1e Partie
Évolution de la législation en matière d'assurance soins de santé et indemnités

3e et 4e trimestre 2018

1. Loi

Moniteur belge	Date	Titre
26.07.2018	19.07.2018	Loi relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité

Résumé des modifications

Au 1er janvier 2019, pour les séjours hospitaliers impliquant des soins standardisables, peu complexes et qui varie peu d'un patient à l'autre et d'un hôpital à l'autre, le montant des honoraires que rembourse l'assurance soins de santé devient global, fixe et indépendant du processus de soins individuel. Ces montants globaux prospectifs varient en fonction des raisons de l'admission (pathologie) et de la nature du traitement, mais sont identiques dans tous les hôpitaux.

Moniteur belge	Date	Titre
16.11.2018	30.10.2018	Loi portant des dispositions diverses en matière de santé

Résumé des modifications

La loi apporte différentes modifications dans le domaine des soins de santé :

- une interdiction d'utiliser le système du tiers payant pourra dorénavant être prononcée comme mesure complémentaire par les Chambres de première instance et les Chambres de recours, plus précisément dans deux cas, à savoir si le dossier est un recours contre une décision du fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux et si un recours abusif au système du tiers payant est prouvé. Le fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux peut suspendre le système du tiers payant pour douze mois maximum en cas d'indices graves de fraude. Un dispensateur de soins frappé d'une interdiction d'exercer sa profession ne pourra dorénavant plus délivrer de prescription. S'il le fait, il s'expose à des sanctions
- des améliorations sont proposées afin d'aligner la réglementation aux nouveaux cadres européens en matière d'implants
- le système de rétribution automatique en cas de dépassement de la masse de rémunération globale des pharmaciens est levé. Au lieu de cela, en cas de dépassement, il sera procédé comme dans les autres secteurs
- les soins pharmaceutiques sont repris comme prestation remboursable à l'article 34 de la loi relative à l'assurance maladie. Ceci s'inscrit dans le cadre du glissement des honoraires des pharmaciens pour la délivrance d'un médicament vers des soins pharmaceutiques (continus) pour les patients
- une base légale générale est créée afin d'introduire un système de promotion de la qualité dans tous les secteurs, et ce, dans un premier temps, pour la kinésithérapie. Les critères auxquels les prestataires de soins doivent satisfaire pour recevoir une prime à la qualité seront fixés par arrêté royal
- elle contient des dispositions concernant l'harmonisation du statut social des prestataires de soins

- pour l'application du maximum à facturer, les données relatives aux revenus plus récents sont prises en considération (les données concerneront les deux années précédentes au lieu des trois). De ce fait, il sera mieux tenu compte des revenus réels du patient
- un nouvel article 191*quinquies* est inséré. L'article prolonge l'aide pour les entreprises pharmaceutiques qui exercent des activités en matière de recherche de développement et d'innovation en Belgique
- la prescription électronique devient obligatoire. La date sera déterminée par arrêté royal.

Moniteur belge	Date	Titre
21.12.2018	14.12.2018	Loi portant des dispositions diverses relatives au travail

Résumé des modifications

Dans le cadre du congé d'adoption pour les travailleurs salariés, cette loi modifie notamment l'article 30*ter*, § 1er, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail aux fins d'élargir la notion d'enfant en situation de handicap à partir du 31 décembre 2018 et uniquement pour les demandes qui sont introduites auprès de l'employeur à partir de cette même date.

Cette notion englobe ainsi également les enfants avec une affection qui a pour conséquence qu'au moins 9 points sont octroyés dans l'ensemble des trois piliers de l'échelle médico-sociale, au sens de la réglementation relative aux allocations familiales.

2. Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée du 14 juillet 1994

Moniteur belge	Date	Titre
09.07.2018	27.06.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'ajout des références au Code du bien-être au travail
- le refus des indemnités de maternité pour les jours couverts par le pécule de vacances pendant l'exécution d'un travail adapté ("écartement partiel du travail")
- la non prise en compte de l'indemnité forfaitaire accordée dans le cadre du travail de proximité afin de déterminer la situation familiale précise du titulaire reconnu en incapacité de travail
- l'actualisation de la terminologie dans le texte néerlandais : remplacement du mot "geneeshe(e)r(en)" par "arts(en)".

Moniteur Belge	Date	Titre
10.08.2018	03.07.2018	Arrêté royal modifiant l'article 237*quinquies* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal insère aux paragraphes 2 et 3 de l'article 237*quinquies* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 des mots suivants "et sont encore reconnus invalides au mois de mai de l'année d'octroi durant au moins un jour calendrier".

Cette modification réglementaire vise à améliorer la lisibilité de l'une des conditions relatives à l'octroi de la prime de rattrapage, et sa formulation au niveau du texte réglementaire, notamment la condition relative à la qualité de titulaire invalide au mois de mai de l'année de paiement.

Moniteur belge	Date	Titre
14.08.2018	30.07.2018	Arrêté royal modifiant l'article 124 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 124, § 1er, 2°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, la phrase "De même, les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 7° à 11°*ter* et 16° peuvent choisir d'être inscrits comme personne à charge lorsqu'ils bénéficient d'une pension correspondant à une carrière professionnelle inférieure au tiers d'une carrière complète ou considérée comme telle." est abrogée.

Les bénéficiaires qui sont inscrits en qualité de personne à charge conformément aux dispositions de l'article 124, § 1er, 2°, alinéa 2, seconde phrase, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 qui sont applicables avant l'entrée en vigueur du présent arrêté conservent leur inscription comme personne à charge à condition de remplir les autres conditions réglementaires et à condition que leur situation ne change pas.

Moniteur belge	Date	Titre
17.10.2018	07.10.2018	Arrêté royal modifiant les articles 214 et 226*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 214, § 2, alinéa 2 : augmentation de l'indemnité minimale comme travailleur non régulier octroyée à un titulaire ayant personne à charge via la liaison au (nouveau) montant du revenu d'intégration applicable à la personne vivant avec une famille à sa charge

- à l'article 226*bis*, § 1er : dans le cadre du plafond de revenus applicable au "titulaire assimilé à un isolé (revenu professionnel + revenu de remplacement)", neutralisation de l'augmentation du revenu d'intégration applicable à la personne vivant avec une famille à sa charge (cat. 3) ou de l'indemnité minimale comme travailleur non régulier octroyée à un titulaire ayant personne à charge pour le maintien de la qualité de titulaire assimilé à un isolé, à condition que le titulaire se trouve toujours dans la même situation.

Moniteur belge	Date	Titre
17.10.2018	09.10.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte des modifications à la section IV du chapitre 1er du titre III de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, notamment :

- un changement d'appellation du "Conseil technique médical" par le "Centre de connaissances de l'incapacité de travail"
- un élargissement des missions de cet organe (le pouvoir de faire exécuter des études en matière d'assurance indemnités, de les coordonner et de formuler des avis)
- fixe la composition et quelques modalités de fonctionnement.

Moniteur belge	Date	Titre
30.11.2018	21.11.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 4 février 2018 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

Cet arrêté royal modifie la "mesure de garantie" initiale de trois mois qui était prévue dans le cadre de la réforme de la règle de cumul en cas d'activité exercée avec l'autorisation du médecin-conseil (visée à l'art. 230 de l'A.R. du 03.07.1996). En particulier, cet arrêté royal prévoit une prolongation de cette "mesure de garantie" sous certaines conditions, sans limite dans le temps.

Moniteur belge	Date	Titre
04.12.2018	21.11.2018	Arrêté royal modifiant l'article 10, § 1er de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 10, § 1er :
  - au 3°, les mots "vingt et un" sont chaque fois remplacés par les mots "vingt-deux" et les mots "Afin d'arrêter la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte du nombre de leurs adhérents respectifs ; tout organisme assureur a au moins droit à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant" sont insérés après les mots "des mandats à attribuer"
  - au 6°, les mots "11°, 12° et 18°" sont supprimés et les mots "qui ressortissent de la compétence de l'Autorité fédérale" sont ajoutés après les mots "réadaptation professionnelle"
  - au 7°, le mot "six" est chaque fois remplacé par le mot "sept" et les mots "un audicien, un ergothérapeute, un orthoptiste, un podologue, une sage-femme, un diététicien" sont insérés après les mots "un fournisseur d'implants" et les mots "Parmi les membres effectifs doivent figurer obligatoirement un praticien de l'art infirmier, un kinésithérapeute, une sage-femme, un fournisseur d'implants et des auxiliaires paramédicaux et parmi les membres suppléants doivent figurer obligatoirement un praticien de l'art infirmier, un fournisseur d'implants et des auxiliaires paramédicaux." sont insérés après les mots "par les organisations professionnelles représentatives".
- Les adhérents respectifs des organismes assureurs sont fixés pour la durée de chaque mandat en fonction de l'année précédant le renouvellement des mandats et l'arrêté royal en fixe le nombre au 31 décembre 2017.

3. Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge	Date	Titre
09.07.2018	27.06.2018	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, l'article 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

Dans l'article 6, § 4*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, sont ajoutés les règles d'applications suivantes :

"Les obturations de cavités et les restaurations de la rubrique "soins conservateurs", sur des dents de lait ou des dents définitives chez des jeunes de moins de quinze ans, effectuées au moyen des amalgames dentaires, ne donnent pas droit au remboursement, à moins que le praticien de l'art dentaire le juge strictement nécessaire en raison d'un besoin médical spécifique du patient. La justification de l'utilisation des amalgames doit être conservée par le praticien dans le dossier du patient et elle peut être réclamée, pour consultation, par le médecin-conseil.

Les obturations de cavités et les restaurations de la rubrique “soins conservateurs” pour des femmes enceintes ou allaitantes, effectuées au moyen des amalgames dentaires, ne donnent pas droit au remboursement.”

Moniteur belge	Date	Titre
12.10.2018	19.09.2018	Arrêté royal modifiant l’article 32 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 32 :

- au § 1er, le a) est complété
- il est complété par un paragraphe 12 rédigé comme suit : “§ 12. La prestation 589875-589886 ne peut être portée en compte que dans le cadre de la détection de la mutation K-RAS lors d’un cancer colorectal métastasé.”

Moniteur belge	Date	Titre
12.10.2018	19.09.2018	Arrêté royal modifiant l’article 24, § 1er, de l’annexe à l’arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d’assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L’arrêté royal apporte les modifications suivantes à l’article 24, § 1er :

- dans la rubrique 6/SÉROLOGIE INFECTIEUSE, sous l’intitulé 1/Sang, la prestation 552112-552123 est insérée avant la prestation 552134-552145
- la rubrique “Règles diagnostiques” est complétée par la règle diagnostique 127.

Moniteur belge	Date	Titre
12.10.2018	19.09.2018	Arrêté royal modifiant l’article 20, § 1er, e), 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 la prestation 475812-475823 :

- la valeur relative est remplacée par K 41,64
- les règles d’application suivantes sont insérées après la prestation :

“Les honoraires pour l’électrocardiogramme effectué à l’occasion de cette épreuve d’effort sont compris dans les honoraires fixés pour l’épreuve d’effort.

La prestation 475812-475823 ne peut pas être cumulée avec la prestation 475075-475086, sauf si l’électrocardiogramme doit être réalisé en raison d’une situation médicale urgente.”

Moniteur belge	Date	Titre
18.10.2018	27.09.2018	Arrêté royal modifiant l'article 33, § 1er, 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 33, § 1er, dans la règle diagnostique 18, les mots "médecin spécialiste traitant" sont remplacés par les mots "médecin traitant".

Moniteur belge	Date	Titre
22.10.2018	23.09.2018	Arrêté royal modifiant les articles 17, § 1er, 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, § 1er :

- au 11° :
  - la règle d'application suivante est insérée après la prestation 459690-459701 :
    "La prestation 459690-459701 ne peut pas être attestée pour des applications dentaires."
  - la prestation et la règle d'application 458953-458964 sont insérées avant la prestation 458732-458743
- au 11°*ter*, à l'alinéa 4, des règles d'application qui suivent la prestation "459955-459966", les mots, "458953-458964" sont insérés après les numéros d'ordre 458732-458743
- au 12° :
  - le point 11 du libellé de la prestation 460670 est complété par les mots, "458953"
  - le point 1 du libellé de la prestation 461016 est complété par les mots, "458953".

Moniteur belge	Date	Titre
22.10.2018	23.09.2018	Arrêté royal modifiant l'article 1er, § 4*ter*, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
31.10.2018 – Édition 1	23.09.2018	Arrêté royal modifiant l'article 1er, § 4*ter*, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. - Corrigendum

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 1er, § 4*ter* :

- l'alinéa 1er est abrogé
- au point 1 :
  - les mots "Maître de stage en médecine spécialisée" sont remplacés par les mots "En médecine spécialisée"
  - l'alinéa 2 est abrogé.

- le 2 est remplacé par ce qui suit :

“2. En médecine générale.
Le maître de stage tarifie les actes réalisés avec le médecin en formation.

Quand le maître de stage n’est pas physiquement présent, le médecin en formation utilise les attestations de son maître de stage, y appose sa signature, son nom, son cachet et la mention “sur ordre de” suivie du nom de son maître de stage, à condition que :

a) soit le maître de stage soit disponible à tout moment par téléphone ;
b) l’alinéa 2 est remplacé par ce qui suit :

“Entre la fin de son stage et son agrément, le médecin tarifie lui-même les actes qu’il a réalisés, à 75 % des honoraires.”.

Moniteur belge	Date	Titre
22.10.2018	23.09.2018	Arrêté royal modifiant l’article 2, B, de l’annexe à l’arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d’assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L’arrêté royal apporte les modifications suivantes à l’article 2, B :

- le libellé de la prestation 102174 est remplacé par ce qui suit :

Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neurologie ou en pédiatrie et porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique

- le libellé de la prestation 102675 est remplacé par ce qui suit :

Consultation au cabinet par un médecin accrédité spécialiste en neurologie ou en pédiatrie et porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique

- dans l’alinéa 1er des règles d’application qui suivent les prestations 103456 et 103471, les mots “de moins de 15 ans” sont chaque fois remplacés par les mots “de moins de 16 ans”.

Moniteur belge	Date	Titre
22.10.2018	23.09.2018	Arrêté royal modifiant l’article 20, § 1er, c), II, 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 20, § 1er, c), II, :

- les règles d’application qui suivent la prestation 473911-473922 sont complétées par ce qui suit : “Les prestations nos 244215-244226, 244252-244263, 244311-244322, 244355-244366, 244370-244381, 244436-244440, 244451-244462, 244473-244484, 244495-244506, 244510-244521, 244532-244543, 244554-244565, 244576-244580, 244591-244602, 244613-244624 et 244635-244646 reprises au chapitre V, article 14, d), de la présente nomenclature sont également honorées lorsqu’elles sont effectuées par un médecin agréé au titre de médecin spécialiste en gastro-entérologie.”

Moniteur belge	Date	Titre
22.10.2018	23.09.2018	Arrêté royal modifiant les articles 14, l), et 15, § 7, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 14, l) :
  - le libellé et la valeur relative de la prestation 317295-317306 sont remplacés par ce qui suit : "+ Confection et pose de prothèses obturatrices, prothèses pour fracture et ankylose, prothèses maxillo-faciales, dilatateurs, mobilisateurs, distracteurs à l'exception des a) appareils orthodontiques non liés à une intervention chirurgicale de l'article 14, l), et b) appareils utilisés dans le traitement non chirurgical du ronflement ou des apnées du sommeil : maximum K 600"
  - le libellé de la prestation 313014-313025 est complété par ce qui suit : "ou en cas de reconstruction chez un patient présentant une anomalie congénitale du squelette facial".
- l'article 15, § 7, de la même annexe, est complété par ce qui suit : "L'appareillage mentionné sous a) et b) de la prestation 317295-317306 ne peut bénéficier du remboursement de l'AMI que s'il a été placé dans la période de 10 jours qui précède ou qui suit la date de la prestation chirurgicale remboursée de l'article 14, l) d'une valeur égale ou supérieure à K 180".

Moniteur belge	Date	Titre
25.10.2018	03.10.2018	Arrêté royal modifiant les articles 1er, §§ 4*bis*, I, 7, 9 et 12, 4°, 2, C, 3, § 1er, A, II, 14, e), 14, k), I, § 1er, D, 1°, 17, § 1er, 12°, 18, § 2, B, d)*septies*, 20, §§ 1er, c) et g) et 2, 24, §§ 1er et 2, 25, §§ 1er et 3, et 26, §§ 1er et 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

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 1er :

- au paragraphe 4*bis*, I, les mots "de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'art de guérir, à l'exercice des professions qui s'y rattachent et aux commissions médicales ainsi que de la loi du 20 décembre 1974 qui le complète en ce qui concerne l'art infirmier, dans le cadre des limites fixées par l'article 50 dudit arrêté royal" sont remplacés par les mots "de la loi du 10 mai 2015 portant coordination de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé"
- les paragraphes 7 et 9 sont abrogés
- au paragraphe 12, 4°, les mots "conformément aux articles 2, § 1er, et 7, § 1er, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé" sont remplacés par les mots "conformément aux articles 3, § 1er, et 25, § 1er, de l'arrêté royal du 10 mai 2015 portant coordination de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé".

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 2, C :

- le numéro d'ordre "109015" est remplacé par le numéro d'ordre "109045"
- dans le texte en néerlandais, les mots "(109045, 109060, 109082)" sont insérés entre les mots "ziekenhuis" et "zijn".

La modification suivante est apportée à l'article 3, § 1er, A, II :

- la phrase "Prestations effectuées par un médecin généraliste agréé ou un médecin généraliste avec droits acquis :" est abrogée.

La modification suivante est apportée à l'article 14, e) :

- le libellé en néerlandais de la prestation 229574-229585 est remplacé par ce qui suit "Myocardrevascularisatie door anastomose met behulp van de arteria mammaria interna, met aanwending van de twee arteriae mammariae internae of implantatie van de arteria mammaria interna in de vorm van sequentiële overbruggingen".

La modification suivante est apportée à l'article 14, k), I, § 1er, D, 1° :

- dans le libellé en néerlandais des prestations 277314-277325 et 292353-292364, le mot "Handelingen" est à chaque fois remplacé par les mots "door handeling".

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 17, § 1er, 12° :

- dans le libellé de la prestation 460670 :
  - au point 11, les mots "459896-459900, 459874-459885 et 459911-459922" sont remplacés par les mots "459896, 459874 et 459911"
  - dans l'énumération des prestations de l'article 17*bis*, § 1er, les numéros d'ordre "460353" et "460655" sont abrogés.
- au point 1 du libellé de la prestation 461016, les mots "459896-459900, 459874-459885 et 459911-459922" sont remplacés par les mots "459896, 459874 et 459911".

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 18, § 2, B. d)*septies* :

- à l'alinéa 2, le 1 est remplacé par ce qui suit :
  "1. sur la prescription sont mentionnés :
  a) les nom et prénom du patient ;
  b) le nom, le prénom, l'adresse et le numéro d'identification du prescripteur ;
  c) la date de la prescription ;
  d) la signature du prescripteur.".

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 20 :

- au § 1er :
  - au c), dans les règles d'application qui suivent la prestation 473852-473863, au d), les mots "sauf une insertion d'une prothèse de dilatation des voies biliaires" sont remplacés par les mots "sauf une insertion d'une prothèse dans les voies biliaires ou pancréatiques"
  - au g), à l'alinéa 3 des règles d'application qui suivent la prestation 478030-478041, les mots "et III a)" sont remplacés par les mots "et III".
- au § 2, A, au 2, les mots "- de la rubrique a) 470271 et 470794-470805," sont remplacés par les mots "- de la rubrique a) 470271,".

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 24 :

- au § 1er :
  - dans la rubrique 9/IMMUNO HEMATOLOGIE ET SEROLOGIE NON-INF :
    1) dans le libellé de la prestation 556032-556043 les mots "(maximum cinq)" sont abrogés;

    2) dans le libellé de la prestation 553475-553486, les mots "(Règle de cumul B)" sont remplacés par les mots "(Règle de cumul 340)".
  - dans la rubrique "Règles de cumul", à la règle 96, en néerlandais, les numéros d'ordre "559392-599403" sont remplacés par les numéros d'ordre "559392-559403"
  - dans la rubrique "Règles diagnostiques", à la règle 64, les numéros d'ordre "551371-556382" sont remplacés par les numéros d'ordre "556371-556382".
- au § 2, à l'alinéa 1er des règles d'application qui suivent la prestation "591135-591146", le numéro d'ordre "293193" est abrogé de la liste des prestations.

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 25 :

- au § 1er, à la prestation 597785, dans le texte néerlandais de la règle d'application, les mots "op de Sp-dienst" sont remplacés par les mots "op een Sp-dienst"
- au § 3, à l'alinéa 5 des règles d'application qui suivent la prestation 590332, le numéro d'ordre "293193" est abrogé de la liste des prestations.

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 26 :

- dans l'intitulé du paragraphe 1er, les mots ", à l'exception des prestations citées aux § 8" sont abrogés
- au paragraphe 8, les alinéas 1er et 2 sont abrogés.

