	Arrêté royal modifiant l'article 1 <sup>er</sup> de l'arrêté royal du 19 novembre 1970 relatif au régime de pension d'invalidité des ouvriers mineurs

### Résumé des modifications

Cet arrêté royal adapte la réglementation relative à la pension d'invalidité des ouvriers mineurs afin de pouvoir tenir compte de l'augmentation de l'âge légal de la pension en Belgique, à partir de 2025 (66 ans) et à partir de 2030 (67 ans).

En ce qui concerne le lien avec la pension de retraite, la réglementation relative au régime de pension d'invalidité des ouvriers mineurs prévoit aujourd'hui que la pension d'invalidité n'est pas accordée ou cesse d'être due :

- lorsque l'intéressé est bénéficiaire d'une pension de retraite en application de l'arrêté royal n° 50 du 24 octobre 1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs salariés
- lorsque l'intéressé est âgé de 65 ans.

Afin d'éviter que l'assuré qui bénéficie d'une pension d'invalidité en tant qu'ouvrier mineur et qui prend sa pension légale de retraite lorsqu'il atteint l'âge légal de la pension (l'intéressé choisit de ne pas faire valoir ses droits à la pension légale de retraite anticipée ou ne peut pas prétendre à la pension légale de retraite anticipée) ne puisse plus bénéficier de cette pension d'invalidité pendant la période allant du mois suivant celui au cours duquel il a atteint 65 ans jusqu'au mois au cours duquel il atteint l'âge légal de la pension majoré de 66 ou 67 ans, la réglementation sera modifiée de manière à ce que la pension d'invalidité ne soit plus octroyée à partir du premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'intéressé a atteint l'âge légal de la pension en vigueur à ce moment-là.

Moniteur belge	Date	Titre
14.06.2024	25.05.2024	Arrêté royal accordant une intervention financière aux sages-femmes conventionnées et en fixant les conditions et les modalités

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal fixe les conditions, les modalités et le montant de l'intervention financière de l'INAMI pour l'année 2024. L'intervention s'élève à 975,49 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
14.06.2024	25.05.2024	Arrêté royal accordant une intervention financière aux praticiens de l'art infirmier conventionnés et en fixant les conditions et les modalités

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal accorde une intervention financière aux praticiens de l'art infirmier conventionnés et en fixant les conditions et les modalités.

Dans le cadre du budget des soins de santé 2024, un montant de 13,9 millions d'EUR est libéré que le secteur peut utiliser pour des revalorisations ciblées ou pour la poursuite d'une prime partielle de conventionnement.

La Commission de conventions choisit d'utiliser 10 millions d'EUR les années suivantes (2025 et 2026) pour poursuivre une prime de convention. Avec cette mesure, il y aura une intervention pour les praticiens de l'art infirmier qui respectent les honoraires face à la hausse des coûts de la pratique en matière de personnel, d'énergie, etc.

Le montant global prévu sera partagé entre les praticiens de l'art infirmier dans le secteur des soins ambulatoires qui répondent aux conditions d'octroi de la prime et indexé annuellement à partir de l'année 2025 conformément au régime d'indexation prévu à l'article 207*bis* de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Moniteur belge	Date	Titre
25.06.2024	02.06.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 février 2007 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des médecins

#### Résumé des modifications

Pour l'année 2024, l'intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des médecins octroyée par l'INAMI est fixée à :

- le montant de base à 142.071,09 EUR
- le montant complémentaire à 54,48 EUR par vote valable émis.

Moniteur belge	Date	Titre
27.06.2024	04.06.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 février 2017 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour les prestations de logopédie

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 1<sup>er</sup>, § 2, les mots "702015-702085, 704012-704082, 706016-706086, 708013-708083, 710010-710080 et 704115-704126" sont remplacés par les mots "700991-701002"
- à l'article 2, § 1, 2<sup>o</sup>, les mots "702015-702085, 704012-704082, 706016-706086, 708013-708083, 710010-710080 et 704115-704126" sont remplacés par les mots "700991-701002".

Moniteur belge	Date	Titre
27.06.2024	09.06.2024	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

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal modifie le ticket modérateur pour les chaussures orthopédiques. Les bénéficiaires qui relèvent de la catégorie A devront payer un ticket modérateur légèrement plus élevé, tandis que pour les catégories B et C, le ticket modérateur sera réduit. L'objectif principal est d'assurer une accessibilité et une équité maximales pour toutes les catégories de chaussures orthopédiques.

## 5. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
05.04.2024	13.03.2024	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste jointe comme annexe 1 <sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

#### Résumé des modifications

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

- le point "F.1.4 Angioplastie coronarienne transluminale percutanée" est complété par le point "F.1.4.3. Athérectomie percutanée" et par les prestations 184936-184940 et 184951-184962 et leurs modalités de remboursement
- la condition de remboursement F-§29 qui correspond à ces prestations est insérée.

Moniteur belge	Date	Titre
08.05.2024 – Édition 1	19.04.2024	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste jointe comme annexe 1 <sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

### Résumé des modifications

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

- les modifications suivantes sont apportées à la condition de remboursement F- § 09 :

  - => au point "1.6", le troisième alinéa est abrogé ;
  - => dans le texte en néerlandais, au point "3.2.1", premier alinéa, le mot "voldoet" est remplacé par le mot "voldoen" ;
  - => au point "3.2.2" aux alinéas 1<sup>er</sup> et 5, dans le texte en néerlandais, le mot "biologisch" est remplacé par le mot "biologische"
  - => au point "3.2.2", au dernier alinéa, le mot "tijdelijk" est remplacé par le mot "tijdelijke" ;
  - => le point "4.1.2" est remplacé ;
  - => dans le texte en néerlandais, au point "5.2.3", les mots "of in het toegetreden samenwerking" sont remplacés par les mots "of in de toegetreden samenwerking" ;
- les modifications suivantes sont apportées à la condition de remboursement F- § 19 :

  - => au point "2.1.1", le point d) est abrogé et le point e) ancien, devient le point d) ;
  - => le premier alinéa du point "5.1. Première implantation" est remplacé ;
  - => dans le texte en néerlandais, au point "6.2.2", premier alinéa, les mots "onder verstrekking 172491-172502 waarvoor een samenwerking" sont remplacés par les mots "onder verstrekking 172491-172502 die een samenwerking" ;
- les modifications suivantes sont apportées à la condition de remboursement F- § 25 :

  - => au point "1.2", le deuxième alinéa est abrogé ;
  - => le point "4.1.2" est remplacé ;
  - => au point "4.1.3", deuxième alinéa, les mots "dans les trente jours" sont remplacés par les mots "dans les nonante jours" ;
  - => au point "4.1.4", 4<sup>e</sup> alinéa, les mots "dans les trente jours" sont remplacés par les mots "dans les nonante jours" ;
- à la condition de remboursement F- § 29, au point "4.1. Première utilisation", les mots "Le numéro d'ordre est communiqué immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et aux personnes responsables déléguées pour la demande administrative des numéros d'ordre" sont remplacés par les mots "Le numéro d'ordre est communiqué immédiatement au médecin-conseil et aux personnes responsables déléguées pour la demande administrative et la consultation administrative des numéros d'ordre".

Moniteur belge	Date	Titre
05.04.2024	19.03.2024	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "B. Neurochirurgie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

### Résumé des modifications

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

- le point "Neurostimulateurs et accessoires" est complété par le point "B.2.8 Neurostimulateurs et accessoires en cas d'algie vasculaire de la face" et les prestations 184973-184984 ; 184995-185006 ; 185010-185021 ; 185032-185043 ; 185054-185065 ; 185076-185080 ; 185091-185102 ; 185113-185124 ; 185135-185146 ; 185150-185161 et 185172-185183 et les modalités de remboursement
- la condition de remboursement B-§14 qui correspond à ces prestations est insérée.

L'arrêté ministériel ajoute de nouvelles listes nominatives pour les prestations relatives aux neurostimulateurs, électrodes et accessoires en cas d'algie vasculaire de la face associées aux prestations 184973-184984, 184995-185006, 185010-185021, 185032-185043, 185054-185065, 185076-185080, 185091-185102, 185113-185124 et 185135-185146 aux Listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs.

Moniteur belge	Date	Titre
08.04.2024	28.03.2024	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive" de la liste jointe comme annexe 1 <sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs
13.05.2024	28.03.2024	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive" de la liste jointe comme annexe 1 <sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs. - <i>Erratum</i>

### Résumé des modifications

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

- le point "E.5. Intervention sur le foie, le pancréas ou la vésicule biliaire" est complété par le point "E.5.5. Ablation" et par les prestations 157231-157242 et 185231-185242 et leurs modalités de remboursement
- la condition de remboursement E-§14 est insérée.

Moniteur belge	Date	Titre
08.04.2024	28.03.2024	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "D. Urologie et néphrologie" de la liste jointe comme annexe 1 <sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

### Résumé des modifications

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

- le point "D.1 Rein est remplacé
- la condition de remboursement D-§10 est insérée".

Moniteur belge	Date	Titre
06.05.2024	19.04.2024	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "D. Urologie et néphrologie" de la liste jointe comme annexe 1 <sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

### Résumé des modifications

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

- au point "D.4 Prostate", les modifications suivantes sont apportées :
  - => la catégorie de remboursement de la prestation 154851-154862 est remplacée par II.D.a ;
  - => les conditions de remboursement liées à la prestations 154851-154862 sont remplacées par D-§07, D-§08 ;
  - => le libellé et les modalités de remboursement de la prestation 172675-172686 sont remplacées.

- à la condition de remboursement D-§07 à l'intitulé "Prestations liées", la prestation 172675-172686 est ajoutée
- à la condition de remboursement D-§08 à l'intitulé "Prestations liées", la prestation 154851-154862 est ajoutée
- les modifications suivantes sont apportées à la condition de remboursement D-§08 :
  - => le point "2. Critère concernant le bénéficiaire" est remplacé ;
  - => au point "3.1. Définition", dans la version néerlandaise les mots "met 3 à 4 armen" sont remplacés par les mots "met 3 of 4 armen" ;
  - => le point "4. Procédure de demande et formulaire" est remplacé ;
  - => le point "5.1. Règle de cumul et de non cumul" est remplacé ;
  - => le point "7. Divers" ancien devenant le point "8 Divers" est remplacé ;
  - => le point "7. Divers" ancien devenant le nouveau point "8 Divers" est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
10.04.2024	04.04.2024	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "I. Pneumologie et système respiratoire" de la liste jointe comme annexe 1 <sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

#### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au point 1.3. de la condition de remboursement I- § 02 du chapitre "I. Pneumologie et système respiratoire" de la Liste, jointe comme annexe 1<sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, modifiée en dernier lieu par l'arrêté ministériel du 28 mars 2024 :

- les mots "471796-471800" sont remplacés par les mots "471796-471800 ou 471892-471903"
- les mots "471730-471741 + 355036-355040" sont remplacés par les mots "471730-471741/471870-471881 + 355036-355040."

Moniteur belge	Date	Titre
19.04.2024	16.04.2024	6 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

#### Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications :

- au chapitre IV de l'annexe I de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, les paragraphes 8490000 et 11130000 sont supprimés
- à l'annexe I
- à l'annexe II, le point XXII.12 est inséré, rédigé comme suit : "Le plasma humain frais congelé viroinactivé. : Fa-25"
- à l'annexe IV, des codes ATC sont ajoutés.

Moniteur belge	Date	Titre
30.05.2024 – Édition 2	17.05.2024	5 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
10.06.2024 – Édition 1	24.05.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. - <i>Erratum</i>

### Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent les modifications à :

- l'annexe I
- l'annexe II, les modifications suivantes sont apportées :
  - => le point II.22 est inséré, rédigé comme suit : "Médicaments destinés au traitement de base de l'œsophagite à éosinophiles (OE) : B-383" ;
  - => le point VIII.38 est inséré, rédigé comme suit : "Les inhibiteurs de protéasome : Fa-26" ;
  - => le point VIII.39 est inséré, rédigé comme suit : "Médicaments destinés au traitement du myélome multiple : Fa-27" ;
  - => le point VI.1.19 est inséré, rédigé comme suit : "Les allergènes seuls ou en mélange utilisés comme désensibilisants. - Groupe de remboursement : C-12" ;
- l'annexe IV, des codes ATC sont ajoutés.

Moniteur belge	Date	Titre
20.06.2024	11.06.2024	4 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

### Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications :

- à l'annexe I
- à l'annexe IV, un code ATC est ajouté.

Moniteur belge	Date	Titre
13.05.2024	29.04.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe comme annexe 1 <sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

## Résumé des modifications

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

- au chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie", les modifications suivantes sont apportées :
  - => à la condition de remboursement C-§11, au point "5.2 Autres règles", au troisième alinéa, les mots "la date de publication" sont remplacés par les mots "la date d'entrée en vigueur" ;
  - => le point "C.1.1.4 Implant cochléaire en cas de surdité unilatérale" est remplacé ;
  - => le point "C.1.1.6 Remplacements" est remplacé ;
- au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie", les modifications suivantes sont apportées :
  - => à la condition de remboursement F-§09, les modifications suivantes sont apportées :
    - au point "4.1.1", les mots 181856-181860 sont remplacés par les mots "181856-181860, 184214-184225 ;
    - au point "5.2.5 Mesures transitoires, les mots "la date de publications" sont remplacés par les mots "la date d'entrée en vigueur" ;
  - => à la condition de remboursement F-§19, au point "6.2.2 Nombre de bénéficiaires, annuel par collaboration" au point f), les mots "la date de publication" sont remplacés par les mots "la date d'entrée en vigueur" ;
  - => au chapitre F.1.7 Assistance cardiaque, dans la version néerlandaise, le libellé de la prestation 180471 est remplacé ;
- au chapitre "G. Chirurgie vasculaire", au G.5. Matériel d'embolisation, dans la version néerlandaise, le libellé de la prestation 161490-161501 est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
15.05.2024	26.04.2024	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 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> 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 1 de l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> a), 19<sup>o</sup>, 20<sup>o</sup> et 20*bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Moniteur belge	Date	Titre
15.05.2024	03.05.2024	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "G. Chirurgie vasculaire" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

### Résumé des modifications

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

- le point "G.2 Matériel de thrombectomie ou embolectomie" est complété par les prestations 185253-185264 et 185275-185286 et leurs modalités de remboursement
- la condition de remboursement G- § 12 qui correspond aux prestations précitées est insérée.

Aux Listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, est ajoutée une nouvelle liste nominative 394 associée aux prestations 185253-185264 et 185275-185286.

Moniteur belge	Date	Titre
07.06.2024	27.05.2024	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs
16.08.2024	27.05.2024	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs. - <i>Erratum</i>

### Résumé des modifications

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

- aux Listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, est ajoutée une nouvelle liste nominative 39301 associée à la prestation 185194-185205.

Moniteur belge	Date	Titre
11.06.2024	30.05.2024	Arrêté ministériel fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés

### Résumé des modifications

L'assurance obligatoire soins de santé octroie une intervention dans les frais de voyage de 0,34 EUR par kilomètre au bénéficiaire qui se rend dans un centre de dialyse où il est en traitement et au bénéficiaire qui suit une dialyse à domicile pour les déplacements vers un centre de contrôle pour les consultations de contrôle.

L'arrêté ministériel du 24 janvier 1985 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés, les articles 20 et 21 ainsi que les annexes 53 et 54 du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 sont abrogés.

Moniteur belge	Date	Titre
11.06.2024	06.06.2024	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 <sup>er</sup> , 5° a), 19°, 20° 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 partie II, titre 1, chapitre I de l'annexe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- l'intitulé du chapitre I est remplacé par : "prothèses capillaires ou accessoires destinés à couvrir la tête"
- le paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, est remplacé par ce qui suit : "§ 1<sup>er</sup>. Les prothèses capillaires ou les accessoires destinés à couvrir la tête ne font l'objet d'une intervention que s'ils sont demandés dans le cadre du traitement d'une des indications suivantes :"
- dans le paragraphe 2, les mots "pour les prothèses capillaires" sont insérés entre les mots "L'intervention" et les mots "s'élève à"
- il est inséré un paragraphe 2/1 rédigé comme suit : "§ 2/1. L'intervention pour les accessoires destinés à couvrir la tête, pour les indications prévues dans le § 1<sup>er</sup>, 1° à 4°, s'élève à maximum 120 EUR, et un maximum de trois accessoires."
- dans le paragraphe 3, les mots "de la facture acquittée de la prothèse capillaire" sont remplacés par les mots "de toute preuve probante de paiement de la prothèse capillaire ou des accessoires destinés à couvrir la tête. Les interventions visées dans les § 2 et § 2/1 ne peuvent pas être cumulées."

- dans le paragraphe 4, les modifications suivantes sont apportées :
  - => les mots "ou pour des accessoires destinés à couvrir la tête" sont insérés entre les mots "Le renouvellement de l'intervention pour une prothèse capillaire" et les mots "peut seulement être accordé"
  - => au 2°, les mots "à compter de la date de la précédente fourniture" sont remplacés par les mots "à compter de la date de la première facture".

Moniteur belge	Date	Titre
20.06.2024	11.06.2024	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 les modifications suivantes au chapitre II de l'annexe I :

- il est inséré un §10016
- un produit radio-pharmaceutique est inséré au §10016.

Moniteur belge	Date	Titre
21.06.2024 – Édition 2	07.06.2024	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 <sup>er</sup> , 5° a), 19°, 20° 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 précisions sur les procédures de demande d'autorisation médecin-conseil, harmonise les textes repris au chapitre IV du remboursement des principes actifs dans le cadre des préparations magistrales et l'annexe A21 devient facultative pour les matières premières pour préparations magistrales et pour les dispositifs médicaux.

Moniteur belge	Date	Titre
26.06.2024	30.05.2024	Arrêté ministériel fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires suivant un traitement oncologique

#### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- l'assurance obligatoire soins de santé octroie une intervention dans les frais de voyage de 0,34 EUR par kilomètre au bénéficiaire qui se rend dans un hôpital qui dispose d'un programme de soins de base en oncologie ou d'un programme de soins en oncologie agréé conformément à l'arrêté royal du 21 mars 2003

- l'intervention est octroyée automatiquement, sur base des prestations reprises à l'annexe de l'arrêté ministériel, telles qu'elles sont reprises sur la facture hospitalière en ambulatoire. La facture indique également le site où les prestations concernées ont été effectuées
- l'intervention est octroyée en tenant compte de la distance réelle sur le territoire belge séparant sa résidence principale de l'hôpital où il est en traitement
- l'organisme assureur paie l'intervention dans un délai de trente jours suivant le paiement des prestations visées
- l'organisme assureur communique au bénéficiaire les informations relatives aux interventions payées
- le montant visé à l'article 1<sup>er</sup> est indexé annuellement au 1<sup>er</sup> janvier, et ceci pour la première fois le 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit celle de l'entrée en vigueur du présent arrêté
- l'arrêté ministériel du 6 juillet 1989 portant exécution de l'article 37, § 11, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 est abrogé.

## 6. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
05.04.2024	05.02.2024	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

### Résumé des modifications

À l'annexe du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs concernant la procédure de demande pour les prestations relatives à l'exécution d'une athérectomie rotationnelle coronaire percutanée, les formulaires F-Form-II-08 et F-Form-I-20 auxquels il est fait référence au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, sont ajoutés.

Moniteur belge	Date	Titre
05.04.2024	19.02.2024	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

### Résumé des modifications

À l'annexe du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs concernant la procédure de demande pour les prestations relatives à la stimulation occipitale en cas d'algie vasculaire de la face chronique réfractaire, le formulaire B-Form-II-06 auquel il est fait référence au chapitre "B. Neurologie" de la liste, est ajouté.

Moniteur belge	Date	Titre
10.05.2024	11.03.2024	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

#### Résumé des modifications

À l'annexe du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs concernant la procédure de demande pour les prestations relatives au remboursement après l'attribution d'un numéro de suivi, les formulaires F-Form-I-06, F-Form-I-08, F-Form-I-12, F-Form-I-13, F-Form-I-19, F-Form-II-03, F-Form-II-05, F-Form-II-07 et F-Form-II-08 aux quels il est fait référence au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, sont modifiés.

Moniteur belge	Date	Titre
10.06.2024 – Édition 1	11.03.2024	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

#### Résumé des modifications

À l'annexe du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs concernant la procédure de demande pour les prestations relatives aux clous centromédullaires magnétiques allongeables pour la distraction du tibia ou du fémur, le formulaire L-Form-II-03 auquel il est fait référence au chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la liste, est ajouté.

Moniteur belge	Date	Titre
25.06.2024	13.05.2024	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 B-Form-I-13 en version néerlandaise concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre "B. Neurologie" de la liste, est modifié.

Moniteur belge	Date	Titre
12.04.2024	11.12.2023	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
30.05.2024 – Édition 2	11.12.2023	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. - <i>Erratum</i>

### Résumé des modifications

Le règlement remplace l'annexe 93 du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Moniteur belge	Date	Titre
31.05.2024	11.12.2023	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes :

- dans l'article 23, du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est inséré un paragraphe *3bis*
- à l'article 23, du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonné le 14 juillet 1994, le § 6 est remplacé
- une annexe *57bis* est ajoutée
- les annexes 57, 90 et 91 sont remplacées.

Moniteur belge	Date	Titre
27.06.2024	13.05.2024	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes :

- l'article 6, § 1, du règlement du 28 juillet 2003 est complété par le 12° rédigé comme suit : "12° Les formulaires décrits à l'article 36, § 4, 1° et 5° de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, doivent être conformes aux modèles repris aux annexes 98a, 98b, 98c, 98d, 98e et 98f. Le formulaire de notification décrit à l'article 36, § 4, 6°, de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités doit être conforme au modèle repris à l'annexe 99."

- les annexes 98a, 98b, 98c, 98d, 98e, 98f et 99 sont ajoutées au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Moniteur belge	Date	Titre
17.04.2024	20.03.2024	Règlement remplaçant l'article 50 du règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, § 1 <sup>er</sup> , 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

Par cette modification réglementaire, les documents que la travailleuse doit transmettre à son organisme assureur dans le cadre de la demande de l'indemnisation de la mesure d'écartement du travail sont énumérés :

- l'attestation de l'employeur précisant la mesure de protection de la maternité prise à son égard ainsi que la disposition légale qui sert de fondement à la mesure précitée
- le formulaire d'évaluation de santé reprenant l'avis du conseiller en prévention-médecin du travail quant à la mesure de protection de la maternité à prendre, sauf si son organisme assureur dispose déjà dudit formulaire attestant de la nécessité de son écartement en période pré- et postnatale
- une attestation du médecin traitant précisant la date présumée de l'accouchement ainsi que si une naissance multiple est prévue ou non, en cas de mesure de protection de la maternité prise durant la période prénatale.

Moniteur belge	Date	Titre
27.06.2024	22.04.2024	Règlement fixant le modèle d'affiche pour l'affichage des tarifs par les praticiens de l'art dentaire

#### Résumé des modifications

Le règlement fixe les modèles d'affiche pour les praticiens de l'art dentaire et abroge le règlement du 11 décembre 2023 fixant le modèle d'affiche pour l'affichage des tarifs par les praticiens de l'art dentaire.

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

Moniteur belge

05.04.2024

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

#### RÈGLE INTERPRÉTATIVE 3

##### Question

Un neurostimulateur implanté en cas de "cluster headache" 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 "cluster headache" 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.

La suppression de la règle interprétative 3 entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2024.

Moniteur belge

11.04.2024

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

#### RÈGLE INTERPRÉTATIVE 46

##### Question

"Dans quelles conditions un bénéficiaire de moins de 18 ans ayant une surdité unilatérale (congénitale/acquise) entre-t-il en ligne de compte pour le remplacement de l'implant et/ou du processeur de son par dérogation à la procédure tel que mentionné au point 4.4. de la condition de remboursement C- § 01?"

##### Réponse

"L'élargissement des conditions de remboursement d'un implant cochléaire à la surdité unilatérale (congénitale/acquise) concerne la population pédiatrique. Un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans entre en ligne de compte pour le remplacement de l'implant et/ou du processeur de son par dérogation à la procédure tel que mentionné au point 4.4. de la condition de remboursement C- § 01 s'il répondait, avant implantation, à toutes les conditions visées au point 2 de la condition de remboursement C- § 01 et qu'il a été implanté avant l'âge de 18 ans."

La règle interprétative 46 produit ses effets le 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Moniteur belge
17.04.2024

**Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 25 de la nomenclature des prestations de santé**

La règle interprétative 04 est abrogée.

**RÈGLE INTERPRÉTATIVE 07****Question**

Qu'advient-il de l'immunisation lorsqu'une nouvelle intervention succède à une autre pendant la même période d'hospitalisation ?

Qu'advient-il de l'immunisation lorsque l'hospitalisation est interrompue ou que le bénéficiaire est transféré dans un autre service ?

**Réponse**

a) Lorsque pendant une même période d'hospitalisation, plusieurs interventions thérapeutiques chirurgicales ou orthopédiques ou prestations obstétricales se succèdent, chaque nouvelle intervention met fin à la période d'immunisation précédente et ouvre une nouvelle période d'immunisation de cinq jours.

Toutefois, les interventions chirurgicales lourdes, visées à l'article 25, § 2, a), 2<sup>o</sup>, 3<sup>e</sup> alinéa, de la nomenclature des prestations de santé, n'entraînent pas l'immunisation des honoraires de surveillance pendant cinq jours. (Cette règle d'exception reste d'application lorsqu'une intervention chirurgicale non visée à l'art. 25, § 2, a), 2<sup>o</sup>, 3<sup>e</sup> al., de la nomenclature précède ou suit une intervention de chirurgie lourde).

b) Il n'est pas mis fin à la période d'immunisation lorsque le bénéficiaire rentre après une interruption de l'hospitalisation de moins de 4 jours (moins de 31 jours en service K, A, T, Sp-chronique, G et Tf) et dès lors, les jours d'absence sont pris en considération pour le calcul du nombre de jours immunisés. Il en est de même pour les honoraires de surveillance : les jours d'absence sont pris en considération pour le calcul du nombre de jours de surveillance pendant l'absence, sans que cela implique le paiement des honoraires de surveillance.

Il n'est pas mis fin non plus à la période d'immunisation de cinq jours lorsqu'il est transféré d'un service à l'autre, au sein d'un même établissement hospitalier, au sein d'hôpitaux qui ont fusionné ensemble et auxquels un numéro d'agrément unique est attribué ou encore au sein d'un même groupement d'hôpitaux tel que défini par l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter. Par contre, en cas de transfert du bénéficiaire dans un établissement hospitalier autre que ceux visés ci-dessus, il faut considérer qu'une nouvelle période d'immunisation commence.

La règle interprétative 08 est abrogée.

La règle interprétative 12 est abrogée.

Les abrogations et la modification précitées produisent leurs effets le premier jour du mois qui suit celui de la publication des décisions au Moniteur belge.