Moniteur belge	Date	Titre
25.10.2018	03.10.2018	Arrêté royal modifiant les articles 2, B, 17*ter*, B, 17*quater*, § 3, 22, II, b), 24, § 9, 25, § 1er, et 32, § 3, 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

La modification suivante est apportée à l'article 2, B :

- dans l'alinéa 1er des règles d'application qui suivent la prestation 102233, les mots "en personnel infirmier gériatrique et/ou paramédicale gériatrique" sont remplacés par les mots "gériatrique multidisciplinaire".

La modification suivante est apportée à l'article 17*ter*, B :

- dans l'alinéa 1er, les mots "participent personnellement à leur exécution, sans les déléguer à des auxiliaires paramédicaux" sont remplacés par les mots "n'en confient pas l'exécution à d'autres".

La modification suivante est apportée à l'article 17*quater*, § 3 :

- dans l'alinéa 1er, les mots "exécutent personnellement la prestation, sans la déléguer à des auxiliaires paramédicaux" sont remplacés par les mots "n'en confient pas l'exécution à d'autres".

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 22, II, b) :

- à la prestation 558810-558821 :
  - le libellé est remplacé par ce qui suit : "Séance de rééducation d'au moins 60 minutes"
  - les règles d'application suivantes sont insérées :

    "Chaque séance comporte à la fois :

    1) l'intervention d'au moins deux professionnels dont un kinésithérapeute ou un ergothérapeute et un autre paramédical ;
    2) l'utilisation d'au moins deux techniques parmi la rééducation par le mouvement, la thérapie psychomotrice, l'électrostimulation pour atteinte motrice ou l'électrothérapie antalgique, la mécanothérapie, les exercices avec prothèses externes, orthèses ou aides techniques complexes, l'hydrothérapie en piscine.".

- à la prestation 558014-558025 :
  - le libellé est remplacé par ce qui suit : "Séance de rééducation d'au moins 90 minutes"
  - les règles d'application suivantes sont insérées :
    "Chaque séance comporte à la fois :
    1) l'intervention d'au moins deux professionnels dont un kinésithérapeute ou un ergothérapeute et un autre paramédical ;
    2) l'utilisation d'au moins deux techniques parmi la rééducation par le mouvement, la thérapie psychomotrice, l'électrostimulation pour atteinte motrice ou l'électrothérapie antalgique, la mécanothérapie, les exercices avec prothèses externes, orthèses ou aides techniques complexes, l'hydrothérapie en piscine.".

- à la prestation 588832-588843 :
  - le libellé est remplacé par ce qui suit : "Séance de rééducation d'au moins 120 minutes"
  - les règles d'application suivantes sont insérées :
    "Chaque séance comporte à la fois :
    1) l'intervention d'au moins deux professionnels dont un kinésithérapeute ou un ergothérapeute et un autre paramédical ;
    2) l'utilisation d'au moins deux techniques parmi la rééducation par le mouvement, la thérapie psychomotrice, l'électrostimulation pour atteinte motrice ou l'électrothérapie antalgique, la mécanothérapie, les exercices avec prothèses externes, orthèses ou aides techniques complexes, l'hydrothérapie en piscine.".

La modification suivante est apportée à l'article 24, § 9 :

- dans le point 2, les mots "par du personnel paramédical" sont abrogés.

La modification suivante est apportée à l'article 25, § 1er :

- dans l'alinéa 1er des règles d'application qui suivent la prestation 599362, les mots "par les infirmières, les psychologues cliniciens et les paramédicaux" sont remplacés par les mots "de l'équipe".

La modification suivante est apportée à l'article 32, § 3 :

- les mots "des auxiliaires paramédicaux" sont remplacés par les mots "d'autres".

Moniteur belge	Date	Titre
25.10.2018	03.10.2018	Arrêté royal modifiant l'article 14, i), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 14, i) :

- le libellé de la prestation 256513-256524 est remplacé par ce qui suit : "Adénoïdectomie".

Moniteur belge	Date	Titre
25.10.2018	03.10.2018	Arrêté royal modifiant l'article 14, i), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 14, i) :

- dans le libellé de la prestation 256476-256480 les mots "ou traitement au laser" sont insérés entre les mots "Électrocoagulation" et "des amygdales".

Moniteur belge	Date	Titre
25.10.2018	03.10.2018	Arrêté royal modifiant les articles 17, § 1er, et 26, § 9, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

Les modifications suivantes ont été apportées à l'article 17, § 1er :

- au 11° :
  - le libellé de la prestation 458850-458861 est complété par les mots "du rachis cervical"
  - les prestations 457855-457866, 457870-457881 et 457892-457903 et la règle d'application sont insérées après la prestation 458850-458861.
- au 11° *bis* :
  - dans le libellé de la prestation 459491-459502, les mots "ou thoracique ou lombosacré" sont abrogés
  - les prestations 457914-457925, 457936-457940 et 457951-457962 et la règle d'application sont insérées après la prestation 459491-459502
  - dans la règle d'application qui suit la prestation 459535-459546, les mots "459513-459524" et "459535-459546" sont remplacés par les mots "459513-459524, 457914-457925, 457936-457940, 457951-457962, 459535-459546".

- au 12° :
  - dans le libellé de la prestation 460670 :
    a) au point 11, les mots “457855, 457870, 457892,” sont insérés entre les numéros d’ordre “458850” et “458872” ;
    b) au point 13, les mots “457914, 457936, 457951,” sont insérés entre les numéros d’ordre “459491” et “459513” ;

  - dans le libellé de la prestation 461016 :
    a) au point 1, les mots “457855, 457870, 457892,” sont insérés entre les numéros d’ordre “458850” et “458872” ;
    b) le point 5 est complété par les mots “, 457914, 457936, 457951”.

La modification suivante est apportée à l’article 26, § 9 :

- dans la liste des prestations, les mots “457914-457925, 457936-457940, 457951-457962,” sont insérés entre les numéros d’ordre “459502” et “459513”.

Moniteur belge	Date	Titre
25.10.2018	03.10.2018	Arrêté royal modifiant les articles 17*bis*, § 1er, et 17*quater*, § 1er, 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

La modification suivante est apportée à l’article 17*bis*, § 1er :

- le libellé de la prestation 460132-460143 est complété par les mots “, y inclus la région axillaire”.

La modification suivante est apportée à l’article 17*quater*, § 1er :

- le libellé de la prestation 469394-469405 est complété par les mots “, y inclus la région axillaire”.

Moniteur belge	Date	Titre
29.10.2018	23.09.2018	Arrêté royal modifiant les articles 18, § 2, B, e), et 24, § 1er, 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

Les modifications suivantes sont apportées à la rubrique 1/CHIMIE de l’article 18, § 2, B, e) :

- sous l’intitulé 1/Sang :
  - les prestations 433215-433226 et 433230-433241 sont abrogées
  - la prestation 433355-433366 est insérée avant la prestation 433252-433263.
- sous l’intitulé 2/Urine :
  - la prestation 433576-433580 est abrogée
  - l’intitulé est complété par ce qui suit :
    “433370-433381
    Dosage de la perte osseuse . . . . . B 400
    (Maximum 1) (Règle de cumul 78) (Règle diagnostique 71)”.

Les modifications suivantes sont apportées à la rubrique 1/CHIMIE de l'article 24, § 1er :

- sous l'intitulé 1/Sang :
  - les prestations 542673-542684, 542695-542706, 541936-541940 et 542754-542765 sont abrogées
  - la prestation 542894-542905 est insérée avant la prestation 541973-541984.
- sous l'intitulé 2/Urine :
  - la prestation 543955-543966 est abrogée
  - la prestation 542916-542920 est insérée avant la prestation 543432-543443.

Les modifications suivantes sont apportées à la rubrique "Règles de cumul" de l'article 24, § 1er :

- la règle 77 est remplacée par ce qui suit :
  "77
  Les prestations 433355-433366 et 542894-542905 ne sont pas cumulables entre elles."
- la règle 78 est remplacée par ce qui suit :
  "78
  Les prestations 433370-433381 et 542916-542920 ne sont pas cumulables entre elles.".

La modification suivante est apportée à la rubrique "Règles diagnostiques" de l'article 24, § 1er : la règle 71 est remplacée par ce qui suit : "Les prestations 433355-433366, 542894-542905, 433370-433381 et 542916-542920 ne peuvent être portées en compte qu'en cas de présence clinique de pathologie osseuse.".

Moniteur belge	Date	Titre
29.10.2018	05.10.2018	Arrêté royal modifiant les articles 1er, § 4*bis*, II, 20, § 1er, f), et 22, 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

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 1er, § 4*bis*, II :

- au A, le j) est remplacé par ce qui suit : "j) les prestations d'électrodiagnostics telles l'électrodiagnostic de régions et l'électromyographie par électrode aiguille repris aux articles 14, 20 et 22."
- au B, 2.e), les mots "électromyographie de surface," sont insérés entres les mots "stimulation," et "polygraphie.".

La modification suivante est apportée à l'article 20, § 1er, f) :

- le libellé de la prestation 477116-477120 est remplacé par ce qui suit : "Electromyographie, par électrode aiguille".

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 22, I :

- le libellé de la prestation 558552-558563 est remplacé par ce qui suit : "Electromyographie, par électrode aiguille"
- la prestation 558176-558180 et les règles d'application sont insérées après la prestation 558552-558563.

Moniteur belge	Date	Titre
29.10.2018	05.10.2018	Arrêté royal modifiant l'article 14, g), 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

La modification suivante est apportée à l'article 14, g) :

- le libellé de la prestation 432294-432305 est complété par les mots "avec confirmation anatomopathologique".

Moniteur belge	Date	Titre
29.10.2018	05.10.2018	Arrêté royal modifiant l'article 14, h), § 1er, I, 1°, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'article 14, h), § 1er, I, 1° est complété par ce qui suit :
"245151-245162
Pose d'un bouchon méatique lacrymal, par œil . . . . . N 40".

Moniteur belge	Date	Titre
29.10.2018	05.10.2018	Arrêté royal modifiant les articles 22, II, b), et 23, § 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

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées à la prestation 558994 de l'article 22, II, b) :

- le libellé est remplacé par ce qui suit : "Séance de rééducation multidisciplinaire ambulatoire de 120 minutes au moins pour une affection du rachis"
- les règles d'application suivantes sont insérées après la prestation :
  "Les séances de rééducation (558994) sont réalisées en cas de :
  1) rachialgies mécaniques aspécifiques de plus de 6 semaines ;
  2) chirurgie correctrice vertébrale de moins de 3 mois.
  L'assurance octroie au maximum 36 prestations réparties sur 6 mois. Toutefois, l'assurance octroie 36 prestations supplémentaires réparties sur 6 mois en cas de :
  1) nouvelle intervention chirurgicale sur le rachis ;
  2) réintégration socioprofessionnelle, avec l'accord du médecin-conseil.".

La modification suivante est apportée à l'article 23, § 8 :

- l'alinéa 2 commençant par les mots "La série de prestations 558994" et se terminant par les mots "réintégration socioprofessionnelle" est abrogé.

Moniteur belge	Date	Titre
30.10.2018	05.10.2018	Arrêté royal modifiant l'article 11, § 1er, 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
06.12.2018 – Édition 2	05.10.2018	Arrêté royal modifiant l'article 11, § 1er, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. - Corrigendum

Résumé des modifications

L'article 11, § 1er, est complété par ce qui suit :

"350070

Consultation de longue durée (au moins 30 minutes) au cabinet du médecin spécialiste qui a réalisé chez le patient au moins une des interventions reprises dans la liste limitative des interventions oncologiques majeures ci-dessous, y compris un rapport écrit au médecin traitant et au médecin spécialiste en oncologie médicale . . . . . K 35

350092

Consultation de longue durée (au moins 30 minutes) au cabinet du médecin spécialiste accrédité qui a réalisé chez le patient au moins une des interventions reprises dans la liste limitative des interventions oncologiques majeures ci-dessous, y compris un rapport écrit au médecin traitant et au médecin spécialiste en oncologie médicale . . . . . K 35 +

. . . . . Q 70

Liste limitative :

241415-241426, 241430-241441, 241452-241463, 241555-241566, 242012-242023, 242034-242045, 242292-242303, 244753-244764, 243036-243040, 244016-244020, 244031-244042, 244856-244860, 244893-244904, 244915-244926, 244930-244941, 244952-244963, 227216-227220, 227275-227286, 227334-227345, 228012-228023, 228233-228244, 228174-228185, 228255-228266, 227695-227706, 227710-227721, 227776-227780, 227791-227802, 227813-227824, 231033-231044, 232772-232783, 232514-232525, 230473-230484, 260411-260422, 260433-260444, 261111-261122, 261472-261483, 261671-261682, 261796-261800, 431336-431340, 431351-431362, 254892-254903, 256771-256782, 259011-259022, 259033-259044, 259114-259125, 258392-258403, 258451-258462, 258871-258882, 288455-288466, 288470-288481, 312594-312605, 312653-312664.

Les prestations 350070 et 350092 peuvent être portées en compte une fois par an au cours d'une période de suivi postopératoire de maximum trois ans à compter de la date d'intervention.

Les prestations 350070 et 350092 ne sont pas cumulables avec une prestation technique, ni avec une autre consultation.".

Moniteur belge	Date	Titre
31.10.2018 – Édition 1	19.09.2018	Arrêté royal modifiant les articles 24, § 1er, et 33*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
06.12.2018 – Édition 2	19.09.2018	Arrêté royal modifiant les articles 24, § 1er, et 33*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. - Corrigendum

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- dans l'article 24, § 1er :
  - la rubrique 9/IMMUNO HEMATOLOGIE ET SEROLOGIE NON-INF., et la rubrique "Règles diagnostiques" sont modifiées
  - la règle 53 est remplacée
  - la règle diagnostique 128 est ajoutée.
- dans l'article 33*bis* :
  - il est inséré un paragraphe 1/1
  - la rubrique "Règles diagnostiques" est complétée.

Moniteur belge	Date	Titre
28.11.2018	30.10.2018	Arrêté royal modifiant l'article 34, § 1er, 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

À l'article 34, § 1er, a), les modifications suivantes sont apportées :

- la valeur relative de la prestation 589013-589024 est remplacée par "I 1215"
- la valeur relative de la prestation 589035-589046 est remplacée par "I 608"
- la prestation 589735-589746 et la règle d'application qui la suit sont abrogées
- les prestations 589934-589945 et 589956-589960 et les règles d'application sont insérées avant la prestation 589050-589061.

Moniteur belge	Date	Titre
14.12.2018 – Édition 1	25.11.2018	Arrêté royal modifiant l'article 30 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

À l'article 30 des modifications sont apportées :

- au A., 1., 2° groupe cible, groupe 1
- au A., 1., 2° groupe cible, groupe 2
- au A., 1., 2° groupe cible, groupe 3
- au A., le 4. est remplacé
- dans le texte en néerlandais, les mots "adviserend geneesheer" sont chaque fois remplacés par le mot "adviserend arts"
- dans le texte en néerlandais, le mot "geneesheer-specialist" est chaque fois remplacé par le mot "arts-specialist".

Moniteur belge	Date	Titre
14.12.2018 – Édition 1	25.11.2018	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
18.02.2019	25.11.2018	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. - Erratum

Résumé des modifications

À l'article 31, les modifications suivantes sont apportées :

- au I., 1.1.1. Appareillage de correction auditive en cas de possibilité d'audiométrie vocale :
  - les prestations 679136-679140, 679173-679184, 679210-679221 et 679070-679081 sont abrogées
  - de nouvelles prestations sont insérées.

- au I., 1.1.2. Appareillage de correction auditive en cas d'impossibilité d'audiométrie vocale pour des raisons médicales :
  - les prestations 679254-679265, 679291-679302, 679335-679346 et 679372-679383 sont abrogées
  - de nouvelles prestations sont insérées.

- au I., 1.2.1. Appareillage de correction auditive, en cas de possibilité d'audiométrie vocale :
  - les prestations 679630-679641, 679674-679685, 679711-679722 et 679755-679766 sont abrogées
  - de nouvelles prestations sont insérées.

- au I., 1.2.2. Appareillage de correction auditive en cas d'impossibilité d'audiométrie vocale pour des raisons médicales :
  - les prestations 679770-679781, 679814-679825, 679851-679862 et 679895-679906 sont abrogées
  - de nouvelles prestations sont insérées.

- au II. Conditions de remboursement :
  - le 2.4. est remplacé
  - est complété par le 2.6.

Moniteur belge	Date	Titre
17.12.2018	28.11.2018	Arrêté royal modifiant l'article 21, § 1er, 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 21, § 1er, les modifications suivantes sont apportées :

- l'intitulé qui précède la prestation 532733-532744 est abrogé
- le libellé de la prestation 532733-532744 est remplacé et les règles d'application sont insérées
- la prestation 532755-532766 et les règles d'application qui la suivent sont abrogées
- le paragraphe 1er est complété.

Moniteur belge	Date	Titre
19.12.2018	23.09.2018	Arrêté royal modifiant l'article 17, § 1er, 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 17, § 1er, les modifications suivantes sont apportées :

- le 11° est complété
- au 12°
  - le point 11 de la prestation 460670 est remplacé
  - le point 1 de la prestation 461016 est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
27.12.2018 – Édition 1	06.12.2018	Arrêté royal modifiant l'article 14, h), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

À l'article 14, h), les modifications suivantes sont apportées :

- au § 1er, II, 2°, la prestation 248555-248566 est abrogée
- au § 2, 3°, les mots "248555-248566," sont abrogés.

Moniteur belge	Date	Titre
27.12.2018 – Édition 1	19.12.2018	Arrêté royal modifiant l'article 24, § 9, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

À l'article 24, § 9, au 6, un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 2 et 3 :

"Les résultats des analyses sont rendus publiques sur un hub sous une forme électronique structurée.".

4. Arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Moniteur belge	Date	Titre
10.08.2018	30.07.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'amélioration de la lisibilité de l'une des conditions relatives à l'octroi de la prime de rattrapage, et sa formulation au niveau du texte réglementaire, notamment la condition relative à la qualité de titulaire invalide au mois de mai de l'année de paiement
- le remplacement de références à des réglementations qui ont été abrogées
- l'actualisation de la terminologie dans le texte néerlandais : le remplacement du mot "geneeshe(e)r(en)" par "arts(en)".

5. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
09.07.2018	29.06.2018	Arrêté royal relatif à la suppression du Comité de gestion pour les ouvriers mineurs

Résumé des modifications

Tenant compte de la suppression du Comité de gestion pour les ouvriers mineurs et le transfert de ses compétences au Comité de gestion du Service des indemnités à partir du 1er janvier 2018, l'arrêté royal apporte des adaptations formelles aux arrêtés d'exécution suivants :

- l'arrêté royal du 19 novembre 1970 relatif au régime de pension d'invalidité des ouvriers mineurs
- 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.

Moniteur belge	Date	Titre
16.07.2018	27.06.2018	Arrêté royal modifiant la liste annexée à l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1er, 20° 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 :

- ajoute des moyens au chapitre 2, section 7 de la partie 1 de l'annexe jointe à l'arrêté royal du 24 octobre 2002
- remplace une ligne au chapitre 3, section 1, B, de la partie 1 de l'annexe jointe à l'arrêté royal du 24 octobre 2002.

Moniteur belge	Date	Titre
20.07.2018 – Édition 2	15.07.2018	Arrêté royal fixant les conditions de liquidation et le montant de l'intervention pour l'admission d'un interné dans un hôpital auquel les dispositions de la loi sur les hôpitaux ne sont pas applicables

Résumé des modifications

Cet arrêté royal règle l'intervention pour l'admission d'internés placés visés à l'article 19 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement dans un des 209 lits du "Centre régional de soins psychiatriques Les Marronniers" à Tournai mis à disposition dont le financement n'est pas réglé en vertu de l'article 105 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins et ce pour que les internés aient droit au remboursement d'une mutualité.

Moniteur belge	Date	Titre
27.07.2018	15.07.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 novembre 1996 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'alimentation entérale par sonde

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'intitulé est complété par les mots "à domicile"
- l'article 1er est remplacé
- un article 2/1, 2/2 et 2/3 sont ajoutés
- l'annexe est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
01.08.2018 – Édition 1	11.07.2018	Arrêté royal fixant le montant destiné au paiement des indemnités prévues dans l'accord social qui a trait au secteur des soins de santé, qui a été conclu par le gouvernement fédéral en 2005 avec les organisations concernées représentatives des employeurs et des travailleurs, pour autant qu'il concerne le parrainage et la mesure de congé supplémentaire à partir de l'année calendrier 2018

Résumé des modifications

Un montant de 18.954.749 EUR est fixé pour l'année 2018 en vue du paiement des indemnités prévues dans l'accord social qui a trait au secteur des soins de santé, qui a été conclu par le gouvernement fédéral en 2005 avec les organisations concernées représentatives des employeurs et des travailleurs, pour autant qu'il concerne les mesures relatives au parrainage dans les hôpitaux et le congé supplémentaire pour les membres du personnel d'au moins 50 ans qui ne bénéficient pas des mesures dans le cadre de la fin de carrière.

Moniteur belge	Date	Titre
01.08.2018 – Édition 1	11.07.2018	Arrêté royal fixant pour l'année calendrier 2018 les montants des interventions pour les mesures prévues dans les accords sociaux qui ont trait au secteur des soins de santé et qui ont été conclus par le gouvernement fédéral les 1er mars 2000, 28 novembre 2000, 26 avril 2005, 18 juillet 2005, 4 février 2011, 25 février 2011 et 24 octobre 2012 avec les organisations concernées représentatives des employeurs et des travailleurs et des mesures prévues dans le plan d'attractivité de la profession de praticien de l'art infirmier prévu dans les accords du 4 mars 2010 et du 17 mars 2010, pour autant qu'elles concernent des travailleurs occupés dans le secteur des soins à domicile, dans les maisons médicales et par la Croix-Rouge

Résumé des modifications

Le montant, visé à l'article 191, alinéa 1er, 5°*ter*, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, destiné au financement des fonds visés à l'article 35, § 5, de la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés, en vue du paiement des montants des indemnités des mesures prévues dans les accords sociaux qui ont trait au secteur des soins de santé et qui ont été conclus par le gouvernement fédéral les 1er mars 2000, 28 novembre 2000, 26 avril 2005, 18 juillet 2005, 4 février 2011, 25 février 2011 et 24 octobre 2012 avec les organisations concernées représentatives des employeurs et des travailleurs et des mesures prévues dans le plan d'attractivité de la profession de praticien de l'art infirmier prévu dans les accords des 4 mars et 17 mars 2010, pour autant qu'il concerne des travailleurs occupés dans le secteur des soins à domicile, dans les maisons médicales et par la Croix-Rouge, est fixé pour 2018 à 102.285.023 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
26.09.2018	02.09.2018	Arrêté royal concernant le montant à charge des frais d'administration de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité destiné au financement de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé et le montant à charge de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé destiné au financement de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

Résumé des modifications

Le montant à charge des frais d'administration de l'INAMI destiné au financement de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé est fixé à 2.732.449 d'EUR dès 2018.

Moniteur belge	Date	Titre
05.10.2018	02.10.2018	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 1er 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 :

- dans les articles 14, 18, 25, 30, 37, 43 et 50, les mots "arrêté ministériel du 17 juin 2014 désignant les objets, appareils et substances assimilés à des médicaments, visés dans le livre V du Code de droit économique et fixant les prix maxima et marges maxima des médicaments et des objets, appareils et substances assimilés à des médicaments," sont chaque fois remplacés par les mots "arrêté royal du 10 avril 2014 fixant les conditions de recevabilité, les délais et les modalités pratiques des demandes de fixation de prix, des demandes de hausse de prix, des notifications de prix et des communications (de prix) des médicaments, des objets, appareils et substances assimilés à des médicaments, et des matières premières, tels que visés dans le livre V du Code de droit économique"
- l'article 60 est complété par un alinéa
- dans l'article 64, un alinéa est inséré entre les alinéas 4 et 5
- à l'article 90, les modifications suivantes sont apportées :
  - à l'alinéa 1er, les mots "ou après modification des modalités de remboursement ou du prix et/ou de la base de remboursement conformément aux dispositions des articles 59 et suivants du présent arrêté," sont remplacés par les mots "d'une spécialité ne faisant pas l'objet d'une convention conclue conformément aux dispositions de l'article 111, de l'article 112 ou de l'article 113, ou après une modification des modalités de remboursement ou du prix et/ou de la base de remboursement conformément aux dispositions des articles 59 et suivants, d'une spécialité ne faisant pas l'objet d'une convention conclue conformément aux dispositions de l'article 111, de l'article 112 ou de l'article 113,"
  - à l'alinéa 2, les mots "parmi lesquelles l'impact budgétaire" sont insérés entre les mots "de la demande d'admission ou de modification" et les mots "La révision s'effectue"
  - à l'alinéa 2, les mots "la Commission" sont remplacés par les mots "le Ministre".
- dans l'article 93, l'alinéa 3 est abrogé
- dans le chapitre III, il est inséré une section 1/1, comportant un article 100/1
- dans l'article 101, le paragraphe 4 est abrogé.

Moniteur belge	Date	Titre
03.12.2018	21.11.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 1er 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 122 est abrogé
- un article 122/1 est inséré, rédigé comme suit :
  "Article 122/1. Les emballages extérieurs des conditionnements des spécialités admises sur la liste, à l'exception des emballages qui contiennent de l'oxygène gazeux ainsi que les spécialités pharmaceutiques mentionnées dans le chapitre III de l'annexe 1re de la liste, doivent être munis, à partir de la date d'entrée en vigueur de la remboursabilité, d'un code unique comme défini à l'article 6, § 1*quinquies* de la loi sur les médicaments du 25 mars 1964 et aux articles 4, 5 et 6 de la directive européenne 2016/161/EU."
- le responsable de la mise sur le marché qui munit un conditionnement d'un code unique, comme prévu à l'article 122/1 du présent arrêté, est dispensé de l'obligation visé à l'article 122 du présent arrêté
- l'arrêté ministériel du 2 septembre 2004, fixant les modalités réglementaires de l'échange de données dans le cadre du code numérique unique sur les conditionnements publics des spécialités pharmaceutiques, est abrogé.

Moniteur belge	Date	Titre
22.10.2018	19.09.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 24 septembre 1992 fixant les modalités relatives aux honoraires forfaitaires pour certaines prestations de biologie clinique dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés, ainsi qu'à la sous-traitance de ces prestations

Résumé des modifications

Dans l'article 2, § 2, l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit :

"Les honoraires forfaitaires sont relatifs à toutes les prestations effectuées pour un même patient, avec une même date de prélèvement, quel que soit le nombre de prescriptions ou de prescripteurs.".

Moniteur belge	Date	Titre
17.12.2018	02.12.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1er, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- dans l'article 1 :
  - le point 20° est remplacé par ce qui suit : 20° "diffuseurs portables", des pompes non implantables qui sont destinées à administrer des médicaments et qui ne dépendent pas pour leur fonctionnement de l'électricité ou d'autre source d'énergie non mécanique

  - les points 26° et 27° rédigés comme suit sont ajoutés :
    26° "cassettes", des réservoirs à médicaments associés à une pompe électronique non implantable.
    27° "Centre Muco" : un centre de référence en matière de mucoviscidose qui a conclu une convention avec le Comité de l'assurance des soins de santé, instauré auprès du Service des soins de santé de l'Institut national assurance maladie-invalidité".

- au chapitre 2, de la partie 1 de l'annexe jointe à l'arrêté royal du 24 octobre 2002 :
  - à la section 7, les modifications suivantes sont apportées :

    1. La section 7, dont le texte actuel formera le paragraphe 2, est complétée avec un paragraphe 1er rédigé comme suit : "§ 1. Tous les diffuseurs portables, cassettes et dispositifs médicaux visés dans cette section, doivent être conformes aux dispositions de l'arrêté royal du 18 mars 1999 relatif aux dispositifs médicaux." ;

    2. Le mot "pompe" est chaque fois remplacé par les mots "diffuseur portable" excepté pour les mots "la location de la pompe" et les mots "cassette à médicaments" sont chaque fois remplacés par le mot "cassette" ;

    3. Au paragraphe 2, l'alinéa 2 est complété par ce qui suit : "aux honoraires pour le remplissage des diffuseurs portables sous conditions d'asepsie strictes." ;

    4. Au paragraphe 2, l'alinéa 3 est remplacé par ce qui suit : "Aucun coût supplémentaire relatif au diffuseur portable et/ou à la ligne d'administration, ni à la cassette, la location de la pompe et/ou la ligne d'administration ne peut être facturé au bénéficiaire." ;

    5. Au paragraphe 2, l'alinéa 4 est complété par ce qui suit : "excepté pour les patients souffrant de mucoviscidose (cfr. section 11).".

  - une nouvelle section 11 est ajoutée.

- l'article 6*quater* de la convention entre les pharmaciens et les organismes assureurs est abrogé.

Moniteur belge	Date	Titre
30.11.2018	11.11.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 janvier 2004, instituant un régime d'avantages sociaux pour certains kinésithérapeutes

Résumé des modifications

L'article 7 est remplacé par la disposition suivante :

"Pour l'année 2017 la cotisation annuelle de l'assurance soins de santé, visée à l'article 2, est fixée à :

2.552,86 EUR pour la cotisation complète
1.908,19 EUR pour la cotisation intermédiaire
1.444,04 EUR pour la cotisation de base.".

Moniteur belge	Date	Titre
30.11.2018	11.11.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 6 mars 2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 5*bis*, § 1 :
  - au 1°, les mots "4.790,23 EUR" sont remplacés par les mots "4.870,71 EUR"
  - au 2°, les mots "2.259,67 EUR" sont remplacés par les mots "2.297,63 EUR".
- l'article 5*bis*, § 3, est remplacé par ce qui suit : "Les montants de base, d'une part, de la pension de retraite visée à l'article 4 et, d'autre part, de la pension de survie visée à l'article 5 du même arrêté sont, à partir du 1er janvier 2017, respectivement fixés à 5.733,51 EUR et à 4.778,05 EUR par an et à partir du 1er janvier 2018, respectivement fixés à 5.829,83 EUR et à 4.858,32 EUR par an. Ces montants sont octroyés dans les mêmes conditions que celles reprises ci-dessus quant au seuil d'activité à atteindre."

Moniteur belge	Date	Titre
03.12.2018	21.11.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 15 juin 2001 déterminant les données relatives aux fournitures à tarifer que les offices de tarification doivent transmettre aux organismes assureurs

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 5 :

- le point 19° *bis* est abrogé
- le 19°*ter* est inséré, rédigé comme suit : "19*ter* : identifiant unique comme défini aux articles 6, § 1er*quinquies*, alinéa 7, et 6*septies*, § 2, alinéas 4 et 10, de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments et aux articles 4, 5 et 6 du règlement délégué (UE) 2016/161 de la Commission du 2 octobre 2015 complétant la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil en fixant les modalités des dispositifs de sécurité figurant sur l'emballage des médicaments à usage humain".

Moniteur belge	Date	Titre
03.12.2018	21.11.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 22 janvier 2004 déterminant les données relatives aux fournitures à tarifer que les organismes assureurs doivent transmettre à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 3, alinéa 2 :

- le point 2° *bis* est abrogé
- le point 2° *ter* est inséré, rédigé comme suit : "2° *ter* : identifiant unique comme défini aux articles 6, § 1er *quinquies*, alinéa 7, et 6 *septies*, § 2, alinéas 4 et 10, de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments et aux articles 4, 5 et 6 du règlement délégué (UE) 2016/161 de la Commission du 2 octobre 2015 complétant la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil en fixant les modalités des dispositifs de sécurité figurant sur l'emballage des médicaments à usage humain".

Moniteur belge	Date	Titre
04.12.2018	21.11.2018	Arrêté royal fixant le mode de répartition des frais d'administration entre les unions nationales

Résumé des modifications

Le montant des frais d'administration des cinq unions nationales est réparti entre ces unions nationales proportionnellement à leur effectif théorique.

Un montant de 25.000.000 EUR est toutefois réparti entre ces cinq unions nationales proportionnellement à un nombre de missions particulières à exécuter auprès de titulaire des prestations de l'assurance indemnités.

L'arrêté entre en vigueur le 1er juillet 2018 et s'applique pour la première fois aux frais d'administration de l'année d'exercice 2018. Pour l'année d'exercice 2018, la moitié du montant visé à l'article 195, § 1er, 2°, alinéa 8, de la loi coordonnée, correspondant à la période de janvier à juin inclus, est répartie conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 4 février 2002 fixant le mode de répartition des frais d'administration entre les unions nationales et l'autre moitié du montant précité, correspondant à la période de juillet à décembre inclus, est répartie conformément aux dispositions du présent arrêté.

L'arrêté royal du 4 février 2002 fixant le mode de répartition des frais d'administration entre les unions nationales est abrogé le 1er juillet 2018.

Moniteur belge	Date	Titre
10.12.2018 – Édition 1	28.11.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 18 mars 1971 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains pharmaciens

Résumé des modifications

Pour l'année 2017, la cotisation annuelle de l'assurance soins de santé est fixée à 2.917,71 EUR. Cette cotisation est ramenée respectivement à 2.188,28 EUR et à 1.458,86 EUR dans les situations prévues à l'article 4, § 2, alinéa 2.

Moniteur belge	Date	Titre
12.12.2018	28.11.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 mars 2010 visant l'instauration d'honoraires pour la délivrance d'une spécialité remboursable dans une officine ouverte au public

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 1er :
  - dans le 5°, les mots "l'article 4, § 1er de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif" sont remplacés par les mots "l'article 6 de la loi du 10 mai 2015 coordonnée relative"
  - dans le 6°, les mots "l'article 4, § 2*bis* de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 susmentionné" sont remplacés par les mots "l'article 7 de la loi du 10 mai 2015 susmentionnée"
  - un 8° est ajouté rédigé comme suit : "8° la prestation "pharmacien de référence" : la prise en charge correcte et complète du rôle, des missions et des responsabilités de la fonction "pharmacien de référence" comme décrite par les conditions fixées par le Comité de l'assurance des soins de santé sur proposition de la Commission de conventions entre les pharmaciens et les organismes assureurs.".
- dans l'article 4, le 3° est rétabli dans la rédaction suivante : "3° la prestation "pharmacien de référence"."
- il est inséré un article 6/1 rédigé comme suit : "article 6/1. § 1er. Un honoraire spécifique est octroyé pour la prestation visée à l'article 4, 3°, pour autant que les conditions fixées par le Comité de l'assurance des soins de santé sur proposition de la Commission de conventions entre les pharmaciens et les organismes assureurs soient remplies.
  § 2. Pour cet honoraire, le coefficient est fixé à 16,29.

  § 3. Cet honoraire est dû par année calendrier à la pharmacie pour chaque bénéficiaire qui appartient au groupe cible, comme décrit dans les conditions fixées par le Comité de l'assurance des soins de santé sur proposition de la Commission de conventions entre les pharmaciens et les organismes assureurs, et pour lequel la prestation "pharmacien de référence", comme mentionnée dans l'article 1er. 8° a été effectuée.

  § 4. Cette prestation fait l'objet d'un enregistrement via le fichier de facturation Pharmanet."

Moniteur belge	Date	Titre
14.12.2018	25.11.2018	Arrêté royal portant fixation d'une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût de certaines prestations d'audiciens

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- une intervention personnelle est mise à charge des bénéficiaires pour certaines prestations relevant de la compétence des audiciens visées à l'article 31, point 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
- il détermine les numéros de prestations pour lesquelles cette intervention personnelle est fixée

- l'arrêté royal du 19 novembre 2012 portant fixation d'une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût de certaines prestations d'audiciens est abrogé.

Moniteur belge	Date	Titre
17.12.2018	28.11.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 décembre 1963 fixant la composition des commissions chargées de négocier et de conclure les conventions nationales dans le cadre de l'assurance soins de santé

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 3, alinéa 1er :

- le c) est remplacé par ce qui suit : "c) quatre membres effectifs et quatre membres suppléants, désignés par le "Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen - VBOV""
- le d) est abrogé.

Moniteur belge	Date	Titre
17.12.2018	02.12.2018	Arrêté royal fixant la date à laquelle la liste des électeurs pour l'élection des représentants des praticiens de l'art dentaire en 2019 est établie par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

Résumé des modifications

La date à laquelle la liste des électeurs pour l'élection des représentants des praticiens de l'art dentaire en 2019 est établie par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, est fixée au 18 février 2019.

Moniteur belge	Date	Titre
17.12.2018	28.11.2018	Arrêté royal concernant le montant à charge des frais d'administration de l'INAMI destiné au financement du Centre fédéral d'expertise des soins de santé en 2018

Résumé des modifications

Le montant à charge des frais d'administration de l'INAMI destiné au financement du Centre fédéral d'expertise des soins de santé est fixé à 17,814904 millions d'EUR en 2018.

Moniteur belge	Date	Titre
18.12.2018 – Édition 2	02.12.2018	Arrêté royal portant exécution de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité

Résumé des modifications

Cet arrêté royal concrétise les modalités d'exécution de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité. Ce nouveau système entre en vigueur le 1er janvier 2019 pour les admissions de ces groupes de patients à partir de cette date.

Moniteur belge	Date	Titre
19.12.2018 – Édition 2	06.12.2018	Arrêté royal relatif au remboursement des médicaments orphelins et des spécialités pharmaceutiques remboursables dans le cadre d'une maladie rare

Résumé des modifications

Pour une spécialité dont les conditions de remboursement le prévoient, un Collège de médecins pour un médicament orphelin ou pour une spécialité pharmaceutique administrée dans le cadre d'une maladie rare est instauré auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Ce Collège a pour mission :

- l'appréciation du droit individuel du bénéficiaire au remboursement de la spécialité concernée, pour autant que ses conditions de remboursement la prévoient, et pour autant que le médecin-conseil ait demandé l'avis du Collège en rapport avec le dossier concerné
- l'évaluation des conditions de remboursement existantes de la spécialité, à l'initiative du Collège soit à la demande du Ministre et/ou de la Commission et la communication d'avis en la matière au Ministre et à la Commission
- la rédaction de rapport(s) d'activité à l'intention de la Commission. Tout rapport comportera au minimum le nombre de dossiers traités, le nombre et le type de demandes introduites, le nombre, la nature et la motivation des avis émis, ainsi qu'un avis sur les conditions de remboursement en vigueur et une proposition sur le maintien ou la suppression du Collège concerné. Le premier rapport est envoyé à la Commission dans les 30 premiers mois suivant l'entrée en vigueur des modalités de remboursement de la spécialité concernée. En cas de maintien du Collège, le rapport contiendra également le délai de transmission du rapport suivant. Après son approbation par la Commission, le rapport est transmis à la firme responsable de la spécialité
- la mise à disposition des organismes assureurs et des médecins demandeurs, notamment via le site web de l'INAMI, de tout élément rédigé par le Collège aidant à la bonne composition d'un dossier individuel de demande de remboursement.

L'arrêté royal du 8 juillet 2004 relatif au remboursement des médicaments orphelins est abrogé.

Moniteur belge	Date	Titre
24.12.2018	19.12.2018	Arrêté royal fixant le budget global en 2018 des moyens financiers pour l'ensemble du Royaume pour les prestations en matière de spécialités pharmaceutiques dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé

Résumé des modifications

Le budget global des moyens financiers pour l'ensemble du Royaume pour les prestations en matière de spécialités pharmaceutiques visées dans l'article 34, alinéa 1er, 5°, b), c) et e), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, s'élève à 4.140.348 milliers d'EUR pour l'année 2018.

6. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
20.07.2018 – Édition 2	12.07.2018	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er 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
21.08.2018 – Édition 1	10.08.2018	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er 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
20.09.2018 – Édition 2	13.09.2018	5 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er 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, l'annexe II et l'annexe IV.

Moniteur belge	Date	Titre
21.09.2018 - Édition 1	22.08.2018	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" 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

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications à la condition de remboursement L- § 29 :

Sont remplacés, les points suivants :

- 4.1. Première implantation/Première utilisation
- 4.2. Remplacement
- 4.3. Remplacement prématuré
- 5.2. Autres règles
- 6. Résultats et statistiques.

Moniteur belge	Date	Titre
21.09.2018 - Édition 1	23.08.2018	Arrêté ministériel modifiant le 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
26.10.2018	23.08.2018	Arrêté ministériel modifiant le 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 - Erratum

Résumé des modifications

L’arrêté ministériel apporte les modifications suivantes à la condition de remboursement F- § 09 :

- au premier alinéa, les mots “aux Stent valvulaire implantable par voie percutanée en position aortique” sont remplacés par les mots “à une valve artificielle ou un système d’annuloplastie”
- au point 4.1.1., après les mots “l’utilisation d’une valve cardiaque”, les mots “ou un système d’annuloplastie” sont ajoutés.

Moniteur belge	Date	Titre
21.08.2018 - Édition 1	10.08.2018	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l’arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques

Résumé des modifications

L’arrêté ministériel apporte des modifications au chapitre II de l’annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
04.10.2018	09.10.2018	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l’arrêté royal du 1er février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d’intervention de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
19.10.2018 - Édition 2	11.10.2018	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er 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
19.10.2018 - Édition 2	11.10.2018	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er 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 et à l'annexe IV.

Moniteur belge	Date	Titre
30.10.2018	18.10.2018	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
20.11.2018 - Édition 2	14.11.2018	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er 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 et à l'annexe IV.

Moniteur belge	Date	Titre
19.12.2018	17.12.2018	5 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er 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 et à l'annexe II.