Moniteur belge
----------------

17.04.2024
------------

**Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 14, I), de la nomenclature des prestations de santé.**

La règle interprétative 02 est abrogée.

L'abrogation précitée produit ses effets le premier jour du mois qui suit celui de la publication de la décision au Moniteur belge.

Moniteur belge
----------------

17.04.2024
------------

**Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 3 de la nomenclature des prestations de santé.**

La règle interprétative 05 est abrogée.

L'abrogation précitée produit ses effets le premier jour du mois qui suit celui de la publication de la décision au Moniteur belge.

Moniteur belge
----------------

08.05.2024 – Édition 1
------------------------

**Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 3 (Prestations techniques médicales) de la nomenclature des prestations de santé.**

La règle interprétative 05 est abrogée.

Cette abrogation produit ses effets le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

Moniteur belge
----------------

08.05.2024 – Édition 1
------------------------

**Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 3 (Prestations techniques médicales) de la nomenclature des prestations de santé.**

La règle interprétative 17 est abrogée.

Cette abrogation produit ses effets le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

Moniteur belge
27.06.2024

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

Question:

Dans quelle mesure une spécialité pharmaceutique à base de pemetrexed peut-elle être remboursée dans le cadre d'un traitement néoadjuvant, du carcinome pulmonaire non à petites cellules opérable de stade II chez l'adulte à haut risque de récurrence en association avec le cisplatine et le Keytruda (pembrolizumab).

Réponse:

"Si un patient de stade II bénéficie déjà d'un remboursement avec la spécialité pharmaceutique KeytrudaR 100mg et remplit les conditions de remboursement du § 8090000, pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer bronchique non à petites cellules résecable à haut risque de récurrence, initialement en association à une chimiothérapie à base de sels de platine en traitement néoadjuvant, puis poursuivi en monothérapie en traitement adjuvant, une spécialité pharmaceutique dont le principe actif est le pemetrexed peut être remboursée à condition que la spécialité pharmaceutique en question dont le principe actif est le pemetrexed ait été utilisée et facturée par l'hôpital où le patient reçoit le remboursement de KeytrudaR".

La règle interprétative précitée prend effet le 1<sup>er</sup> juillet 2024.

## 8. Avis et protocole

Moniteur belge	Date	Titre
31.05.2024	17.05.2024	Cinquième avenant à la Convention nationale du 12 décembre 2019 (HOP/2020sexies) entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs - Conseil des ministres du 17 mai 2024 - Notification point 62

### Résumé des modifications

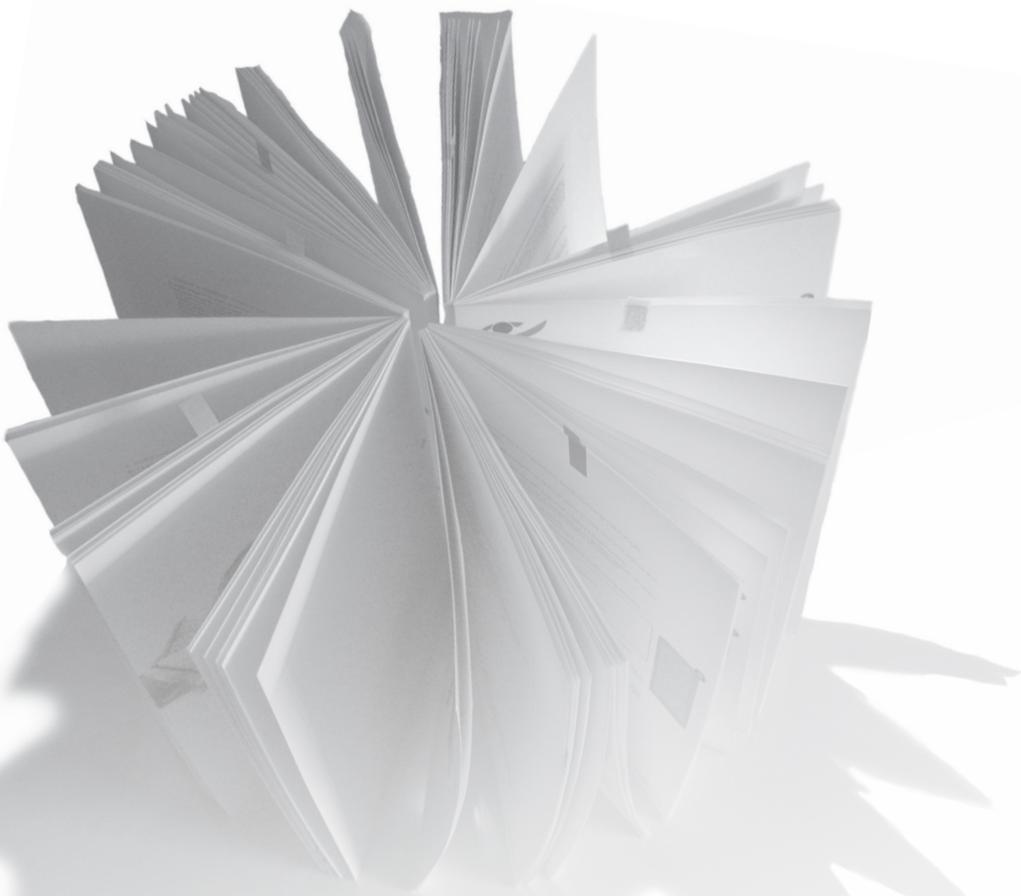
Approbation des conventions avec les prestataires de soins et les organismes assureurs, en exécution de l'article 51, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 - Conventions nationales : établissements hospitaliers.

L'avenant comprend des dispositions relatives à :

- l'adaptation de la liste des prestations en hospitalisation de jour à la suite de modifications de la nomenclature
- l'adaptation de la disposition relative à l'indexation
- l'ajout des antimycosiques et des antiviraux à la liste des médicaments éligibles à l'hospitalisation à domicile.

# 2<sup>e</sup> Partie

## Jurisprudence



# I. Cour du travail de Gand, section Gand, 8 avril 2024

## Article 100, § 1<sup>er</sup> de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 – Évaluation de l'incapacité de travail - Critères à prendre en considération - Valeur de l'expertise

*Les dispositions de l'article 100, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 précisent que le taux de réduction de la capacité de gain doit être évalué en fonction de celui d'une personne de même condition et de même formation. Par "même condition", on entend le profil intellectuel, scolaire, professionnel, social et culturel de l'assuré. L'objectif est d'éviter le déclassement social de l'assuré, en tenant compte de ces facteurs personnels.*

*Ce ne sont pas les perspectives d'emploi qui sont déterminantes pour évaluer la réduction de la capacité de gain, mais plutôt l'aptitude physique à exercer des activités.*

*L'expert est désigné en raison de sa qualité d'expert indépendant ayant pour mission de fournir des preuves scientifiques suffisantes pour étayer sa vision.*

*En ce qui concerne l'appréciation du rapport d'expertise, le tribunal du travail doit vérifier si l'expert a mené son expertise de façon approfondie et contradictoire, a tenu compte des remarques des parties, et s'il n'existe aucun élément dans le rapport susceptible de susciter un doute quant à l'avis formulé.*

... c./INAMI et S.  
A.R. 2023/RG/191

...

## 4. Bespreking

1.

De GRI besliste op 27 november 2013 dat appellant met ingang van 4 december 2013 niet langer erkend werd als arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100 § 1 van de ZIV-wet.

Door appellant werd hiertegen beroep aangetekend, maar deze procedure vond niet onmiddellijk enige verderzetting, hetgeen appellant wijt aan het feit dat eerst de procedure in verband met het arbeidsongeval van 2009 diende te worden afgehandeld.

De zaak werd in december 2018 ambtshalve weggelaten van de rol en in 2019 opnieuw ingeschreven op verzoek van appellant.

De eerste rechter stelde bij tussenvonnis eerst dr. Vanermen en vervolgens dr. Roels aan als deskundige en deze laatste adviseerde uiteindelijk dat appellant vanaf 4 december 2013 niet arbeidsongeschikt was in de zin van artikel 100 § 1 van de ZIV-wet.

Appellant kan zich daarmee niet verzoenen en heeft hoger beroep aangetekend, waarbij in hoofdorde de vernietiging wordt gevorderd van de bestreden beslissing en bijgevolg ook van het eerste vonnis, terwijl in ondergeschikte orde de aanstelling van een deskundige wordt gevorderd.

2.

Overeenkomstig artikel 100 § 1 van de ZIV-wet wordt als arbeidsongeschikt erkend de werknemer die elke werkzaamheid heeft onderbroken als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen, waarvan erkend wordt dat ze zijn verdienvermogen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon van dezelfde stand en met dezelfde opleiding kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door de betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen uitoefenen uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

Die vermindering van het vermogen tot verdienen wordt over de eerste zes maanden primaire arbeidsongeschiktheid gewaardeerd ten aanzien van het gewone beroep van de betrokkene, in zover de oorzakelijke aandoening voor een gunstig verloop of voor genezing vatbaar is binnen een tamelijk korte tijdsspanne (art. 100, § 1, 4<sup>de</sup> alinea).

Gedurende de eerste zes maanden van de arbeidsongeschiktheid wordt het verdienvermogen van de betrokkene dus beoordeeld aan de hand van het gewone beroep van de werknemer en wordt bijgevolg nagegaan in welke mate de betrokkene nog in staat is iets te verdienen in zijn eigen beroep.

Na deze zes maanden worden echter alle beroepen die een persoon van dezelfde opleiding en stand zou kunnen uitoefenen, in aanmerking genomen om het verdienvermogen te bepalen.

Uit de bepalingen van artikel 100 § 1 van de ZIV-wet blijkt dus dat de vermindering van het verdienvermogen moet getoetst worden aan dat van een persoon van dezelfde stand en met dezelfde opleiding. Onder 'dezelfde stand' wordt verstaan het intellectuele, het schoolse, het professionele, het sociale en het culturele profiel van de verzekerde. Door met deze persoonlijke factoren rekening te houden, is het de bedoeling sociale declassering van de verzekerde te vermijden (Arbh. Bergen 13.10.2011, *Inf. RIZIV* 2011, 325).

Het verdienvermogen zal worden bepaald op grond van een gepersonaliseerde analyse aan de hand van medische, persoonlijke en socio-economische factoren. De twee elementen die het profiel van de verzekerde zullen bepalen, zijn enerzijds zijn toestand en anderzijds zijn vorming. Zijn toestand zal gedetermineerd worden door de leeftijd, het geslacht, de nationaliteit, de algemene scholingsgraad, het familiaal en sociaal milieu en cultuur, terwijl bij de vorming rekening zal gehouden worden met de beroepsopleiding en het beroepsverleden (Arbh. Luik 09.09.1994, *Soc. Kron.* 1997, 178).

Om te beoordelen of de verzekerde opnieuw zal kunnen werken binnen de vroegere beroepencategorieën, mag verwacht worden dat daartoe een duidelijke meerinspanning zal worden geleverd. Het zal daarbij immers als voldoende worden beoordeeld dat de verzekerde voor 1/3 het werk aankan om hem als arbeidsongeschikt te beschouwen. Wie bijvoorbeeld (enkel) nog halftijds kan werken, is niet per definitie arbeidsongeschikt (Cass. 18.05.2015, A.R. nr. S.13.0012.F, [www.cassatie.be](http://www.cassatie.be); Arbh. Gent, afd. Brugge, 12.10.2012, *Inf. RIZIV* 2013, 223).

De arbeidsongeschiktheid dient daarbij te worden beoordeeld in functie van de werkelijk nog bestaande arbeidsongeschiktheid in plaats van in functie van de restcapaciteit die de verzekerde zou kunnen verwerven middels een adequate behandeling (Arbh. Luik 23.10.2012, *Soc. Kron.* 2013, 534).

Het zijn immers niet de tewerkstellingsvooruitzichten, maar de fysieke geschiktheid om activiteiten uit te oefenen die bepalend zullen zijn bij de evaluatie van de vermindering van het verdienvermogen (Arbh. Bergen 18.09.2008, *Inf. RIZIV* 2008, 570).

Daarbij zal een eventueel tekort aan werkgelegenheid, zijnde een sociaal risico dat gedekt wordt door de werkloosheidsreglementering, niet in aanmerking genomen worden bij de beoordeling van het al dan niet voorhanden zijn van de vereiste graad van arbeidsongeschiktheid. Aldus zullen de eventueel beperkte mogelijkheden voor de verzekerde om zich opnieuw te integreren op de arbeidsmarkt, gelet op onder meer de concurrentie, geen redenen zijn om als arbeidsongeschikt te worden erkend (Arbh. Bergen 13.07.2011, *Inf. RIZIV* 2011, 197).

Er moet wel nagegaan worden welk werkelijk bestaand beroep door de verzekerde nog kan worden uitgeoefend, in voorkomend geval door middel van de nodige aanpassingen en een geëigende wederaanpassing (Arbh. Bergen 14.04.1995, *Soc. Kron.* 1997, 301); een louter theoretische mogelijkheid zal dus niet volstaan.

Ook het enkele feit dat de verzekerde niet meer in staat is zwaar werk te verrichten in een niet gekwalificeerd beroep, volstaat niet om de graad van arbeidsongeschiktheid te verantwoorden wanneer niet onderzocht werd welke graad van arbeidsongeschiktheid ook bestaat ten aanzien van niet gekwalificeerde beroepen zonder zware arbeid (Cass. 26.02.1990, *J.T.T.* 1990, 228).

Er moet dus ook rekening worden gehouden met de mogelijkheid lichte arbeid uit te voeren (Arbh. Bergen 15.03.2002, *Inf. RIZIV* 2002, 59; Arbh. Luik, afd. Namen, 20.10.2011, *Inf. RIZIV* 2011, 327; Arbh. Antwerpen 11.12.2012, *Inf. RIZIV* 2013, 226).

Het feit dat lichte arbeidstaken al zittend kunnen worden uitgevoerd, kan bijgevolg volstaan om de arbeidsongeschiktheid niet langer te weerhouden, zelfs al zouden dergelijke functies niet in grote getallen voorhanden zijn op de arbeidsmarkt (Arbh. Luik 19.06.2003, *Inf. RIZIV* 2003, 515).

Het zal daarbij niet de taak van de deskundige of van de arbeidsgerechten zijn om de functies te bepalen die de verzekerde nog kan uitoefenen (Arbh. Gent, afd. Gent, 18.04.2005, *Inf. RIZIV* 2005, 461).

3.

Er dient te worden opgemerkt dat het de logica zelve is dat, bij discussies met betrekking tot de arbeids(on)geschiktheid van de sociaal verzekerde, beroep wordt gedaan op een onafhankelijke deskundige. De arbeidsgerechten beschikken immers niet zelf over de medische competenties om zich daarover een betrouwbaar oordeel te vormen. Een onafhankelijke deskundige moet in dat opzicht dan ook de nodige garanties bieden op een onpartijdig oordeel, aangezien hij geacht wordt een objectieve en correcte inschatting te kunnen maken van de medische toestand.

Bij de beoordeling van het verslag van de deskundige is het uiteraard niet aangewezen dat de arbeidsgerechten zich in de plaats zouden stellen van die deskundige voor wat betreft het eigenlijke medische oordeel. De arbeidsgerechten dienen wél na te gaan of de deskundige het onderzoek op een grondige, tegensprekelijke wijze gevoerd heeft en rekening heeft gehouden met de opmerkingen van de partijen, of er al dan niet elementen zijn in het verslag die twijfel zouden kunnen doen rijzen omtrent het advies.

Alhoewel het deskundigenverslag voornamelijk een advieswaarde heeft dat noch de rechter noch de partijen bindt, is het toch eerder vanzelfsprekend dat, ondanks de volstreekte vrijheid van de rechter, het advies wordt gevolgd van een vakman die werd aangeduid omwille van zijn hoedanigheid van onafhankelijke deskundige die zijn visie wetenschappelijk op afdoende wijze onderbouwt, eerder dan de visie te volgen van de raadgevend geneesheer van één der partijen die in bepaalde omstandigheden misschien iets meer moeite zal hebben om afstand te bewaren ten overstaan van zijn patiënt en van de argumenten van deze patiënt.

De medische toestand dient op objectieve wijze te worden nagegaan en niet bepaald te worden door de behandelende geneesheren die klantgebonden zijn en minder objectief in hun beoordeling. Een medisch deskundige heeft de kennis en de nodige expertise om aan de hand van zijn onderzoeken en de voorgebrachte stukken een advies te geven over de gezondheidstoestand van de betrokkene (Arbh. Gent 16.12.2013, AR nr. 2010/AG/369, *onuitg.*).

De wetenschap die geneeskunde is, is evenwel niet gebouwd op mogelijkheden, maar op waarschijnlijkheden. Vandaar dat kan worden gesteld dat een medische situatie niet onwaarschijnlijk is, maar zelden dat ze volstrekt onmogelijk is (M. VANDERWEERDT “La causalité dans l’assurance contre les maladies professionnelles”, *R.D.S.* 1995, 442-444).

De inschatting van een ongeschiktheid kan niet geldig steunen op een persoonlijke appreciatie van de betrokkene zelf, maar enkel op een evaluatie van een daartoe bevoegd geneesheer en zulks gesteund op objectiveerbare medische gronden (Arbh. Antwerpen, afd. Hasselt, 26.11.2013, AR nr. 2010/AH/372, *onuitg.*).

De gerechtelijke zekerheid wordt precies gevormd door een hoge graad van waarschijnlijkheid, zodat aan het tegendeel – dat theoretisch mogelijk blijft – niet meer ernstig hoeft te worden gedacht (J. RONSE e.a. “Schade en schadeloosstelling”, *A.P.R.* 1988, 75-76).

4.

Door de deskundige, aangesteld door de eerste rechter, werd een grondig overzicht gegeven van alle medische stukken die door appellant werden voorgelegd en voorts werd ook een grondig medisch onderzoek uitgevoerd van wervelzuil, heupen, onderste ledematen, schouders en bovenste ledematen. Er werd bijkomend ook nog een radiologisch onderzoek uitgevoerd op vraag van de deskundige.

Uit het deskundig verslag kunnen volgende relevante passages worden aangehaald:

*... (°1976) volgde een universitaire opleiding in Marokko, geen bijkomende scholing of opleiding in België. Hij was in België werkzaam als arbeider (slachthuismedewerker, inpakker). Na een arbeidsongeval in 2009 (geconsolideerd zonder BAO) was hij jarenlang verder arbeidsongeschikt in ziekteverzekering waarna verdere onbekwaamheid niet langer weerhouden werd vanaf 4 december 2013. Sindsdien is hij werkloos. Hij vermeldt diffuse gewrichtsklachten in nek, schouders, rug, rechter heup en knieën. Behandeling van de gewrichtsklachten was steeds conservatief (relatieve rust, rugschool, medicatie, infiltraties, kinesitherapie).*

*Klinisch onderzoek toont een moeizaam gangpatroon met nagenoeg onmogelijke teen- en hielgang. Bewegelijkheid van nek, schouders, rug en heupen is beperkt. Onderzoek van knieën, enkels en voeten is nagenoeg onuitvoerbaar.*

*Bijkomende beeldvorming toont gewrichtsspleetvernauwing van de rechter heup, wijzend op matige coxartrose. Beeldvorming van de hals toont laagcervicale artrose. Beeldvorming van de rug toont geen evidentie van degeneratief discuslijden.*

*... vertoont jarenlange osteo-articulaire problematiek, waarbij matig afwijkende degeneratieve veranderingen (hals, heup) resulteren in uitgesproken subjectieve klachten en dysfunctioneel onderzoek.*

*Vermelde letsels en functionele stoornissen maken dat betrokkene niet arbeidsongeschikt mag verklaard worden voor repetitief gewrichtsbelastende beroepsactiviteiten. Arbeidsongeschiktheid voor gewrichtssparende beroepsactiviteiten (beperking van heffen, tillen, langzaam gaan/staan) kan niet weerhouden worden.*

Antwoordend op de opmerkingen van appellant, heeft de deskundige daar nog het volgende aan toegevoegd:

*De opdrachtgeving omvat beoordeling van letsels en functionele stoornissen die, vanaf 4 december 2013, mogelijke arbeidsongeschiktheid van meer dan 66 % wettigen.*

*[...]*

*Hernieuwde beeldvorming toont matig degeneratieve afwijkingen van heup en nek en geen duidelijke afwijkingen van de rug. [...]*

*Beroepen met duidelijke gewrichtsbelasting (lang staan/gaan, frequent bukken, tillen) zijn tegenaangegeven, maar werkonbekwaamheid voor ongeschoolde rugsparende beroepen (bvb. sorteerder, inpakker, verkoper) kan niet weerhouden worden. Medisch is er ook geen beletsel om bureauwerk te doen waarvoor hij, door zijn universitaire studies in Marokko, theoretisch ook in aanmerking kan komen.*

*Bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid mogen economische factoren die geen invloed hebben op de geschiktheid om een betrekking te vinden uiteraard evenmin een rol spelen.*

5.

Zoals reeds hierboven aangehaald werd door de deskundige een grondig onderzoek gevoerd en werd ook een (bijkomend) radiologisch onderzoek aangevraagd, zodat de deskundige met volledige kennis van zaken een advies kon verstrekken.

Hij oordeelde dat appellant niet meer in aanmerking kwam voor arbeid die belastend zou zijn voor zijn gewrichten, maar beroepswerkzaamheden die rug- en/of gewrichtssparend zijn behoorden volgens de deskundige voor appellant zeker nog tot de mogelijkheden.

Dat appellant zélf daar niet van overtuigd is, is daarbij niet relevant. Dit betreft een medische beoordeling dewelke niet zomaar kan worden overgelaten aan het subjectieve oordeel en dito gevoelens van de betrokkene zelf, maar moet bekeken worden op grond van een objectief medisch onderzoek om te kunnen komen tot een hoge graad van waarschijnlijkheid.

Op te merken valt dat de deskundige melding maakt van *“uitgesproken subjectieve klachten en dysfunctioneel onderzoek”*. Met andere woorden, de deskundige onderkent bij appellant zéker bepaalde medische problemen die ook tot op zekere hoogte objectiveerbaar zijn, maar niet in die mate zoals deze klachten/medische problemen subjectief worden aangegeven door appellant. Dat het onderzoek in zekere mate als *disfunctioneel* wordt omschreven, zal daar uiteraard niet vreemd aan zijn.

De voor het arbeidshof noodzakelijke hoge graad van waarschijnlijkheid wordt afgeleid uit de adviezen van het deskundigenverslag en de besluitvorming van de deskundige (Cass. 14.10.1991, *De Verz.* 1992, 22), dewelke het arbeidshof dan ook bijtreedt.

Er mag bij dit alles niet uit het oog worden verloren dat de medische situatie van appellant dient te worden beoordeeld op 4 december 2013. Uiteraard is het geen sinecure om dit 10 jaar na datum nog te gaan doen, maar de deskundige was toch voldoende overtuigend.

Hij wordt daarin hoegenaamd niet weerlegd door de recente, aanvullende medische verslagen die wél een situatie van appellant schetsen eind 2023, maar die totaal niets zeggen over zijn medische situatie van 2013 en al evenmin een antwoord geven of een repliek uitmaken op het verslag van de deskundige, zodat deze verslagen dus ook niet aangeven op welk vlak de deskundige het eventueel op flagrante wijze bij het verkeerde eind zou hebben. Deze nieuwe verslagen zijn dan ook niet van aard om het arbeidshof te laten twijfelen over het advies van de deskundige, laat staan dat deze een basis zouden vormen voor de aanstelling van een andere deskundige.

*In casu* moet bijgevolg vastgesteld worden dat het onderzoek door de deskundige voldoende grondig werd gevoerd, dat zijn verslag gebaseerd is op objectieve elementen en op een gedegen situatie van het dossier. Ook de opmerkingen van de partijen heeft hij grondig beantwoord en mede in overweging genomen.

Daarbij moet het ook duidelijk zijn dat “*de (recente) familiale problematiek*”, hoe schrijnend deze ook mag zijn, niet in aanmerking mag noch kan worden genomen bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid. Artikel 100 § 1 ZIV-wet heeft het immers over ‘*letsels en functionele stoornissen*’, zodat de problematiek dan ook (enkel) vanuit dat oogpunt mag benaderd worden.

Het hoger beroep dient dan ook als ongegrond te worden afgewezen.

6.

Door geïntimeerde wordt weliswaar een rechtsplegingsvergoeding gevorderd, maar wordt deze niet cijfermatig begroot.

Behoudens wanneer een procedureakkoord omtrent de omvang van de rechtsplegingsvergoeding, dan wel een grond of verzoek tot afwijking van het basisbedrag van de rechtsplegingsvergoeding voorligt, dient de rechter ambtshalve het met toepassing van de bepalingen van het tarief rechtsplegingsvergoeding correcte basisbedrag van de rechtsplegingsvergoeding te bepalen. De rechter die op dergelijke wijze het correcte basisbedrag bepaalt, miskent niet het algemeen rechtsbeginsel betreffende de autonomie van de procespartijen in het civiele geding (Cass. 13.01.2023, *R.W. 2022-23, 1*).

De rechter is bijgevolg niet gebonden door het gebrek aan cijfermatige begroting van de rechtsplegingsvergoeding door de partijen. Ook in dat geval is de rechter verplicht om het correcte basisbedrag van de rechtsplegingsvergoeding te bepalen.

Het basisbedrag van een rechtsplegingsvergoeding voor betwistingen voor niet in geld waardeerbare vorderingen bedraagt op datum van de inberaadname (Cass. 29.04.2018, AR nr. C.17.0420.N, *juportal*) 218,67 EUR. Het is bijgevolg dit bedrag dat dient te worden weerhouden als het correcte basisbedrag van de rechtsplegingsvergoeding.

OM DEZE REDENEN

HET ARBEIDSHOF GENT, AFDELING GENT, KAMER B6,

Rechtsprekend op tegenspraak, dit na beraadslaging.

Verwerpt alle verdere, ruimere of strijdige conclusies.

Verklaart het hoger beroep van de heer ... ontvankelijk, maar ongegrond.

Bevestigt het bestreden vonnis van 20 juli 2023 van de arbeidsrechtbank Gent, afdeling Sint-Niklaas, kamer S4, in de zaak met AR nr. 19/633/A.

...