Moniteur belge	Date	Titre
19.10.2018 – Édition 2	11.10.2018	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications au chapitre II de l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
05.11.2018 – Édition 3	03.10.2018	Arrêté ministériel modifiant le 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

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes à la condition de remboursement F-§ 01 :

- le "4.1. Première implantation" est remplacé
- le "4.3. Remplacement prématuré" est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
16.11.2018	26.10.2018	Arrêté ministériel modifiant le 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

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- à l'intitulé "F.1.7. Assistance cardiaque", le libellé de la prestation 159331-159342 est remplacé par ce qui suit : "Pièces à usage unique d'une pompe utilisée pour un soutien univentriculaire temporaire de la fonction cardiaque déficiente"

- à la condition de remboursement F- § 11, les modifications suivantes sont apportées :
  - le "2. Critères concernant le bénéficiaire" est remplacé par ce qui suit :
    "2. Critères concernant le bénéficiaire
    La prestation 159331-159342 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant :
    en cas de choc cardiogénique isolé aigu, résistant à une thérapie conservatrice maximale et/ou après cardiotomie avec impossibilité de déconnecter le bénéficiaire d'une pompe de circulation extracorporelle."

  - dans le texte en néerlandais, le mot "geneesheren-directeurs" est remplacé par le mot "artsen-directeurs"

- dans le texte en néerlandais, le mot “geneesheer-specialist” est remplacé par le mot “arts-specialist”.

Moniteur belge	Date	Titre
31.12.2018 – Édition 1	20.12.2018	Arrêté ministériel fixant le pourcentage de l’acompte de la cotisation indemnitaire prévue par l’article 191, alinéa 1er, 15° *quaterdecies* de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. - Année 2018

Résumé des modifications

Le pourcentage de l’acompte de la cotisation indemnitaire pour l’année 2018 est fixé à 3,22 %, à appliquer sur le chiffre d’affaire 2017.

7. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
03.08.2018	23.08.2018	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 I 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-15 concernant la procédure de demande auxquels il est fait référence au chapitre “B. Neurochirurgie” de la liste, est supprimée.

Moniteur belge	Date	Titre
06.08.2018	23.07.2018	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

L’annexe 12 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 remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
05.11.2018 – Édition 3	10.09.2018	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 VI du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, le formulaire F-Form-I-01 concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, est modifié.

Moniteur belge	Date	Titre
05.11.2018 – Édition 3	17.09.2018	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

Les annexes 37 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 remplacées.

Moniteur belge	Date	Titre
30.11.2018	23.11.2018	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

Dans 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, les annexes 72 et 73 sont remplacées.

Moniteur belge	Date	Titre
27.12.2018 – Édition 1	17.12.2018	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

Ce règlement insère le chapitre XV/2 dans 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, rédigé comme suit :

"CHAPITRE XV/2. - Modalités de publication des résultats d'analyse de biologie clinique

Article 32/13. Pour le format électronique visé à l'article 24, § 9, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, il est fait usage des formats texte, PDF ou XML.".

8. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge

03.08.2018

Règle interprétative 36 relative aux prestations de l'article 29, § 1er, de la nomenclature des prestations de santé

Un gant en matière plastique est indissociable d'une prothèse spécifique et ne peut pas être réutilisé. Un gant en matière plastique peut être tarifié lors de la délivrance d'une nouvelle prothèse.

La règle interprétative produit ses effets au 1er avril 1995.

Moniteur belge

17.08.2018

Règle interprétative 05 relative aux prestations de l'article 2 (consultations, visites et avis, psychothérapies et autres prestations) de la nomenclature des prestations de santé est abrogée.

Cette abrogation produit ses effets le 1er mai 2013.

Moniteur belge

28.09.2018

Règle interprétative pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques appartenant à la classe des gliptines

Si un patient bénéficie du remboursement d'un traitement par une spécialité pharmaceutique appartenant à la classe des gliptines, des spécialités pharmaceutiques appartenant à la classe des gliflozines peuvent être remboursées en combinaison avec cette spécialité pharmaceutique appartenant à la classe des gliptines pour autant le patient réponde aux conditions de remboursement qui sont d'application pour la spécialité appartenant à la classe des gliflozines et pour autant les gliflozines sont administrés en plus de l'administration des gliptines (dans cette séquence). La règle interprétative est valable jusqu'à l'entrée en vigueur de la décision de la Ministre des Affaires sociales dans le cadre de la révision de groupe prévue.

La règle interprétative prend effet le 1er octobre 2018.

Moniteur belge

19.10.2018 – Édition 2

Règle interprétative 23 relative à la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables :

Au point 2 de la condition de remboursement L- § 31, il est question du diamètre de la tête fémorale du fémur de la prothèse.

La règle interprétative 23 produit son effet le 1er juin 2018.

Moniteur belge
27.12.2018 – Édition 1

La règle interprétative 08 relative aux prestations de l'article 14, h) (Ophtalmologie) de la nomenclature des prestations de santé est abrogée.

Cette abrogation entre en vigueur le 1er février 2019.

9. Avis et protocole

Moniteur belge	Date	Titre
30.10.2018	02.02.2018	7e avenant à la Convention nationale du 29 novembre 2013 entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs (Hôp/2014*octis*)

Résumé des modifications

L'article 8 de la Convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs du 29 novembre 2013 est complété par ce qui suit :

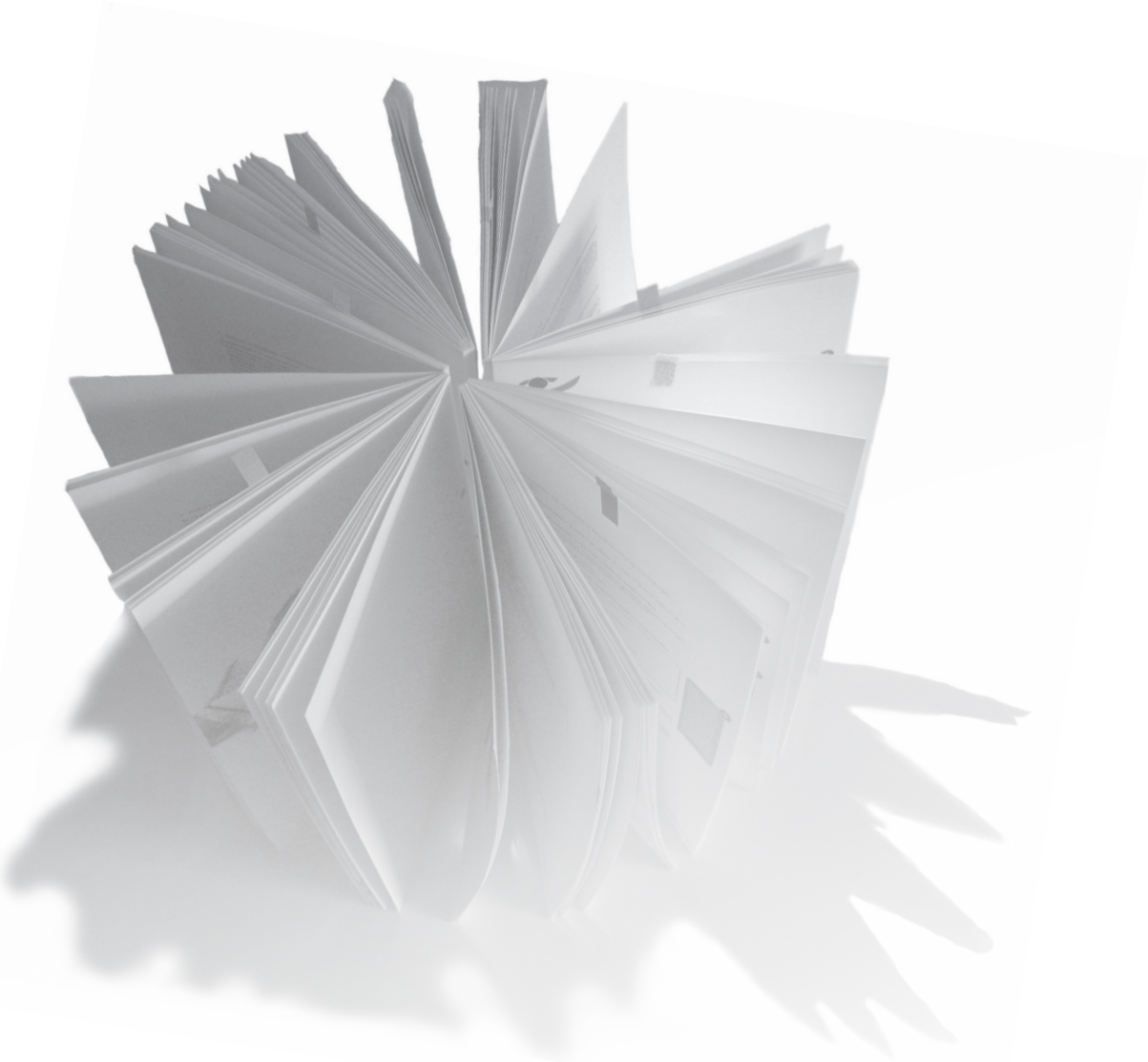
"L'établissement s'engage pour une spécialité pharmaceutique administrée par voie inhalée - gazeux, lorsque le code ATC 5e niveau n'est pas repris dans la liste constituant l'annexe IV de l'arrêté royal du 1er février 2018, à ne facturer en aucun cas au patient une spécialité pharmaceutique avec ce même code ATC 5e niveau, pour autant qu'il existe au moins une spécialité pharmaceutique disponible sur le marché belge inscrite sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables."

Moniteur belge	Titre
31.12.2018 – Édition 2	Publication du montant global prospectif par admission à l'hôpital pour l'année 2019

Résumé des modifications

Le tableau publié donne un résumé par groupe de patients du montant global prospectif par admission dans un hôpital pour l'année 2019. Ces montants s'appliquent à toutes les admissions commençant après le 31 décembre 2018 et avant le 1er janvier 2020.

2e Partie
Jurisprudence



I. Cour constitutionnelle, 31 janvier 2019, arrêt n° 15/2019

Questions préjudicielles concernant l'article 145 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, posées par le Conseil d'État

Droit social – Sécurité sociale – Assurance obligatoire soins de santé et indemnités – Contestations entre les dispensateurs de soins et le Service d'évaluation et de contrôle médicaux – Chambre de première instance et Chambres de recours – Composition

Le Conseil d'État interroge la Cour sur la compatibilité de l'article 145 de la loi SSI avec les articles 10, 11 et 151, § 1er, de la Constitution, avec le principe général de l'indépendance et de l'impartialité du juge et avec l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme, en ce que les médecins-conseil qui siègent avec voix consultative dans la Chambre de recours doivent être considérés comme des "représentants des organismes assureurs".

L'article 151, § 1er de la Constitution garantit exclusivement l'indépendance des magistrats du siège et du ministère public dans les cours et tribunaux. Il ne s'applique donc pas aux juridictions administratives.

La présence de médecins au sein de la Chambre de recours est justifiée par leur compétence et par la technicité de la matière.

La composition des Chambres de recours satisfait aux exigences de l'indépendance et de l'impartialité des juges.

La composition mixte et paritaire de ces Chambres garantit que les intérêts des organismes assureurs comme ceux des dispensateurs de soins de santé sont pris en considération par le magistrat appelé à trancher seul la contestation.

Les médecins qui siègent auprès de la Chambre de recours en tant que "représentants" des organismes assureurs et en tant que "représentants" des organisations professionnelles des dispensateurs de soins de santé ne sont pas des mandataires au sens des articles 1984 à 2010 du Code civil. En effet, lorsqu'ils traitent les dossiers, ces médecins ne peuvent recevoir des instructions des organismes assureurs ou des organisations professionnelles des dispensateurs de soins, mais ils doivent exercer leur voix consultative sur la seule base des éléments du dossier.

Le rôle des organismes assureurs et des organisations professionnelles des dispensateurs de soins se borne à "présenter" les candidats médecins sur une liste double à partir de laquelle le Roi nomme les médecins qui siègent au sein de la Chambre de recours.

Il résulte de l'ensemble de ces éléments que l'indépendance et l'impartialité objective de la Chambre de recours sont suffisamment garanties.

...

III. En droit

...

B.

QUANT À LA DISPOSITION EN CAUSE

B.1.1. L'article 145 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : la loi AMI), dans la version applicable à l'instance soumise au juge *a quo* dispose :

"§ 1er. Les Chambres de première instance et les Chambres de recours sont composées d'une Chambre qui connaît de tous les dossiers devant être traités en néerlandais, d'une autre Chambre qui connaît de tous les dossiers devant être traités en français et allemand. Pour les dossiers devant être traités en allemand, il peut être fait appel, en cas de besoin, à des interprètes ou traducteurs. La langue de la procédure est celle choisie par le dispensateur lors de sa première audition par le fonctionnaire visé à l'article 146, § 1er, alinéa 1er.

Chaque Chambre de première instance est composée :

1° d'un président, ayant voix délibérative, juge en fonction ou émérite, suppléant ou de complément, auprès du Tribunal de première instance ou du Tribunal du travail ou magistrat du Ministère public près de ces tribunaux, visés à l'article 40 de la Constitution, membre effectif, nommé par le Roi ;

2° de deux membres docteurs en médecine, ayant voix délibérative, nommés par le Roi parmi les candidats présentés sur des listes doubles par les organismes assureurs, membres effectifs ;

3° de deux membres, ayant voix délibérative, nommés par le Roi parmi les candidats présentés sur des listes doubles par les groupes visés respectivement à l'article 140, § 1er, alinéa 1er, 3°, 5° à 21°, membres effectifs. Ces membres ne siègent toutefois que dans les affaires qui intéressent directement le groupe qui les a présentés.

Chaque Chambre de recours est composée :

1° d'un président, conseiller en fonction ou émérite, suppléant ou de complément, à la Cour d'appel ou à la Cour du travail ou magistrat du Ministère public près de ces cours, visées à l'article 40 de la Constitution, membre effectif, nommé par le Roi ;

2° de deux membres, docteurs en médecine, ayant voix consultative, nommés par le Roi parmi les candidats présentés sur des listes doubles par les organismes assureurs, membres effectifs ;

3° de deux membres, ayant voix consultative, nommés par le Roi parmi les candidats présentés sur des listes doubles par les groupes visés respectivement à l'article 140, § 1er, alinéa 1er, 3°, 5° à 21°, membres effectifs. Ces membres ne siègent toutefois que dans les affaires qui intéressent directement le groupe qui les a présentés.

Lorsqu'un dispensateur appartient à plusieurs catégories professionnelles visées à l'article 140, le Président de la Chambre de première instance ou de la Chambre de recours décide de la composition du siège de sa Chambre. Par sa déclaration de comparution et par tout autre moyen de droit, le dispensateur doit, à peine de forclusion, désigner la catégorie professionnelle à laquelle il appartient. Le cas échéant, le Président entend en Chambre du conseil le dispensateur et les autres parties au litige, après quoi est prise la décision de la composition du siège de la Chambre. Cette décision n'est pas susceptible de recours. La décision est notifiée aux parties dans les sept jours.

Lorsque des faits sont imputables à plusieurs dispensateurs qui appartiennent à plusieurs catégories professionnelles visées à l'article 140 et que ces faits sont si étroitement liés qu'il est souhaitable de les examiner et de les juger ensemble afin d'éviter des solutions incompatibles s'ils étaient jugés séparément, le Président de la Chambre de première instance ou de la Chambre de recours décide de la composition du siège de sa Chambre. Il veille à ce :

1° qu'un représentant au moins de chacune des catégories professionnelles auxquelles appartiennent les dispensateurs fasse partie de la Chambre ;

2° que la représentation des organismes assureurs soit égale à celle des catégories professionnelles auxquelles appartiennent les dispensateurs.

§ 2. Le Roi nomme deux suppléants pour chaque président et quatre suppléants pour chaque membre des Chambres de première instance et des Chambres de recours. Le mandat des membres effectifs et suppléants de ces Chambres est incompatible avec celui de membre du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

Le mandat des présidents et des membres des Chambres de première instance et des Chambres de recours est quadriennal ; le mandat est renouvelable. Le mandat des membres décédés ou démissionnaires est achevé par leurs successeurs.

La limite d'âge des membres et des présidents est fixée à 70 ans.

§ 3. Les Chambres de première instance et les Chambres de recours siègent à Bruxelles dans les locaux de l'Institut.

Les Chambres de première instance et de recours sont assistées par un greffe. Les membres en sont désignés par le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux parmi le personnel de ce Service. Ils exécutent les tâches prévues par la loi coordonnée, les arrêtés d'exécution et prescrites par les présidents des Chambres.

§ 4. Le dispensateur de soins, ou le médecin-conseil dans les affaires disciplinaires citées à l'article 155, § 1er, 2°, peut se faire assister ou représenter par une personne de son choix. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux est représenté par un avocat ou un fonctionnaire désigné par le Fonctionnaire-dirigeant de ce Service.

§ 5. Sans autorisation préalable ni approbation ultérieure du Comité, le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou le fonctionnaire désigné par lui peut saisir les Chambres de première instance, interjeter appel contre les décisions des Chambres de première instance et former un recours en cassation devant le Conseil d'État.

§ 6. Le Roi fixe les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours.

§ 7. Le Roi détermine la répartition des mandats des représentants des organismes assureurs. Il tient compte de leurs effectifs respectifs, étant entendu que chaque organisme assureur a droit à un mandat au moins.

§ 8. Le magistrat président de la Chambre de première instance ou de la Chambre de recours connaît seul des recours formés contre les mesures disciplinaires visées à l'article 155, § 1er, 2°, et contre les décisions prises en cas d'infraction à l'article 73*bis*, 8°.

§ 9. Les membres de la Chambre de première instance visés au § 1er, alinéa 2, 2° et 3°, prêtent entre les mains du Président de la Chambre de première instance, en personne ou par écrit, le serment prévu à l'article 2 du décret du 20 juillet 1831 concernant le serment à la mise en vigueur de la monarchie constitutionnelle.

Les membres des Chambres de recours visés au § 1er, alinéa 3, 2° et 3°, prêtent entre les mains du Président de la Chambre de recours, en personne ou par écrit, le serment prévu à l'article 2 du décret du 20 juillet 1831 concernant le serment à la mise en vigueur de la monarchie constitutionnelle.

§ 10. Si un membre effectif, convoqué pour une audience, est empêché d'assister à cette audience, il en avise sans délai le greffe et un membre suppléant est invité à l'y remplacer.

Cette procédure ayant été suivie, le siège reste valablement composé le jour de l'audience si, outre le Président, sont également présents au moins :

- un des membres visés au § 1er, alinéa 2, 2°, et un des membres visés au § 1er, alinéa 2, 3°, pour ce qui concerne la Chambre de première instance
- un des membres visés au § 1er, alinéa 3, 2°, et un des membres visés au § 1er, alinéa 3, 3°, pour ce qui concerne la Chambre de recours.

Si le président constate que les membres d'un groupe sont plus nombreux que ceux de l'autre groupe, il désigne, pour rétablir l'égalité, le membre le plus jeune qui ne siégera pas. Il en sera fait mention au procès-verbal d'audience".

B.1.2. En vertu de l'article 73, § 1er, de la loi AMI, les médecins et dentistes doivent s'abstenir de prescrire, d'exécuter ou de faire exécuter des prestations superflues ou inutilement onéreuses à charge de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Lorsque le Service d'évaluation et de contrôle médicaux institué auprès de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (ci-après : l'INAMI) estime qu'un dispensateur de soins enfreint les dispositions de l'article 73, de la loi AMI, il peut, en application de l'article 73*bis* de la même loi, en saisir les Chambres de première instance (art. 139, 6°) et ensuite interjeter appel des décisions de ces dernières devant les Chambres de recours ou former un recours en cassation devant le Conseil d'État contre les décisions des Chambres de recours (art. 139, 7°).

Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales ou disciplinaires, en cas de constatation d'un manquement aux dispositions des articles 73 et 73*bis* de la loi AMI, le dispensateur de soins est condamné à rembourser la valeur totale des prestations indûment portées à charge de l'assurance soins de santé (art. 142, § 1er, al. 2) et, le cas échéant, au paiement d'une amende administrative (art. 142, § 1er, al. 3).

B.2. Il ressort des deux décisions de renvoi et des pièces des dossiers dans les affaires jointes que la partie requérante conteste les demandes de remboursement pour des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et de paiement d'amendes administratives, demandes introduites par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux auprès de la Chambre de première instance instituée au sein de l'INAMI. La partie requérante a introduit plusieurs demandes en récusation contre les médecins-conseils de la Chambre de première instance, au motif que ceux-ci siégeait en leur qualité de représentants des organismes assureurs. Après que la Chambre de première instance a renvoyé ces demandes à la Chambre de recours, pour qu'elle les juge, la partie requérante a demandé, pour le même motif, la récusation des deux médecins-conseils membres de l'instance d'appel. La Chambre de recours a saisi le Conseil d'État des deux requêtes en récusation et celui-ci a posé les questions préjudicielles.

Le Conseil d'État interroge en substance la Cour sur la compatibilité de l'article 145 de la loi AMI avec les articles 10, 11 et 151, § 1er, de la Constitution, avec le principe général de l'indépendance et de l'impartialité du juge et avec l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme, en ce que cette disposition doit être interprétée en ce sens que les deux médecins qui siègent avec voix consultative dans la Chambre de recours doivent être considérés comme des "représentants des organismes assureurs".

QUANT À L'APPLICABILITÉ DE L'ARTICLE 151, § 1ER, DE LA CONSTITUTION

B.3.1. Le Conseil des ministres objecte que la Cour n'est pas compétente pour contrôler la disposition en cause au regard de l'article 151, § 1er, de la Constitution, cette disposition s'appliquant exclusivement aux juridictions judiciaires, alors que les Chambres de recours instituées auprès de l'INAMI sont des juridictions administratives.

B.3.2. L'article 151, § 1er, alinéa 1er, de la Constitution dispose :

"Les juges sont indépendants dans l'exercice de leurs compétences juridictionnelles. Le ministère public est indépendant dans l'exercice des recherches et poursuites individuelles, sans préjudice du droit du ministre compétent d'ordonner des poursuites et d'arrêter des directives contraignantes de politique criminelle, y compris en matière de politique de recherche et de poursuite".

Cette disposition constitutionnelle garantit exclusivement l'indépendance des magistrats du siège et du ministère public dans les cours et tribunaux. L'article 151, § 1er, de la Constitution ne s'applique donc pas aux juridictions administratives.

QUANT À L'APPLICABILITÉ DE L'ARTICLE 6 DE LA CONVENTION EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME

B.4.1. Par ses arrêts nos 133/2001 du 30 octobre 2001 et 26/2002 du 30 janvier 2002, la Cour a jugé que "l'appréciation du respect, par le dispensateur de soins, de ses obligations en tant qu'il collabore à un service public" porte sur un droit politique au sens de l'article 145 de la Constitution.

La notion de "droits et obligations de caractère civil" au sens de l'article 6, paragraphe 1er, de la Convention européenne des droits de l'homme est toutefois une notion autonome, qui ne coïncide pas avec les notions de "droits civils" et de "droits politiques" au sens des articles 144 et 145 de la Constitution.

B.4.2. L'action dirigée contre un médecin en vue du remboursement de la valeur intégrale des prestations indûment mises à charge de l'assurance obligatoire soins de santé est une action en réparation. Eu égard à son caractère patrimonial, pareille action constitue une contestation sur des droits et obligations de caractère civil au sens de l'article 6, paragraphe 1er, de la Convention européenne des droits de l'homme.

La circonstance que cette réparation est demandée par un organe public et la circonstance que l'action est examinée par une juridiction administrative n'y changent rien.

QUANT AU FOND

B.5.1. La Chambre de recours est une juridiction administrative qui a remplacé l'ancienne Commission d'appel instaurée auprès du Service de contrôle médical de l'INAMI. La composition de la Commission d'appel était fixée par l'article 79*quater*, § 2, 1°, alinéa 1er, devenu l'article 144, § 2, 1°, alinéa 1er, de la loi AMI lors de la coordination de cette loi par l'arrêté royal du 14 juillet 1994.

Comme le relève la juridiction *a quo*, “l’intention du législateur avait clairement été d’assurer une composition paritaire dans les sections néerlandaise et française de la Commission d’appel, étant par ailleurs entendu que les membres de ces sections, autres que le magistrat, étaient appelés à intervenir en tant que “représentants” du corps médical ou des organismes assureurs, mais en n’ayant toutefois qu’une voix consultative lors du délibéré”.

B.5.2. C’est dans ce contexte que l’actuelle Chambre de recours a été instituée par les articles 24 à 26 de la loi-programme du 24 décembre 2002, le législateur souhaitant rester dans le cadre juridique précédent. Les travaux préparatoires mentionnent ce qui suit :

“Par deux arrêts récents, la Cour [constitutionnelle] vient de dire que l’attribution de certains litiges en matière d’assurance maladie à des juridictions administratives n’est pas inconstitutionnelle car ces litiges, lorsqu’ils concernent un dispensateur de soins, ne portent pas sur un droit civil mais sur un droit politique.

L’amendement choisit donc de maintenir ce contentieux lié à l’activité des dispensateurs de soins, à l’intérieur d’un dispositif juridico-administratif allégé.

[…].

Les membres représentant les organismes assureurs siégeront dans tous les recours contre les amendes administratives prononcées par le Comité. Les organismes assureurs sont en effet directement intéressés puisqu’ils ont payé les prestations litigieuses. Sur l’autre banc, siégeront les représentants de la profession à laquelle appartient le dispensateur [de soins]. L’Ordre des médecins n’est pas représenté afin de maintenir la composition paritaire de la Chambre de recours […].

[…].

D’autre part, le Comité fonctionne de manière paritaire : toute décision relative à un dispensateur de soins est prise par le magistrat président, les organismes assureurs et les représentants du groupe professionnel auquel appartient l’intéressé […].

[…].

[Le Comité du SECM est constitué de manière à ce que les forces soient] équilibrées, les organismes assureurs et le corps médical disposant chacun de 8 représentants […].

[…].

Quant aux organismes assureurs, leur présence au siège [de la Chambre de recours] sans contrepoids pourrait susciter des craintes quant à l’impartialité de ces juridictions […].

[…].

L’amendement crée des Chambres de recours. Elles sont composées d’un magistrat et de quatre assesseurs ayant voix consultative.

Deux de ces assesseurs représentent les organismes assureurs, et les deux autres, les différentes professions médicales et paramédicales représentées au sein du Comité du Service d’évaluation et de contrôle médicaux […]” (Doc. parl., Ch., 2002-2003, DOC 50-2125/005, pp. 22, 28, 32, 34, 35 et 41).

B.5.3. Le législateur est intervenu à nouveau, en instaurant, par les articles 2 et 3 de la loi du 21 décembre 2006, des Chambres de première instance et des Chambres de recours auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux. Le législateur entendait prévoir, au sein de l'INAMI, un double degré de juridiction : c'est ainsi que les Chambres de première instance connaissent des litiges avant qu'un appel puisse être porté devant les Chambres de recours. À la différence des Chambres restreintes qui existaient naguère, les Chambres de première instance sont de véritables juridictions administratives devant lesquelles, contrairement à la procédure antérieure, les dispensateurs de soins ont le droit d'être entendus.

Les travaux préparatoires de la loi du 21 décembre 2006 mentionnent à cet égard :

"Les représentants des différents groupes professionnels souhaitent donc pour cette raison qu'une distinction très nette soit faite entre la phase d'enquête et la phase de jugement et que les personnes impliquées dans l'une et l'autre de ces phases soient totalement indépendantes les unes des autres.

Ces représentants proposaient par conséquent que le contentieux avec les dispensateurs de soins soit, si possible, confié aux Tribunaux du travail.

Il est cependant vite apparu qu'une telle proposition est difficilement réalisable à court terme. Vu la technicité de la matière, les Tribunaux du travail, dans leur composition actuelle, ne sont manifestement pas conçus pour trancher ce type de litiges.

Le projet tend plus simplement à recréer auprès de l'INAMI un double degré de juridiction.

La seconde critique faite à la procédure actuelle est que le dispensateur n'a pas le droit de comparaître devant le Comité pour se faire entendre. L'information du Comité n'est possible que de manière indirecte, par le biais de ses auditeurs.

Le projet institue dès lors deux juridictions administratives : la Chambre de première instance est composée d'un magistrat président et de 4 membres, 2 représentant les organismes assureurs, les 2 autres la profession du comparant. Tous ont voix délibérative (art. 14 du projet).

En degré d'appel, la Chambre de recours se compose également d'un magistrat président et de quatre membres, deux représentant les organismes assureurs, les deux autres la profession du dispensateur. Ces 4 membres ont voix consultative (art. 14 du projet).

La constitutionnalité de ces juridictions administratives n'est plus discutable depuis que la Cour d'arbitrage a jugé que les obligations du dispensateur en tant que collaborateur de l'assurance maladie sont de nature politique et le contentieux sur cette matière peut être confié à des juridictions administratives (cf. arrêts, n° 133/2001 du 30.10.2001, n° 26/2002 du 30.01.2002, n° 98/2002 du 12.06.2002).

Le mandat des magistrats et membres susvisés est incompatible avec tout autre mandat exercé au sein du Service d'évaluation et de contrôle médicaux. L'indépendance et l'impartialité de ces juridictions sont donc parfaitement garanties (art. 95).

S'agissant des droits de la défense, le système proposé permet dorénavant au dispensateur de comparaître en audience publique, assisté ou représenté par le conseil de son choix (art. 95).

Les décisions de ces juridictions sont évidemment motivées (art. 102). Elles sont prononcées en audience publique. En outre, ces juridictions peuvent évidemment consulter des experts à propos de difficultés d'interprétation de certains règlements. Les droits de la défense sont dès lors respectés objectivement et subjectivement" (Doc. parl., Ch., 2005-2006, DOC 51-2594/001, pp. 44-45).

B.6.1. Il ressort de l'article 145, § 1er, 1°, en cause, de la loi AMI, de la genèse de cette disposition et des travaux préparatoires précités que la Chambre de recours est une juridiction administrative présidée par un magistrat professionnel qui siège avec une voix délibérative, auquel se joignent quatre docteurs en médecine, nommés par le Roi, dont deux parmi les candidats présentés sur des listes doubles par les organismes assureurs et deux autres parmi les candidats présentés sur des listes doubles par les organisations professionnelles représentatives des dispensateurs de soins de santé. Ces membres médecins siègent avec une voix consultative, en tant que représentants des organismes assureurs, pour les premiers, ou en tant que représentants des organisations professionnelles représentatives des dispensateurs de soins de santé, pour les seconds.

B.6.2. La présence, au sein des Chambres de recours, des médecins-conseils présentés par les organismes assureurs a été justifiée, dans les travaux préparatoires de la loi-programme du 24 décembre 2002, par le fait que les organismes assureurs sont directement intéressés, puisqu'ils ont payé les prestations litigieuses (Doc. parl., Ch., 2002-2003, DOC 50-2125/005, p. 28). S'il est exact qu'aux termes de l'article 154, alinéa 1er, de la loi AMI, ce sont les organismes assureurs qui engagent et appointent les médecins-conseils, ces fonctions ne peuvent être confiées, selon les alinéas 2 et 3 du même article, qu'à des médecins assermentés par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, qui ne peuvent être agréés qu'après que le Comité de ce Service a sollicité l'avis du Conseil provincial compétent de l'Ordre des médecins.

Le statut et la rémunération des médecins-conseils sont fixés par le Roi (art. 154, al. 5), qui arrête aussi les règles et la procédure relatives à l'octroi de leur accréditation (art. 154, al. 6).

B.6.3. La présence de médecins au sein de la Chambre de recours est justifiée par leur compétence et par la technicité de la matière (cf. l'arrêt n° 133/2001 du 30.10.2001).

B.6.4. Par son arrêt *Defalque c./Belgique*, la Cour européenne des droits de l'homme a jugé que l'ancienne composition des Chambres de recours garantissait leur indépendance et leur impartialité objective. Elle a notamment tenu compte du fait que la Commission d'appel était présidée par un magistrat, du fait que ses décisions pouvaient faire l'objet d'un pourvoi en cassation auprès du Conseil d'État, de la composition paritaire en ce qui concerne les médecins-conseils, de la durée légale du mandat, de l'incompatibilité avec d'autres mandats au sein du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux et du fait que les médecins n'ont qu'une voix consultative (CEDH, 20.04.2006, *Defalque c./Belgique*, § 31).

B.6.5. Pour toutes ces raisons, l'actuelle composition des Chambres de recours satisfait aux exigences de l'indépendance et de l'impartialité des juges, garanties par l'article 6, paragraphe 1er, de la Convention européenne des droits de l'homme.

Par ailleurs, la composition mixte et paritaire de ces Chambres, en ce qui concerne les médecins-conseils, garantit que tant les intérêts des organismes assureurs que ceux des dispensateurs de soins de santé sont pris en considération par le magistrat appelé à trancher seul la contestation après avoir consulté les médecins issus des deux catégories professionnelles précitées.

B.6.6. Les médecins qui siègent auprès de la Chambre de recours en tant que “représentants” des organismes assureurs et en tant que “représentants” des organisations professionnelles des dispensateurs de soins de santé ne sont pas des mandataires au sens des articles 1984 à 2010 du Code civil. En effet, lorsqu’ils traitent les dossiers, ces médecins ne peuvent recevoir des instructions des organismes assureurs ou des organisations professionnelles des dispensateurs de soins, mais ils doivent exercer leur voix consultative sur la seule base des éléments du dossier.

Le rôle des organismes assureurs et des organisations professionnelles des dispensateurs de soins se borne à “présenter” les candidats médecins sur une liste double à partir de laquelle le Roi nomme les médecins qui siègent au sein de la Chambre de recours.

B.7. Il résulte de l’ensemble de ces éléments que l’indépendance et l’impartialité objective de la Chambre de recours sont suffisamment garanties.

B.8. L’article 145 en cause n’est pas incompatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec l’article 6 de la Convention européenne des droits de l’homme.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR

dit pour droit :

L’article 145 de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec l’article 6 de la Convention européenne des droits de l’homme.

…

II. Cour du travail de Mons, 26 septembre 2018

Code judiciaire – Article 807 – Demande nouvelle

L'article 807 du Code judiciaire permet aux parties d'étendre ou de modifier l'objet de la demande initiale pour autant qu'elle ne modifie pas la cause de la demande, laquelle peut être définie comme étant l'ensemble des faits et des actes à la base du litige qui sont invoqués par le demandeur à l'appui du droit dont il réclame la reconnaissance. Il n'est dès lors pas requis que la demande nouvelle soit exclusivement fondée sur un fait ou un acte invoqué dans la citation.

Quant à la demande nouvelle formulée pour la première fois en degré d'appel, il ne s'impose pas davantage que cette demande étendue ou modifiée à l'égard de la partie contre laquelle a été introduite la demande initiale ait été portée devant le premier juge ou ait été virtuellement contenue dans la demande originaire.

R.G. 2017/AM/200
O.A. c./JC. R. - INAMI

…

2. Objet de l'appel et de la demande nouvelle – Prétentions des parties – Position de l'auditorat général

Dans une requête entrée au greffe de la Cour du travail de Liège en date du 23 avril 2013, l'... sollicite la réformation du jugement prononcé le 25 mars 2013 par la 1re Chambre du tribunal du travail de Verviers (nos de rôle général 11/772/A, 11/864/A et 11/863/A).

Par citations des 9 et 12 juin 2017, entrées au greffe le 16 juin 2017, l'O.A. assigne M … et l'... à comparaître devant la Cour du travail de Mons, à la suite de l'arrêt du 2 janvier 2017, par lequel la 3e Chambre de la Cour de cassation casse l'arrêt prononcé le 25 novembre 2014 par la 2e Chambre de la Cour du travail de Liège, division de Liège.

Dans ses conclusions principales d'appel, entrées au greffe le 17 octobre 2017, M … réclame, dans le cadre d'un prétendu appel incident[1], la condamnation de l'... à lui payer les intérêts calculés au taux légal sur les indemnités dues a la date d'échéance de chacune des mensualités dues jusqu'au complet paiement.

Ce chef de demande n'ayant pas été formulé devant le Tribunal du travail de Verviers, il s'agit non pas d'un appel incident mais d'une demande nouvelle.

L'... demande à la Cour de :

- dire l'appel recevable et fondé
- réformer le jugement entrepris

1. Cf. p. 11 de ses conclusions principales d'appel.

- débouter M … de son recours
- dire la demande reconventionnelle de l'... totalement recevable et fondée, et, en conséquence, condamner M … au paiement d'un montant principal de 9.897,80 EUR, à majorer des intérêts légaux et judiciaires courant depuis les débours jusqu'au jour du paiement effectif
- statuer comme de droit quant aux dépens.

M … demande à la Cour de :

- dire l'appel principal recevable mais non fondé
- dire l'appel incident recevable et fondé
- à titre principal :
  - confirmer le jugement dont appel
  - condamner l'... à lui payer les intérêts calculés au taux légal sur les indemnités dues à la date d'échéance de chacune des mensualités dues jusqu'au complet paiement
  - condamner l'... aux dépens liquidés à la somme de 131,18 EUR (appel).
- à titre subsidiaire :
  - avant dire droit, désigner un médecin-expert avec la mission de déterminer si, depuis le 9 mai 2010 jusqu'à la date de ses propres constatations médicales, il présente une réduction d'au moins 50 % de sa capacité de gain d'un point de vue médical.

L' … ne rédige pas de conclusions et ne comparaît pas.

Dans son avis écrit, déposé au greffe le 27 juin 2018, Madame M. H., substitut général, estime que l'appel est fondé.

3. Faits et antécédents

Il résulte des pièces du dossier et des explications fournies lors de l'audience du 23 mai 2018 que la situation factuelle et les antécédents de la procédure judiciaire se présentent comme suit.

M … est né le … .

Il exerce la profession de peintre en bâtiment.

Il est reconnu en incapacité de travail depuis le 2 octobre 2006.

Lors d'un contrôle survenu en date du 9 mai 2010, les services de l'ONEm constatent que M … est occupé à effectuer des travaux de peinture pour le compte de Monsieur … .

Ce dernier régularise ultérieurement la situation en faisant parvenir à l'ONEm une déclaration DIMONA ainsi que la fiche de paie d'un montant de 92,88 EUR.

Dans un courrier du 10 mars 2011, l'... notifie à M … qu'il n'a plus droit aux indemnités à partir du 9 mai 2010 (art. 100, § 1 et § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de sante et indemnités coordonnée le 14.07.1994) et qu'il est tenu de rembourser la somme de 9.897,80 EUR, à titre de prestations perçues indûment (3.787,70 EUR pour la période du 09.05.2010 au 31.08.2010) et (6.110,10 EUR pour la période du 01.09.2010 au 28.02.2011).

Cette décision comporte la motivation suivante :

"(...) Nous venons de recevoir du Service de Contrôle de l'... le procès-verbal de constat dressé en date du 1er mars 2011 dans lequel il apparaît que lors d'un contrôle des services de l'ONEm en date du 9 mai 2010 il a été constaté à trois reprises que vous avez effectué durant toute la journée un travail de peinture pour le compte de Monsieur … .

Vous avez repris cette activité sans autorisation préalable du médecin-conseil. Nous estimons que cette reprise ne peut faire l'objet d'une procédure de régularisation dans le cadre de l'article 101 du 14 juillet 1994 étant donné qu'il s'agit de la reprise totale et normale de votre ancienne activité professionnelle (peintre en bâtiment) et que d'autre part, un rapport de constatation semblable avait été établi lors de votre incapacité du 16 septembre 1997 par l'INAMI (P.V. de constat du 07.11.2000). (...)".

Par requêtes entrées au greffe du Tribunal du travail de Verviers respectivement le 17 mai 2011 (rôle n° 11/772/A) et le 1er juin 2011 (rôle n° 11/864/A), M … forme un recours contre la décision de l'... du 10 mars 2011.

Dans un courrier du 28 avril 2011, l'INAMI notifie à M … qu'il est exclu du droit aux indemnités à concurrence de 18 indemnités journalières en application de l'article 168*quinquies*, § 2, 3°, et § 3, alinéa 1er, 1°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de sante et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Cette décision comporte la motivation suivante :

"(...) Il ressort d'une enquête effectuée par le contrôleur social du Service du contrôle administratif de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité que vous avez exercé une activité de peintre en date du 9 mai 2010, alors que vous vous trouviez en période d'incapacité indemnisée par votre mutualité.

Cette activité a en effet été constatée lors d'un contrôle effectué par l'ONEm. Interpellé à 8h25 du matin, vous étiez sur une échelle occupé à peindre la façade et avez reconnu réaliser ce travail pour M … et ce, durant une demi-heure sans être rémunéré.

Également auditionné par l'ONEm, Monsieur ... a reconnu les faits en précisant que vous en aviez pour une heure et que vous ne seriez pas rémunéré (échange de service).

De passage à 16h05 le même jour, les contrôleurs de l'ONEm ont constaté que vous étiez toujours présent et que toute la façade ainsi que les boiseries du rez-de-chaussée avaient été peintes, et que le sol avait été enduit.

Réauditionné, vous avez reconnu avoir effectué ces travaux.

Vous avez en outre fait l'objet d'une régularisation en matière de déclaration immédiate à l'emploi.

Dans vos moyens de défenses, vous avez précisé ne pas nier avoir travaillé pour le compte d'un ami, … et ce, afin de lui rendre service et non d'effectuer un travail puisque vous n'avez jamais reçu de rémunération.

L'enquête du contrôleur social a démontré que vous avez repris cette activité sans autorisation, préalable du médecin-conseil.

Vous n'avez en outre, pas informé votre organisme assureur de cette reprise d'activité.

Vous n'avez pas déclaré vos revenus à votre organisme assureur.

Les infractions constatées sont et demeurent bien établies.

Nous vous signalons enfin que la hauteur de la sanction est en rapport avec la gravité et la durée des infractions constatées. (...)".

Par requête entrée le 1er juin 2011 au greffe du Tribunal du travail de Verviers (rôle n° 11/863/A), M … forme un recours contre la décision de l'INAMI du 28 avril 2011.