## II. Cour du travail de Mons, 19 juin 2024

### Article 100, §1<sup>er</sup> loi coordonnée le 14 juillet 1994 – Reconnaissance de l'incapacité de travail – État antérieur – Capacité de gain

1. *Il appartient à l'assuré social présentant un handicap ou une affection congénitale ou encore certaines prédispositions, **de prouver sa réelle insertion sur le marché du travail** et non la preuve d'essais de mise au travail qui se sont révélés non concluants pour démontrer l'existence d'une capacité de gain initiale au sens de l'article 100, § 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités.*
2. *L'appréciation de l'existence d'une aptitude au travail avant l'entrée sur le marché du travail se fonde sur l'entrée effective ou présumée sur "le marché du travail" et sur l'examen, après cette date d'entrée sur le "marché du travail", d'exécution par l'assuré social de prestations de travail conséquentes ainsi que sur des éléments médicaux circonstanciés démontrant que la survenance du moment de l'aggravation invalidante de son état est postérieure à l'époque de l'entrée sur le "marché du travail". Cela indique que corrélativement, l'assuré social a présenté une capacité de gain suffisante entre le moment de son entrée sur ledit marché du travail, et celui où l'affection est devenue invalidante.*
3. *En l'espèce, à défaut de prestations de travail probantes d'une capacité initiale de gain, l'assuré social ne démontre pas par les seules contestations de son médecin-traitant qu'il possédait une capacité de gain suffisante au moment de son entrée sur le marché du travail.*

INAMI c./...

N° de rôle 2023/AM/91

...

## 5 – Discussion

### 5-1 Disposition applicable et principes

Selon l'article 100, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 : "*Est reconnu incapable de travailler au sens de la présente loi coordonnée, le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle*".

S'agissant de personnes présentant un handicap ou une affection congénitale ou encore certaines prédispositions, mais qui ont effectivement exercé un emploi en s'insérant sur le marché du travail, qu'il soit général ou restreint, on doit considérer qu'elles ont bien eu, lors de leur entrée sur le dit marché du travail, une véritable capacité de gain qui a donné lieu, entre autres conséquences, au paiement ou à la perception de cotisations dans le régime de sécurité sociale.

Ainsi, apparaît en tel cas un fait que l'on doit considérer comme irréfutable : l'insertion avec toutes les incidences qui en découlent et, en particulier, la reconnaissance implicite d'une capacité effective à exécuter un travail dans le circuit économique à un moment donné, et l'obligation corrélative, lorsqu'une incapacité survient, d'examiner la situation médicale dans sa globalité, en ce compris ce qui a trait à ce que l'on nomme "l'état antérieur", sans qu'il puisse être question d'axer l'examen médical sur l'existence ou non d'une "aggravation" au moment ou à partir de la date litigieuse reprise dans la décision de fin d'incapacité (voir en ce sens, C.T. Mons, sixième Ch., 10.01.1997, jurisprudence de Liège, Mons et Bruxelles, 1997/495 – également cité dans jurisprudence de Liège, Mons et Bruxelles, 1999/1552).

Ce raisonnement, n'est néanmoins valable que pour les personnes présentant ce genre de "prédispositions" qui ont effectivement travaillé sur le marché de l'emploi.

Néanmoins, la jurisprudence exige des personnes présentant un handicap ou une affection congénitale, la preuve d'une réelle insertion sur le marché du travail et non la preuve d'essais de mise au travail qui se sont révélés non concluants.

À cet effet, il a été jugé que de courtes périodes d'emploi dans le cadre d'un travail intérimaire ne constituaient pas la preuve d'une capacité de gain préalable et suffisante sur le marché du travail régulier (C.T. Anvers 26.04.2005, Bull. INAMI, 2005/4, p. 457 ; C.T. Liège, section Neufchâteau, 03.06.2008, Bull. INAMI, 2008/4, p. 578 ; voyez aussi S. HOSTAUX, *Le droit à l'assurance soins de santé et indemnités*, Larcier 2009, p. 260).

En revanche, des périodes de travail suffisamment importantes que pour permettre l'admission au bénéfice des allocations de chômage ont été considérées comme une preuve suffisante d'une capacité de gain (C.T. Bruxelles 31.03.2010, R.G. 2008/AB/51.596 et 2008/AB/51.621, www.terralaboris.be ; C.T. Mons (5<sup>e</sup> Ch.) 03.12.2020, R.G. 2019/AM/410 ; C.T. Bruxelles 06.10.2022, R.G. 2020/AB/603, www.terralaboris.be).

D'autre part, le bénéfice d'allocations de chômage n'établit pas davantage, en soi, l'aptitude au travail. L'octroi d'allocations de chômage requiert d'être apte au travail selon les critères de l'assurance maladie, mais cette condition n'est pas contrôlée systématiquement à l'entrée du chômage. L'accomplissement d'une période de chômage ne suffit donc pas à démontrer qu'on était apte au travail (P. PALSTERMAN, *L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale : approche transversale, chronique de droit social*, 2004, p. 311 ; P. PALSTERMAN, *l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, la problématique de l'état antérieur dans l'octroi d'indemnités d'assurance maladie (régime des travailleurs salariés) dans Regards croisés sur la sécurité sociale*, C.U.P. 2012, p. 902).

Enfin, la circonstance que l'intéressé bénéficie d'une allocation de remplacement de revenus est sans incidence. L'article 2, § 1 de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées contient une notion assez proche de celle posée par l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, mais n'exige toutefois ni une cessation d'activité ni la preuve d'un lien entre cette cessation et une aggravation des lésions (C.T. Bruxelles 31.03.2010, R.G. 2008/AB/51.596 et 2008/AB/51.621, www.terralaboris.be).

Pour apprécier l'existence d'une aptitude au travail avant l'entrée sur le marché du travail, on considère qu'il s'impose (Voir en ce sens : C.T. Mons, 4<sup>e</sup> Ch., 03.03.2010, www.juridat.be ; C.T. Mons, 4<sup>e</sup> Ch., 18.04.2018, R.G. 2018/AM/57, www.terralaboris.be) :

- de déterminer avec précision l'époque à prendre en considération, c'est-à-dire l'entrée effective ou présumée sur ce que l'on désigne communément "le marché du travail"

- d'examiner si, après cette date d'entrée sur "le marché du travail", l'intéressé a :
  - => soit apporté la démonstration de l'exécution par ses soins de prestations de travail conséquentes
  - => soit apporté la démonstration par des éléments médicaux circonstanciés que la survenance du moment de l'aggravation invalidante de son état est postérieure à l'époque de l'entrée sur "le marché du travail" et que, corrélativement, il a présenté une capacité suffisante entre le moment de son entrée sur ledit marché de l'emploi, et celui où l'affection est devenue invalidante.

S'agissant en l'espèce d'une matière relevant d'une législation d'ordre public, il ne pourrait en outre se concevoir qu'une situation médicale non conforme aux principes d'intervention de l'assurance maladie-invalidité puisse indéfiniment se maintenir au profit d'un assuré social car il n'existe pas en droit belge de droit pour l'assuré social à voir se perpétuer indéfiniment à son profit les effets d'une décision erronée (Cass., 03.05.1993, J.T.T. 1994, p. 8 ; C.T. Mons 26.04.2006, R.G. 19.623).

Il a cependant été jugé qu'en remettant en cause neuf ans plus tard la réalité de la capacité initiale, ainsi que l'aggravation ayant entériné la prise en charge de l'assuré social, par l'assurance obligatoire indemnités, l'INAMI commettait une faute parce qu'il alourdissait la charge de la preuve de manière inconsidérée (C.T. Bruxelles, 21.12.2006, R.R.D. 2006, p. 371).

Si cette faute ne peut entraîner réparation en soi, en l'absence d'un lien causal entre cette faute et un éventuel dommage, l'INAMI ne sollicitant pas la récupération des indemnités versées pour le passé, il convient de tenir compte de cette circonstance dans l'appréciation de la pertinence des documents médicaux produits contredisant le rapport de l'INAMI (T.T. Tournai, section de Tournai, 25.10.2011, R.G. n° 00/285513/A).

Si elle ne constitue pas un droit acquis, la reconnaissance d'un état d'incapacité pendant de longues années, crée une forme de présomption que les conditions ont été correctement appréciées à l'époque. En l'absence d'amélioration de l'état de santé, il appartient à l'auteur de la décision d'apporter la preuve du caractère erroné de la décision initiale, et donc de ce que la cessation des activités, à l'époque, ne trouvait pas sa cause dans une aggravation de l'état de santé. Il appartient certes à l'assuré social d'apporter la preuve de son incapacité de travail au moment où il sollicite le bénéfice des prestations, mais on ne saurait lui imposer aussi lui imposer aussi de rassembler lui-même les données permettant d'apprécier sa capacité de gain parfois des années auparavant. Dans la pratique, la question de la preuve se résoudra souvent par une expertise judiciaire, basée elle-même sur le dossier médical détenu par l'organe assureur (P. PALSTERMAN, *L'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, la problématique de l'état antérieur dans l'octroi d'indemnités d'assurance maladie, régime des travailleurs salariés, dans Regards croisés sur la sécurité sociale, op. cit, p. 905*).

S'agissant enfin de l'aspect ayant trait à l'expertise judiciaire, on relèvera à ce sujet ce qui suit :

- l'article 962, alinéa 4, du Code judiciaire dispose que "le juge n'est point tenu de suivre l'avis des experts, si sa conviction s'y oppose"
- le juge apprécie en fait la valeur probante des constatations faites par les experts et le fondement des griefs formulés par les parties contre celles-ci. Les faits constatés par l'expert ne sont pas revêtus d'un caractère authentique et le juge peut en apprécier l'exactitude (Cass. 07.05.2009, Pas. 2009, I, p. 1108 ; H. BOULARBAH, M. PHILIPPET, M. STASSIN, *État actuel de la procédure civile d'expertise dans Théorie et pratique de l'expertise civile et pénale, CUP, Anthemis 2017, p. 101, n° 80 citant Cass. 21.01.2011, Pas. 2011, p. 284*)

- si le juge n'est pas astreint de suivre l'avis de l'expert si sa conviction s'y oppose, son pouvoir d'appréciation souverain est, cependant, limité par l'obligation qu'il a de justifier les motifs pour lesquels il entend rejeter les conclusions d'un rapport
- en effet, il apparaît difficile pour un juge de justifier sa décision d'écarter le rapport de l'expert au profit de l'avis divergent du conseil technique d'une partie – fût-il des plus renommés – sans au moins en exposer les raisons qui ressortent d'éléments internes au rapport et, plus particulièrement du constat de défaillances ou de manquements qui en fragilisent le crédit (*conclusions de l'Avocat général GENICOT précédent l'arrêt de la C. cass. du 14.10.2019, S.18.0120.F, www.juportal.be*)
- l'article 984 du Code judiciaire, modifié par l'article 23 de la loi du 15 mai 2007, dispose que : "*si le juge ne trouve pas dans le rapport les éclaircissements suffisants, il peut ordonner soit la réalisation d'une expertise complémentaire par le même expert, soit la réalisation d'une nouvelle expertise par un autre expert. Le nouvel expert peut demander à l'expert précédemment nommé les renseignements qu'il jugera utiles*".

## 5-2 Le cas d'espèce

Sur le plan strictement juridique, il est entendu que la condition du *début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels* exigée par l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée par un arrêté royal du 14 juillet 1994, *n'est pas remplie*.

Certes, la consécration d'un état antérieur par une juridiction du travail a pour conséquence, *non seulement* d'exclure définitivement la personne concernée du régime de l'assurance-maladie invalidité, *mais aussi* de rendre indisponible sur le marché de l'emploi au sens de la réglementation du chômage, *voire* de lui interdire d'envisager la signature d'un contrat d'intégration dans le cadre de la loi du 26 mai 2022 concernant le droit à l'intégration sociale. Néanmoins, il y a lieu en telle hypothèse d'orienter la personne concernée vers le régime des prestations aux personnes handicapées.

...

- si la période exacte au cours de laquelle cette formation a été suivie demeure incertaine (*2010-2011, selon le rapport du Dr ... de l'INAMI ou 2012-2013, selon les conclusions de cet institut ou le rapport de l'expert*), il apparaît des éléments du dossier que la remise en cause de l'existence d'une capacité de gain résulte des constatations recueillies par le médecin inspecteur de l'INAMI le Dr ..., lors de son examen du 10 mars 2020, où il a pu entendre l'assuré ainsi que sa mère (*pièce 7 du dossier de l'auditorat du travail du Hainaut, division de Mons*)
- selon les termes de ce rapport : "*... La maladie a débuté à l'âge de 18 ans, pendant sa formation en mécanique en promotion sociale (2010-2011), il n'a pas pu terminer. Perte de 20 kg en 2 semaines. Vomissements, n'arrivait pas à manger ni boire. On lui a dit qu'il avait eu un gros stress, qu'il était hypocondriaque, il s'inquiétait pour tout. Il ne sortait plus de la maison, il s'enfermait. Cela a duré 6-7 ans, il ne sortait plus de chez lui sauf s'il était accompagné. Sa famille, essentiellement sa mère, l'a pris en charge. Sa mère dit qu'il a toujours eu du mal de se concentrer depuis qu'il est petit. Il a par exemple du mal à regarder un film en entier. Sa mère dit qu'il ne savait pas rester en place. Il a bénéficié de séances de logopédie pendant un ou deux ans quand il était en primaires car il confondait les lettres. Il n'y a pas eu de consultation spécialisée pour le manque de concentration. Pas d'hospitalisation dans l'enfance et l'adolescence. Sa mère lui donnait du Sédinal. Sur interpellation, sa mère déclare que dès l'âge de 19 ans, il ne savait pas sortir seul, il avait l'impression que les gens le regardaient et qu'ils se moquaient de lui. Selon sa mère, il n'aurait pas pu travailler à cause de cela. Le problème a commencé assez brutalement vers ses 19 ans, sa mère a dû aller le rechercher chez ses grands-parents. Il n'a pas de cause identifiée. Après cela, il faisait régulièrement appel au médecin traitant (Dr ...) car il avait des symptômes somatiques : estomac, douleur abdominale. Sa première hospitalisation date de juillet 2019, il a été amené par sa famille à l'hôpital car agressivité et violence physique, propos délirants. Il a été colloque. Diagnostic : décompensation psychiatrique"*

- même si les conclusions du rapport de l'expert ... comportent quelques inexactitudes chronologiques, probablement dues aux incertitudes sur la période exacte au cours de laquelle la formation en technologie pratique automobile a été suivie, force est de constater que ce dernier confirme dans ses conclusions, l'analyse du médecin inspecteur de l'INAMI selon lequel Monsieur ... n'a jamais eu de capacité de gain. Et il ne semble pas incohérent d'asseoir la conviction d'une absence initiale de capacité de gain sur les déclarations de la mère de l'intéressé qui l'a pris en charge et côtoyé quotidiennement et donc d'une révision d'une décision de reconnaissance erronée de l'incapacité de travail depuis le 13 janvier 2014
- à défaut de prestations de travail probantes d'une capacité initiale de gain, Monsieur ... ne démontre pas par les seules contestations de son médecin traitant, le Docteur ... qu'il possédait une capacité de gain au moment de son entrée sur le marché du travail.

Il y a lieu de déclarer l'appel fondé et d'entériner les conclusions du rapport de l'expert ... et par conséquent de confirmer la décision prise le 26 juin 2020 par le Conseil médical de l'invalidité.

PAR CES MOTIFS,  
LA COUR DU TRAVAIL,

Statuant contractoirement,

Vu la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire, notamment l'article 24 ;

Vu l'avis écrit *conforme* déposé par Monsieur le Substitut Général ..., auquel il a été répliqué,

Déclare l'appel recevable et fondé,

Réforme le jugement déféré,

Entérine les conclusions du rapport de l'expert ... rendu en premier degré, et confirme par conséquent la décision prise le 26 juin 2020 par le Conseil médical de l'invalidité,

...

## III. Cour du travail de Mons, 5 septembre 2024

LS-Conditions de reconnaissance de l'I.T. Article 100, § 1<sup>er</sup>  
(LC 94); Procédure judiciaire Expertise

*1. Il appartient à la partie contestant les conclusions du rapport de l'expert de démontrer que ce dernier a commis une erreur.*

*2. L'erreur commise peut relever du fait que l'expert n'a pas tenu compte de tous les éléments de fait ou relever du fait que l'expert n'a pas donné à l'ensemble des éléments de fait dont il dispose, une portée adéquate (excessive ou erronée).*

*3. Le juge, disposant des éléments de fait, peut trancher en toute connaissance de cause. L'expert ne lui donnant qu'un avis, il n'est pas tenu de le suivre.*

*4. En effet, le juge n'est pas astreint de suivre l'avis de l'expert si sa conviction s'y oppose. Son pouvoir d'appréciation souverain est toutefois limité par l'obligation qu'il a de justifier les motifs pour lesquels il entend rejeter les conclusions d'un rapport d'expertise.*

*5. La dénonciation anonyme ne peut être retenue comme étant un élément déterminant dans l'évaluation de l'état d'incapacité de travail de l'intéressé dans le chef du médecin du service des indemnités membre du Conseil médical de l'invalidité ni de la part de l'expert car les examens réalisés avec objectivité.*

... c./INAMI

N° de rôle : 2023/AM/298

...

## 5. Discussion

Lorsque le juge a recours aux lumières d'un expert en vue de départager les opinions divergentes des parties, c'est parce qu'il ne dispose pas des éléments pour statuer lui-même ou parce qu'il ne possède pas les compétences requises.

Il convient en conséquence de faire confiance à l'expert *sauf* s'il est démontré que ce dernier a commis une erreur :

- soit en ne tenant pas compte de tous les éléments de fait (*la contestation porte alors, par ex., sur le plan strictement médical lorsque comme, en l'espèce, l'expert désigné est un médecin ; s'il est fait droit à la contestation, le recours à un second expert ou à un complément d'expertise s'imposera généralement*)
- soit en donnant à ces éléments de fait une portée excessive ou erronée dans un sens ou dans l'autre (*en ce cas, le juge dispose des éléments de fait et peut trancher en toute connaissance de cause, l'expert ne lui donnant qu'un avis qu'il n'est pas tenu de suivre*).

Selon l'enseignement de la Cour de cassation, la circonstance qu'une partie n'a, à l'époque de l'expertise, fait part à l'expert d'aucune observation pertinente, n'a pas pour conséquence de la priver ultérieurement du droit de soumettre à l'appréciation des juges ses griefs concernant le rapport d'expertise (voir Cass. 17.02.1984, PAS. I, p. 704) ; il faut, mais il suffit, que la partie qui sollicite l'écartement de l'expertise, le remplacement d'un expert, une expertise complémentaire, la désignation d'un autre expert, ou une décision judiciaire s'écartant sur le fond des conclusions de l'expert, rapporte la preuve qu'il pourrait effectivement être porté atteinte à ses droits si on lui interdisait de produire des éléments médicaux de nature à modifier les conclusions de l'expert (voir en ce sens "Traité de l'expertise en toutes matières", volume I, Paul Lurquin, Bruylant 1985, n° 184 in fine, p. 176).

Dans son arrêt précité du 17 février 1984, la Cour suprême a encore considéré que "le juge apprécie en fait s'il est suffisamment éclairé par l'expertise et les autres éléments de la cause pour statuer sur les griefs formulés (même) postérieurement au rapport de l'expert".

Conformément à ce qu'à rappelé la Cour de cassation dans un arrêt subséquent du 14 octobre 2019 (S.18.0102.F/3) :

- en vertu de l'article 962, alinéa 1<sup>er</sup>, du Code judiciaire, le juge peut, en vue de la solution d'un litige porté devant lui, charger des experts de procéder à des constatations ou de donner un avis d'ordre technique
- cet article dispose, en son alinéa 4, qu'il n'est point tenu de suivre l'avis des experts *si sa conviction s'y oppose*
- il en résulte qu'il appartient au juge du fond d'apprécier *en fait* la valeur probante d'un rapport d'expertise
- en restreignant sa liberté d'appréciation de la valeur probante d'un rapport d'expertise au cas où celui-ci est affecté d'une erreur, l'arrêt attaqué viole l'article 962, alinéa 4, du code judiciaire.

Si le juge n'est pas astreint de suivre l'avis de l'expert, si sa conviction s'y oppose, son pouvoir d'appréciation souverain est cependant limité par l'obligation qu'il a de justifier les motifs pour lesquels il entend rejeter les conclusions d'un rapport, car il apparaît en effet difficile pour un juge de justifier sa décision d'écarter le rapport de l'expert au profit de l'avis divergent du conseil technique d'une partie – fût-il des plus renommés – sans au moins en exposer les raisons qui ressortent d'éléments internes au rapport et, plus particulièrement du constat de défaillances ou de manquements qui en fragilisent le crédit (*conclusions de l'avocat général GENICOT précédant l'arrêt de la Cour de cassation du 14.10.2019, R.G. S.18.0102.F, www.juportal.be*).

Il ressort de l'exposé de la cause du litige, ainsi que des éléments du dossier, tels que rappelés par le Ministère public dans son avis écrit, que :

- monsieur ... a été examiné par le conseil médical de l'invalidité de l'INAMI, suite à une dénonciation anonyme adressée le 18 mars 2021 à ses services, pour un travail non autorisé en période d'invalidité, libellé comme suit : "je viens vers vous car je donne vous informer que Monsieur ... est depuis 3 ans en arrêt de travail il était salarié de la grande surface ... apparemment il serait en incapacité de travail suite à des douleurs lombaires. Il a 3 ans acquiert une maison dans laquelle il y avait de gros travaux de rénovation donc porte de charges lourdes avec preuves à l'appui photos et autres. Je ne comprends pas qu'on puisse continue à verser des indemnités d'incapacité de travail pour ces douleurs avec que chez lui ça ne lui pose aucun problème de soulever, porter ou déplacer des charges lourdes ... pourriez-vous me diriger vers un service en charge de cette fraude. Merci bien à vous Envoyé de mon iPhone."
- contrairement à ce que prétend Monsieur ... cet élément n'a pas été déterminant dans l'évaluation de son état d'incapacité, ni pour les membres du Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI, ni pour l'expert

- le Docteur ... du Conseil médical de l'invalidité a procédé à un examen médical détaillé le 29 avril 2021 montrant une bonne mobilité de la colonne lombaire, une marche aux trois modes sans boîtiers, et une absence d'atrophie du membre inférieur déclarée présenter des signes de sciatalgie avec douleur au mollet et pied gauche. On notait néanmoins un lasègue et flip test positif à gauche mais sans déficit
- les rapports reçus, notamment ceux des Docteur ... ont bien été examinés et commentés, ainsi que l'INAMI le rappelle dans ses conclusions déposées au greffe de la Cour, le 22 février 2024
- il en est de même de l'expert qui précise à la page 5 de son rapport préliminaire ce qui suit : *"Les documents communiqués confirment un accident de travail le 3 juillet 2017 et non en 2018 comme premièrement déclaré. L'I.T.T. a été prise en charge par AXA du 3 juillet au 5 août 2017 avec consolidation sans séquelle (A4-1 à 4-2). Depuis lors, il déclare la persistance d'une douleur fessière gauche avec irradiation dans le membre inférieur gauche (sciatalgie SI gauche). De nombreux examens ont été pratiqués qui n'ont pas apporté d'explication claire à ce phénomène. Les CT scans et IRMs lombaires ont cependant démontré l'absence de conflit disco-radulaire. Les examens cliniques démontrent l'absence de déficit moteur et d'amyotrophie. L'examen clinique pratiqué par l'expert le 10 mars 2022 a démontré : Absence de déficit moteur ; Absence d'amyotrophie ; Réflexes normaux ; Douleurs à la palpation du massif fessier gauche. Fin 2021, Monsieur ... déclare l'apparition d'un engourdissement de l'extrémité de tous les doigts. À l'heure actuelle, les bilans neurologiques n'ont pas démontré d'explication."*
- Le certificat médical du Docteur ... du 23 octobre 2023 ne comporte aucune critique à l'égard de l'expertise ni aucun moyen nouveau. Il se contente de décrire une situation à la date de son examen, dont l'expert a eu connaissance.

Comme l'expertise aboutit à des conclusions aussi circonstanciées que pertinentes au terme d'un processus ayant respecté le principe du contradictoire, la présente juridiction ne pourra que procéder à leur entérinement, et ce d'autant qu'aucun élément ne permet de dire que sa conviction s'y opposerait.

PAR CES MOTIFS,  
LA COUR DU TRAVAIL,

Statuant contradictoirement,

Vu la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire, notamment l'article 24 ;

Vu l'avis écrit conforme déposé par Monsieur le Substitut Général ..., auquel il n'a pas été répliqué,

Déclare l'appel recevable, mais dépourvu de fondement et confirme le jugement déféré, en ce compris ce qui a trait aux frais et dépens du premier degré,

...

## IV. Cour d'appel de Liège, 3 juillet 2024

*Dans un premier temps, le juge d'appel a examiné le critère du préjudice anormal et a décidé que les complications survenues n'auraient pas pu être évitées. Cependant, en ce qui concerne l'état du patient, la Cour a estimé que les complications ou récidives n'étaient pas censées se produire et qu'il existait donc un préjudice anormal. En ce qui concerne le critère de gravité, le juge décide que les conditions d'intervention du FAM ne sont pas remplies. Aussi, la Cour a annulé le jugement contesté et rejeté l'action des défendeurs.*

R.G. 2019/RG/324  
INAMI c./...

...

### II. 2. Sur le fondement de l'appel

#### II. 2. 1. RAPPORT DE L'EXPERT DÉSIGNÉ PAR LE FAM ET AVIS RENDU PAR LE FONDS

1.

À la suite de la demande d'avis introduite par ... le ... 2013, le FAM a organisé une expertise contradictoire sur le fondement de l'article 17, § 2, de la loi du 31 mars 2010, et désigné en qualité d'expert le professeur ... neuropasychiatre et neurophysiologiste, ainsi que le docteur ... en qualité de sappeur, afin de diligenter les travaux de l'expertise.

L'expert ... a clôturé son expertise par un rapport du 24 novembre 2016, aux termes duquel il précise, s'agissant des complications port-opératoires rencontrées par ..., que :

(...)

6) *L'évolution post-opératoire indique que la décompression résultant de la foraminectomie L4-L5 et L5-S1 pratiquée le samedi .../2010 a, dans un 1<sup>er</sup> temps, été favorable avec diminution significative de la douleur au membre inférieur gauche (Rapport d'hospitalisation rédigé par le Dr ... en date du .../2010) ;*

7) *Le pseudo-méningocèle qui est apparu le samedi .../2010 et qui est diagnostiqué le mardi .../2010 est une complication connue quoique rare de ce type d'intervention (son incidence est de 3,5 à 16 % de toutes les interventions chirurgicales rachidiennes confondues) et la prise en charge de cette complication semble avoir été correcte ;*

8) *Motivée par l'existence d'un pseudo-méningocèle douloureux et invalidant, une intervention a été pratiquée par le Dr ... le vendredi .../2010 au cours de laquelle un petit fragment discal a été enlevé au niveau du disque L5-S1 au départ duquel une discite s'est secondairement développée ;*

9) *La discite évoquée le .../2010 (son incidence est de 0,3 à 1,5 % des hernies opérées) n'a cependant été confirmée que le .../2010 et un traitement antibiotique est administré pour une durée de plusieurs mois ;*

10) *Monsieur ... a donc été victime de deux complications rares (pseudo-méningocèle et discite) dont l'enchaînement est exceptionnel, sa fréquence de survenue étant impossible à évaluer en raison du manque de données dans l'indication qui nous occupe.*

Après avoir évalué le dommage temporaire de ... et avoir fixé la consolidation à la date du ... 2012, le professeur ... évalue le préjudice permanent comme suit : incapacité personnelle permanente de 25 % "en raison d'une atteinte à la charnière lombo-sacrée avec lésions disco-ligamentaires documentées qui sont responsables d'une atteinte sciatique S1 gauche invalidante", préjudice esthétique permanent inférieur à 1/7, compte tenu d'une boiterie quasi permanente du membre inférieur gauche.

2.

Le Fonds a transmis son avis par courrier du 16 mars 2017.

Il conclut en substance à l'absence de toute faute en lien avec le dommage allégué dans le chef du prestataire de soins et à l'absence d'accident médical sans responsabilité au motif que le dommage subi par ... ne pouvait être considéré comme anormal au sens de la loi.

## II. 2. 2. SUR LES CONDITIONS POSÉES À L'INTERVENTION DU FAM

1.

En vertu de l'article 4, 1<sup>o</sup>, de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, le Fonds indemnise la victime ou ses ayants droit conformément au droit commun lorsque le dommage trouve sa cause dans un accident médical sans responsabilité, pour autant que le dommage réponde à l'une des conditions de gravité prévues à l'article 5.

L'article 2, 7<sup>o</sup>, de la loi du 31 mars 2010 définit l'accident médical sans responsabilité comme étant "un accident lié à une prestation de soins de santé, qui n'engage pas la responsabilité d'un prestataire de soins, qui ne résulte pas de l'état du patient et qui entraîne pour le patient un dommage anormal", lequel est celui qui "n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible".

Suivant les travaux préparatoires, l'objectif de la loi du 31 mars 2010 est "d'indemniser les dommages résultant de soins de santé, que ceux-ci trouvent leur origine dans la responsabilité d'un prestataire ou dans ce que l'on appelle communément un *aléa thérapeutique*. Néanmoins, en raison de la difficulté de traduction de ce terme en néerlandais, il a été opté pour le terme *d'accident médical sans responsabilité*"<sup>1</sup>. Le rapport fait au nom de la commission de la santé publique, de l'environnement et du renouveau de la société précise, s'agissant de la définition des accidents médicaux sans responsabilité, que "l'exposé des motifs indique qu'on vise une traduction du concept d'aléa thérapeutique. Cette notion exprime bien en français ce qu'elle vise. La traduction en néerlandais paraît toutefois imprécise (...) Le mot '*ongeval*' est trop lié à une erreur humaine. Il faut clairement spécifier, au moins au cours des travaux préparatoires, que ce n'est pas cette erreur humaine qui est visée, mais le malheur, la malchance, la mauvaise fortune"<sup>2</sup>.

2.

L'appelant fait grief au jugement entrepris d'avoir considéré que le dommage subi par ... était anormal et grave au sens de la loi du 31 mars 2010.

### 2.1. Sur l'existence d'un dommage anormal

2.1.1.

Deux critères alternatifs<sup>3</sup> permettent de conclure à l'existence d'un dommage anormal : l'état actuel de la science ou l'état du patient et son évolution objectivement prévisible. La loi ne contient aucune autre précision quant au dommage "qui n'aurait pas dû se produire" au regard de ces critères, lesquels ne sont pas davantage précisés.

1. Exposé des motifs, *Doc. Parl.*, Ch. Repr., sess. 2009-2010, n° 52-2240/001, p. 22.

2. Rapport fait au nom de la commission, *Doc. Parl.*, Ch. Repr., sess. 2009-2010, n° 52-2240/006, p. 22.

3. Exposé des motifs, *Doc. Parl.*, Ch. Repr., sess. 2009-2010, n° 52-2240/001, pp. 24-26; C. const., 30.11.2017, arrêt n° 136/2017.

Aux termes de l'exposé des motifs, "ces critères peuvent être commentés comme suit :

- a. *L'état actuel de la science* : si en l'état actuel des connaissances, le dommage avait pu être évité, il devra être considéré comme anormal, puisqu'un prestataire correctement au fait de l'état de la science aurait pu prendre les mesures adéquates pour éviter qu'il se produise. Il importe de préciser que l'état de la science doit être apprécié au moment où la prestation de soins est posée. Le comportement du prestataire ne peut en effet être jugé sur la base de connaissances qui n'existaient pas au moment où il a posé l'acte.
- b. *L'état du patient et son évolution objectivement prévisible* : le dommage est également anormal lorsque le dommage n'est pas dû à la situation particulière du patient, déterminée en fonction de ses antécédents, de ses prédispositions particulières telle que son âge, ses capacités physiques, mais aussi de la pathologie pour laquelle la prestation de soins est posée, d'une autre pathologie, ou encore du traitement donné pour traiter cette dernière, etc ..., à la date de la prestation de soins de santé incriminée ou à l'aggravation 'naturelle' parce que prévisible et inévitable, de son état de santé initial. Le caractère normal ou non du dommage doit donc être apprécié en fonction de l'état de santé général du patient, et de ce que l'on peut raisonnablement prévoir comme évolution de celui-ci. Le décès ou un dommage grave causé à un patient en parfaite santé sera ainsi en principe plus facilement considéré comme anormal que le même dommage qui surviendrait chez un patient dont l'état de santé général est faible et déjà détérioré. Il s'agit d'une condition qui devra être appréciée au cas par cas en fonction du type de dommage allégué et des indications relatives à l'état de santé du patient".

#### 2.1.2.

En l'espèce, il ne ressort d'aucun élément soumis à l'appréciation de la cour, et il n'est d'ailleurs pas soutenu, que la survenance d'un pseudo-méningocèle ou d'une spondylodiscite dans les suites d'une cure de canal lombaire rétréci par hémi-laminectomie pouvait être évitée en l'état des connaissances scientifiques, appréhendé à son niveau le plus élevé<sup>4</sup>, tel qu'il existait au moment où ... a subi ces interventions, soit respectivement en .../2010.

Le pseudo-méningocèle et la spondylodiscite dont a souffert ... et les conséquences préjudiciables qui en ont résulté ne peuvent dès lors être considérés comme étant un dommage anormal par application du critère de l'état de la science.

#### 2.1.3.

Quand au second critère, il convient de se référer aux conséquences normales, appréciées à l'aune de ce qui est probable, attendu ou redouté, de l'état de santé particulier de ... et de son évolution objectivement prévisible.

La mesure de l'anormalité ou non des conséquences dommageables d'un accident médical est représentée par le pronostic général de l'état de santé du patient concerné et non par des statistiques abstraites de risques ; ces conséquences sont anormales lorsqu'il existe une démesure entre la réalité de ce qui survient et ce qu'il est raisonnable d'espérer ou de craindre compte tenu de cet état de santé particulier et de son évolution<sup>5</sup>.

Le fait qu'une conséquence dommageable soit connue, référencée dans la littérature médicale et s'inscrive dans les risques liés à une prestation de soins de santé ne suffit pas à la considérer comme un dommage "normal" qui échapperait au champ d'application de la loi. Encore faut-il qu'elle corresponde à la réalisation d'un risque dont il peut être raisonnablement considéré compte tenu de la situation particulière du patient qu'il devait se produire, et non d'un risque résultant simplement de l'aléa thérapeutique.

4. Cette référence au niveau le plus élevé de l'état actuel de la science ressort des travaux préparatoires (voy. Exposé des motifs, *Doc. Parl.*, Ch. Repr., sess. 2009-2010, n° 52-2240/001, pp. 24-26 ; C. cont., 30.11.2017, arrêt n° 136/2017, pt. B.8.).

5. Voy. Q. Alaluf, "L'accident médical sans responsabilité et le dommage anormal" in I. Lutte, *États généraux du droit médical et du dommage corporel*, 2<sup>e</sup> éd., Anthémis, 2018, pp. 219 et s. et les réf. Citées.

Quand aux complications rencontrées par ..., les parties s'opposent sur la question de savoir s'il convient d'apprécier la "normalité" de la survenance de chacune d'entre elles et de leurs conséquences préjudiciables distinctement, ou s'il convient de s'interroger sur la normalité de leur enchaînement.

Cette discussion ne présente en l'espèce pas d'intérêt dans la mesure où, contrairement à ce que soutient le Fonds, chacune de ces complications est constitutive d'un dommage anormal au sens de la loi du 31 mars 2010, dès lors que :

- s'agissant du pseudo-méningocèle
  - => le taux d'occurrence de cette complication dans les suites d'une intervention rachidienne est de 3,5 à 16 % de toutes les interventions rachidiennes confondues
  - => se référant à la littérature médicale, le Fonds indique qu'une résorption spontanée du pseudo-méningocèle peut survenir, mais qu'il peut toutefois s'avérer nécessaire de procéder à un colmatage de la brèche de la dure-mère et à des ponctions de liquide céphalo-rachidien avant d'observer sa résorption, sans que le taux de résorption spontanée ou la résorption instrumentalisée soit précisé
  - => en l'espèce, le pseudo-méningocèle dont a souffert ... ne s'est pas résorbé spontanément, ce qui a nécessité de procéder chirurgicalement au colmatage de la brèche de la dure-mère. Malgré cette intervention, le pseudo-méningocèle a récidivé, nécessitant des ponctions répétées de liquide céphalo-rachidien pendant plus d'un mois<sup>6</sup> ainsi qu'une nouvelle hospitalisation de ...<sup>7</sup>
  - => aucun élément ne permet de considérer que ... devait raisonnablement, compte tenu de sa situation particulière, s'attendre à subir un pseudo-méningocèle, nécessitant une nouvelle intervention chirurgicale pour colmater la brèche de dure-mère, ainsi qu'une récurrence de pseudo-méningocèle nécessitant des ponctions pendant plusieurs semaines.
- s'agissant de la spondylodiscite
  - => le taux d'occurrence de cette complication est de 0,3 à 1,5 % des hernies opérées, le tabagisme étant un facteur de risque
  - => cette complication nécessite un traitement par antibiothérapie d'une durée de six à douze semaines<sup>8</sup>.  
Se référant à la littérature médicale, le Fonds indique quant aux conséquences habituelles de la discite, qu' "une fois que l'antibiothérapie est administrée, l'évolution est régulièrement favorable, la douleur régresse et les anomalies radiologiques s'estompent dans les 3 à 6 mois en moyenne"<sup>9</sup>
  - => en l'espèce, la spondylodiscite dont a souffert ... a été traitée par antibiothérapie pendant plusieurs mois, la décision étant prise le ... 2011 de poursuivre ce traitement débuté fin ... 2010<sup>10</sup>, ce qui a permis une diminution progressive du syndrome inflammatoire. À la suite de cette complication, le disque intervertébral L5-S1 a cependant quasiment disparu, entraînant un frottement des vertèbres L5 et S1 et un endommagement des facettes articulaires<sup>11</sup>

6. Rapport d'expertise du professeur ... p.1 – pièce 1 du dossier des intimés.

7. Avis du FAM, p. 3, pièce 1.2. du dossier de l'appelant.

8. Rapport d'expertise du professeur ... p. 20 – pièce 1 du dossier des intimés.

9. Avis du FAM, p. 18.

10. Avis du FAM, p. 3.

11. Avis du FAM, p. 19.

=> même s'il se situait dans la tranche haute du risque de survenance de cette complication en raison d'un tabagisme important, la probabilité pour ... d'être confronté à une discite de mourait objectivement extrêmement faible, tandis qu'aucun élément ne permet de considérer qu'il devait raisonnablement, en considération de sa situation particulière, s'attendre à souffrir d'une spondylodiscite nécessitant une antibiothérapie de plus de cinq mois et en trainant, nonobstant l'instauration rapide de ce traitement, une disparition quasi complète du disque intervertébral infecté.

## 2.2. Existence d'un dommage grave

En vertu de l'article 5 de la loi du 31 mars 2010, le dommage est suffisamment grave lorsqu'une des conditions suivantes est remplie :

- 1° le patient subit une invalidité permanente d'un taux égal ou supérieur à 25 % ;
- 2° le patient subit une incapacité temporaire de travail au moins durant six mois ou six mois non consécutifs sur une durée de douze mois ;
- 3° le dommage occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient ;
- 4° le patient est décédé.

Les parties s'opposent quant à la gravité du dommage subi par ...

Se référant au rapport de l'expert ..., les intimés invoquent une incapacité personnelle permanente d'un taux égal ou supérieur à 25 % (art. 5, 1°) ainsi que des troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence de ... (art. 5, 3°), critères dont le Fonds conteste qu'ils soient rencontrés.

- Invalidité permanente d'un taux égal ou supérieur à 25 %

Au terme de son expertise, le professeur ... énonce que :

*(...) Se basant sur ses propres observations & constatations personnelles, sur les considérations médicales des médecins-conseils des parties & du médecin sapiteur du FAM ainsi que sur l'ensemble des éléments résultant de l'analyse approfondie du dossier médical de monsieur ... l'Expert retient qu'en conséquence des interventions pratiquées par le Dr ... (médecin spécialiste traitant de monsieur ...) il persiste chez celui-ci une atteinte de la charnière lombo-sacrée avec lésions disco-ligamentaires responsables d'une atteinte sciatique S1 gauche invalidante.*

*Ces séquelles sont stabilisées et consolidables à la date du ....2012 qui correspond au moment où fut constaté l'échec de la dernière tentative d'améliorer le dommage en relation avec les complications présentées par monsieur ...*

*Se basant sur le guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique, l'Expert retient que ces séquelles correspondent respectivement aux articles 42-2-b (45 % au max.) et 2-3-a (25 % au max) et, compte tenu de l'état antérieur (10 %), celles-ci entraînent une IPP de 25 % à la date de consolidation qui est le ....2012<sup>12</sup>.*

Le dommage dont la gravité doit être appréciée pour déterminer si le seuil fixé par l'article 5, 1°, de la loi est atteint est celui qui trouve sa cause dans une prestation de soins de santé et qui découle de l'accident médical sans responsabilité dont ... a été la victime, à l'exclusion des conséquences dommageables de la pathologie dont il souffrait préalablement à la prestation de soins litigieuse et qui auraient en toute hypothèse été subies en son absence ainsi que des conséquences préjudiciables d'éventuelles autres pathologies.

En l'espèce, il n'est pas contestable que ... présentait un état antérieur important dès lors :

- qu'il ressort du rapport d'expertise du professeur ... qu'il souffrait depuis plus d'un an et demi de douleurs au membre inférieur gauche, lesquelles n'étaient pas soulagées par les médicaments anti-inflammatoires et antalgiques classiques et qu'il avait déjà été traité au centre de la douleur en 2009
- qu'il s'était présenté au service des urgences du ... le ... 2010 pour des douleurs avec endormissement du membre inférieur gauche, et qu'à l'issue d'une consultation du ... 2010, le docteur ... a diagnostiqué un canal lombaire étroit en L3-L4 et en L4-L5, ainsi qu'une sténose foraminale L5-S1 gauche<sup>13</sup>
- qu'une intervention neurochirurgicale consistant en une cure de canal lombaire étroit par hémilaminectomie gauche L4-L5 et L5-S1 a été pratiquée, sans que l'indication opératoire soit discutée.

Aux termes de son rapport, le professeur ... tout en énonçant péremptoirement tenir compte de cet état antérieur qu'il fixe à 10 %, précise ne "pas partager l'opinion du docteur ..., médecin conseil du docteur ..., lorsqu'il affirme qu'il est essentiel d'opérer une ventilation entre d'une part les séquelles résultant de l'accident médical sans responsabilité et d'autre part les séquelles résultant de l'examen médical sans responsabilité et d'autre part qui résultent de l'état antérieur du patient, de l'évolution normale de la pathologie"<sup>14</sup>, ce qui pourtant s'imposait à lui et aurait nécessairement abouti à la réduction du taux d'incapacité personnelle permanente retenu sous le seuil des 25 %.

Il appert par ailleurs du guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique que les articles 42-2-b et 2-3-a auxquels l'expert ... se réfère pour fixer le taux d'incapacité personnelle permanente de ... se rapportent respectivement à :

- "une situation clinique et radiologique exceptionnellement sévère du rachis lombaire et charnière thoraco-lombaire et lombo-sacrée", pour laquelle le guide préconise un taux d'incapacité allant jusqu'à 25 % (et non 45 % comme erronément mentionné par l'expert ...)
- et à une "paralysie sciatique totale (lésion complète)", pour laquelle le guide préconise un taux d'incapacité de 45 % (et non 25 % comme indiqué par l'expert ...)

Ce qui ne correspond pas à l'état séquellaire de ... tel qu'il ressort des travaux d'expertise, après exclusion de son état antérieur.

Invité lors de la réunion d'expertise du ... 2015 à préciser les troubles et symptômes qu'il présentait à cette date, ... a en effet indiqué "ma jambe gauche s'endort ... je dois prendre du METATOP ... je ne dors pas bien ... j'ai une douleur 24h/24 qui part du dos et ça va jusqu'au pied gauche ... j'ai des fourmillements à la jambe gauche mais j'ai aussi des fourmillements dans la jambe droite, je ne sais plus rien faire ...", tout en précisant participer aux tâches ménagères, fréquenter ses amis et les membres de sa famille et faire parfois des promenades et des exercices d'assouplissement pour calmer la douleur, ajoutant que "selon lui, la situation clinique actuelle est globalement inchangée par rapport à celle qui prévalait lors du début de la période litigieuse qui commence le ... 2010"<sup>15</sup>, soit avant la survenance des deux complications litigieuses.

Il ressort enfin des protocoles d'imagerie médicale reproduits dans le rapport du docteur ... du ... 2021<sup>16</sup> que deux scanners réalisés en mars et mai 2014, soit avant la première séance d'expertise du professeur ... ont mis en évidence une "impaction nucléaire au niveau du plancher de L3" ainsi qu'une "fracture en compression avec dépression du plateau inférieur de L3", sans que ces événements et leur incidence sur la situation clinique de ... soient mentionnés et analysés dans le cours de l'expertise.

13. Avis du FAM, p. 2, note subpaginale 3.

14. Rapport d'expertise du professeur ... p.18.

15. Rapport d'expertise du professeur ..., p. 2.

16. Pièce I.4. du dossier du FAM, p. 8.

L'avis émis par l'expert ... quant au taux d'incapacité permanente de 25 % qu'il retient n'apparaît pas être le reflet d'un travail précis, scientifiquement documenté et objectif ; l'examen de son rapport ne permet pas de comprendre la démarche qu'il a suivie et d'y trouver une justification de ses conclusions.

Aucun autre élément soumis à l'appréciation de la cour ne permet de considérer que ... aurait conservé, des suites du pseudo-méningocèle et de la spondylodiscite, à l'exclusion des troubles dont il souffrait au préalable et de leur évolution naturelle, une incapacité personnelle permanente d'un taux équivalent ou supérieur à 25 %.

Il peut en revanche être relevé que le médecin-conseil de ... a indiqué, en réponse à l'avis provisoire de l'expert ..., qu' "en termes d'incapacité personnelle permanente, si le taux proposé par l'Expert à 25 % me paraît correct, je pense qu'il faut considérer qu'une partie, que j'estimerai à 10 %, n'est pas liée aux accidents médicaux présentés mais à l'état antérieur"<sup>17</sup>.

Les intimés restent en défaut d'établir que le dommage résultant de l'accident médical sans responsabilité dont a été victime ... aurait entraîné dans son chef une incapacité personnelle permanente d'un taux égal ou supérieur à 25 %.

En l'absence de tout élément accréditant la thèse d'une incapacité personnelle permanente résultant des seules complications subies suite aux interventions pratiquées les ... 2010 et ... 2010 atteignant le seuil de gravité fixé par l'article 5, 1<sup>o</sup>, de la loi du 31 mars 2010, compte tenu de l'état antérieur dégénératif de ... et de la survenance de son décès rendant impossible tout examen complémentaire, il n'y a pas lieu de désigner un expert judiciaire avec pour mission de déterminer le taux de l'incapacité personnelle permanente qu'il a subie en lien avec ces complications.

- Troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence de ...

La loi du 31 mars 2010 ne précise pas la notion de "troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence du patient".

Suivant l'exposé des motifs, le critère prévu à l'article 5, 3<sup>o</sup>, de la loi est *un critère qualitatif, qui vient nuancer les deux critères quantitatifs ci-dessus. Il s'agit ici de tenir compte des dommages qui ont un impact grave et important dans la vie de la victime, sans pour autant rencontrer l'une des deux premières conditions.*

*Il s'agit de tenir compte de l'impact "situationnel" du déficit fonctionnel, qui varie avec les conditions de vie de la victime (ex. retentissements relationnels, sensoriels, sportif, familiaux). Ce critère devra faire l'objet d'une appréciation individuelle, dès lors que par définition, cela variera en fonction des conditions d'existence de la victime. Cela vise donc tant la vie privée que la vie professionnelle. Il est cependant exigé que les troubles présentent un caractère de particulière gravité. Ce critère n'a pas pour objectif d'indemniser tous les dommages qui n'atteignent pas un des deux seuils visés aux points 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup>. Néanmoins, il doit être possible d'intervenir, pour des dommages qui, sans répondre aux deux critères de quantification du dommage relatifs à l'invalidité permanente ou à l'incapacité temporaire totale, affectant la victime avec une gravité telle qu'une absence d'indemnisation serait contraire à l'esprit de la présente loi<sup>18</sup>.*

En l'espèce, si les problèmes lombaires rencontrés par ... ont incontestablement troublé son existence, aucun élément soumis à l'appréciation de la cour ne permet de considérer que les seuls pseudo-méningocèle et spondylodiscite seraient à l'origine de troubles graves,

- le pseudo-méningocèle diagnostiqué en ... 2010 ayant finalement évolué favorablement pour disparaître le ... 2010 au plus tard<sup>19</sup>, sans qu'il apparaisse qu'il aurait engendré la moindre séquelle permanente, le FAM exposant d'ailleurs sans être contredit que tel n'était pas le cas

17. Rapport d'expertise du professeur ..., p. 16.

18. Exposé des motifs, Doc. Parl., Ch. Repr., sess. 2009-2010, n° 52-2240/001, pp. 39-40.

19. Avis du FAM, p. 3, renvoyant au rapport d'hospitalisation du ... 2010, non produit aux débats, pièce I.2. du dossier de l'appelant.

- le syndrome inflammatoire lié à la spondylodiscite ayant diminué progressivement avec l'antibiothérapie, et l'atteinte du disque intervertébral résultant de la spondylodiscite ayant donné lieu à une situation clinique décrite par ... comme étant "globalement inchangée par rapport à celle qui prévalait fin ... 2010", soit avant cette atteinte.

3.

Il suit des considérations qui précèdent que les conditions d'intervention du Fonds ne sont pas rencontrées en l'espèce. L'appel est fondé ; le jugement entrepris sera informé.

...

Tous autres moyens invoqués par les parties s'avèrent, au vu des motifs qui précèdent, non pertinents.

PAR CES MOTIFS,

Vu l'article 24 de la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire,

LA COUR, statuant contradictoirement,

Donne acte à ... de leur reprise d'instance,

Reçoit l'appel, le dit fondé,

Réformant le jugement entrepris,

Dit la demande formée par ... à l'encontre du Fonds des accidents médicaux – INAMI, recevable, mais non fondée,

...



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



## I. Article 37, § 19, de la loi du 14 juillet 1994

### Intervention majorée – Revenus bruts imposable – Logique fiscale

Question n° 2183 posée le 12 juin 2023 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante DEPOORTER<sup>1</sup>

L'article 37, § 19 de la loi SSI (loi du 14.07.1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités) fait référence aux revenus bruts imposables pour l'octroi de l'intervention majorée. Ces revenus bruts imposables s'entendent comme suit : "Par revenus bruts imposables, il faut entendre le montant des revenus tels qu'ils sont fixés en matière d'impôts sur les revenus avant toute déduction."

Cependant, on pourrait faire valoir que pour cette assurance obligatoire et en particulier pour l'intervention majorée, on ne prend pas les revenus bruts mais les revenus nets comme point de référence. Ce faisant, on ne tiendrait pas compte de ce que les citoyens gagneraient théoriquement, mais du montant dont ils disposent effectivement.

1. Vos services peuvent-ils indiquer pourquoi, comme prévu dans la loi, les revenus bruts imposables ont été choisis ?
2. Existe-t-il selon vous une piste permettant de prendre les revenus nets/le montant net comme base de référence au lieu des revenus bruts imposables ?
3. Si cette piste existe : quels sont les arguments pour et contre ?

### Réponse

Pour l'octroi de l'intervention majorée de l'assurance après enquête sur les revenus par la mutualité, il est en effet tenu compte des revenus bruts imposables du ménage : à savoir, les revenus susceptibles d'être pris en compte dans la base imposable, même si en réalité, ils ne sont pas imposés pour l'une ou l'autre raison. Il s'agit également de revenus bruts, c'est-à-dire des revenus tels qu'ils sont fixés avant toute déduction, réduction, exonération ou immunisation.

Le choix a été fait de suivre la réglementation fiscale, car de cette manière, les données sur les revenus peuvent être vérifiées.

Prévoir des dérogations aux notions fiscales réduit les possibilités d'automatisation du droit à l'intervention majorée, ce qui est important dans le contexte de l'octroi de droits aux groupes de population vulnérables dans le cadre de la lutte contre le non-recours.

1. Bulletin n° 134, Chambre, session ordinaire 2023-2024, p. 359.

Ces dérogations entraînent également des difficultés en termes de preuve et de contrôle ; il est en effet difficile pour l'administration qui octroie le droit de vérifier l'exactitude des données si l'octroi du droit est basé sur le revenu net.

Par ailleurs, la logique fiscale ne correspond pas toujours à la logique sociale, c'est pourquoi le législateur a choisi de prendre en compte les revenus bruts, à savoir le montant des revenus tels qu'ils sont fixés en matière d'impôt sur le revenu, avant toute déduction, réduction, exonération ou immunisation. Les revenus peuvent être exonérés d'impôt, par exemple pour soutenir une politique d'emploi (dont l'exonération des rémunérations versées ou octroyées en exécution du contrat de travail flexi-job) ou sur la base d'une convention fiscale internationale, ce qui est spécifique à la finalité du droit fiscal, mais n'est pas en tant que tel lié à la finalité de la condition de revenus dans le cadre de l'intervention majorée.

Certaines déductions sont aussi des "choix" du contribuable (dons, épargne-pension, etc.) qui selon nous, ne devraient pas être pris en compte et qui, en outre, ne sont pas toujours possibles pour le public cible de l'intervention majorée.

Dès lors, si les revenus nets devaient être pris en compte dans le cadre de l'intervention majorée, cela impliquerait que, lors de la détermination des revenus, il faudrait tenir compte de mécanismes fiscaux qui ne s'inscrivent pas dans la logique de l'intervention majorée : par exemple, il serait tenu compte des revenus exonérés spécifiques à la finalité du droit fiscal.