Dans un jugement du 25 mars 2013, la 1re Chambre du Tribunal du travail de Verviers :

- dit les actions recevables et, en raison de leur connexité, joint les causes reprises sous les numéros de rôle général 11/772/A, 11/864/A et 11/863/A
- dit l'action de M … à l'encontre de la décision de l'... du 10 mars 2011 partiellement fondée
- dit M … admissible et indemnisable, sur le plan médical, aux indemnités d'incapacité de travail de l'assurance maladie-invalidité, à partir du 1er mars 2011, sous réserve que toutes autres conditions légales soient demeurées satisfaites
- condamne M … à rembourser à l'... la somme de 38,65 EUR représentant l'indemnité indûment perçue pour la journée du 9 mai 2010
- dit l'action reconventionnelle de l'... fondée à concurrence de la somme de 38,65 EUR et la déboute de sa demande pour le surplus
- dit l'action de M … non fondée en tant que dirigée contre la décision de l'INAMI du 28 avril 2011
- condamne l'... aux dépens liquidés à la somme de 120,25 EUR pour M … .

Par requête entrée le 23 avril 2013 au greffe de la Cour du travail de Liège, l'... interjette appel du jugement du 25 mars 2013.

Dans un arrêt du 25 novembre 2014, la 2e Chambre de la Cour du travail de Liège, division de Liège :

- déclare irrecevable l'appel dirigé contre l'INAMI
- reçoit l'appel dirigé contre M … et le déclare non fondé
- confirme le jugement entrepris dans toutes ses dispositions, en ce compris quant aux dépens
- faisant droit à la demande nouvelle, condamne l'... à verser à M … les intérêts calculés au taux légal sur les indemnités dues à la date d'échéance de chaque mensualité jusqu'à complet paiement
- condamne l'... aux dépens d'appel liquidés pour M … à la somme de 120,25 EUR et liquidés pour l'INAMI à la somme de 160,36 EUR.

L'... forme un pourvoi en cassation contre l'arrêt du 25 novembre 2014.

Dans un arrêt du 2 janvier 2017[2], la 3e Chambre de la Cour de cassation casse l'arrêt de la Cour du travail de Liège du 25 novembre 2014, sauf en ce qu'il déclare irrecevable l'appel dirigé contre l'INAMI et renvoie la cause, ainsi limitée, devant la Cour du travail de Mons.

4. Écartement

a) En droit

Après les plaidoiries et, s'il y a lieu, les répliques, le juge prononce la clôture des débats, selon l'article 769, alinéa 1er, du Code judiciaire.

2. Cass. (3e Ch.), 02.01.2017, rôle S.15.0018.F.

Si le ministère public estime convenable d'émettre un avis écrit après les plaidoiries, il en informe le juge avant la clôture des débats ; cet avis est déposé au greffe et communiqué à l'avocat des parties ou, si elles n'ont pas d'avocat, aux parties elles-mêmes au plus tard à une date déterminée par le juge qui fixe également la date jusqu'à laquelle les parties peuvent déposer au greffe leurs conclusions pour répliquer à l'avis du ministère public, selon l'article 766, § 1er, alinéa 4, du Code judiciaire.

Il en résulte que des conclusions déposées au-delà de la date fixée par le juge doivent être écartées et que seules des conclusions, à l'exclusion de pièces, peuvent être déposées par les parties à titre de répliques à l'avis du ministère public.

Les répliques des parties sur l'avis du ministère public ne sont prises en considération que dans la mesure ou elles répondent à l'avis du ministère public, selon l'article 767, § 2, du Code judiciaire.

b) En l'espèce

Lors du procès-verbal de l'audience du 23 mai 2018, il a été acté que les parties pouvaient répliquer à l'avis du ministère public en déposant des conclusions au plus tard le 28 août 2018.

Les répliques à l'avis de l'auditorat général et la pièce (inventoriée et numérotée 1.) de M …, entrées au greffe le 29 août 2018, sont donc tardives.

De manière surabondante, M … a joint ses répliques une pièce au mépris de la règle, rappelée ci-avant, selon laquelle seules des conclusions, à l'exclusion de pièces, peuvent être déposées par les parties à titre de répliques à l'avis du ministère public.

Dans ces conditions, la Cour écarte les répliques à l'avis de l'auditorat général et la pièce (inventoriée et numérotée 1.) de M …, entrées au greffe le 29 août 2018.

5. Recevabilité

a) En droit

I. APPEL

Le délai pour interjeter appel est d'un mois à partir de la signification du jugement ou de la notification de celui-ci faite conformément à l'article 792, alinéas 2 et 3, du Code judiciaire, selon l'article 1051, alinéa 1er, du Code judiciaire.

Les dispositions légales concernant la recevabilité de l'appel en matière civile sont d'ordre public[3].

II. DEMANDE NOUVELLE

La demande principale, formulée dans l'acte introductif d'instance, se distingue des demandes incidentes, introduites durant le procès[4].

La demande principale peut être identifiée comme étant la demande initiale.

3. Cass. (3e Ch.), 08.06.2015, rôle S.14.0094.F, www.jure.juridat.just.fgov.be.
4. D. MOUGENOT, Principes de droit judiciaire privé, Bruxelles, Larcier, 2009, p. 1193.

Parmi les demandes incidentes, figurent notamment la demande nouvelle, c'est-à-dire la demande qui s'ajoute ou se substitue à la demande principale, conformément à l'article 807 du Code judiciaire, ainsi que la demande additionnelle, celle-ci constituant le prolongement immédiat de la demande originaire[5], en vertu de l'article 808 du Code judiciaire.

La demande nouvelle résulte de ce que la demande dont le juge est saisi peut être étendue ou modifiée, si des conclusions nouvelles, contradictoirement prises, sont fondées sur un fait au un acte invoqué dans la citation, même si leur qualification juridique est différente, selon l'article 807 du Code judiciaire.

Cette disposition permet donc aux parties d'étendre ou de modifier l'objet de la demande initiale pour autant qu'elles ne modifient pas la cause de la demande, laquelle peut être définie comme étant l'ensemble des faits et des actes à la base du litige qui sont invoqués par le demandeur à l'appui du droit dont il réclame la reconnaissance[6].

Lorsque le juge décide légalement que la demande initiale et la demande nouvelle introduite par conclusions ne sont pas fondées sur le même fait, au sens de l'article 807 du Code judiciaire, il décide en droit que la demande nouvelle est irrecevable[7].

L'article 807 du Code judiciaire ne requiert pas que la demande nouvelle soit exclusivement fondée sur un fait ou un acte invoqué dans la citation[8].

Lorsqu'une demande nouvelle est fondée sur un autre fait ou un autre acte, il n'est pas exigé que ceux-ci présentent un lien avec le fait ou l'acte invoqué dans la citation[9].

Il ne s'impose pas davantage que la demande étendue ou modifiée à l'égard de la partie contre laquelle a été introduite la demande initiale ait été portée devant le premier juge ou ait été virtuellement contenue dans la demande originaire[10].

b) En l'espèce

Introduit dans le délai légal, l'appel est recevable.

En ce qu'elle est exprimée dans des conclusions contradictoirement prises et fondée sur des faits invoqués dans les actes introductifs d'instance, la demande nouvelle est recevable.

5. G. DE LEVAL, "L'action en justice - La demande et la défense", In Droit judiciaire, (dir.) G. DE LEVAL, Bruxelles, Larcier, 2015, t. 2, pp. 161-163.
6. C. T. Mons (2e Ch.), 06.02.2012, R.G. 2011/AM/68, www.jure.juridat.just.fgov.be.
7. Cas., 05.05.1988, Pas., 1988, I, p. 1075.
8. Cass. (1e Ch.), 10.11.2006, www.jure.juridat.fgov.be. Cass. (1e Ch.), 04.06.2010, www.jure.juridat.fgov.be. Mons (16e Ch.), 25.02.2016, rôle 2015/RG/185, www.jure.juridat.fgov.be.
9. Cass. (1e Ch.), 29.01.2010, rôle n° C.07.0278.F, www jure.juridat.fgov.be.
10. Cass. (1e Ch.), 29.11.2002, rôle n° C.00.0729.N, www.jure.juridat.just.fgov.be.

6. Fondement

a) En droit

I. INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Est reconnu incapable de travailler, 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, selon l'article 100, § 1er, alinéa 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Cette disposition commande de comparer la capacité qu'a encore le travailleur de gagner sa vie dans une activité professionnelle salariée avec celle d'une personne de même condition et de même formation dans les professions de référence[11].

Toutefois, pendant les six premiers mois de l'incapacité primaire, ce taux de réduction de capacité de gain est évalué par rapport à la profession habituelle de l'intéressé, pour autant que l'affection causale soit susceptible d'évolution favorable ou de guérison à plus ou moins brève échéance, selon l'article 100, § 1er, alinéa 4, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Il résulte des dispositions précitées que la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail est subordonnée à la réunion de trois conditions[12]:

1. la cessation de toute activité ;
2. le fait que cette cessation doit être la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels ;
3. ces derniers doivent générer une réduction de la capacité de gain du titulaire d'au moins deux tiers par rapport à une personne de référence.

Le législateur ne définit toutefois pas l'activité qu'il convient d'avoir cessé pour prétendre aux indemnités.

Selon la Cour de cassation, le terme "activité" doit être compris dans son sens usuel et ne peut être réduit à la seule activité professionnelle ou au seul travail[13].

Il s'ensuit qu'est visée non seulement la cessation de toute activité professionnelle mais encore de toute activité procurant un enrichissement du patrimoine ou toute occupation habituelle, occasionnelle voire même exceptionnelle, orientée vers la production de biens ou de services permettant directement ou indirectement de retirer un profit économique pour soi-même ou pour autrui, et ce même si elle est de minime importance ou faiblement rémunérée[14].

11. Cass. (3e Ch.), 18.05.2015, rôle n° S.13.0013.F, www.jure.juridat.just.fgov.be.
12. C.C., arrêt n° 51/2013, 28.03.2013, rôle n° 5463, www.jure.juridat.just.fgov.be. Cass. (3e Ch.), 23.05.2016, rôle n° S.14.0002.F, www.jure.juridat.just.fgov.be.
13. Cass. (3e Ch.), 23.04.1990, J.T.T., 1990, p. 446.
14. Ph. GOSSERIES, "L'incapacité de travail des salariés et des indépendants en assurance indemnités obligatoire", J.T.T., 1997, p. 81. Cass., 21.01.1982, Bull. INAMI, 1982, p. 323. Cass., 18.05.1992, J.T.T., 1992, p. 400. C. T. Mons (4e Ch.), 17.10.2012, R.G. 2012/AM/18, inédit. C. T. Bruxelles (8e Ch.), 20.06.2013, R.G. 2011/AB/813, www.jure.juridat.just.fgov.be. C. T. Mons (4e Ch.), 26.11.2014, R.G. 2012/AM/474, inédit. C. T. Mons (5e Ch.), 11.12.2014, R.G. 2013/AM/432, inédit. C. T. Mons (5e Ch.), 08.01.2015, R.G. 2009/AM/21651, inédit. C. T. Mons (5e Ch.) , 05.01.2017, R.G. 2014/AM/296, inédit.

En principe, seules sont autorisées des activités d'entretien ordinaire du ménage ou de loisir[15].

Cette rigueur est tempérée par la possibilité prévue par l'article 100, § 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, dans sa version actuelle entrée en vigueur en date du 12 avril 2013[16], de solliciter l'autorisation du médecin-conseil de reprendre une activité, préalablement à la reprise de celle-ci, alors que le travailleur se trouve encore en incapacité de travail et pour autant que, sur le plan médical, il conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 %.

II. TRAVAIL NON AUTORISÉ

Le travailleur reconnu incapable de travailler qui a effectué un travail sans l'autorisation préalable visée à l'article 100, § 2, mais dont la capacité de travail est resté réduite d'au moins 50 % du point de vue médical, est tenu de rembourser les indemnités qu'il a perçues pour les jours ou la période durant lesquels ou laquelle il a accompli ce travail non autorisé, selon l'article 101, alinéa 1er, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, *dans sa version qui était en vigueur jusqu'au 30 décembre 2010*[17].

Dans l'hypothèse où la capacité de travail est diminuée de 50 %, le travailleur doit rembourser les indemnités allouées les jours où il a travaillé et, dans celle où sa capacité de travail est supérieure à 50 %, il doit, sur la base d'une lecture *a contrario* de la disposition précitée, rembourser toutes les indemnités et il est mis fin à la reconnaissance de l'incapacité[18].

Le titulaire reconnu incapable de travailler qui a effectué un travail sans autorisation préalable visée à l'article 100, § 2, ou sans respecter les conditions de l'autorisation, est soumis a un examen médical en vue de vérifier si les conditions de reconnaissance de l'incapacité de travail sont réunies à la date de l'examen ; en cas de décision négative, une décision de fin de reconnaissance est notifiée au titulaire, selon l'article 101, § 1er, alinéa 1er, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, *dans sa version qui est entrée en vigueur en date du 31 décembre 2010*[19].

L'examen médial évoqué ci-avant tend à vérifier les conditions de reconnaissance de l'incapacité de travail énoncées par l'article 100, § 1er, à savoir la cessation de 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 la capacité de gain du titulaire[20].

Les articles 245*decies* et 245*undecies* 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, insérés par un arrêté royal du 12 décembre 2010[21], régissent l'examen médical, lequel doit être effectué dans un délai de trente jours ouvrables à compter de la constatation, par l'organisme assureur, de l'activité non autorisée ou de la communication de celle-ci à l'organisme assureur, ainsi que la décision de fin de reconnaissance.

Le titulaire précité est tenu de rembourser les indemnités d'incapacité de travail qu'il a perçues pour les jours ou la période durant lesquels il a accompli le travail non autorisé, selon l'article 101, § 2, alinéa 1er, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, *dans sa version actuelle, qui est entrée en vigueur en date du 31 décembre 2010*[22].

15. J.-F. FUNCK, Droit de la sécurité sociale, Bruxelles, Larcier, 2006, p. 281.
16. Art. 17 de la loi-programme du 04.07.2011 (M.B., 19.07.2011). Art. 1er de l'A.R. du 12.03.2013 (M.B., 02.04.2013).
17. Art. 101 de la loi du 28.04.2010 portant des dispositions diverses (M.B., 10.05.2010).
18. S. HOSTAUX, Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités, Larcier, 2009, p. 285. C. T. Mons, 02.02.2012, R.G. 2007/AM/20, inédit. C. T. Mons, 21.03.2012, R.G. 2011/AM/188, inédit.
19. Art. 101 de la loi du 28.04.2010 portant des dispositions diverses (M.B., 10.05.2010).
20. Cass. (3e Ch.), 23.05.2016, rôle n° S.14.0002.F, www.jure.juridat.just.fgov.be.
21. M.B., 20.12.2010.
22. Art. 101 de la loi du 28.04.2010 portant des dispositions diverses (M.B., 10.05.2010).

Le titulaire reconnu incapable de travailler qui a effectué un travail sans l'autorisation visée à l'article 100, § 2, ou sans respecter les conditions de l'autorisation, est soumis à un examen médical en vue de vérifier si les conditions de reconnaissance de l'incapacité de travail sont réunies à la date de l'examen, selon l'article 101, § 1er, alinéa 1er, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, *dans sa version actuelle qui est entrée en vigueur en date du 12 avril 2013*[23].

III. PRINCIPE GÉNÉRAL DU DROIT RELATIF À LA NON-RÉTROACTIVITÉ DE LA LOI

La loi ne dispose que pour l'avenir et n'a point d'effet rétroactif, selon l'article 2 du Code civil.

Conformément au principe général du droit déduit de la disposition précitée, une loi nouvelle s'applique non seulement aux situations qui naissent à partir de son entrée en vigueur, mais aussi aux effets futurs des situations nées sous l'empire de la loi antérieure qui se produisent ou se prolongent sous l'empire de la loi nouvelle, pour autant que cette application ne porte pas atteinte à des droits déjà irrévocablement fixés[24].

IV. INTÉRÊTS

Les prestations payées indûment portent intérêt de plein droit à partir du paiement si le paiement indu résulte de fraude, de dol ou de manœuvres frauduleuses de la part de la personne intéressée, selon l'article 21 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social.

b) En l'espèce

Dans l'arrêt du 2 janvier 2017[25], rendu dans le cadre de la présente cause, la 3e Chambre de la Cour de cassation dispose que :

"(...) Une loi nouvelle s'applique non seulement aux situations qui naissent à partir de son entrée en vigueur mais aussi aux effets des situations nées sous le régime de la loi antérieure qui se produisent ou se prolongent sous l'empire de la loi nouvelle, pour autant que cette application ne porte pas atteinte à des droits irrévocablement fixés.

Le procès-verbal du Service du contrôle administratif de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité constatant qu'un assuré social bénéficiant d'indemnités a effectué un travail sans l'autorisation visée à l'article 101, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et la décision de l'organisme assureur déduisant les conséquences de ce travail sur le droit de l'assuré social aux indemnités et coordonnant la récupération des indemnités payées indûment, par lesquelles ces institutions de sécurité sociale appliquent les dispositions légales pertinentes au travail non autorisé, ne constituent pas des effets de ce travail qui se produiraient ou se prolongeraient après qu'il a été effectué.

L'arrêt constate que le défendeur bénéficiait d'indemnités de l'assurance soins de santé et indemnités et qu'il a effectué le 9 mai 2010 un travail sans l'autorisation visée à l'article 100, § 2, de la loi coordonnée.

23. Art. 17 de la loi-programme du 04.07.2011 (M.B., 19.07.2011). Art. 1er de l'A.R. du 12.03.2013 (M.B., 02.04.2013).
24. Cass. (3e Ch.), 24.01.2005, rôle n° C.04.0223.N.F., http://jure.juridat.just.fgov.be. Cass. (2e Ch.), 07.10.2008, rôle n° P.08.0570.N, http://jure.juridat.just.fgov.be. Cass. (1re Ch.), 14.02.2014, rôle n° C.12.0460.F, http://jure.juridat.just.fgov.be..
25. Cass. (3e Ch.), 02.01.2017, rôle n° S.15.0018.F..

Il considère que ce travail non autorisé a développé ses effets après le 31 décembre 2010 au motifs que "l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (...) a dressé le procès-verbal de constat de l'infraction (...) le 1er mars 2011, (qu'une) copie (en) a été notifiée (au défendeur et à la demanderesse) au début du mois de mars 2011" et que la demanderesse a pris le 10 mars 2011 la décision refusant les indemnités au défendeur à partir du 9 mai 2010 et ordonnant la récupération des indemnités versées depuis cette date jusqu'au 28 février 2011.

Par ces considérations, l'arrêt ne justifie pas légalement sa décision d'appliquer aux faits de la cause l'article 101 de la loi coordonnée et l'article 245decies 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, dans leur rédaction en vigueur à partir du 31 décembre 2010.

Le moyen, en cette branche, est fondé. (…)".

La Cour souscrit entièrement à ce raisonnement.

Dès lors que M … a effectué, en date du 9 mai 2010, un travail non autorisé alors qu'il était reconnu en incapacité de travail, il convient d'appliquer l'article 101, alinéa 1er, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, *dans sa version qui était en vigueur jusqu'au 30 décembre 2010*[26].

Dans cette perspective, M … estime que sa capacité de travail est restée, à dater du 9 mai et ultérieurement, réduite d'au moins 50 % du point de vue médical mais ne dépose toutefois aucune pièce médicale probante susceptible de l'établir.

Ni le document du 20 février 2012, dans lequel le Docteur … se borne à conseiller à M … de consulter un expert, ni le nouveau document du 9 août 2018, que, de toute manière, la Cour écarte et dans lequel le Docteur … expose que M … lui déclare qu'il est en incapacité de travail depuis 2006, ne sont probants.

M … ne développe aucun argument qui emporte la conviction de la Cour afin de considérer que sa capacité de travail est restée, à dater du 9 mai 2010 et ultérieurement, réduite d'au moins 50 % du point de vue médical ou afin d'ordonner une expertise afférente à une telle réduction de capacité de travail dans son chef.

L'... est fondé à revendiquer le remboursement des indemnités d'incapacité de travail perçues par M … entre le 9 mai 2010 et le 28 février 2011, ainsi que les intérêts à dater des débours.

Dans ces conditions, l'appel est fondé et la demande nouvelle n'est pas fondée.

La Cour réforme le jugement du 25 mars 2013 (numéros de rôle général 11/772/A, 11/864/A et 11/863/A), en ce que la 1re Chambre du Tribunal du travail de Verviers :

- dit l'action de M … à l'encontre de la décision de l'... du 10 mars 2011 partiellement fondée
- dit M … admissible et indemnisable, sur le plan médical, aux indemnités d'incapacité de travail de l'assurance maladie-invalidité, à partir du 1er mars 2011, sous réserve que toutes autres conditions légales soient demeurées satisfaites
- condamne M … à rembourser à l'... la somme de 38,65 EUR représentant l'indemnité indûment perçue pour la journée du 9 mai 2010
- dit l'action reconventionnelle de l'… fondée à concurrence de la somme de 38.65 EUR et la déboute de sa demande pour le surplus.