## II. Fonds retour au travail

### Contribution versée par l'employeur – Indexation – Évaluation intermédiaire

Question n° 2619 posée le 4 avril 2024 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Monsieur le Représentant VAN DER DONCKT<sup>1</sup>

La loi-programme du 26 décembre 2022 a posé la base légale pour l'instauration du Fonds Retour au Travail (ReAT). Après un licenciement pour cause de force majeure médicale, l'employeur devra à l'avenir verser 1.800 EUR dans ce Fonds ReAT.

Si ce montant est maintenu sans tenir compte de l'inflation, cela signifie que la valeur de l'encadrement proposé aux travailleurs malades diminue *de facto*, et que la qualité de l'accompagnement de carrière que les prestataires de services peuvent fournir pour ce prix risque d'en pâtir.

Est-il exact que ce montant n'est pas indexé ? Dans l'affirmative, avez-vous l'intention d'y remédier ?

### Réponse

La mesure du Fonds Retour au Travail (ReAT) est une mesure budgétairement neutre pour le gouvernement. Concrètement, le chèque d'accompagnement sera financé par la contribution versée par l'employeur en cas de rupture de contrat de travail pour cause de force majeure médicale. Le montant du chèque ne pourra donc être adapté que si le montant de cette contribution est adapté. La fixation de ce montant est une composante de la loi du 5 septembre 2001 visant à améliorer le taux d'emploi des travailleurs.

Comme vous le savez – si j'en crois votre autre question – cette contribution obligatoire remplace l'ancienne offre obligatoire de reclassement professionnel. Or, cette offre était à peine utilisée et il était impossible de vérifier si l'employeur avait effectivement fait une offre.

Le montant de cette ancienne offre de reclassement professionnel (et donc de la contribution actuelle) a toujours été un élément de la concertation "accord interprofessionnel" (AIP).

Après une première évaluation intermédiaire de l'utilisation et du fonctionnement du nouveau fonds ReAT, le gouvernement alors en fonction pourra proposer aux partenaires sociaux d'examiner le montant de la contribution.

1. Bulletin n° 134, Chambre, session ordinaire 2023-2024, p. 384.

## III. Fonds retour au travail

### Communication - Suivi proactif – Politique de responsabilisation

Question n° 2620 posée le 4 avril 2024 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Monsieur le Représentant VAN DER DONCKT<sup>1</sup>

La loi-programme du 26 décembre 2022 constitue la base légale de la mise en place du Fonds Retour Au Travail. Après un licenciement pour cause de force majeure médicale, l'employeur devra, à l'avenir, verser 1.800 EUR dans ce Fonds. Cette disposition remplace la mesure obligeant l'employeur à proposer un reclassement professionnel d'une valeur de 1.800 EUR en cas de licenciement pour cause de force majeure médicale. Le nouveau régime entrera en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> avril 2024.

Nous comprenons partiellement les motivations de la modification de la réglementation. Le fait que les fonds inutilisés puissent être également versés à d'autres personnes invalides, par exemple, constitue selon nous une amélioration. Nous constatons toutefois que cette réforme entraîne aussi une série de problèmes.

1. Le travailleur licencié bénéficie à présent d'un délai de six mois, au lieu de quatre semaines, pour profiter de l'offre d'accompagnement de carrière. À cela s'ajoute que le gouvernement a étendu à neuf mois le délai de licenciement pour cause de force majeure médicale. Nous savons qu'il est crucial d'agir rapidement pour réduire l'obstacle à l'emploi des personnes en incapacité de travail. Pourquoi avez-vous choisi d'introduire cette période de six mois ?

2. L'on n'a pas beaucoup recouru au reclassement professionnel consécutif à la force majeure médicale. Toutefois, nous observons que le nouveau régime est toujours facultatif et l'on n'a pas vraiment abaissé le seuil d'utilisation de ce nouveau régime.

a) Le travailleur ne reçoit plus d'offre de la part de l'employeur, mais c'est à lui de demander un bon d'échange auprès de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, puis de rechercher un accompagnement. La liberté de choix dont bénéficie la personne malade en est ainsi certainement renforcée, mais il en va de même pour les obstacles menant à l'accompagnement. Comment comptez-vous réduire ces obstacles ? De quelles manières concrètes une personne malade est-elle informée, après son licenciement pour cause de force majeure médicale, de son droit à l'accompagnement et des manières dont elle peut chercher un accompagnement ?

b) L'efficacité de cette mesure pourrait être renforcée en obligeant une partie du groupe-cible à suivre un reclassement professionnel ou un accompagnement équivalent (sauf, bien entendu, si la capacité de travail fait désormais défaut). Qu'en pensez-vous ? Ne pensez-vous pas qu'il est préférable de confier davantage l'accompagnement vers un nouvel employeur à des prestataires privés, spécialisés dans l'accompagnement vers d'autres employeurs, au lieu de se concentrer sur l'accompagnement assuré par les mutuelles ?

1. Bulletin n° 134, Chambre, session ordinaire 2023-2024, p. 385.

## Réponse

Le fonds ReAT n'est que l'une des mesures disponibles dans le cadre de l'accompagnement vers le travail pour les personnes ayant des problèmes de santé. Je serais heureux d'énumérer encore une fois les autres mesures, mais je suis convaincu que vous connaissez maintenant les réformes et innovations que j'ai mises en place dans ce domaine. Parallèlement à l'élaboration des mesures, nous avons aussi développé, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024, une politique proactive qui débute par le questionnaire à dix semaines, un premier contact physique à quatre mois, un deuxième à sept mois et un troisième à onze mois au cours de la première année d'incapacité de travail.

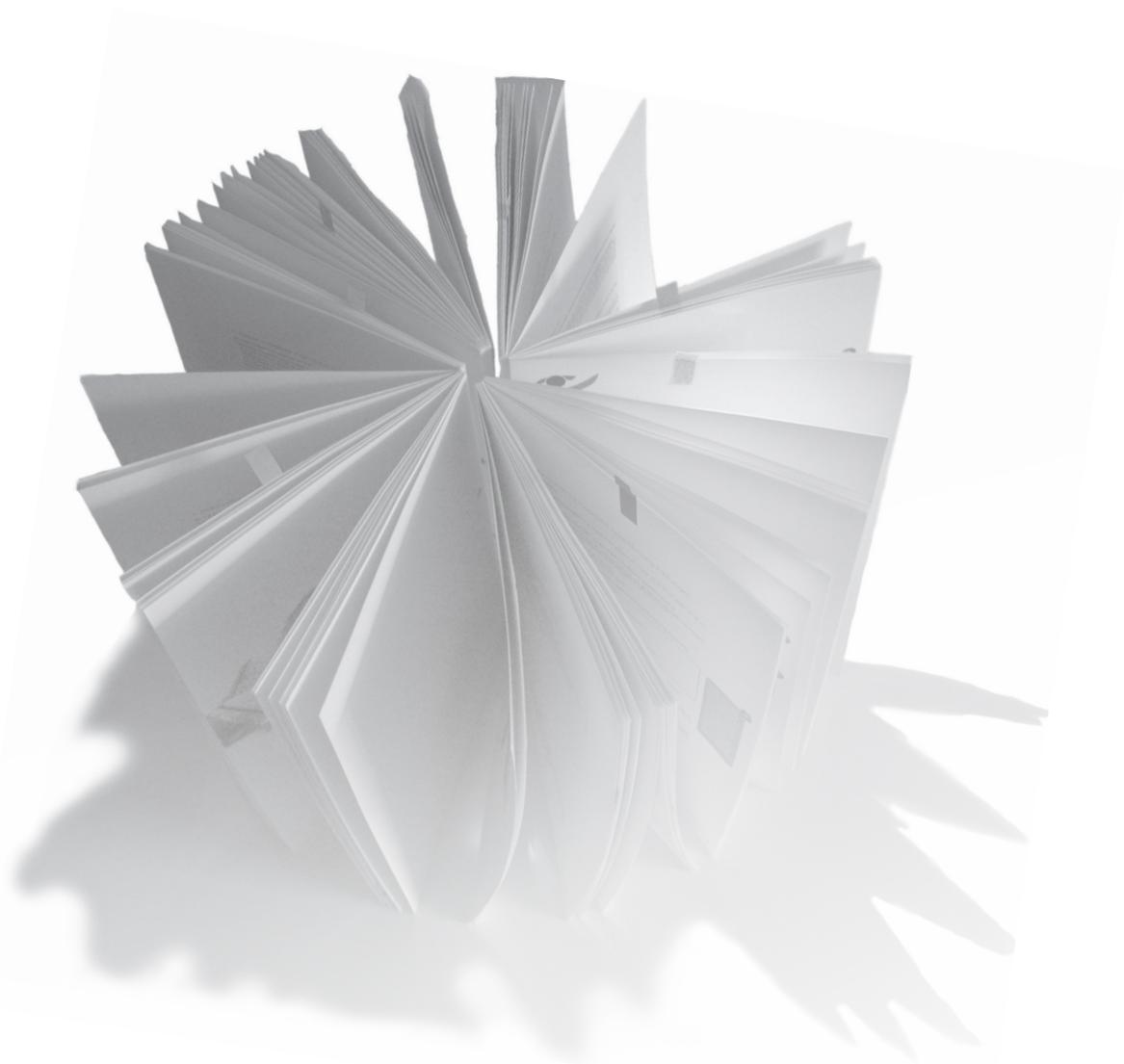
Ceci s'applique à toutes les personnes en incapacité de travail, y compris celles dont le contrat de travail est rompu à un moment donné pour cause de force majeure médicale. Il n'est donc pas correct d'affirmer que nous n'intervenons pas assez vite. Nous le faisons, mais au moyen d'autres formes de services. Cette période de six mois a été instaurée afin de laisser à un travailleur salarié confronté à un licenciement suffisamment de temps pour faire un choix éclairé en ce qui concerne le fonds ReAT. Celui-ci n'est toutefois pas tenu d'attendre six mois.

Nous nous efforcerons, en collaboration avec les secrétariats sociaux et les services externes, de communiquer la mesure dans les plus brefs délais aux personnes appartenant au groupe cible. L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) a déjà organisé dans ce cadre quatre séances d'information auxquelles toutes les parties prenantes ont été conviées. Ce qui répond aussi directement à la première partie de votre seconde question. Mais les coordinateurs ReAT seront également informés de l'offre et nous sommes certains que les prestataires qui seront reconnus pour offrir ce type de service investiront aussi fortement dans la communication relative à cette offre.

Vous savez que nous ne sommes pas favorables à l'idée de contraindre les gens à entrer dans un trajet. Déterminer la prestation la plus adaptée est une tâche complexe, en particulier pour les personnes ayant des problèmes de santé. Analyser ce qui est encore possible et comment réintégrer le marché du travail avec ces capacités nécessite une approche personnalisée. Pour certains, cela pourra être réglé rapidement par un retour partiel au travail avec une éventuelle augmentation progressive du temps de travail ; pour d'autres, il s'agira d'un parcours intensif avec, par exemple, une formation professionnelle de plusieurs mois ou une formation sur le terrain. Il n'existe donc pas de solution universelle. Nous croyons surtout en la création d'une variété de portes d'entrée, combinée à une politique de responsabilisation et de suivi proactif basée sur une vaste offre. Et en effet, les prestataires privés ont sans doute un rôle important à jouer pour certains groupes cibles.

# 4<sup>e</sup> Partie

## Directives de l'INAMI



# I. MAF social - Personnes prises en compte pour l'octroi du MAF social - Composition du ménage dans le cadre du MAF social

Applicable à partir du 1<sup>er</sup> juin 2024.

## 1. Personnes prises en compte pour l'octroi du MAF social

L'article 37<sup>novies</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, précise qui sont les bénéficiaires de l'intervention majorée qui ouvrent le droit au MAF social :

*"Les bénéficiaires visés à l'article 37<sup>octies</sup> sont les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visés à l'article 37, § 19, sauf si le droit à l'intervention majorée de l'assurance est octroyé uniquement parce que l'intéressé est le bénéficiaire d'une allocation d'intégration, visée à l'article 6, § 2, de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées, auquel est effectivement appliqué l'abattement visé à l'article 9<sup>ter</sup>, § 2, de l'arrêté royal du 6 juillet 1987 relatif à l'allocation de remplacement de revenus et à l'allocation d'intégration."*

De manière générale, le MAF social est octroyé à un ménage sur la base du fait que la présence en son sein d'un bénéficiaire de l'intervention majorée permet de supposer que les revenus du ménage sont modestes et d'octroyer le MAF plus rapidement que dans le cadre du MAF revenus, puisque les revenus ne sont pas contrôlés à nouveau. C'est pourquoi sont seuls pris en compte les bénéficiaires de l'intervention majorée auxquels le droit a été accordé à la suite d'un contrôle effectif des revenus, intervenu dans le cadre de l'intervention majorée même ou dans le cadre de l'octroi de l'avantage social qui a servi de base au droit à l'intervention majorée.

Pour les bénéficiaires qui reçoivent l'intervention majorée sur base d'une allocation d'intégration pour laquelle l'exonération des revenus du partenaire a été appliquée, un examen des revenus a bien eu lieu dans le cadre de l'octroi de cette allocation. Étant donné que le revenu de la personne avec laquelle la personne handicapée forme un ménage est exonéré, il est toutefois possible que le revenu de ce ménage soit assez élevé. C'est pourquoi les bénéficiaires d'une allocation d'intégration dont le partenaire a des revenus sont exclus du MAF social.

## 2. Composition du ménage dans le cadre du MAF social

L'article 37<sup>octies</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, détermine les personnes entrant dans le ménage MAF social.

"§ 1. L'intervention de l'assurance dans le coût des prestations visées à l'article 34 est fixée à 100 % de la base de remboursement dès le moment où l'ensemble des interventions personnelles effectivement prises en charge par le ménage constitué des bénéficiaires de l'intervention majorée, relatives aux prestations effectuées durant l'année en cours, atteint 450 EUR. (...)

Dans ce cas, le ménage est constitué de ces bénéficiaires de l'intervention majorée."

Cette disposition a pour but d'accorder le MAF social uniquement aux membres d'un ménage Registre national qui bénéficient de l'intervention majorée.

1. Ce n'est pas un problème s'il y a seulement une "source" de l'intervention majorée dans le ménage.

 *Exemple 1* : un ménage Registre national est composé d'un pensionné, de son conjoint, titulaire, et de leur fils, titulaire. Le ménage intervention majorée est composé du pensionné et de son conjoint. Il en va de même pour le ménage MAF social.

 *Exemple 2* : un ménage Registre national est composé d'un père chômeur qui bénéficie de l'intervention majorée et de son fils, titulaire. L'intervention majorée n'est octroyée qu'au père. Il forme seul le ménage MAF social.

 *Exemple 3* : un ménage Registre national est composée d'un père au chômage et de son fils, personne à charge. Ils bénéficient de l'intervention majorée. Ils forment un ménage MAF social.

2. Qu'en est-il quand au sein du ménage Registre national se trouvent plusieurs bénéficiaires de l'intervention majorée, mais sur des bases différentes ?

 *Exemple 4* : un père et un fils reçoivent chacun des indemnités d'invalidité. Tous deux bénéficient de l'intervention majorée à titre personnel, sans qu'il ait été tenu compte des revenus de l'autre. Forment-ils un ou deux ménages MAF social ?

Selon l'article 37octies, le ménage est composé des bénéficiaires de l'intervention majorée. Il faut considérer que tous les bénéficiaires de l'intervention majorée forment ensemble le ménage MAF social.

Cette circulaire remplace la circulaire O.A. n° 2007/293<sup>1</sup>.

 Circulaire O.A. n° 2024/160 – 3998/69 du 31 mai 2024.

## II. Droit aux soins de santé pour les personnes déplacées en provenance d'Ukraine

Applicable à partir du 20 août 2024.

### Introduction

Cette circulaire prévoit des règles particulières pour le droit aux soins de santé des personnes bénéficiant d'une protection temporaire. Ces règles particulières ne s'appliquent que si le ménage est composé exclusivement de personnes bénéficiant d'une protection temporaire. Par exemple, si une personne bénéficiant d'une protection temporaire inscrit une personne à sa charge, qui ne bénéficie pas de la protection temporaire, il y a une modification dans la composition du ménage et le droit à l'intervention majorée doit en principe être retiré. Si l'intéressé ne bénéficie plus de l'intervention majorée, l'exonération de la cotisation de résident ne peut être accordée que si les revenus du ménage sont inférieurs au revenu d'intégration pour une personne qui cohabite avec une famille à sa charge.

En réponse à l'afflux massif de personnes déplacées en provenance d'Ukraine, le Conseil de l'Union européenne a instauré une protection temporaire pour certaines catégories de personnes déplacées depuis le 24 février 2022 à la suite de l'invasion militaire par les forces armées russes qui a commencé à cette date<sup>1</sup>.

Cette protection temporaire est en principe accordée auxdites personnes pour une durée d'un an à compter de la date d'entrée en vigueur de la protection temporaire et est automatiquement prolongée de six mois pour une durée maximale d'un an si le Conseil ne met pas fin plus tôt à la protection temporaire.

Conformément à l'article 57/30 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, l'étranger bénéficiant de la protection temporaire est autorisé à séjourner durant un an. Cette autorisation est renouvelée, pour des périodes de six mois, tant que la protection temporaire n'a pas pris fin. L'étranger bénéficiant d'une protection temporaire et autorisé à séjourner est inscrit au registre des étrangers et se voit délivrer un titre de séjour (titre de séjour délivré aux ressortissants de pays tiers admis ou autorisés à séjourner plus de trois mois de manière limitée ("A . Séjour limité")). Dans la mesure où cela est nécessaire, une annexe 15 peut être délivrée à l'étranger en attendant la délivrance de la carte A, conformément à l'article 119 de l'arrêté royal du 8 octobre 1981 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Les personnes concernées doivent se présenter à l'Office des étrangers dès leur arrivée en Belgique. Elles recevront alors une attestation de protection temporaire (ann. 1) ou, si l'attestation de protection temporaire ne peut être délivrée immédiatement, une preuve d'enregistrement (ann. 2).

### Inscription auprès d'une mutualité

Conformément à l'article 128quinquies § 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les étrangers qui sont, de plein droit, admis ou autorisés à séjourner plus de trois mois dans le Royaume, peuvent être inscrits en qualité de titulaire résident.

1. Décision d'exécution (UE) 2022/382 du Conseil du 04.03.2022 constatant l'existence d'un afflux massif de personnes déplacées en provenance d'Ukraine, au sens de l'art. 5 de la directive 2001/55/CE, et ayant pour effet d'introduire une protection temporaire.

Les personnes bénéficiant de la protection temporaire peuvent prouver la qualité de résident au moyen d'une attestation de protection temporaire, ou d'une preuve d'enregistrement. Une attestation papier de protection temporaire ne doit pas nécessairement être remise. La preuve du statut de protection temporaire peut également être apportée par consultation électronique du service web ForeignerSituation de la BCSS (consultSpecialInfo (= IT202)).

La preuve d'enregistrement n'a été délivrée que pendant la période où les personnes concernées devaient se rendre au centre d'enregistrement Bordet car toutes les demandes de protection temporaire ne pouvaient pas être examinées immédiatement. Depuis le déménagement du centre d'enregistrement au Heysel, cela se fait sur rendez-vous et les preuves d'enregistrement ne sont plus délivrées. Dans un nombre limité de cas, il est possible qu'après une enquête plus approfondie de l'Office des étrangers, il apparaisse qu'une personne qui a reçu une preuve d'enregistrement n'est pas éligible à la protection temporaire. Pour les personnes inscrites en qualité de résident sur la base de la preuve d'enregistrement, les organismes assureurs doivent ensuite vérifier si la personne concernée est bien inscrite au registre des étrangers. Cette vérification doit intervenir au plus tard à la fin du deuxième trimestre suivant le trimestre d'inscription. S'il apparaît que l'intéressé n'est pas inscrit au registre des étrangers, l'organisme assureur contacte l'intéressé afin de le mettre en ordre d'assurabilité.

Les personnes qui bénéficient de la protection temporaire peuvent être inscrites en qualité de titulaire résident, même si elles ont un droit potentiel aux soins de santé en Ukraine. L'inscription en qualité de résident prend effet le premier jour du trimestre au cours duquel l'attestation de protection temporaire ou l'attestation d'enregistrement est délivrée. **Dans le cadre de l'enquête sur les revenus, il ne faut pas tenir compte des revenus en Ukraine.**

Si les personnes bénéficiant d'une protection temporaire remplissent les conditions pour être inscrites en qualité de personne à charge d'une autre personne bénéficiant d'une protection temporaire, elles peuvent également être inscrites en qualité de personne à charge de cette personne.

 *À titre d'exemple*, une mère et ses enfants bénéficient d'une protection temporaire : la mère peut être inscrite en qualité de résident et les enfants peuvent être inscrits en qualité de personne à charge de la mère.

L'inscription en qualité d'enfant à charge prend effet le même jour que l'inscription en qualité de résident.

 *Exemple* : Une mère et un enfant bénéficient de la protection temporaire le 3 mai 2022. Si la mère s'inscrit comme titulaire résidente, cette inscription prend effet le 1<sup>er</sup> avril 2022. L'inscription de l'enfant comme personne à charge prend également effet le 1<sup>er</sup> avril 2022.

L'inscription comme personne à charge en qualité de conjoint, de cohabitant ou d'ascendant exige que la personne à charge ait la même résidence principale que le titulaire. Cette inscription ne peut prendre effet qu'une fois cette condition remplie.

Les personnes bénéficiant d'une protection temporaire peuvent également être inscrites comme personne à charge d'une personne qui ne bénéficie pas d'une protection temporaire si les conditions réglementaires sont remplies à cet effet. Dans ce cas, les règles normales s'appliquent également pour le droit à l'intervention majorée (voir ci-dessous).

## Prolongation du droit aux soins de santé

Les règles normales concernant la prolongation du droit aux soins de santé s'appliquent. Le droit est conservé jusqu'au 31 décembre de l'année civile suivant celle au cours de laquelle le droit s'ouvre. Le droit est ensuite chaque fois prolongé d'une année civile, à condition qu'une qualité de titulaire ait existé au cours du dernier trimestre de l'année de référence ou au cours de l'année civile suivante et que les obligations de cotisation de l'année de référence aient été remplies.

La preuve de la protection temporaire permet à la personne concernée d'être inscrite en la qualité de résident (voir ci-dessus). Cependant, la preuve de la protection temporaire n'est pas une preuve de la qualité de titulaire. Pour pouvoir prolonger le droit en qualité de titulaire résident, il faut que la personne concernée soit effectivement inscrite au registre national des personnes physiques. Si la personne concernée a été radiée du registre national et n'a pas d'autre qualité, telle que celle de salarié, le droit ne peut pas être prolongé.

## Droit à l'intervention majorée de l'assurance

La protection temporaire peut être considérée comme un indicateur de revenus modestes stables. Toutefois, les personnes qui ont reçu l'attestation de protection temporaire avant le 1<sup>er</sup> septembre 2023 pourraient, sous certaines conditions, bénéficier de l'intervention majorée sans avoir à procéder à une enquête sur les revenus. Ils ne seraient pas tenus de signer une déclaration sur l'honneur.

Une enquête sur les revenus doit bien être effectuée pour les personnes qui ont reçu l'attestation de protection temporaire à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2023. L'un des membres du ménage doit donc introduire une demande signée à la mutualité et fournir une déclaration sur l'honneur dans un délai de deux mois après cette demande. Le droit à l'intervention majorée peut être octroyé si, suite à une enquête sur les revenus par la mutualité, il apparaît que les revenus du ménage n'atteignent pas le plafond applicable. **Dans le cadre de l'enquête sur les revenus, il ne faut pas tenir compte des revenus en Ukraine.**

Quand le droit à l'intervention majorée a été octroyé, la mutualité vérifie au plus tard le 31 août de l'année suivant celle de l'ouverture du droit, s'il existe encore un indicateur au 30 juin de l'année suivant celle de l'ouverture du droit. Si une telle situation n'existe plus et que le ménage ne peut pas bénéficier du droit à l'intervention majorée, le droit sera retiré au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante. Le droit est néanmoins maintenu si le ménage signe une déclaration sur l'honneur, avant cette date, qui démontre que les revenus au moment de cette déclaration sont inférieurs au plafond applicable à ce moment. Si le droit peut être prolongé, le ménage est alors également inclus dans le contrôle systématique.

La Directive 2001/55/CE du Conseil du 20 juillet 2001 relative à des normes minimales pour l'octroi d'une protection temporaire en cas d'afflux massif de personnes déplacées et à des mesures tendant à assurer un équilibre entre les efforts consentis par les États membres pour accueillir ces personnes et supporter les conséquences de cet accueil stipule que la protection temporaire dure un an. Si la protection n'est pas résiliée par le Conseil de l'Union européenne, elle peut être automatiquement prolongée de chaque fois six mois pour un maximum d'un an.

La décision d'exécution (UE) du Conseil du 4 mars 2022 constatant l'existence d'un afflux massif de personnes déplacées en provenance d'Ukraine, au sens de l'article 5 de la directive 2001/55/CE, et ayant pour effet d'introduire une protection temporaire est entrée en vigueur le 4 mars 2022. Pour le contrôle intermédiaire, les organismes assureurs n'ont donc pas à vérifier au cas par cas si une personne bénéficie encore de la protection temporaire. La protection temporaire continue à s'appliquer pendant la durée de validité de la décision d'exécution.

Le droit à l'intervention majorée de l'assurance peut également être octroyé si le ménage démontre qu'il a bénéficié de revenus modestes durant l'année précédant celle de l'introduction de la demande. **Dans le cadre de l'enquête sur les revenus, il ne faut pas tenir compte des revenus en Ukraine.** Pour le reste, les règles habituelles applicables lorsque le droit est ouvert sur la base d'une période de référence d'un an sont d'application.

Si une personne déplacée est inscrite à charge d'une personne ne bénéficiant pas de la protection temporaire, les règles normales s'appliquent. Si le titulaire bénéficie de l'intervention majorée sur la base d'une enquête sur les revenus de la mutualité, il y aura un changement dans la composition du ménage et le droit à l'intervention majorée prendra fin, au plus tard le dernier jour du trimestre suivant celui au cours duquel ce changement est intervenu, sauf si ce changement résulte de l'arrivée dans le ménage d'un enfant à charge de moins de 16 ans pour lequel l'inscription au Registre national est demandée pour la première fois ou qui a obtenu le statut de protection temporaire, auquel cas le droit à l'intervention majorée est également accordé à l'enfant.

Il est également possible qu'une personne rejoigne le ménage du bénéficiaire avec protection temporaire. Dans ce cas, les règles normales concernant les modifications de la composition du ménage s'appliquent également.

 *Exemple* : un titulaire bénéficiant de la protection temporaire bénéficie de l'intervention majorée. Cette personne est mariée à un titulaire sans protection temporaire qui réside déjà en Belgique. Après un certain temps, le conjoint va vivre avec le titulaire avec protection temporaire. Dans ce cas, les règles concernant les modifications de la composition du ménage s'appliquent.

 *Exemple* : un titulaire bénéficiant d'une protection temporaire bénéficie de l'intervention majorée, épouse une personne sans protection temporaire et cette personne est inscrite à sa charge. Dans ce cas, les règles concernant les modifications de la composition du ménage s'appliquent.

 *Exemple* : un titulaire bénéficiant d'une protection temporaire bénéficie de l'intervention majorée, épouse une personne sans protection temporaire et cette personne conserve son inscription en tant que titulaire. Dans ce cas, les règles concernant les modifications de la composition du ménage s'appliquent également.

 *Exemple* : un titulaire bénéficiant d'une protection temporaire bénéficie de l'intervention majorée et demande l'inscription à sa charge d'une personne majeure sans lien familial en tant que cohabitant. Cette personne ne bénéficie pas elle-même d'une protection temporaire. Dans ce cas, les règles concernant les modifications de la composition du ménage s'appliquent également.

Si un ménage bénéficie de l'intervention majorée sur base de la protection temporaire et que l'un de ses membres bénéficie ultérieurement d'un avantage ou se trouve dans une situation permettant d'octroyer le droit automatique à l'intervention majorée à ce même ménage, ce ménage doit continuer à bénéficier du droit si les conditions d'ouverture ou de maintien du droit automatique sont remplies. La réglementation relative aux contrôles intermédiaires ou systématiques ne s'applique alors plus.

## Maximum à facturer

Pour le maximum à facturer, le ménage est en principe composé de toutes les personnes habitant à la même adresse. La composition de ménage est déterminée sur la base des données du registre national des personnes physiques et la situation au 1<sup>er</sup> janvier est prise en compte.

Si sont inscrites à la même adresse au registre national uniquement des personnes bénéficiant d'une protection temporaire, ou des personnes bénéficiant d'une protection temporaire et leurs enfants de moins de 16 ans qui ne bénéficieraient pas de la protection temporaire, elles sont considérées comme un seul ménage pour l'application du MAF.

Si les personnes bénéficiant d'une protection temporaire sont hébergées dans une famille d'accueil et sont inscrites à la même adresse que la famille d'accueil, il y a 2 ménages pour l'application du MAF : le premier est constitué des membres de la famille d'accueil et des personnes avec protection temporaire mariées avec un membre de la famille d'accueil ou inscrites comme personne à charge d'un membre de la famille d'accueil et qui ont donc perdu le bénéfice des règles particulières de la circulaire. Le deuxième ménage comprend toutes les autres personnes bénéficiant d'une protection temporaire et leurs enfants de moins de 16 ans qui ne bénéficieraient pas d'une protection temporaire. Toutefois, si ces enfants sont inscrits comme personnes à charge d'un membre de la famille d'accueil, ils font partie du ménage de la famille d'accueil.

En principe, les personnes bénéficiant d'une protection temporaire ont droit à l'intervention majorée. Dans ce cas, elles bénéficieront également du MAF social. Étant donné qu'il est actuellement matériellement impossible d'avoir un aperçu précis de la situation de revenus dans le pays d'origine, le MAF revenus ne s'appliquera pas à ces personnes en 2023. La mutualité leur attribuera automatiquement le MAF social. Ces personnes ne doivent donc pas être incluses dans l'échange de données entre le Service de contrôle administratif et les organismes assureurs dans le cadre de la procédure de détermination des revenus du ménage pour l'application du MAF revenus.

L'octroi d'office du MAF social ne s'applique que si les personnes bénéficiant d'une protection temporaire n'ont pas fait usage des règles normales d'affiliation à une mutualité et si elles bénéficient de l'intervention majorée. Par exemple, si une personne bénéficiant d'une protection temporaire est inscrite comme personne à charge d'une personne sans protection temporaire, ces personnes sont considérées comme un seul ménage pour l'application du MAF. Si ce ménage ne bénéficie pas de l'intervention majorée, la personne bénéficiant d'une protection temporaire ne bénéficiera pas non plus automatiquement du MAF social, mais le MAF revenus s'appliquera. Cependant, le SPF Finances n'aura probablement aucune information sur les personnes bénéficiant d'une protection temporaire. Dans ce cas, les organismes assureurs ne devront pas demander une déclaration sur l'honneur aux personnes concernées et peuvent présumer que ces personnes n'avaient aucun revenu.



#### *Exemples :*

1. La personne bénéficiant d'un statut de protection temporaire vit seule et bénéficie de l'IM.  
Cette personne a seulement le MAF social.
2. 2 personnes (titulaires) avec un statut de protection temporaire vivent ensemble et bénéficient de l'IM.  
Ces personnes ont seulement le MAF social et forment 1 ménage MAF.
3. 2 personnes mariées (titulaires) avec un statut de protection temporaire vivent ensemble et bénéficient de l'IM.  
Ces personnes ont seulement le MAF social et forment 1 ménage MAF.
4. Une personne avec un statut de protection temporaire est PAC d'une autre personne avec un statut de protection temporaire et les deux bénéficient de l'IM.  
Ces personnes ont seulement le MAF social et forment 1 ménage MAF.
5. Une personne bénéficiant d'un statut de protection temporaire est un titulaire ayant l'IM et a à sa charge une personne sans statut de protection temporaire.  
Dans ce cas, il y a une modification de la composition du ménage. Si le ménage peut bénéficier de l'IM, le MAF social s'applique. Une enquête sur les revenus doit également être effectuée pour déterminer si le MAF 250 peut être appliqué. Ces personnes forment 1 ménage MAF.
6. Une personne avec statut de protection temporaire est PAC d'une personne sans statut de protection temporaire, qui a l'IM.

Dans ce cas, il y a une modification de la composition du ménage. Si le ménage peut bénéficier de l'IM, le MAF social s'applique. Une enquête sur les revenus doit également être effectuée pour déterminer si le MAF 250 peut être appliqué. Ces personnes forment 1 ménage MAF.

7. Une personne avec statut de protection temporaire est PAC d'une personne sans statut de protection sans IM.  
Le MAF revenus s'applique. Ces personnes forment 1 ménage MAF.

Les règles suivantes s'appliquent au MAF 2024 :

1. Ménages dont tous les membres bénéficient d'une protection temporaire et ménages composés exclusivement de personnes bénéficiant d'une protection temporaire et de leurs enfants de moins de 16 ans qui ne bénéficieraient pas d'une protection temporaire.

Pour les ménages arrivés en Belgique en 2022, les revenus doivent être demandés au SPF Finances. Si les revenus sont connus du SPF Finances et fiables, le MAF revenus est appliqué conformément au plafond communiqué. Pour les membres du ménage dont les revenus ne sont pas connus du SPF Finances ou ne sont pas fiables, les organismes assureurs peuvent considérer qu'ils n'ont aucun revenu. Si le ménage peut bénéficier du MAF social et que le plafond du MAF revenus est supérieur au plafond du MAF social, le MAF social est appliqué selon les règles normales.

Pour les ménages arrivés en Belgique en 2023, il n'est pas nécessaire de demander les revenus au SPF Finances. Si ces ménages bénéficient de l'intervention majorée, ils bénéficieront du MAF social. Si ces ménages ne bénéficient pas de l'intervention majorée, on applique le même plafond que celui applicable au MAF social.

2. Ménages dont certains membres bénéficient d'une protection temporaire et d'autres n'en bénéficient pas.

Pour ces ménages, les revenus doivent être demandés au SPF Finances. Si les revenus sont connus du SPF Finances et fiables, le MAF revenus est appliqué conformément au plafond communiqué. Pour les membres du ménage qui bénéficient d'une protection temporaire et dont les revenus ne sont pas connus du SPF Finances ou ne sont pas fiables, les organismes assureurs peuvent considérer qu'ils n'ont aucun revenu. Si le ménage peut bénéficier du MAF social et que le plafond du MAF revenus est supérieur au plafond du MAF social, le MAF social est appliqué selon les règles normales.

La présente circulaire remplace la circulaire O.A. n° 2024/97.



Circulaire O.A. n° 2024/245 – 2299/22, 3991/392 et 3998/70 du 20 août 2024.

### III. L'exercice d'une activité auprès d'une agence locale pour l'emploi dans la Communauté germanophone pendant la période d'incapacité de travail reconnue

Applicable à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2024.

#### I. Emploi auprès d'une agence locale pour l'emploi dans la Communauté germanophone

L'emploi auprès d'une agence locale pour l'emploi concerne des travaux occasionnels qui ne sont pas effectués dans le cadre de relations d'emploi habituelles. L'intéressé doit s'inscrire à l'agence locale pour l'emploi. Avant le début de l'activité, il doit signer un contrat de travail dont l'employeur est l'*Arbeitsamt*.

En ce qui concerne les activités pour personnes privées, il y a une liste limitative dans la réglementation. Par contre, pour les personnes morales (pouvoirs locaux, administrations, écoles, ASBL, ...), seule une définition générique des activités figure dans la réglementation, laquelle permet l'exercice d'activités très diversifiées au cas par cas. Cf. article 79bis, § 3 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage.

#### Pour les particuliers :

- les petits travaux de jardinage
- les petits travaux de réparation et d'entretien, refusés par les professionnels à cause de leur faible importance
- la surveillance et la garde d'animaux domestiques pendant l'absence du propriétaire, pour autant qu'il n'y ait pas de pension pour animaux à proximité
- l'aide à la garde et l'accompagnement de personnes malades ou d'enfants, de personnes âgées ou de personnes ayant besoin d'assistance (e.a. la garde des enfants au domicile de l'utilisateur, faire des courses,...)
- l'aide pour accomplir des formalités administratives, soit l'aide aux démarches administratives, ou compléter des formulaires, ...
- l'aide à domicile de nature ménagère (uniquement dans certaines situations). Cette activité ne peut être exercée que par des travailleurs ALE, âgés d'au moins 50 ans au 1<sup>er</sup> juillet 2009, et qui étaient liés par un contrat de travail au 1<sup>er</sup> mars 2004 et qui ont effectivement travaillé en tant qu'aide-ménagère pendant au moins une heure au cours des 18 derniers mois calendrier (cette période peut être prolongée en cas d'incapacité de travail ou de force majeure). Le travailleur ALE, qui avait déjà une incapacité de travail permanente d'au moins 33 % au 1<sup>er</sup> juillet 2009, peut continuer à exercer cette activité. Les mêmes conditions s'appliquent si vous revenez au système ALE après une interruption.

### Pour les autorités locales (communes, CPAS), le ministère, l'administration parlementaire et d'autres institutions publiques :

Les activités de durée limitée ou des activités exceptionnelles, qui sont apparues ou qui se sont accrues considérablement à la suite de l'évolution récente de la société, et qui ne peuvent ni être effectuées par le personnel ordinaire ni dans le circuit de travail régulier, par exemple l'aide occasionnelle à la bibliothèque communale, l'accompagnement des personnes défavorisées, la protection de l'environnement, ...

### Pour les établissements scolaires (écoles) :

Les activités, qui sont habituellement exercées par un bénévole (à cause de leur caractère occasionnel et accessoire), et pas par le personnel habituel, ni dans le cadre de travail régulier, par exemple :

- l'accueil extra-scolaire, la surveillance de midi
- l'aide organisationnelle des activités scolaires et extra-scolaires
- l'accompagnement des enfants dans le bus scolaire.

### Pour les ASBL et les associations non-commerciales :

Les activités, qui sont habituellement exercées par un bénévole (à cause de leur caractère occasionnel et accessoire), et pas par le personnel habituel ni dans le cadre régulier du travail, par exemple :

- l'aide administrative pour des activités particulières
- l'accompagnement et la garde des jeunes pendant les activités de vacances, de loisirs ou de sport
- entretien de locaux et travaux de réparation.

### Pour les entreprises agricoles ou horticoles :

- toutes les activités effectuées par le secteur de l'horticulture, sauf la culture des champignons et la plantation et le soin des parcs et des jardins publics
- les activités saisonnières correspondant à des périodes de pointe dans les entreprises agricoles, comme par exemple le semis et la récolte (la conduite de machines et l'utilisation de produits chimiques ne sont pas permises).

Il est prévu que l'intéressé peut travailler au maximum **630 heures par année** calendrier et **70 heures par mois** civil.

Dans les cas exceptionnels et dans l'intérêt général (par ex. lors d'inondations, ...), une dérogation à ces limites peut être permise.

## II. Reprise d'activité auprès d'une agence locale pour l'emploi par un titulaire reconnu en incapacité de travail : conditions

Un titulaire peut, avec l'autorisation du médecin conseil (ou du collaborateur de l'équipe multidisciplinaire en cas de prolongation d'une autorisation précédemment accordée), exercer une activité par l'intermédiaire d'une agence locale pour l'emploi dans la Communauté germanophone.

Pour obtenir l'autorisation d'exercer cette activité pendant l'incapacité de travail, le titulaire doit déclarer la reprise du travail à son organisme assureur au plus tard le premier jour ouvrable précédant immédiatement cette reprise et introduire une demande d'autorisation auprès du médecin-conseil de son organisme assureur dans le même délai. Dans ce cadre, le formulaire de demande habituel (deux volets) est d'application.

=> Cette demande doit porter sur une tâche (activité) spécifique et un volume spécifique dans le cadre d'une activité auprès d'une agence locale pour l'emploi.

Pour que l'autorisation dans le régime des travailleurs salariés soit accordée, cette reprise doit répondre aux conditions visées à l'article 100, § 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et à l'article 230, § 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Concrètement, cela signifie que l'intéressé doit maintenir une diminution de sa capacité, d'un point de vue médical, d'au moins 50 % et l'activité doit être compatible avec son affection.

Dans le régime des travailleurs indépendants, cette reprise doit répondre aux conditions de l'article 23*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971. Le titulaire doit donc continuer à être reconnu en incapacité de travail au sens de l'article 19 ou 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 et l'activité doit être compatible avec l'état général de santé du titulaire.

Cette autorisation délivrée par, selon le cas, le médecin-conseil ou le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire, précise la nature, le volume et les conditions d'exercice de cette activité.

Elle est accordée pour une durée limitée n'excédant pas deux ans (possibilité de renouvellement).

L'assuré ne doit pas introduire une nouvelle demande (dans le délai tel que fixé dans l'autorisation) tant que l'activité dans le cadre du régime ALE reste inchangée et que le volume autorisé n'est pas dépassé et ce, même si l'utilisateur ALE est différent (que ce soit un utilisateur privé ou une personne morale (les administrations locales, les ASBL & associations non commerciales, les institutions publiques de la Communauté germanophone, les entreprises du secteur de l'agriculture et de l'horticulture)).

## III. Reprise d'une activité auprès d'une agence locale pour l'emploi par un titulaire reconnu en incapacité de travail : impact de l'indemnité perçue sur le montant de l'indemnité d'incapacité de travail

L'intéressé bénéficie d'une rémunération limitée par heure prestée (6 EUR par heure).

Pendant l'exercice de l'activité, le régime de cumul visé à l'article 230, §1<sup>ère</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (régime des travailleurs salariés) et à l'article 28*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (régime des travailleurs indépendants) n'est pas d'application.

En effet, cette rémunération ne correspond pas à la notion de "revenu professionnel" telle que définie dans les dispositions précitées.



Circulaire O.A. n° 2024/183 – 249/45 et 481/93 du 24 juin 2024.

## IV. Flux de données dans le cadre du contrôle systématique du droit à l'intervention majorée effectué en 2024

### Introduction :

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

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

En annexe<sup>1</sup> à cette circulaire figure une description technique de cet échange de données ainsi qu'un document comprenant la liste des codes IPCAL<sup>2</sup> relatifs à l'année d'imposition 2023 (revenus 2022) pour le calcul du revenu du ménage et enfin, le tableau reprenant la dénomination et timing des flux.

### 1. But du contrôle systématique

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

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

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

Si les données sur les revenus, dont les organismes assureurs disposent pendant l'examen des revenus qui suit l'échange de données avec le SPF Finances et le SCA, indiquent qu'il y a un dépassement du plafond ou qu'aucune donnée fiscale n'est disponible pour au moins un membre du ménage le droit est limité au 31 décembre<sup>3</sup>. Si, dans ces deux cas, le ménage présente une nouvelle DSH et le droit est, à nouveau, accordé à partir du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante, il ne s'agit pas d'une ouverture de droit.

1. Non publiée ici

2. En annexe 2 : la liste des codes IPCAL qui sont demandés au SPF Finances pour l'année de contrôle 2024. Ce sont les revenus de l'année 2022, exercice d'imposition 2023, qui sont demandés. La liste donne également une indication sur la manière de calculer les différents revenus. Les accords concernant le calcul du revenu du ménage se trouvent dans l'A.R. du 15.01.2014 et sont détaillés dans la circulaire O.A. n° 2019/81 du 01.03.2019 concernant "Intervention majorée : nature des revenus pris en compte".

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

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

## 2. Description générale du processus de contrôle systématique

### 2.1 Description du processus

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

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

- au 1<sup>er</sup> janvier 2024 ont droit à l'intervention majorée et qui bénéficiaient de ce même droit durant toute la deuxième année précédente.<sup>4</sup>
- au 1<sup>er</sup> janvier 2024 ont droit à l'intervention majorée, dont le droit a été ouvert l'année précédente et auxquels une période de référence d'un an était applicable (art. 37, § 1<sup>er</sup>, de l'A.R. 15.01.2014).
- au 1<sup>er</sup> janvier 2024 ont droit à l'intervention majorée, dont le droit a été ouvert deux années précédentes avec une période de référence d'un an et qui ont reçu une prolongation l'année précédente après le contrôle systématique (art. 46 A.R. 15.01.2014).

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

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

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

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

### 2.2 Utilisation du numéro de demande

Le numéro de demande se compose comme suit : organisme assureur + année + NISS du demandeur<sup>5</sup>. L'année est l'année de transmission du fichier. Dans le cadre de la présente circulaire, l'année de transmission est l'année 2024.

4. Ce sont les ménages dont le droit à l'I.M. était ouvert sur base d'une qualité, et qui en ont bénéficié pendant toute l'année 2022.

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

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

Le numéro de demande ne varie pas en fonction des fichiers Syst\_01, Syst\_04 ou Syst\_05. La raison pour laquelle le numéro de demande est maintenu comme zone est liée à cette stabilité. Un numéro NISS peut changer au cours du processus<sup>6</sup>, l'organisme assureur peut changer, mais le numéro de demande reste le même.

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

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

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

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

L'utilisation du filtre CIN a parfois comme conséquence que les enregistrements contenant les données fiscales sont envoyés à un organisme assureur sans que celui-ci ait envoyé la demande originale.

Cette situation s'explique par le fait que cet organisme assureur est entre temps devenu l'organisme assureur du demandeur. Ceci a une répercussion sur les règles de détermination des numéros de demande.

Chaque organisme assureur doit pouvoir manipuler les numéros de demande utilisés par un autre organisme assureur dans ses propres programmes.

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

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

### 2.4 Historique/modification de(s) NISS

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

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

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

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

### 3.1 Transmission des données

Chaque organisme assureur est tenu de communiquer le fichier des ménages qui bénéficient du droit à l'I.M., qui font l'objet d'un contrôle systématique et dont le demandeur est affilié chez lui. Ce fichier doit être transmis à l'INAMI via l'interface Nippin au plus tard le 15 avril 2024.

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

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

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

L'utilisation d'un NISS incorrect ou inexistant dans le fichier Syst\_01 aboutit automatiquement à une réponse dont le code retour est différent de 0 dans le fichier de réponse Syst\_04.

Cela signifie que les données relatives aux revenus ne sont pas connues au SPF Finances. Cette réponse est générée en raison du fait que le numéro NISS ne pouvait pas être intégré et que les revenus ne pouvaient donc pas être demandés.

### 3.2 Ménages concernés

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

Le NISS de chaque membre du ménage est communiqué.

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

- au 1<sup>er</sup> janvier 2024 ont droit à l'intervention majorée et qui bénéficiaient de ce même droit durant toute la deuxième année précédente
- au 1<sup>er</sup> janvier 2024 ont droit à l'intervention majorée, dont le droit a été ouvert l'année précédente et auxquels une période de référence d'un an était applicable (art. 37, § 1<sup>er</sup>, de l'A.R. du 15.01.2014)
- au 1<sup>er</sup> janvier 2024 ont droit à l'intervention majorée, dont le droit a été ouvert deux années précédentes avec une période de référence d'un an et qui ont reçu une prolongation l'année précédente après le contrôle systématique (art. 46 A.R. du 15.01.2014).

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

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

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

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

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

Si la composition du ménage dans le contrôle systématique diffère sans raison de celle dans le fichier global, l'échange de données est considéré comme étant de mauvaise qualité.

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

Lorsqu'aucune donnée fiscale n'est disponible pour au moins un membre du ménage, le droit est limité au 31 décembre 2024<sup>7</sup>. Si le ménage présente une nouvelle déclaration sur l'honneur et le droit est, à nouveau, accordé à partir du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante, il ne s'agit pas d'une ouverture.

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

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

Le NISS du demandeur figure deux fois dans le fichier de contrôle systématique : une première fois en tant que demandeur et une seconde fois en tant que membre du ménage. Le demandeur est le bénéficiaire qui introduit la demande.<sup>8</sup>

### 3.4 Bénéficiaires sans NISS

Exemples de membres du ménage ne possédant pas de NISS :

- le bénéficiaire/l'assuré social réside à l'étranger. Celui-ci a droit, tout comme les membres de son ménage, à l'I.M. au terme d'un examen des revenus. Les membres du ménage ne possèdent pas de NISS ni de numéro *bis*<sup>9</sup>
- les nouveau-nés qui ne possèdent pas encore de NISS. C'est peu probable. Les NISS sont octroyés dans les 2 à 10 jours.

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

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

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

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

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

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

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

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

Le SCA transmet la liste des NISS du contrôle systématique à l'administration fiscale avant le 15 juin 2024 (art. 37, § 2, de l'A.R. du 15.01. 2014). La transmission se fait via la Banque-Carrefour de la Sécurité sociale (BCSS).

Dans la pratique, les revenus des membres du ménage et ceux du ménage global sont envoyés deux fois au cours de l'année de contrôle. La liste contenant tous les NISS est envoyée une première fois avant le 15 juin. Suit alors un premier fichier de réponse au CIN en août 2024. Une deuxième demande est envoyée à l'administration fiscale pour les ménages pour lesquels le Service, et donc l'organisme assureur, n'a pas reçu de réponse la première fois. La réponse à cette demande est communiquée dans un deuxième fichier en octobre. L'envoi de ce deuxième fichier doit se faire avant le 1<sup>er</sup> novembre 2024 (art. 37 § 3 de l'A.R. du 15.01.2014). Le CIN communique les informations à l'organisme assureur du demandeur via le filtre CIN.

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

### 4.2 Quelles informations

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

Pour le contrôle systématique, ce sont toujours les revenus de l'année X-2 qui sont demandés, X étant l'année de contrôle. L'année 2022 est l'année de revenus pour le contrôle systématique effectué en 2024. L'année de revenus 2022 correspond à l'exercice d'imposition 2023.

La moyenne des plafonds des revenus de l'année 2022 est utilisée pour le contrôle systématique de 2024.

Le plafond de revenus applicable est fixé à 23.303,84 EUR plus 4.314,18 EUR par personne supplémentaire dans le ménage (art. 21 de l'A.R. du 15.01.2014).

Moyenne des revenus des plafonds 2022	
Plafond de base	Montant par membre de ménage supplémentaire
23.303,84 EUR	4.314,18 EUR

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

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

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

En annexe se trouve une liste des codes demandés en 2024 pour l'année de revenus 2022. Cette annexe décrit également la façon dont le Service calcule le revenu total du ménage sur la base des revenus communiqués<sup>10</sup> (voir pt 4.4).

### 4.3 Disponibilité des revenus

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

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

Comme décrit plus loin dans le document technique joint en annexe, le champ réservé au revenu total du ménage est uniquement complété si les revenus de tous les membres du ménage sont connus dans le cadre de l'échange de données. Si le revenu d'un membre du ménage n'est pas connu du SPF Finances, le champ "Revenu total du ménage" dans le fichier Syst\_04 ne peut pas être calculé.

Dans ce cas, le détail des données fiscales relatives aux revenus des autres membres du ménage dont les revenus sont connus est communiqué à l'organisme assureur.

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

10. Les accords concernant le calcul du revenu du ménage se trouvent dans l'A.R. du 15.01.2014 et sont détaillés dans la circulaire O.A. n° 2019/81 du 01.03.2019 concernant "Intervention majorée : nature des revenus pris en compte".

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

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

Pour le contrôle systématique en 2024, l'année d'imposition est 2023 car les revenus de 2022 ont pour année d'imposition l'année 2023. Les bénéficiaires qui, au 1<sup>er</sup> janvier 2023, ont moins de 18 ans et des revenus inconnus dans l'année de contrôle 2024 reçoivent donc quand même un code retour "00" avec un revenu égal à 0 EUR.

Si des données sont disponibles au SPF Finances au mois de juillet, mais qu'elles n'ont pas encore été traitées<sup>11</sup>, le Service réitère sa demande au SPF Finances en septembre. Si à ce moment-là, il n'est toujours pas possible d'obtenir un code retour "00" pour ce membre du ménage, les revenus sont considérés comme étant inconnus pour le contrôle en 2024.

#### 4.4 Revenu total du ménage

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

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

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

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

## 5. Feedback des organismes assureurs (Syst\_05)

### 5.1. Transmission des données

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

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

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

C'est l'organisme assureur qui reçoit les données fiscales qui envoie le *feedback* au SCA. Ce fichier doit être envoyé avant le 1<sup>er</sup> mai de l'année suivant la transmission du fichier flux Syst\_01. Pour le contrôle effectué en 2024, ce fichier doit donc être envoyé avant le 1<sup>er</sup> mai 2025.

Sur la base des informations reçues dans le fichier Syst\_04 et des informations dont il dispose (voir l'art. 37, § 3, de l'A.R. du 15.01.2014 et le pt 4.3), l'organisme assureur examine si le droit à l'I.M. peut ou non être prolongé pour le ménage concerné. Si au terme de l'examen, il apparaît que ce ménage répond aux conditions de revenus pour l'année à laquelle se rapportent ces informations, en l'occurrence pour 2024, le droit à l'I.M. est prolongé jusqu'au 31 décembre 2025.

S'il apparaît que le ménage n'avait pas droit à l'I.M. pour l'année à laquelle se rapportent ces informations, il est mis fin au droit à l'I.M. au 31 décembre 2024. Il est également mis fin à ce droit au 31 décembre 2024 si, pour un ou plusieurs membres du ménage, aucune information n'était disponible au SPF Finances (art. 38, § 3, de l'A.R. du 15.01.2014). Ici aussi, on tient compte de l'exception pour les enfants de moins de 18 ans pour lesquels il n'y a pas de revenus connus au SPF Finances.