La Cour déboute M … de son recours originaire à l'égard de l'...

26. Art. 101 de la loi du 28.04.2010 portant des dispositions diverses (M.B., 10.05.2010).

La demande reconventionnelle originaire de l'... est fondée.

La Cour condamne M … à payer à l'... une somme de 9.897,80 EUR, correspondant aux indemnités indûment perçues entre le 9 mai 2010 et le 28 février 2011, à majorer des intérêts légaux et judiciaires courant depuis les débours jusqu'au jour du paiement effectif.

7. Dépens

a) En droit

La condamnation aux dépens est toujours prononcée, sauf en cas de demande téméraire ou vexatoire, à charge de l'autorité ou de l'organisme tenu d'appliquer les lois et règlements prévus aux articles 579, 6°, 580, 581 et 582, 1° et 2°, en ce qui concerne les demandes introduites par ou contre les assurés sociaux, selon l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire.

L'indemnité de procédure est une intervention forfaitaire dans les frais et honoraires d'avocat de la partie ayant obtenu gain de cause, selon l'article 1022, alinéa 1er, du Code judiciaire.

Le tarif des indemnités de procédure, fixé dans l'arrêté royal du 26 octobre 2007[27], opère une distinction selon qu'il s'agit ou non d'une affaire évaluable en argent, soit celle au cours de laquelle une condamnation au paiement d'une somme d'argent est formellement demandée[28].

La dernière indexation des montants est intervenue en date du 1er juin 2016[29].

b) En l'espèce

La demande originaire de M … s'inscrit dans les contestations visées à l'article 580, 2°, du Code judiciaire.

La Cour condamne l'... à payer à M … les dépens liquidés à la somme de 131,18 EUR.

POUR CES MOTIFS,

LA COUR,

Statuant contradictoirement,

Écarte les répliques à l'avis de l'auditorat général et la pièce (inventoriée et numérotée 1.) de M … entrées au greffe le 29 août 2018.

Reçoit l'appel et la demande nouvelle.

Dit que l'appel est fondé.

27. M.B., 09.11.2007.
28. H. BOULARBAH, "Les frais et les dépens, spécialement l'indemnité de procédure", *in Actualités en droit judiciaire*, CUP, vol. 145, (dir.) H. BOULARBAH et F. GEORGES, Bruxelles, Larcier, 2013, p. 372.
29. J.T., 2016, pp. 411-412.

Dit que la demande nouvelle n'est pas fondée.

Réforme le jugement du 25 mars 2013 (nos de rôle général 11/772/A, 11/864/A et 11/863/A), en ce que la 1e Chambre du Tribunal du travail de Verviers :

- dit l'action de M … à l'encontre de la décision de l'... du 10 mars 2011 partiellement fondée
- dit M … admissible et indemnisable, sur la plan médical, aux indemnités d'incapacité de travail de l'assurance maladie-invalidité, à partir du 1er mars 2011, sous réserve que toutes autres conditions légales soient demeurées satisfaites
- condamne M … à rembourser à l'... la somme de 38,65 EUR représentant l'indemnité indûment perçue pour la journée du 9 mai 2010
- dit l'action reconventionnelle de l'... fondée à concurrence de la somme de 38,65 EUR et la déboute de sa demande pour le surplus.

Déboute M … de son recours originaire à l'égard de l'...

Dit que la demande reconventionnelle originaire de l'... est fondée.

Condamne M … à payer à l' … une somme de 9.897,80 EUR, correspondant aux indemnités indûment perçues entre le 9 mai 2010 et le 28 février 2011, à majorer des intérêts légaux et judiciaires courant depuis les débours jusqu'au jour du paiement effectif.

Condamne l'... à payer à M … les dépens liquidés à la somme de 131,18 EUR.

…

III. Cour du travail d'Anvers, section Hasselt – Arrêt du 15 novembre 2018

Évaluation de l'incapacité de travail – Article 100, § 1er, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 – Situation préexistante – Absence d'emploi stable – Nouvelles reconnaissances inconséquentes

Lorsqu'un(e) assuré(e) accède au marché du travail, il/elle doit avoir une capacité de gain de plus d'un tiers pour ensuite pouvoir être considéré(e) comme étant en état d'incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1er, de la loi AMI. Dans le cas contraire, sa situation est qualifiée de "préexistante".

La reconnaissance de l'incapacité de travail au sens de l'article 100 de la loi AMI n'est pas possible si la réduction de la capacité de gain (à moins d'un tiers) est la conséquence de cette situation préexistante où la capacité de gain de l'intéressé(e) au moment de son entrée sur le marché du travail était déjà inférieure à un tiers de manière permanente.

En l'espèce, la Cour du travail avait déjà prononcé un arrêt concernant l'absence de situation préexistante dans le chef d'un(e) assuré(e). En l'absence d'un quelconque emploi stable subséquent, d'où le contraire pourrait s'avérer le cas échéant, l'existence de la situation préexistante demeure invariablement applicable.

De nouvelles reconnaissances d'incapacité de travail postérieures à cet arrêt sont par ailleurs inconséquentes et ne peuvent annuler l'existence de la situation préexistante.

N° de rôle : 2017/AH/154
C.M. c./INAMI

…

II. Feiten en voorgaande rechtspleging

… was ten laste van de ziekteverzekering sedert 26 november 2014.

De Geneeskundige Raad voor Invaliditeit/GRI van het RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING (afgekort: RIZIV) besliste op 2 juni 2016 dat … op/vanaf 13 juni 2016 niet langer arbeidsongeschikt erkend werd, als bedoeld in artikel 100 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor de geneeskundige verzorging en uitkeringen (afgekort: ZIV-wet).

Tegen deze beslissing stelde ... op 15 juli 2016 beroep in bij de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Tongeren.

… vorderde de vernietiging van de administratieve beslissing van 2 juni 2016.

Bij vonnis van 12 juni 2017 van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Tongeren (hierna: vonnis *a quo*) werd:

- de vordering van … ontvankelijk doch ongegrond verklaard
- de bestreden administratieve beslissing bevestigd
- het RIZIV veroordeeld tot de kosten van het geding.

Tegen dit vonnis stelde hoger beroep in bij dit arbeidshof.

III. Eisen in hoger beroep

1.

… vordert om:

- het vonnis *a quo* en de bestreden beslissing te vernietigen
- het RIZIV te veroordelen tot betaling van alle achterstallige ziekte-uitkeringen vanaf 13 juni 2016, vermeerderd met de wettelijke en gerechtelijke intresten
- in ondergeschikte orde over te gaan tot de aanstelling van een geneesheer-deskundige
- het RIZIV te veroordelen tot de kosten.

2.

Het RIZIV verzoekt om:

- het hoger beroep ontvankelijk doch ongegrond te verklaren
- dienvolgens het vonnis a quo te bevestigen.

IV. Beoordeling

1.

Bij beslissing van. 2 juni 2016. van het RIZIV (de GRI) werd … (die ziekte-uitkeringen ontving vanaf 26.11.2014) niet langer als zijnde arbeidsongeschikt erkend vanaf 13 juni 2016.

… meent dat hij vanaf die laatste datum, 13 juni 2016, (verder) arbeidsongeschikt was/is in de zin van artikel 100, § 1 ZIV-wet.

Het RIZIV betwist dit standpunt.

Het RIZIV stelt dat er sprake is van een voorafbestaande toestand, ten gevolge waarvan … niet als zijnde arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100 § 1, ZIV-wet kan worden erkend vanaf 13 juni 2016.

2.

Om in de ZIV-reglementering voor werknemers als arbeidsongeschikt te kunnen worden erkend, moet in principe oor de werknemer voldaan zijn aan de door artikel 100, § 1 ZIV-wet voorziene voorwaarden:

"Wordt als arbeidsongeschikt erkend ais bedoeld in deze gecoördineerde wet, de werknemer die alle werkzaamheid heeft onderbroken als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van let els of functionele stoornissen waarvan erkend wordt dat ze zijn vermogen tot verdienen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde o leiding, kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepencategorië waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen uitoefenen hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding (-/-)"

De erkenning inzake arbeidsongeschiktheid is ingevolge deze wettelijke bepaling dus afhankelijk gesteld van drie cumulatieve voorwaarden, met name:

1. de onderbreking van elke werkzaamheid (arbeid);
2. de onderbreking moet het rechtstreeks gevolg zijn van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen;
3. het verdienvermogen moet verminderd zijn tot één derde of minder dan één derde van wat de valide "vergelijkingspersoon", zou kunnen verdienen (er moet dus sprake zijn van een arbeidsongeschiktheid van tenminste 66 %).

De hiervoren vermelde tweede voorwaarde gaat uit van een causaliteit (*"als rechtstreeks gevolg"*) tussen enerzijds het intreden of verergeren van de letsels of functionele stoornissen en anderzijds de stopzetting van alle werkzaamheden.

Het oorzakelijk verband tussen het intreden of verergeren van de letsels of functionele stoornissen enerzijds, en de stopzetting van alle werkzaamheden anderzijds, werd in de definitie van de arbeidsongeschiktheid ingevoerd bij artikel 8 van het koninklijk besluit nummer 22 van 23 maart 1982 en beoogde om diegenen van wie het verdienvermogen blijvend zo ernstig was aangetast dat ze in feite nooit arbeidsgeschikt zijn ge eest, uit te sluiten uit het stelsel van de ziekteverzekering (vgl. Arbh. Antwerpen 13.01.2004, Soc. Kron,, 2004, 336; VERBRUGGEN, L, "*Overzicht van rechtspraak in verband met de voorafbestaande toestand* (art. 100, § 1, van de Gecoördineerde wet van 14.07.1994)", Infoblad RIZIV, blz. 557-558).

Wanneer een verzekerde tot de arbeidsmarkt toetreedt, moet hij/zij m.a.w. een verdienvermogen hebben van meer dan één derde om nadien - in voorkomend geval - als arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100, § 1, ZIV-wet te kunnen worden beschouwd.

De situatie waar zulks niet het geval is, wordt aangeduid met de term van de/een "voorafbestaande toestand".

Erkenning van arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 100 ZIV-wet is niet mogelijk indien de vermindering van het verdienvermogen (tot minder dan een derde) het gevol is van een dergelijke voorafbestaande toestand waarbij het verdienvermogen van betrokkene op het ogenblik van zijn/haar intrede op de arbeidsmarkt reeds op blijvende wijze minder dan een derde bedroeg.

3.

Het hof is van oordeel dat er in hoofde van … inderdaad, zoals door het RIZIV werd aangevoerd, sprake is van een dergelijke voorafbestaande toestand.

Dit werd reeds op die wijze door dit arbeidshof beoordeeld in een eerder arrest van 16 juni 2011 (als stuk bijgebracht door het RIZIV op 05.04.2018).

Het toenmalige geschil handelde over de vraag of … op/vanaf 23 oktober 2009 als arbeidsongeschikt kon worden erkend (de GRI had beslist dat zulks, nadat betrokkene voordien vanaf 15 juni 2005 wel als zijnde arbeidsongeschikt erkend was, niet meer het geval was).

Bij arrest van 16 juni 2011 oordeelde dit hof dat de desbetreffende vordering van (en het door hem ingestelde hoger beroep) ongegrond was en dat de kwestieuze RIZIV-beslissing correct was.

Het hof overwoog in dit arrest (blz. 3-5) (met appellant wordt … bedoeld; et geïntimeerde wordt het RIZIV bedoeld):

"Het hof leest in het administratief dossier van geïntimeerde dat appellant, die van Algerijnse afkomst is, sedert 1998 in België verblijft waar hij dan volgens stukken 2 en 3 van de stukkenbundel van appellant een 8-tal maanden via Randstad NV interimarbeid verrichtte en van 1 januari 2002 tot 15 januari 2003 bij de firma Multi-fix NV in Genk werkte, waarna hij ten taste van de werkloosheidsverzekering kwam totdat hij zich medio juni 2005 arbeidsongeschikt meldde wegens persoonlijkheidsstoornis en angstneurotische component. Verder blijkt uit het administratief dossier dat eind 2006 wordt geopteerd om appellant te begeleiden naar een tewerkstelling in een beschutte werkplaats en wordt er meerbepaald gestart met een opleiding in het arbeidscentrum "De Sluis" doch deze opleiding wordt door hem snel opgegeven wegens te zwaar en te belastend, met andere woorden tewerkstelling in een beschutte werkplaats is voor appellant reeds te hoog gegrepen.

De eigen behandelend geneesheer van appellant, psychiater ..., omschrijft hem in zijn verslag de dato 24 januari 2005 als een ego zwakke afhankelijke man zonder psychoticiteit met angstneurotische kenmerken, psychiatrische toestand die reeds aanwezig was in zijn jeugdjaren en waarvoor hij sinds 1973 in Algerije psychiatrisch wordt gevolgd.

Uit het voorgaande besluit het hof dat in casu in hoofde van appellant de aanwezigheid van een voorafbestaande toestand bewezen is.

Het feitelijk gegeven dat appellant bij verschillende werkgevers was tewerkgesteld sluit niet uit dat appellant toch als reeds meer dan 66 % blijvend arbeidsongeschikt kan bestempeld warden bij zijn intrede op de arbeidsmarkt (Arbh. Antwerpen 22.02.2005, Inf. RIZIV2005/3, 334).

De uitoefening van een relatief kortstondige tewerkstelling via interim-arbeid vormt geen bewijs van een voorafbestaande toestand en voldoende geacht verdienvermogen op de reguliere arbeidsmarkt (Arbh. Antwerpen 26.04.2005, Inf. RIZIV2005/4,457).

Uit het attest van 1 april 2010 uitgaande van defirma Multi-fix NV kan niet warden afgeleid dat het gaat om een effectieve ononderbroken tewerkstelling.

Dit laatste wordt zelfs ontkracht door het psychiatrisch verslag van Dr. ... de dato 27 juni 2002 welke de opname van appellant bevestigt via spoed naar aanleiding van hyperventilatieaanval wegens suicidegedachten.

De attesten die appellant bijbrengt omtrent zijn beweerde tewerkstelling en zijn activiteiten als muziekleraar in Algerije (stukken 4, 5 en 6) zijn alien opgesteld in de Franse taal; het hof kan de juiste draagwijdte hiervan niet beoordelen; alleszins blijkt uit het administratief dossier van geïntimeerde dat zelfs de eigen behandelend geneesheer van appellant. Dr. psychiater ..., zijn grondige twijfels heeft over het door appellant beweerde vroeger functioneren als leerkracht nu deze geneesheer op 23 september 2005 in een psychiatrisch verslag het volgende verklaart: "... steeds ben ik onder de indruk van de actuele presentatie versus een aangegeven vroeger functioneren als leerkracht..." en verder in zijn verslag d.d. 12 november 2009 stelt: "Gaandeweg heb ik ook meer vragen over zijn vroeger zogezegd probleemloos functioneren m t een verantwoordelijke positie als koorleider".

Tenslotte wordt door het hof 00k niet ingezien op welke wijze appellant uit voormeld attest van 12 november 2009 een argument kan putten om de voorafbestaande toestand te ontkrachten wanneer het hof hierin het volgende leest: "Diagnostisch - gesteund door kopieën van vroegere psychiatrische contacten in Algerije - blijven we chronisch depressieve elementen bij een angstneurotische, afhankelijke man vooropstellen, waarbij we gaandeweg de personale elementen zwaarder inschatten dan de syndromale gegevens. Voor ons blijft hij niet inschakelbaar in een normaal - en zelfs aangepast - arbeidsproces".

Het komt het hof eerder voor dat hierdoor de voorafbestaande toestand nog eens wordt bevestigd.

Evenmin kan appellant uit het feit dat hij door het RIZIV als arbeidsongeschikt erkend is gebleven tot en met 23 oktober 2009 een argument putten.

Immers de GRI kan krachtens artikel 94, 1e lid van de ZIV-wet gecoördineerd op 14 juli 1994 de staat van invaliditeit als bedoeld in artikel 100 § 1 van voormelde wet vaststellen en de duur ervan bepalen, met andere woorden heeft de GRI wettelijk de mogelijkheid om een erkende arbeidsongeschiktheid ten alle tijde opnieuw te evalueren en zonodig zelfs te beëindigen (Cass. 03.05.1993, T.S.R. 1993/3, p. 175).

Rekeninghoudend met al hetgeen voorafgaat is bet hof van oordeel dat de administratieve beslissing van geïntimeerde correct is; bij bet hof bestaat hieromtrent op grond van de stukken geen twijfel meer (-/-)".

… heeft sedert die eerdere uitsluiting door de GRI, bevestigd |n het hiervoren vermelde arrest van 16 juni 2011, niet meer gewerkt.

Bij gebrek aan enige tewerkstelling van … sedert de beoordeling door dit hof (op 16.06.2011) inzake het bestaan van een voorafbestaande toestand, zijn er thans geen valabele elementen of argumenten op grond waarvan van deze eerdere beoordeling vermag te worden afgeweken.

Er was toen - in 2011, en ook reeds voordien - sprake van een bij … voorafbestaande toestand, waardoor zijn verdienvermogen op het ogenblik van zijn intrede op de Belgische arbeidsmarkt geacht werd op blijvende wijze minder dan een derde te bedragen, ten gevolge waarvan in principe een erkenning van arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 100 ZIV-wet niet mogelijk was.

Bij gebrek aan enige daaro volgende duurzame tewerkstelling waaruit desgevallend het tegendeel zou kunnen blijke , is deze situatie tot op heden onverminderd van toepassing.

Ongeacht of … sedert juni 2011 nog als zijnde arbeidsongeschikt werd erkend door hetzij zijn mutualiteit dan wel door het RIZIV - dergelijke "nieuwe" erkenningen zijn inconsequent aangezien ze niet stroken met het principe van de eerder vastgestelde voorafbestaande toestand; ze zijn als zodanig niet van aard om de voorafbestaande toestand en de consequenties ervan ongedaan te maken - is er tot op heden nog steeds sprake van een voorafbestaande toestand, ten gevolge waarvan … in principe in het kader van de ZIV- reglementering niet gerechtigd is op ongeschiktheidsuitkeringen.

Dit geldt ook op/vanaf 13 juni 2016.

4.

De kwestie van de bij … op/vanaf 13 juni 2016 bestaande mate van arbeidsongeschiktheid - die inderdaad meer dan 66 % bedraagt - is hier in het licht van de bij hem voorafbestaande toestand niet dienend, zodat de aanstelling van een gerechtsdeskundige (met het oog op de vaststelling van de graad van arbeidsongeschiktheid) niet nuttig of nodig is.

5.

Verwijzend naar de voorgaande overwegingen (en op grond van de daarbij vermelde motivering) kan de door … bestreden weigeringsbeslissing van het RIZIV de dato 2 juni 2016, waarbij hij niet arbeidsongeschikt erkend werd op/vanaf 13 juni 2016, enkel maar worden gehandhaafd en bevestigd.

… vervulde/vervult alsdan de voorwaarden niet van artikel 100, § 1, ZIV-wet en is niet gerechtigd op ZIV-uitkeringen.

De vordering van … en het door hem ingestelde hoger beroep is manifest ongegrond.

De andersluidende argumentatie van … is in het licht van het voorgaande niet relevant of dienend; ze is niet van aard om tot een andere beoordeling te kunnen leiden zodat ze geen verdere bespreking behoeft.

BESLISSING

HET ARBEIDSHOF,

Verklaart het hoger beroep ontvankelijk maar ongegrond.

Bevestigt het vonnis van 12 juni 2017 van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Tongeren.

Veroordeelt in toepassing van artikel 1017, lid 2 van het Gerechtelijk Wetboek het RIZIV tot de gerechtskosten.

Laat deze kosten aan de zijde van … en het RIZIV onvereffend wegens de niet indiening van omstandige kostenopgaven.

...

IV. Cour du travail de Mons – Arrêt du 3 janvier 2019

Évaluation de l'incapacité de travail, article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 – Critères à (ne pas) prendre en considération – Expertise – Mission de l'expert

Pour mesurer la réduction de capacité de gain, le médecin évaluateur apprécie si le travailleur, avec son handicap de santé physique et/ou mentale, sa condition sociale et culturelle, sa formation professionnelle et intellectuelle, est encore à même de réellement pouvoir accomplir équitablement un travail convenable eu égard à sa formation professionnelle, sa condition, ses métiers exercés et son groupe de professions, et ce sans être illusoire ou chimérique.

La crise économique n'a pas à être retenue pour apprécier si l'assuré social atteint le degré de réduction de capacité de gain requis par la loi. Le marché du travail et les perspectives réelles d'embauche n'ont pas à être envisagées.

La mission de l'expert consiste à éclairer le juge sur des questions techniques. À partir du moment où l'expert s'est prononcé dans le respect des règles inhérentes à l'expertise judiciaire (notamment par rapport au principe du contradictoire), et a dressé des conclusions précises, concordantes et suffisamment motivées, une simple appréciation divergente du conseil médical de l'une des parties ne peut contraindre le juge à s'écarter des conclusions de l'expert ou à recourir à un complément d'expertise voire à une nouvelle mesure d'expertise.