Il ne s'agit pas d'une ouverture du droit si les ménages qui se trouvent dans une des deux situations décrites au paragraphe précédent introduisent une nouvelle déclaration sur l'honneur sur la base de laquelle le droit à l'I.M. est octroyé à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2025. Dans ce cas, le ménage est intégré la même année encore dans le contrôle systématique.

Le droit est octroyé à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2025 si la nouvelle déclaration sur l'honneur est introduite entre le 1<sup>er</sup> octobre 2024 et avant le 1<sup>er</sup> avril 2025.

Dans les situations où l'organisme assureur octroie le droit à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2025 aux ménages qui, en vertu des dispositions de l'article 38, § 4, devraient quand même être communiqués dans le contrôle systématique mais dont la DSH n'est pas complète<sup>12</sup> avant le 20 mars 2025 (absence de pièces justificatives, pas encore de signature), il n'y aura pas d'impact pour l'organisme assureur s'il omet d'inscrire ces ménages dans la liste des ménages assujettis au contrôle systématique (Syst\_01).

## 5.2. Quel organisme assureur

C'est l'organisme assureur qui reçoit les données fiscales qui envoie le fichier de *feedback* au SCA. Ce fichier doit être envoyé avant le 1<sup>er</sup> mai 2025.

Le numéro de demande d'un ménage dans le fichier *feedback* doit correspondre au numéro de demande de ce même ménage dans la liste des ménages soumis au contrôle (Syst\_01).

## 5.3. Quel *feedback*

Après avoir effectivement traité les dossiers, les organismes assureurs communiquent leur décision concernant le maintien ou non du droit à l'I.M. au Service, sous la forme d'un *feed back*.

Les décisions possibles sont :

- cessation du droit en raison d'une modification dans la composition du ménage
- fin de l'examen en raison d'un changement d'organisme assureur
- cessation du droit pour cause de décès
- cessation du droit suite à des données fiscales complémentaires dans l'organisme assureur (revenus étrangers, pension alimentaire, ...)
- cessation du droit suite au contrôle systématique (revenus)
- maintien du droit grâce au bénéfice d'un avantage social
- maintien du droit à la suite d'un nouvel examen des revenus (DSH)
- maintien du droit suite au contrôle systématique.

12. La DSH n'est "complète" que lorsqu'elle est signée et qu'elle comprend toutes les pièces justificatives nécessaires.

### Cessation du droit en raison d'une modification dans la composition du ménage

Dans toutes les hypothèses où la composition du ménage est modifiée, il est mis fin au droit à l'intervention majorée dans le cadre du présent chapitre, au plus tard à la fin du trimestre suivant celui au cours duquel la modification a eu lieu, sauf si elle consiste en l'arrivée dans le ménage d'un enfant à charge de moins de 16 ans pour qui une inscription est demandée au registre national pour la première fois, auquel cas le droit à l'intervention majorée lui est également octroyé (art. 35 de l'A.R. du 15.01.2014). Si le retrait du droit résulte d'une modification dans la composition du ménage, la valeur codée "Cessation du droit en raison d'une modification dans la composition du ménage" est utilisée dans le champ "Motif".

Ci-après, quelques exemples qui illustrent des situations où une modification de la composition de ménage est combinée à un dépassement du plafond. Pour chaque exemple, le motif de fin du droit à l'I.M. (= ReasonCode) qui doit être utilisé dans le fichier feedback est précisé :

 *Exemple 1* : Une modification de la composition de ménage survient au cours du deuxième trimestre 2024 et a pour conséquence qu'il doit être mis fin au droit à l'I.M. au plus tard à la fin du trimestre suivant celui au cours duquel la modification a eu lieu. Le droit à l'I.M. prend fin le 30 septembre 2024. La mutualité informe ses membres au sujet de la fin de leur droit à l'I.M. et de la possibilité d'introduire une nouvelle déclaration sur l'honneur. En octobre 2024, le SCA transmet le fichier SYST\_04 à l'O.A. Selon les données fiscales, le plafond des revenus est dépassé. Suite au contrôle systématique, le droit à l'I.M. prend fin le 31 décembre 2024. La mutualité ne doit plus entreprendre d'action dans ce dossier parce qu'il a déjà été mis fin au droit à l'I.M. suite à la modification de la composition de ménage.

En ce qui concerne le motif du retrait du droit à l'I.M. dans le *feedback*, l'O.A. utilise le code "STOP-FAM" (= retrait du droit suite à une modification de la composition de ménage). L'O.A. communique toujours le "ReasonCode" qui a mis fin au droit à l'I.M. en premier lieu.

Lors d'une nouvelle déclaration des revenus, les règles relatives à la modification de la composition de ménage s'appliquent et non celles relatives à la fin de droit suite au contrôle systématique.

 *Exemple 2* : Une modification de la composition de ménage survient au cours du troisième trimestre 2024 et a pour conséquence qu'il doit être mis fin au droit à l'I.M. au plus tard à la fin du trimestre suivant celui au cours duquel la modification a eu lieu. Le droit à l'I.M. prend fin le 31 décembre 2024. La mutualité informe ses membres au sujet de la fin de leur droit à l'I.M. et de la possibilité d'introduire une nouvelle déclaration sur l'honneur. En octobre 2024, le SCA transmet le fichier SYST\_04 à l'O.A. Selon les données fiscales, le plafond des revenus est dépassé. Suite au contrôle systématique, le droit à l'I.M. prend fin le 31 décembre 2024.

Le motif du retrait du droit à l'I.M. qu'il faut utiliser dans le feedback (fichier Syst\_05) est le code "STOPFAM" (= retrait du droit suite à une modification de la composition de ménage). L'O.A. communique toujours le "ReasonCode" qui a mis fin au droit à l'I.M. en premier lieu.

 *Exemple 3* : Lorsqu'une modification de la composition de ménage survient au cours du premier trimestre de l'année 2023 et que le flux SYST\_04 du contrôle systématique en 2023 est transmis plus tard (par ex. : en juillet 2024) avec un dépassement de plafond, la période de maintien du droit à l'I.M. en raison de la modification de la composition de ménage est plus courte que la période de maintien du droit en raison du contrôle systématique. Comme il a déjà été mis fin au droit au 30 juin 2024, il convient d'utiliser le code "STOPFAM" (= Retrait du droit suite à une modification de la composition de ménage).

### *Maintien du droit suite à un nouvel examen des revenus (DSH)*

La valeur "Maintien du droit sur la base d'une nouvelle DSH" est utilisée pour les ménages qui introduisent une nouvelle déclaration sur l'honneur sur la base de données fiscales ou en l'absence de données fiscales pour tous les membres (à l'exception des membres jusqu'à 18 ans), sur base de laquelle le droit à l'intervention majorée est prolongé (voir 5.1.).

### *Fin de l'examen en raison d'un changement d'organisme assureur*

Dans ce cas de figure, l'organisme assureur ne dispose plus d'informations relatives au droit à l'I.M. parce que le ménage, présentant un dépassement sur base du contrôle systématique, s'est affilié auprès d'un autre organisme assureur sans avoir introduit de DSH permettant un réexamen.

Pour l'ancien organisme assureur, le droit de ce ménage a pris fin, mais un nouvel examen (une nouvelle DSH) peut avoir été effectué dans le nouvel organisme assureur. En outre, il ne doit pas uniquement s'agir de mutations : un titulaire peut devenir personne à charge d'un titulaire dans un autre organisme assureur. Il ne s'agit alors pas de mutation. Afin de décrire clairement la situation, la valeur "Fin du droit en raison d'une mutation" devient "Fin de l'examen en raison d'un changement d'organisme assureur".

## 6. Délai(s) de conservation des données

Les données doivent être conservées au moins pour la durée du délai de prescription qui vaut pour la récupération des interventions. L'article 174, alinéa 1<sup>er</sup>, 6<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, stipule que l'action en paiement de prestations de soins de santé se prescrit 2 ans à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées. Toutefois, ce genre de prescription n'est pas applicable en vertu de l'article 174, alinéa 3, dans le cas où l'octroi indu de prestations résulterait de manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité. Dans ce cas, le délai de prescription est de 5 ans. Il importe par conséquent de conserver toutes les données, y compris celles de l'administration fiscale, pour une période d'au moins 5 ans à compter de la fin du mois au cours duquel les prestations ont été remboursées pour pouvoir encore détecter et traiter les cas de fraude.

Afin de garantir le traitement correct de ces dossiers, les organismes assureurs doivent conserver toutes les données relatives aux remboursements accordés à un bénéficiaire pour une année X, jusqu'à la fin de l'année X+6.



**Remarque** : bien que dans le cadre de l'utilisation de l'infrastructure "Nippin", un historique des 10 dernières années soit conservé, cela ne signifie pas que les données relatives à l'application de l'I.M. puissent effectivement encore être utilisées sur toute la durée de cette période : l'autorisation donnée par le comité sectoriel de l'administration fédérale pour les échanges de données limite le délai de conservation à 6 ans, comme mentionné ci-dessus. Cela signifie donc que les données conservées dans l'historique des échanges de données "Nippin" ne peuvent effectivement être utilisées que pour ce délai.

## 7. Entrée en vigueur

Cette circulaire s'applique au contrôle systématique en 2024.



Circulaire O.A. n° 2024/165 – 3991/388 du 5 juin 2024.

## V. Organisation des flux de données permettant aux mutualités d'identifier les bénéficiaires potentiels de l'intervention majorée ("le flux proactif")

**Cette circulaire et le document technique <sup>1</sup> qui l'accompagne portent sur le flux proactif 2024.**

### Introduction

Cette circulaire traite de l'échange de données proactif défini à l'article 19 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance (M.B. du 29.01.2014)<sup>2</sup> visé à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Cet échange de données a pour but de soutenir les O.A. dans la détection de bénéficiaires potentiels à l'I.M.. Cette détection a lieu sur la base du revenu du ménage qui est demandé au SPF Finances.

La circulaire fixe les modalités pour l'échange de données entre la Direction Contrôle et gestion des données d'accessibilité (Direction ACCES) du Service du contrôle administratif (SCA) et les organismes assureurs (O.A.) dans le cadre de ce flux de détection.

En annexe à cette circulaire vous trouverez la description technique de cet échange de données ainsi que le tableau contenant l'aperçu de l'échange de données.

### 1. Objectif de l'échange de données proactif

Le flux proactif est un échange de données dans le cadre de l'intervention majorée de l'assurance (I.M.). Le flux proactif est prévu pour vérifier de manière standardisée si les assurés sociaux sans droit à l'I.M. auraient potentiellement droit à l'I.M.. Les personnes qui auraient potentiellement droit à l'I.M. sur la base de leur revenu demandé au SPF Finances seront contactées à cet effet par leur O.A.

### 2. Description générale du processus

L'organisation du flux proactif peut se résumer à un processus en 4 phases : 3 réalisées par les organismes assureurs (O.A.) et 1 réalisée par la Direction ACCES, à savoir :

- phase 1 - Sélection du groupe cible
- phase 2 - Consultation et calcul des revenus

1. Non publié.

2. A.R. modifiant l'A.R. du 15.01.2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'art. 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994 qui prévoit, entre autres, l'organisation d'un flux proactif annuel, a été publié au M.B. le 31.03.2020.

- phase 3 - Contacts
- phase 4 - Déclarations de revenus et octroi du droit

Afin d'identifier les bénéficiaires potentiels, les mutualités organisent un flux en collaboration avec l'INAMI et le SPF Finances.

## 2.1. Phase 1 : Sélection du groupe cible

Le flux proactif est organisé pour vérifier si les ménages sans droit à l'I.M. ont un droit potentiel à l'I.M.

Pour vérifier si ces ménages sont éligibles à l'I.M., les O.A. dressent une liste des ménages dont au moins un des membres n'avait pas droit à l'I.M. au 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Pour des raisons de proportionnalité et de respect de la vie privée, cette liste est limitée aux ménages qui, selon leur O.A., ont un droit potentiel à l'I.M. Ne figurent pas dans la liste les ménages pour lesquels l'O.A. constate qu'ils ne répondraient pas aux conditions de revenus sur la base des critères de l'article 20 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 (détaillé dans la circ. O.A. n° 2020/151 du 28.05.2020 relative à la composition du ménage dans le cadre du flux proactif de l'intervention majorée).

Sont ainsi exclus de la participation au flux proactif les ménages dont l'un des membres n'a pas répondu à une invitation visant à introduire une demande d'I.M. au cours de l'une des quatre années précédentes ou a demandé l'ouverture du droit à l'I.M. et cette demande était incomplète ou ne remplissait pas les conditions de revenus.

Idem pour les ménages dont l'O.A. sait, entre autres sur la base des bons de cotisations, qu'un ou plusieurs membres du ménage ont des revenus supérieurs au plafond applicable pour un ménage réel ou pour un ménage composé de deux titulaires et de deux personnes à charge si la mutualité en charge ne peut pas former elle-même le ménage réel.<sup>3</sup>

Le fait de devoir utiliser la composition du ménage, fixée à l'article 25 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014, signifie qu'il faut identifier les titulaires qui forment un ménage ensemble.

Dans le cas de titulaires mariés ou cohabitant légalement, l'O.A. peut déterminer la composition du ménage sans prendre contact avec la ou les personne(s) assurée(s) en question.

Si le ménage ne peut pas être déterminé avec certitude, on communique alors un ménage fictif pour le flux proactif si au moins un des membres du ménage ne bénéficie pas de l'intervention majorée au 1<sup>er</sup> janvier de l'année (sous réserve des exclusions prévues à l'art. 20 de l'A.R. du 15.01.2014).

Les accords concernant la composition des ménages dans le cadre du flux proactif figurent dans la circulaire O.A. n° 2020/151 du 28 mai 2020.

## 2.2. Phase 2 : Consultation et calcul des revenus

### *Description générale des échanges de données*

Les mutualités communiquent à l'INAMI la liste des ménages tels que composés au 2.1 avant le 16 avril 2024. La 2<sup>e</sup> phase du flux proactif commence ici, à savoir la phase de consultation et de calcul des revenus.

Cette phase implique 4 échanges de données : deux entre les O.A. et l'INAMI et deux entre l'INAMI et le SPF Finances.

3. Pour le flux proactif, on utilise les revenus de deux ans auparavant. Pour le flux proactif 2024, il s'agit de l'année de revenus 2022 (voir 2.2). (Art. 19, § 2, al. 1<sup>er</sup>, A.R. 15.01.2014). Vu qu'on utilise les revenus de 2022, on utilise la moyenne des montants des revenus de l'année 2022 ainsi que les bons de cotisations 2022 pour le calcul susmentionné (Circ. O.A. n° 2022/418 du 06.12.2022). Le plafond I.M. applicable à un ménage composé de 2 titulaires et de 2 personnes à charge correspond à un montant de 36.246,38 EUR sur la base des montants de revenus 2022.

- L'envoi de la liste des ménages de l'O.A. à l'INAMI (Pro\_01)
- L'envoi des numéros NISS des membres du ménage séparément par l'INAMI à la BCSS/au SPF Finances (Pro\_02)
- L'envoi des données sur les revenus des membres du ménage séparément par le SPF Finances/la BCSS à l'INAMI (Pro\_03)
- L'envoi des résultats codés de l'enquête sur les revenus de l'INAMI à l'O.A. (Pro\_04)

Seul le flux Pro\_01 est envoyé en une seule fois. Au cours du processus, les fichiers Pro\_02, Pro\_03 et Pro\_04 sont échangés dans 2 envois.

Le calcul semi-automatique des revenus et la comparaison entre le revenu du ménage et le plafond I.M. a également lieu durant cette phase. Pour le flux proactif, le revenu total du ménage est calculé de la même manière que pour le suivi systématique de l'I.M. en 2024 (circ. O.A. n° n° 2024/165 du 05.06.2024).

Le processus ne prévoit pas d'échange de flux de *feed-back* des O.A. vers le SCA. L'INAMI analyse les résultats du flux de détection proactif en croisant le fichier proactif (Pro\_01 de 2024) et le fichier photo de l'échange annuel de l'I.M. de l'année qui suit (Photo\_01 de 2025).

*Pro\_01 : la liste des ménages*

Les mutualités communiquent la liste des ménages tels que composés au 2.1. à l'INAMI avant le 16 avril 2024.

Les principales informations de ce fichier sont le numéro de demande permettant d'identifier un ménage et les numéros NISS des différents membres du ménage.

Le numéro de demande est composé des éléments organisme assureur + année + NISS demandeur. Cette année est l'année dans laquelle le fichier est transféré. Dans le cadre de cette circulaire, l'année de l'échange est l'année 2024.

Le numéro de demande ne diffère pas entre le fichier Pro\_01 et le Pro\_04. La raison pour laquelle le numéro de demande est une zone réservée est liée à cette stabilité. Pendant le processus, un numéro NISS peut changer, de même que l'organisme assureur. Le numéro de demande reste cependant le même.

Le numéro NISS du demandeur est repris deux fois dans le fichier du flux proactif : Une fois dans le champ numéro NISS du demandeur et une fois comme membre du ménage. Le demandeur est le membre aîné du ménage.

C'est l'O.A. du demandeur, donc le membre aîné du ménage, qui communique le ménage dans le fichier Pro\_01 dans le cas où il est question d'un ménage intermutualiste.

Les ménages dont le demandeur a muté le 1<sup>er</sup> avril 2024 ne doivent pas être repris dans le fichier Pro\_01.

*Pro\_02 : Liste des numéros NISS*

La demande des données sur les revenus a lieu sur la base des personnes, pas des ménages. Au sein de la Direction ACCES, on retient les différents numéros NISS des membres du ménage afin d'établir une liste pour le SPF Finances.

La direction fournit les numéros NISS des membres du ménage avant le 15 juin 2024 à l'administration fiscale via la Banque carrefour de la sécurité sociale (BCSS) (Art. 19, § 2, al. 1<sup>er</sup> de l'A.R. du 15.01.2014).

### *Pro\_03 : Revenus par NISS*

Dans le flux proactif, les revenus de 2 années passées (taxées l'année précédente) sont demandés au SPF Finances depuis la base de données TAXI-AS. Pour le flux proactif en 2024, c'est l'année de revenus 2022 avec année d'imposition 2023. (Art. 19, § 2, al. 1<sup>er</sup>, A.R. du 15.01.2014).

Le SPF Finances envoie à l'INAMI les données sur les revenus des numéros NISS avant le 1<sup>er</sup> octobre 2024 (Art. 19, § 2 al. 1<sup>er</sup>, A.R. du 15.01.2014).

Différents revenus sont communiqués avec un code spécifique, à savoir un code IPCAL. Les revenus à prendre en considération sont les revenus bruts imposables (section 5, A.R. du 15.01.2014). Dès lors, ce sont ces codes IPCAL qu'on demande pour ces revenus. Dans le cadre du flux proactif en 2024, ces mêmes codes IPCAL sont demandés pour le contrôle systématique de l'I.M. en 2024.

Ces codes IPCAL et règles de calcul sont définis dans la circulaire O.A. n° 2024/165<sup>4</sup> du 5 juin 2024 concernant le "Flux de données dans le cadre du contrôle systématique au cours de l'année 2024 du droit à l'intervention majorée".

Outre les informations sur les codes IPCAL, le SPF Finances envoie aussi un code retour. Le code retour indique la disponibilité du dossier du bénéficiaire dans la banque de données TAXI-AS. Le code retour 00 indique que les données sur les revenus pour cette année de revenus et pour cette personne sont disponibles dans la banque de données et que le SPF Finances les a transmises. Au moins un code IPCAL suit ce code. Les autres codes retour indiquent que les données ne sont pas (encore) disponibles dans la banque de données. Ces codes ne sont pas suivis par des codes IPCAL.

### *Calcul des revenus et comparaison du revenu du ménage avec le plafond I.M.*

Les ménages sont regroupés suivant les informations dans le Pro\_01.

D'une part, le plafond est pris en considération sur la base du nombre de membres du ménage par ménage. Ce montant est calculé en fonction de la moyenne des plafonds de revenus pour l'année 2022 reprise dans la circulaire O.A. n° 2022/418 du 6 décembre 2022.

D'autre part, les revenus des différents membres du ménage sont comptabilisés.

Sur la base des résultats, de la comparaison entre les deux la Direction ACCES vérifie ensuite si le revenu commun du ménage est supérieur ou inférieur au plafond pris en considération. Le résultat de cette comparaison est converti en un code.

Le revenu du ménage est calculé sur la base du revenu réclamé (sous forme de codes de revenu ou codes IPCAL) et selon les règles de calcul applicables pour le contrôle systématique de l'I.M. en 2024. Ces codes IPCAL et règles de calcul sont définis dans la circulaire O.A. sur le contrôle systématique 2024.

Si le revenu d'un seul membre du ménage n'est pas connu auprès du SPF Finances, il est impossible de calculer le revenu total du ménage. Si les revenus inconnus sont les revenus d'un membre du ménage qui a moins de 18 ans<sup>5</sup>, son revenu est assimilé à zéro EUR.

Dans les cas pour lesquels des données sont présentes au SPF Finances en mai mais pas encore traitées, la Direction ACCES renouvelle la demande au SPF Finances en septembre. Si à ce moment-là, on n'obtient toujours pas de code retour "00" pour ce membre du ménage, les revenus pour cette personne sont considérés comme inconnus.

Le revenu du ménage est comparé avec le plafond de l'I.M. qui s'applique au ménage. Le plafond à prendre en considération dépend du nombre de personnes dans le ménage et est calculé suivant les principes repris dans l'article 21 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014. Pour 2022, les montants en vigueur sont ceux repris dans la circulaire O.A. n° 2022/418 du 6 décembre 2022.

4. Publiée ci-avant.

5. L'âge d'un membre du ménage est évalué par rapport à la date du 1<sup>er</sup> janvier de l'année d'imposition. Sur la base de la date de naissance, nous déterminons si le membre est âgé de plus ou de moins 18 ans à la date du 1<sup>er</sup> janvier de l'année d'imposition.

Le résultat de cette comparaison entre le revenu du ménage et le plafond de l'I.M. est codé. L'O.A. concerné a été informé du résultat de cette analyse exclusivement sous la forme de ce code.

Le détail des revenus n'est pas communiqué à l'O.A. De même, au sein de la Direction ACCES, le calcul est effectué sous forme codée et les données sur les revenus ne sont pas conservées.

Il y a 3 codes possibles qui sont communiqués dans le fichier de réponse (Pro\_04) à l'O.A. Le code indique si, selon la réponse du SPF Finances, les revenus du ménage sont :

- supérieurs ou égaux au plafond du ménage : NOK
- inférieurs au plafond du ménage : OK
- inconnus : ONHOLD

Uniquement ces codes sont envoyés à l'O.A., pas le détail des revenus ni le résultat en EUR du calcul.

*Pro\_04 : résultats codés de l'examen des revenus*

La Direction ACCES envoie les codes déjà mentionnés (OK, NOK ou ONHOLD) dans les fichiers de réponses du Pro\_04.

Le Pro\_04 se compose de 2 envois : Le premier envoi des codes a lieu en août vers l'O.A. et le second en octobre (avant le 01.11.2024). (Art. 19, § 2, al. 3, A.R. du 15.01.2014). L'O.A. transfère à son tour les informations reçues à la mutualité concernée. La mutualité a la responsabilité de contacter les familles.

La Direction ACCES interroge le SPF Finances une deuxième fois en septembre 2024. Si, à ce moment-là, on ne peut toujours pas obtenir des revenus pour un membre du ménage<sup>6</sup> les revenus du ménage sont considérés comme inconnus.

Dans le flux proactif, le code concernant le droit potentiel à l'I.M. doit toujours parvenir à l'O.A. qui a transmis le ménage dans sa liste, même s'il est question de mutation entre-temps. Ces assurés ne peuvent pas bénéficier de l'avantage de l'enquête proactive, car l'ancien O.A. ne peut plus contacter le ménage et le nouvel O.A. ignore tout de la réponse envoyée. Par ailleurs, il a été conclu qu'il était très complexe d'utiliser le filtre CIN pour cet échange de données.

Le SCA transmet une seule réponse/un seul code par ménage par "demande". On n'effectue pas une nouvelle demande pour les numéros NISS pour lesquels le SPF Finances a déjà rendu une réponse définitive. Nous ne recevons qu'une seule réponse "définitive et utilisable" du SPF Finances par numéro NISS. Au moyen de ces informations, on crée un code unique relatif au droit potentiel à l'I.M.. Ce code unique est envoyé à l'O.A. qui a introduit la demande auprès du SCA.

### 2.3. Phase 3 : Traitement des réponses codées par l'O.A.

L'O.A. prend contact avec le ménage dont les revenus sont inférieurs au plafond selon le calcul. Il ne le fait pas (ou de sa propre initiative) pour les ménages pour lesquels le code indique que les revenus du ménage sont égaux ou supérieurs au plafond, ou dont les revenus ne sont pas totalement connus.

Il existe des exceptions à ce principe. L'O.A. n'est pas tenu de contacter les ménages dont il sait, grâce à d'autres informations, que le plafond de revenus sera dépassé.

6. Pas de réponse avec un code retour "00".

Il s'agit de ménages pour lesquels on constate, entre l'envoi du fichier Pro\_01 et le traitement du fichier Pro\_04, que :

- sur la base des bons de cotisations, un ou plusieurs membres disposent de revenus professionnels supérieurs au plafond applicable dans le cadre de ce chapitre pour un ménage existant sur la base de sa composition réelle
- la projection sur une base annuelle des bons de cotisations distincts indique que le plafond serait dépassé
- un droit a été ouvert
- une déclaration sur l'honneur (DSH) a été effectuée après l'envoi du Pro\_01 sans donner lieu à une ouverture du droit pour cause de dépassement du plafond de revenus
- le demandeur a muté vers un autre O.A.
- la composition du ménage a changé (excepté si la modification concerne l'arrivée d'un enfant de moins de 16 ans pour lequel il s'agit d'une première inscription au Registre national)
- un membre du ménage est décédé
- un enfant de moins de 16 ans a quitté le ménage.

#### 2.4. Phase 4 : Déclarations de revenus et octroi du droit

Le résultat de la phase 2 du flux proactif n'aboutit pas à une attribution automatique du droit à l'I.M. Après avoir contacté l'assuré, l'O.A. doit procéder à une enquête sur les revenus auprès des assurés qui pourraient ouvrir un droit à l'I.M.

Toutes les conditions et procédures standard telles que précisées dans la section 6 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 s'appliquent aux enquêtes sur le revenu dans le contexte du flux proactif.

Tous les ménages contactés dans le cadre du flux proactif n'ouvrent pas effectivement un droit à l'I.M. Les O.A. n'envoient pas de fichier de *feed-back* à la Direction ACCES suite au fichier Pro\_04 mais il y a bien un échange prévu de statistiques pour suivre les résultats du flux proactif. Ces statistiques et leur échange sont décrits dans une circulaire spécifique.

L'O.A. dispose de 1 an à compter de la réception du deuxième fichier de réponse du SCA pour exécuter cette phase.

### 3. Délai(s) de conservation des données

Les données doivent être conservées au moins pour la durée du délai de prescription qui vaut pour la récupération des interventions. L'article 174, alinéa 1<sup>er</sup>, 6<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, stipule que l'action en paiement de prestations de soins de santé se prescrit 2 ans à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées. Toutefois, ce genre de prescription n'est pas applicable en vertu de l'article 174, alinéa 3, dans le cas où l'octroi indu de prestations résulterait de manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité. Dans ce cas, le délai de prescription est de 5 ans. Il importe par conséquent de conserver toutes les données, y compris celles de l'administration fiscale, pour une période d'au moins 5 ans à compter de la fin du mois au cours duquel les prestations ont été remboursées pour pouvoir encore détecter et traiter les cas de fraude.

Afin de garantir le traitement correct de ces dossiers, les organismes assureurs doivent conserver toutes les données relatives aux remboursements accordés à un bénéficiaire pour une année X, jusqu'à la fin de l'année X+6.

 **Remarque** : bien que dans le cadre de l'utilisation de l'infrastructure "Nippin", un historique des 10 dernières années soit conservé, cela ne signifie pas que les données relatives à l'application de l'I.M. puissent effectivement encore être utilisées sur toute la durée de cette période : l'autorisation donnée par le comité sectoriel de l'administration fédérale pour les échanges de données limite le délai de conservation à 6 ans, comme mentionné ci-dessus. Cela signifie donc que les données conservées dans l'historique des échanges de données "Nippin" ne peuvent effectivement être utilisées que pour ce délai.

## 4. Entrée en vigueur

La présente circulaire est applicable pour l'échange de données proactif de 2024.

 Circulaire O.A. n° 2024/200 – 3991/390 du 3 juillet 2024.

# VI. Élaboration des statistiques relatives aux flux de données permettant aux mutualités d'identifier les bénéficiaires potentiels de l'intervention majorée

## 1. Introduction

La présente circulaire décrit les accords pratiques de la mise à disposition des statistiques relatives à l'échange de données proactif dans le cadre de l'intervention majorée (I.M.). Cet échange de données proactif est défini à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et à l'article 19 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance.

La circulaire fixe les modalités de l'élaboration des statistiques relatives à l'échange de données entre le Service du contrôle administratif (SCA) et les organismes assureurs (O.A.) dans le cadre de la détection proactive de bénéficiaires potentiels de l'I.M. (= le flux proactif).

## 2. Objectif des statistiques relatives à l'échange de données proactif

La présente circulaire exécute l'article 7 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'I.M. Cet article stipule que l'O.A. envoie les données concernant le flux proactif à la Direction de contrôle et de gestion des données d'accessibilité (Direction ACCES) du SCA. Il est en particulier question du nombre de demandes et d'octrois supplémentaires de l'I.M. à la suite de ce flux. La Direction ACCES précise dans cette circulaire quelles données doivent être transmises ainsi que les règles de transmission de ces données.

Afin de suivre les résultats du flux proactif, cet échange de statistiques agrégées entre O.A. et l'INAMI a été mis en place. Ces chiffres permettent de suivre ce processus au niveau des organismes assureurs afin d'évaluer la mesure et son impact.

## 3. Procédure technique

Tous les ans, les O.A. envoient un rapport concernant le traitement du flux proactif. C'est l'O.A. gestionnaire de l'échange de données dans le cadre du flux proactif qui est responsable de l'enregistrement d'un ménage et de ses membres dans ces statistiques.

Les modalités du traitement du flux proactif sont mentionnées dans la même circulaire. En résumé, les O.A. contactent les ménages dont les revenus sont, selon le calcul de la Direction ACCES effectué sur la base des données de revenu du SPF Finances, inférieurs au plafond I.M.. C'est-à-dire qu'ils contactent les ménages pour lesquels ils ont reçu le code réponse OK.

Les résultats de ces contacts sont présentés dans le tableau en annexe 1<sup>1</sup> à la présente circulaire. Ce tableau présente plutôt une image générale des résultats des contacts pris dans le cadre du flux proactif, sans donner trop de détails. Le tableau présente un aperçu du nombre de ménages réellement contactés et du nombre d'assurés au sein de ces ménages, et indique combien d'entre eux ont ouvert le droit à l'I.M. Spécifiquement, il s'agit des ménages qui ont obtenu le droit à l'I.M. suite à une invitation reçue dans le cadre du flux proactif.

Pour chacun des ménages réellement contactés, il faut ensuite tenir à jour les informations concernant les personnes pour qui le droit à l'I.M. a été ouvert ou celles qui n'ont pas obtenu ce droit suite à un contact. Il y a un tableau indiquant les résultats au niveau des ménages d'une part (tableau à l'annexe 2<sup>2</sup>) et un tableau indiquant le nombre d'assurés individuellement d'autre part (tableau à l'annexe 3<sup>3</sup>).

Les résultats dans ces tableaux sont répartis dans 6 catégories. Les catégories indiquent si un droit à l'I.M. a été accordé ou non et pourquoi. Nous distinguons 4 motifs de refus d'octroi d'un droit à l'I.M. et 2 motifs d'octroi. Le contenu de ces 6 catégories est spécifié dans la seconde partie de la présente circulaire.

Tous les membres d'un même ménage sont dans la même catégorie dans les statistiques. Il y a une exception à cette règle, à savoir les enfants qui ont un droit automatique à l'I.M. (enfants orphelins et enfants donnant droit à des allocations familiales majorées). Ces enfants peuvent avoir ouvert un droit à l'I.M. sans que les autres membres du ménage repris dans le flux proactif aient ouvert un droit à l'I.M.. Dans ce cas, le ménage peut avoir deux catégories attribuées.

Les O.A. transmettent le rapport (composé des tableaux 1, 2 et 3) contenant les statistiques du flux de données proactif au plus tard le 5 novembre de l'année suivant l'échange de données.



Les statistiques sont envoyées par courriel (dans un fichier Excel) à l'adresse générale de la Section Contrôle et Gestion des données d'accessibilité et Archivage des données scannes@riziv-inami.fgov.be.

Les templates<sup>4</sup> des 3 tableaux sont joints en annexe à la présente circulaire.

## 4. Explications quant au contenu

Cette partie décrit les 6 catégories renseignant les résultats d'un contact d'un ménage dans le cadre du flux proactif. Il est important de souligner *qu'une même personne ne peut se voir attribuer qu'une seule des 6 catégories*. Un ménage peut obtenir deux catégories dans le cas d'enfants obtenant un droit individuel à l'I.M.. Cette subdivision spécifique est applicable pour les tableaux 2 et 3 joints en annexe.

1. Non publié.  
2. Non publié.  
3. Non publié.  
4. Non publiés.

## 4.1. Catégories pour un non-octroi de droit

4 catégories sont prévues pour un non-octroi de droit. Spécifiquement, celles-ci désignent les ménages qui ont été identifiés comme bénéficiaires potentiels de l'I.M. du fait que leurs revenus dans le flux proactif étaient en deçà du plafond I.M. et qui, lors du traitement ultérieur des résultats du flux proactif n'ouvrent pas de droit à l'I.M. :

### CATÉGORIE 1 – MODIFICATION COMPOSITION DE MÉNAGE

#### **Les ménages sans droit à l'I.M. à la suite du traitement du flux proactif et à qui la déclaration sur l'honneur (DSH) n'a pas été réclamée en raison du changement de la composition du ménage**

La 1<sup>re</sup> catégorie concerne les ménages qui ont été identifiés comme bénéficiaires potentiels de l'I.M. du fait que leurs revenus dans le flux proactif se situaient en deçà du plafond I.M. mais dont la composition telle que définie dans la réglementation relative à l'I.M. a entre-temps changé. Du fait de cette modification, ces ménages ne doivent plus être contactés par les O.A. conformément aux accords de la circulaire O.A. n° 2020/151 du 28 mai 2020.

La composition du ménage peut changer pour diverses raisons : par exemple un divorce ou des enfants à charge qui entre-temps sont eux-mêmes devenus titulaires. Il est également question d'un changement dans la composition du ménage lorsqu'un de ses membres décède.

Étant donné que la liste des ménages pour le flux proactif est parfois élaborée en utilisant des ménages fictifs, c'est-à-dire si le ménage ne peut être déterminé avec certitude, le risque que la composition du ménage ne soit pas correcte par la suite est considérable.

### CATÉGORIE 2 – INFORMATION À L'O.A.

#### **Les ménages sans droit à l'I.M. à la suite du traitement du flux proactif du fait de la liberté qu'ont les O.A. de ne pas contacter des personnes sur la base d'autres données disponibles**

La 2<sup>e</sup> catégorie concerne les ménages qui ont été identifiés comme bénéficiaires potentiels de l'I.M. parce que leurs revenus dans le flux proactif se situaient en deçà du plafond I.M. et dont l'O.A. dispose, sur la base d'autres informations, de données indiquant que les revenus du ménage atteignent ou dépassent le plafond I.M.. Selon les accords conclus dans la circulaire O.A. n° 2020/151 du 28 mai 2020, les O.A. ne sont pas tenus de contacter ces ménages.

Les O.A. comptabilisent la valeur des bons de cotisations de tous les membres du ménage pour les ménages qu'ils doivent contacter suite aux résultats de l'enquête du SPF Finances. De cette façon, l'O.A. peut vérifier si cette valeur conduit ou non à une exclusion du flux proactif. Les ménages dont un ou plusieurs membres ont, sur la base de bons de cotisations, des revenus supérieurs au plafond applicable dans le cadre du présent chapitre, à un ménage existant sur la base de sa composition du ménage réelle ne doivent pas être contactés. La projection sur une base annuelle des bons de cotisations individuels indique que le plafond serait dépassé.

Par ailleurs, sont également repris dans cette catégorie les ménages dont les membres ont muté vers un autre O.A. et qui, de ce fait, ne peuvent plus être contactés.

### CATÉGORIE 3 – DÉPASSEMENT PLAFOND DSH

#### **Les ménages sans droit à l'I.M. à la suite du traitement du flux proactif en raison d'un dépassement du plafond mentionné dans la DSH**

La 3<sup>e</sup> catégorie concerne les ménages qui ont été identifiés comme bénéficiaires potentiels de l'I.M. parce que leurs revenus dans le flux proactif se situaient en deçà du plafond I.M., que les O.A. contactent et qui se présentent pour une enquête sur les revenus mais dont il s'avère que les revenus dépassent le plafond I.M..

L'O.A. peut constater ce dépassement du plafond du ménage après une enquête sur les revenus. Les revenus du ménage sont déclarés via une déclaration sur l'honneur (DSH).

### CATÉGORIE 4 – NON-RÉPONSE DE L'ASSURÉ

#### **Les ménages sans droit à l'I.M. à la suite du traitement du flux proactif en l'absence de réaction de l'assuré ayant un droit potentiel à l'I.M.**

La 4<sup>e</sup> catégorie concerne les ménages qui ont été identifiés comme bénéficiaires potentiels de l'I.M. parce que leurs revenus dans le flux proactif se situaient en deçà du plafond I.M. et pour lesquels aucun droit n'a pu être examiné ni octroyé vu l'absence de réaction lors de la demande de contact par l'O.A. Étant donné que le ménage n'a pu se présenter pour l'enquête sur les revenus, il est impossible d'octroyer un droit même si dans la pratique le ménage remplit les conditions de revenus.

De même, si une DSH n'est pas traitée par l'assuré dans le délai imparti, cet assuré doit être classé dans la catégorie 4. En effet, il est de la responsabilité de l'assuré de mener cette action jusqu'à son terme.

Un ménage qui fait une déclaration sur l'honneur incomplète ou qui dépasse le délai imparti de 2 mois pour traiter cette DSH (Art. 29 de l'A.R. du 29.01.2014) fait donc également partie de cette catégorie.

Les résultats relatifs aux ménages sont présentés dans le tableau 3 et ceux relatifs au nombre d'assurés dans ces ménages dans le tableau 2.

## 4.2. Catégories pour un octroi de droit

2 catégories sont prévues pour des octrois de droits. Spécifiquement, il s'agit des ménages qui ont été identifiés comme bénéficiaires potentiels de l'I.M. du fait que leurs revenus dans le flux proactif étaient en deçà du plafond I.M. et qui, lors du traitement ultérieur des résultats du flux proactif, ouvrent un droit à l'I.M..

### CATÉGORIE 5 – DROIT DSH

#### **Ouverture du droit à l'I.M. sur la base d'une déclaration sur l'honneur (DSH)**

La 5<sup>e</sup> catégorie est composée des ménages qui ont été identifiés comme bénéficiaires potentiels de l'I.M. parce que leurs revenus dans le flux proactif se situaient en deçà du plafond I.M. mais qui ont par après effectivement ouvert le droit à l'I.M. sur la base d'une enquête sur les revenus.

Ces ménages remplissent donc 3 conditions : ils figuraient dans le flux proactif, suite à ce flux ils ont bénéficié d'un droit potentiel à l'I.M. et dans le semestre visé ils ont ouvert leur droit à l'I.M. sur la base d'une enquête sur les revenus. Si ces 3 conditions sont remplies, ils doivent être classés dans cette catégorie.

Il n'est pas absolument certain que ces personnes qui ont introduit leur déclaration le fassent du fait précisément des contacts par l'O.A. dans le cadre du flux proactif.

## CATÉGORIE 6 – DROIT AUTOMATIQUE

### **Droit automatique à l'I.M. sur base d'un avantage social**

La 6<sup>e</sup> catégorie est composée des ménages qui ont été identifiés comme bénéficiaires potentiels de l'I.M. parce que leurs revenus dans le flux proactif se situaient en deçà du plafond I.M. mais qui ont par après effectivement ouvert le droit à l'I.M. sur la base d'un avantage.

Si un titulaire bénéficie d'un avantage social, son ménage également bénéficie de ce droit, et, dès lors, tant la personne que le ménage doivent être repris dans les statistiques. Si une personne à charge bénéficie d'un avantage social, elle doit être reprise dans les statistiques en tant que personne. Toutefois, le ménage de ce titulaire ne doit pas être repris, pour cette catégorie, dans les statistiques par ménage sur la base de ce droit accordé à la personne à charge.

## 5. Entrée en vigueur

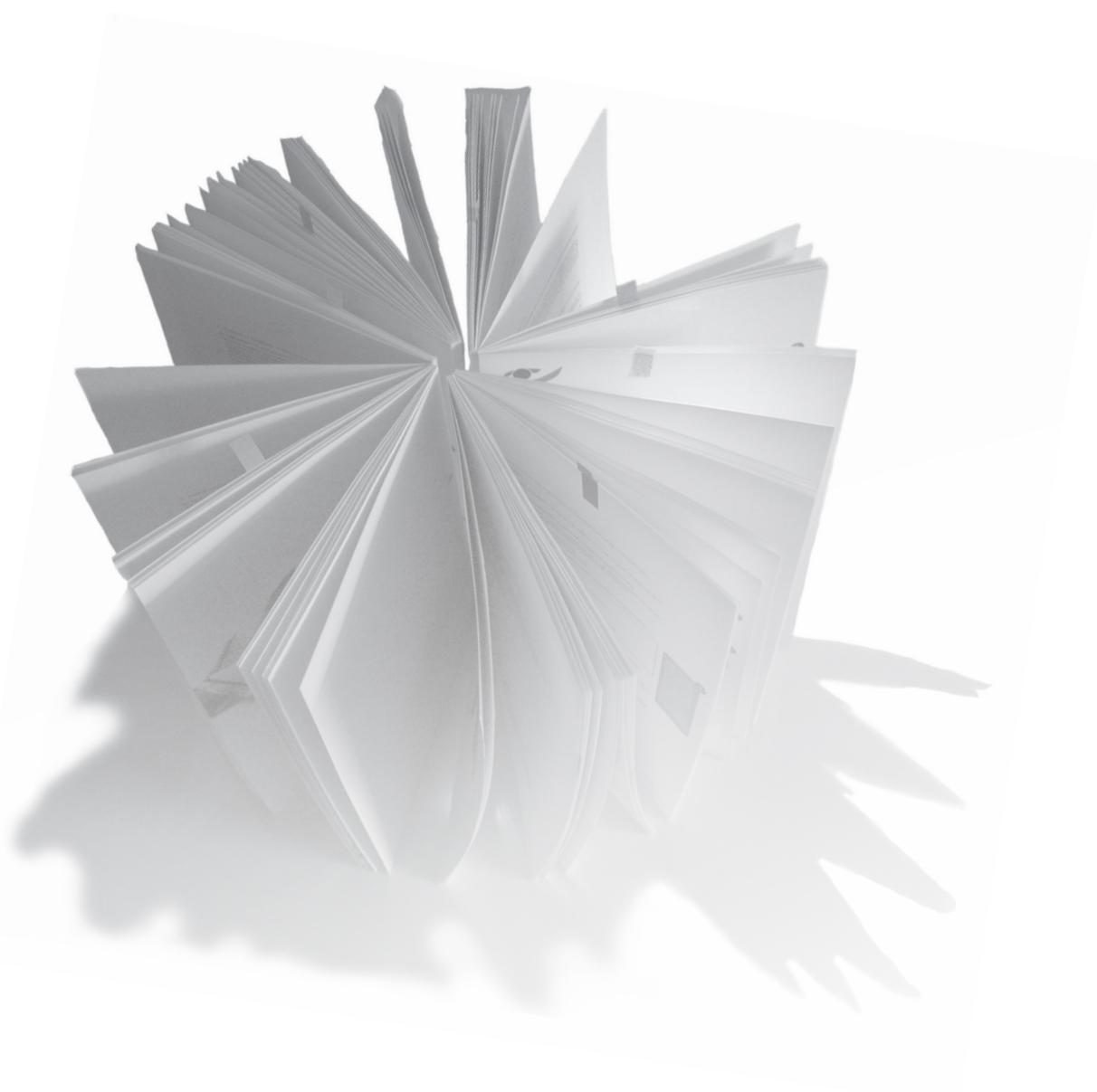
Cette circulaire entrera en vigueur le jour de sa publication et remplacera dès ce moment la circulaire O.A. n° 2023/209 du 26 juillet 2023.



Circulaire O.A. n° 2024/250 – 3991/393 du 13 août 2024.

# 5<sup>e</sup> Partie

## Données de base



## I. Personnes à charge - Plafond trimestriel de revenus

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

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

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

*1<sup>er</sup> mai 2011 indexation*

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

*1<sup>er</sup> février 2012 indexation*

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

*1<sup>er</sup> décembre 2012 indexation*

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

*1<sup>er</sup> juillet 2015 indexation*

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

*1<sup>er</sup> juin 2016 indexation*

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

*1<sup>er</sup> juin 2017 indexation*

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

*1<sup>er</sup> septembre 2018 indexation*

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

*1<sup>er</sup> mars 2020 indexation*

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

*1<sup>er</sup> septembre 2021 indexation*

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

*1<sup>er</sup> janvier 2022 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 21 = 2.671,85 EUR

*1<sup>er</sup> mars 2022 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 22 = 2.725,28 EUR

1<sup>er</sup> mai 2022 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 23 = 2.779,79 EUR

1<sup>er</sup> août 2022 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 24 = 2.835,39 EUR

1<sup>er</sup> novembre 2022 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 25 = 2.892,09 EUR

1<sup>er</sup> décembre 2022 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 26 = 2.949,93 EUR

1<sup>er</sup> novembre 2023 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 27 = 3.008,93 EUR

**1<sup>er</sup> mai 2024 indexation**

**1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 28 = 3.069,11 EUR**

Valeurs par trimestre		
1 <sup>er</sup> trimestre 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2010	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2010	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2010	2.148,87*2/3+2.191,85*1/3	2.163,20 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2010	2.191,85*3/3	2.191,85 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2011	2.191,85*3/3	2.191,85 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2011	2.191,85*1/3+2.235,68*2/3	2.221,07 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2011	2.235,68*3/3	2.235,68 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2011	2.235,68*3/3	2.235,68 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2012	2.235,68*1/3+2.280,40*2/3	2.265,49 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2012	2.280,40*3/3	2.280,40 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2012	2.280,40*3/3	2.280,40 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2012	2.280,40*2/3+2.326,00*1/3	2.295,60 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2016	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2016	2.372,52*2/3+2.419,97*1/3	2.388,34 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR

4 <sup>e</sup> trimestre 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2017	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2017	2.419,97*2/3+2.468,37*1/3	2.436,10 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2018	2.468,37*2/3 + 2.517,74*1/3	2.484,83 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2018	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2020	2.517,74*2/3 + 2.568,10*1/3	2.534,53 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2021	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2021	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2021	2.568,10*2/3 + 2.619,46*1/3	2.585,22 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2021	2.619,46*3/3	2.619,46 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2022	2.671,85*2/3 + 2.725,28*1/3	2.689,66 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2022	2.725,28*1/3 + 2.779,79*2/3	2.761,62 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2022	2.779,79*1/3 + 2.835,39*2/3	2.816,86 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2022	2.835,39*1/3 + 2.892,09*1/3 + 2.949,93*1/3	2.892,47 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2023	2.949,93*3/3	2.949,93 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2023	2.949,93*3/3	2.949,93 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2023	2.949,93*3/3	2.949,93 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2023	2.949,93*1/3 + 3.008,93 *2/3	2.989,26 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2024	3.008,93 *3/3	3.008,93 EUR
<b>2<sup>e</sup> trimestre 2024</b>	<b>3.008,93 *1/3 + 3.069,11 *2/3</b>	<b>3.049,05 EUR</b>
<b>3<sup>e</sup> trimestre 2024</b>	<b>3.069,11 *3/3</b>	<b>3.069,11 EUR</b>



Circulaire O.A. n° 2024/253 – 248/92 du 5 septembre 2024.

## II. Valeur minimale des documents de cotisation pour l'année 2024 - Calcul du complément de cotisation

En application de l'article 286 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, la valeur minimale que les documents de cotisation doivent atteindre est fixée en fonction du revenu mensuel minimum moyen garanti par la convention collective de travail n° 43 conclue au sein du Conseil national du travail et rendue obligatoire par l'arrêté royal du 29 juillet 1988.

Pour le travailleur âgé de 21 ans et plus, la valeur minimale que les documents de cotisation doivent atteindre est égale à quatre fois le montant du revenu mensuel minimum moyen précité.

Pour les travailleurs de moins de 21 ans, ce salaire minimum atteint 3/4 du salaire pris en considération pour les travailleurs de 21 ans et plus.

La valeur minimale que le titulaire doit prouver est celle liée à la catégorie d'âge à laquelle il appartient au début de l'année civile, ou celle à laquelle il appartient au moment de son inscription, ou au moment de sa réinscription en situation d'accomplissement du délai d'attente pour le droit aux soins de santé tel que décrit à l'article 130 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Compte tenu du fait que le revenu mensuel minimum garanti, tel que fixé au sein du Conseil National du Travail, a été adapté à l'indice au 1<sup>er</sup> novembre 2023, et s'élève depuis cette date à 1.994,18 EUR, il convient de fixer comme suit les valeurs minimales des documents de cotisation pour l'année civile 2024 :

• 21 ans et plus :	1.994,18 EUR x 4	=	7.976,72 EUR
• moins de 21 ans :	7.976,72 EUR x 3/4	=	5.982,54 EUR

Les rémunérations qui peuvent être prises en considération sont celles qui figurent sur les documents de cotisation. Elles ne peuvent pas être majorées de 8 %, parce qu'alors une double imputation du salaire aurait lieu pour la période des vacances annuelles. En effet, lorsque le salaire est majoré de 8 % (pour compenser le non-paiement de cotisations sur le pécule de vacances) et qu'un salaire forfaitaire est calculé pour les jours de vacances légales, le salaire est porté en compte deux fois pour ces jours.

Afin d'éviter cela, le calcul du complément de cotisation doit se faire sur la base du salaire figurant sur le bon de cotisation (à 100 %) et en calculant un salaire forfaitaire pour les jours assimilés.

Le complément de cotisation se calcule comme suit :

- A. de la rémunération annuelle minimum, il y a lieu de déduire la rémunération indiquée sur les bons de cotisation ;
- B. ensuite, pour les périodes énumérées à l'article 290, A, 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, on déduit le montant que l'on obtient en multipliant la rémunération annuelle minimum par une fraction dont le numérateur est constitué par le nombre de jours ouvrables de la période et dont le dénominateur est 240 ;

C. le montant du complément de cotisation est calculé en multipliant le montant obtenu, arrondi à l'euro supérieur, par le taux des cotisations dues pour le secteur des soins de santé et, le cas échéant, pour le secteur des indemnités de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. **Si ce montant est inférieur à 10,00 EUR, il n'y a pas lieu de réclamer de complément de cotisation.**

L'intégration des mineurs et assimilés dans le régime général de la sécurité sociale, prévue par la loi programme du 24 décembre 2002, titre II, chapitre 8, articles 149-167 (M.B. du 31.12.2002, pp. 58716 et 58717), a pour conséquence que des compléments de cotisation peuvent aussi être réclamés pour ces travailleurs.

Ci-dessous, vous trouverez un tableau comprenant les taux des cotisations de sécurité sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2017 destinées à l'assurance soins de santé et indemnités.

Nous signalons que pour le personnel statutaire du secteur public, uniquement le pourcentage pour l'assurance soins de santé est mentionné, puisque le personnel statutaire n'est pas soumis à l'assurance indemnités.

Catégories	Cotisation globale	Quote-part de l'employeur	Quote-part du travailleur
Ouvriers et employés	10,85 %	6,15 %	4,70 %
Mineurs	8,85 %	5,15 %	3,70 %
Services publics	7,35 %	3,80 %	3,55 %

L'article 286, alinéa 3, de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996 stipule également que pour les personnes handicapées mis au travail dans les ateliers protégés, les rémunérations annuelles à prendre en considération sont fixées à 80.400 FB ou 1.993,06 EUR (pour les personnes de 21 ans et plus), 64.800 FB ou 1.606,37 EUR (pour les 19 et 20 ans), 48.000 FB ou 1.189,90 EUR (pour les 17 et 18 ans) et 40.800 FB ou 1.011,42 EUR (pour les moins de 17 ans).

Ce sont des montants forfaitaires qui ne sont pas indexés.

En annexe, sont joints les tableaux<sup>1</sup> qui donnent un aperçu du calcul des compléments de cotisation afférents aux différences de rémunération à partir de 0,01 EUR.



Circulaire O.A. n° 2024/164 - 271/79 du 28 mai 2024.

1. Non publiés ici.

Comité de rédaction

Mme Caroline Marthus  
Mme Caroline Lekane  
Mme Charlotte Lefebre  
M. P.-A. Briffeuil  
M. Christophe Ciprietti  
Mme Nuray Özdemir  
Mme Espérance Nahimana  
Mme Marleen Stevens  
M. Tom Candaele

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726