N° de rôle : 2015/AM/105
T.V. c./INAMI

…

La Cour du travail, après en avoir délibéré, rend ce jour l'arrêt suivant :

...

2. Rappel des faits / Rétroactes

On rappellera ce qui suit :

- l'actuelle partie appelante, née le …, était en incapacité de travail depuis le 3 mai 2010 pour lombalgies et dépression et, *par décision du 25 janvier 2012*, la Commission régionale du Conseil médical de l'invalidité de la province du Hainaut, a décidé de mettre fin à son incapacité de travail au *1er février 2012* en précisant que s'il y avait inaptitude pour les travaux lourds, *il y avait par contre une aptitude au travail léger ou adapté*

- l'actuelle partie appelante a contesté, *en son temps et dans le délai requis à cet effet,* cette décision de fin d'incapacité de sorte que, saisi de cette contestation, le premier juge a, *avant dire droit quant au fond*, désigné en qualité d'expert le Docteur … , psychiatre

- les conclusions de cet expert lui étant défavorables … les a contestées en degré d'appel, et c'est ainsi que, *par arrêt du 18 février 2016*, la Cour du travail de Mons a procédé à la (re)désignation du Docteur … dans le cadre d'une mission complémentaire qui avait pour objet de permettre à l'expert judiciaire initialement désigné de faire valoir ses observations au sujet de la pertinence des critiques émises à l'égard de son rapport par des documents médicaux subséquents dont il n'avait, à l'évidence, pas été mis en possession

- ainsi, l'arrêt rendu le 18 février 2016 par la 5e Chambre de la Cour du travail de Mons en la cause R.G. 2015/AM/105 opposant … à l'INAMI a confié à l'expert … , *non pas une nouvelle expertise*, mais un complément d'expertise en motivant sa décision par le fait que la Cour souhaitait, avant toute autre mesure d'expertise, *que l'expert initialement désigné* puisse faire valoir ses observations quant à la pertinence des critiques émises à l'égard de son rapport d'expertise du 20 septembre 2013

- c'est de la sorte que le médecin psychiatre … a été invité à apprécier la pertinence des observations du rapport du docteur … établi le 14 novembre 2013 ainsi que celles des rapports du Docteur … établis les 3 mars 2015 et 8 octobre 2015 et d'adapter, *le cas échéant*, ses conclusions à la lumière des informations nouvelles qui seraient de nature à modifier les conclusions de son rapport du 20 septembre 2013

- dans ses conclusions définitives datées du 21 novembre 2016, déposées au greffe de cette juridiction le 22 novembre 2016 et telles que reprises au dossier de la procédure d'appel sous la rubrique n° 32, l'expert judiciaire, le Docteur … *a maintenu sa position initiale* et considère, *sinon confirme*, que *les lésions ou troubles fonctionnels que présentait … à partir du 1er février 2012 et ultérieurement n'entraînaient pas une réduction de sa capacité de gain à un taux égal ou inférieure 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 la partie concernée au moment où elle est devenue malade ou dans les diverses professions qu'elle a ou qu'elle aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle et compte tenu de la formation professionnelle qu'elle aurait pu acquérir au cours d'une période de rééducation au sens de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.*

3. Discussion

3-1. On rappellera que la partie appelante, née le …, actuellement âgée de 48 ans, est titulaire d'un diplôme d'aide-soignante et qu'elle a travaillé comme standardiste, puis comme aide-soignante, successivement dans une maison de repos et dans l'enseignement spécial. L'intéressée a également été technicienne de surface a 3/4 temps ainsi qu'auxiliaire professionnelle dans un hall omnisports. Son entrée en incapacité à la date du 3 mai 2010 y était justifiée pour lombalgies ainsi que pour une anxio dépression liée à un contexte de harcèlement au travail.

3-2. Conformément à l'article 100, § 1er, alinéa 1er, 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 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 aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle".* En conséquence de cette disposition, on considère ce qui suit :

- pour mesurer la réduction de capacité de gain, le médecin évaluateur apprécie si le travailleur, *avec son handicap de santé physique et/ou mentale*, sa condition sociale et culturelle, sa formation professionnelle et intellectuelle, est encore à même de réellement pouvoir accomplir équitablement un travail convenable en référence avec sa formation professionnelle, sa condition, ses métiers exercés et son groupe de professions, sans être illusoire ou chimérique (C.T. Mons, 6e Ch., 02.05.1997, R.G. 11.306, inédit, juridat ; voir également Ph. GOSSERIES, L'incapacité de travail des salariés et des indépendants en assurance indemnités obligatoire, JTT, 1997, p. 85, n° 48)
- la réduction de la capacité de gain est ainsi évaluée :
  - d'une part au regard de la personne de même condition et de même formation
  - et d'autre part par rapport au groupe de professions auquel appartient la dernière profession exercée
  - mais encore par rapport aux diverses professions que le travailleur a exercées ou aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.
- … précise à cet égard que le premier critère vise à éviter le déclassement social de la personne. La *"condition"* signifie littéralement *"la situation sociale, le rang dans la société"*. La *"formation"* n'est pas seulement la formation professionnelle, mais il s'agit aussi de la formation scolaire, celle issue de l'éducation, la formation culturelle et intellectuelle (Ph. GOSSERIES, L'incapacité de travail des salariés et des indépendants en assurance indemnités obligatoire, notion, critère, évaluation, JTT, 1997, p. 85, n° 47)
- les deux autres critères visent à éviter le déclassement professionnel, puisque l'évaluation se fait par rapport au groupe de professions auquel appartient la dernière profession exercée lors de la survenance de l'incapacité ou aux diverses professions que le travailleur a ou aurait pu exercer de sa formation professionnelle
- la conjonction *"ou"* signifie que ces deux paramètres d'évaluation sont alternatifs. La Cour de cassation précise que les deux voies de référence doivent être appréciées (Ph. GOSSERIES, L'incapacité de travail des salariés et des indépendants en assurance indemnités obligatoire, op. cit., p. 85, n° 51 et les références citées)
- concernant la formation professionnelle, il s'agit des études et/ou diplômes obtenus mais également de la formation acquise par la pratique. Elle existe même si l'intéressé qui l'a reçue n'a jamais exercé une profession en rapport avec elle (Ph. GOSSERIES, L'incapacité des salariés et des indépendants en assurance indemnités obligatoire, op. cit., p. 87, n° 65)

- la crise économique n'a pas à être retenue pour apprécier si l'assuré social atteint le degré de réduction de capacité de gain requis par la loi. Le marché du travail et les perspectives réelles d'embauche n'ont pas à être envisagées. Ainsi, les considérations ou difficultés notamment économiques *(peu de postes disponibles et/ou rémunérations le cas échéant inférieures)*, mais en tout cas autres que purement physiques ou médicales, faisant obstacle à un reclassement sur le marché général du travail sont étrangères au risque couvert par l'assurance maladie-invalidité, et ne peuvent donc entrer en ligne de compte. (Ph. GOSSERIES, L'incapacité de travail des salariés et des indépendants en assurance indemnité obligatoire, notion, critères, évaluation, JTT, p. 87, n° 68 et les références citées, dont C.T. Bruxelles, 30.06.1983, R.G. 14.292). Tout ce qui compte est que les métiers envisagés ne soient pas devenus purement chimériques

- au sujet des professions, en l'absence de définition légale, le dictionnaire des professions édité par le FOREm., les classifications de l'O.I.T., voire de manière plus pragmatique le Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois, ou ROME en abrégé, édité par l'ANPE en France, peuvent être utilisés (C.T. Mons, 9e Ch., 27.06.2013, R.G. 2007/AM/2084). Dans un arrêt du 26 février 1990 (Bull. INAMI, 1990, p. 225), la Cour de cassation enseigne que n'est pas juridiquement justifiée, la décision judiciaire qui, *sans examiner si le degré légal d'incapacité existe également par rapport aux professions non qualifiées dans lesquelles un travail lourd n'est pas effectué*, considère un ouvrier non qualifié comme incapable de travailler en raison du fait qu'à la suite de lésions constatées, il ne peut plus effectuer un travail lourd dans sa catégorie de professions

- parmi les métiers bien réels, *non lourds et non qualifiés*, la jurisprudence cite généralement ceux de gardiennage, emballeur/emballeuse, vérificateur/vérificatrice de pièces à la chaîne, contrôleur/contrôleuse de qualité, magasinier/magasinière, concierge, veilleur/veilleuse de nuit, manutentionnaire, vendeur/vendeuse, messager/messagère, gardien/gardienne de parking, chauffeur livreur de petit colis ou de courrier express … etc. (Voir notamment en ce sens : C.T. Mons, 18.12.1992, JTT, 1994, p. 64 et C.T. Mons, 02.03.1989, JTT, 1989, p. 192, ainsi que Jean-François FUNCK, Droit de la sécurité sociale, 2e éd., Larcier, n° 286 et références citées sous la note 142).
  Par ailleurs, il est admis qu'une activité en atelier protégé peut être considérée comme professionnelle s'il ne s'agit pas d'une activité strictement réservée aux personnes handicapées (Cass., 20.01.1997, JTT, 1997, p. 89). Dans un arrêt plus ancien du 2 avril 1990, la Cour de cassation avait considéré que l'aptitude au travail doit être appréciée par rapport à toutes les professions en ce compris le travail en atelier protégé (Pas. 1990, I, p. 907). D'aucuns considèrent toutefois que la référence à une aptitude à exercer un travail en atelier protégé, ne se justifie qu'à l'égard d'un travailleur qui, *avant le début de son incapacité*, a déjà exercé une activité dans un tel milieu (Ph. GOSSERIES, L'incapacité des salariés et des indépendants en assurance indemnités obligatoire, op. cit., p. 86, n° 57).

3-3. Concernant l'expertise médicale à proprement parler :

- l'article 962, alinéa 4, du code judiciaire tel que modifié par l'article 4 de la loi du 15 mai 2007, dispose que : *"Le juge n'est point tenu de suivre l'avis des experts, si sa conviction s'y oppose"*

- la mission de l'expert consiste à éclairer le juge sur des questions techniques (Cass., 14.09.1992, Pas. 1992, I, p. 1021) et à partir du moment où l'expert s'est prononcé dans le respect des règles inhérentes à l'expertise judiciaire, *notamment par rapport au principe du contradictoire et a dressé des conclusions précises, concordantes et motivées de manière adéquate*, une simple appréciation divergente du conseil médical de l'une des parties ne peut contraindre le juge à s'écarter des conclusions de l'expert ou à recourir à un complément d'expertise voire à une nouvelle mesure d'expertise (C.T. Mons, 4e Ch., 26.10.2016, R.G. 2015/AM/411 et les références citées)

- au risque de ruiner le principe même de l'expertise judiciaire, l'avis donné par l'expert ne peut être suspecté par le seul fait qu'il ne concorde pas avec celui du ou des médecins de l'une des parties (C.T. Mons, 3e Ch., 12.05.2015, R.G. 2014/AM/201)
- si le juge n'est pas astreint à suivre l'avis de l'expert et s'il doit vérifier la validité interne et externe du rapport d'expertise avant de s'en servir, il faut néanmoins se rendre à la réalité que, si précisément le juge a dû avoir recours aux connaissances techniques de l'expert, l'avis de ce dernier influencera logiquement sa décision et qu'il n'en sera autrement que si le juge a des motifs de croire que l'expert s'est trompé et que l'erreur est démontrée par le rapport lui-même ou par d'autres éléments probants (C.T. Mons, 4e Ch., 26.10.2016, précité et les références citées notamment C.T. Mons, 2e Ch., 06.09.2010, Chr. Dr. Soc. 2011, p. 232).

3-4. En l'espèce, le Docteur … a eu l'occasion d'expliquer et de justifier pour quels motifs il ne retenait pas un taux d'incapacité de 66 % au sens de l'article 100 de la loi relative à la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tant dans son rapport déposé le 20 septembre 2013 au greffe du Tribunal du travail de Tournai, que dans son rapport complémentaire déposé le 22 novembre 2016 au greffe de la Cour du travail de Mons.

Après avoir abordé les volets psychologique et somatique, cet expert précise notamment dans la discussion de son rapport complémentaire ce qui suit : *"… présente des plaintes anxieuses avec des somatisations multiples qui se greffent sur une personnalité fragile, dépendante, dans un contexte de maltraitance ancien. Ces symptômes sont exacerbés périodiquement lorsqu'elle se retrouve en face de difficultés ou de conflits relationnels au travail. On note aussi un problème d'arthrose au niveau cervical et lombaire connu depuis des années. Le Docteur … rappelle dans son rapport du 31 mars 2015 que … peut s'occuper du ménage, des courses, de ses enfants. Elle est autonome pour le ménage, les courses, les déplacements en ville. Les répercussions sur la vie sociale sont réduites. Le médecin-conseil de l'INAMI reconnaît que … est inapte aux travaux lourds…".*

Même en considérant qu'une entreprise de travail adapté ne fait pas partie du marché général du travail de … dans la mesure où celle-ci n'a jusqu'à présent jamais été occupée en atelier protégé, *et que par conséquent la proposition de travail en entreprise de travail adapté formulée par l'expert ne peut être prise en compte*, il n'en reste pas moins que l'expert confirme dans ses rapports l'inaptitude aux seuls travaux lourds, comme cela fut d'ailleurs reconnu par le conseil médical de l'invalidité de l'INAMI, et par conséquent une aptitude aux travaux légers et adaptés. Encore notera-t-on que le travail adapté n'est cité par l'expert qu'à titre d'exemple vu la fragilité de l'intéressée découlant de sa crainte de se retrouver à nouveau confrontée à une personne qui pourrait la harceler au travail.

Comme indiqué ci-dessus, il existe des travaux légers et non qualifiés pouvant encore être exercés par …, *ailleurs que dans des entreprises de travail adapté*, tant dans son groupe de professions que dans les diverses professions qu'elle a ou aurait pu exercer de par sa formation professionnelle, et qui ne la mettront pas nécessairement en contact direct avec des personnes susceptibles de la harceler moralement *(pour rappel : parmi les métiers bien réels, non lourds et non qualifiés, la jurisprudence cite généralement ceux de gardiennage, emballeur/emballeuse, vérificateur/vérificatrice de pièces à la chaîne, contrôleur/contrôleuse de qualité, magasinier/magasinière, concierge, veilleurs/veilleuse de nuit, manutentionnaire, vendeur/vendeuse, messager/messagère, gardien/gardienne de parking, chauffeur livreur de petits colis ou de courrier express… etc.)*. Ainsi que l'a précisé l'expert, cet élément de personnalité existe de longue date et n'a pas empêché … d'être intégrée dans le milieu du travail, depuis des années.

Dans ses répliques à l'avis écrit du ministère public, la partie appelante réitère l'expression d'une position médicale simplement divergente en fonction notamment d'un élément médical présenté comme récent (*pour remonter au mois de janvier 2018*), mais qui n'est pas autrement étayé sur le plan médical et qui ne pourrait, le cas échéant, qu'être avancé dans le cadre d'une nouvelle demande de prise en charge en régime d'assurance maladie-invalidité.

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 de Monsieur le substitut général P. LECUIVRE auquel il a été répliqué,

Déclare la contestation de … non fondée,

Confirme le jugement déféré,

Condamne, *en application de l'article 1017, alinéa deux, du Code judiciaire*, l'INAMI aux dépens de l'instance d'appel liquidés à la somme de 174,94 EUR par la partie appelante dans son écrit de conclusions déposé en réplique à l'avis écrit du ministère public, ainsi qu'à l'état de frais et honoraires complémentaire du Docteur … taxé à concurrence du montant de 193,53 EUR.

…

V. Cour du travail de Mons – Arrêt du 10 janvier 2019

Évaluation de l'incapacité de travail, article 100 – Loi coordonnée le 14 juillet 1994 – Code judiciaire, article 976 – Expertise – Principe du contradictoire – Complément d'expertise – Écartement des observations tardives

L'évaluation de la réduction de capacité de gain au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 doit se faire de façon concrète et individualisée par référence à plusieurs critères : la condition et la formation de l'assuré, le groupe de professions auquel appartient l'activité professionnelle exercée lors de la survenance de l'incapacité de travail, les diverses professions exercées ou susceptibles d'être exercées eu égard à sa formation professionnelle. Par ailleurs, il faut tenir compte des réalités objectives du marché du travail contemporain afin de prendre en considération des professions réellement existantes.

Afin d'assurer un réel débat contradictoire, et à la fin de ses travaux, l'expert envoie pour lecture au juge, aux parties et à leurs conseils, ses constatations, auxquelles il joint déjà un avis provisoire. En outre, dans un souci d'efficacité, les discussions techniques doivent par priorité être vidées devant l'expert et non rejaillir ultérieurement devant le juge qui peut alors être contraint de demander un complément d'expertise ou de procéder à l'audition de l'expert.

L'expert reçoit les observations des parties et de leurs conseillers techniques avant l'expiration du délai imparti pour ce faire. L'expert ne tient aucun compte des observations qu'il reçoit tardivement. Ces observations peuvent en outre être écartées d'office des débats par le juge.

N° de rôle : 2018/AM/63
M.V. c./INAMI

…

Faits et antécédents de la procédure

… a été en incapacité de travail reconnue depuis le 11 avril 2012.

Par décision du 17 avril 2014, la Commission régionale du conseil médical de l'invalidité de la province du Hainaut (Mons) a mis fin à l'incapacité de travail à la date du 24 avril 2014.

Saisi du recours introduit par contre cette décision, le premier juge, par jugement du 19 mai 2015, a désigné en qualité d'expert le Docteur … , chargé de dire si l'intéressée présentait le degré d'incapacité de travail prévu par l'article 100, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, et ce à la date du 24 avril 2014 et postérieurement.

En date du 27 novembre 2015, l'expert a déposé son rapport au terme duquel il conclut que les lésions et troubles fonctionnels présentés par … n'entraînaient plus, à partir du 24 avril 2014 et ultérieurement, une réduction de deux tiers de sa capacité de gain telle que définie par l'article 100 précité.

Par jugement prononcé le 16 janvier 2018, le premier juge a entériné les conclusions du rapport d'expertise et a déclaré le recours originaire non fondé.

Objet de l'appel

… a relevé appel de ce jugement.

Elle demande à la Cour de réformer le jugement entrepris et de faire droit à sa demande originaire et, en ordre subsidiaire, d'ordonner une nouvelle mesure d'expertise médicale.

En termes de requête d'appel, … fait grief à l'expert de ne pas avoir correctement évalué les conséquences sur sa réduction de capacité de gain des diverses affections dont elle souffre, en particulier la fibromyalgie.

Décision

Recevabilité

L'appel, régulier en la forme et introduit dans le délai légal, est recevable.

Fondement

1. En vertu de la l'article 100, § 1er, alinéa 1er 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 ladite loi, 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.

L'évaluation de la réduction de capacité de gain au sens de cette disposition doit se faire de façon concrète et individualisée par référence à plusieurs critères : la condition (profils intellectuel, scolaire, professionnel, social, culturel) et la formation (l'ensemble des connaissances théoriques et pratiques dans un métier) de l'assuré – le groupe de professions auquel appartient l'activité professionnelle exercée lors de la survenance de l'incapacité de travail – les diverses professions exercées ou susceptibles d'être exercées eu égard à la formation professionnelle. Il faut tenir compte des réalités objectives du marché du travail contemporain afin de prendre en considération des professions réellement existantes.

2. … a effectué sa scolarité primaire et ensuite des études techniques (option couture). Elle a travaillé en qualité d'ouvrière en bonneterie durant approximativement un an et ensuite comme technicienne de surface jusqu'en 2012.

Elle a été reconnue en incapacité de travail depuis le 11 avril 2012. Le 17 avril 2014 le Conseil médical de l'invalidité l'a reconnue apte au travail.

3. Le Docteur … a relevé les antécédents familiaux, personnels et socio-professionnels de … et a pris connaissance des nombreux documents médicaux qui lui ont été communiqués. Il a acté les plaintes de l'intéressée et a procédé à son examen clinique. L'expert a adressé son avis provisoire aux parties et à leurs conseils le 5 octobre 2015 en les invitant à lui communiquer leurs observations dans un délai de trente jours. Dans le délai imparti par l'expert, le médecin-inspecteur de l'INAMI a signalé n'avoir aucun fait directoire à formuler … ne s'est pour sa part pas manifestée.

4. L'article 976 nouveau du Code judiciaire dispose en son alinéa 1er que, à la fin de ses travaux, l'expert envoie pour lecture au juge, aux parties et à leurs conseils, ses constatations, auxquelles il joint déjà un avis provisoire.

Il est en effet primordial qu'un réel débat contradictoire s'instaure devant l'expert dans un objectif d'efficacité. Les discussions techniques doivent par priorité être vidées devant l'expert et non rejaillir ultérieurement devant le juge qui peut alors être contraint de demander un complément d'expertise ou de procéder à l'audition de l'expert, ce qui ralentit inutilement le jugement de la cause.

L'article 976, alinéa 2, du Code judiciaire précise que l'expert reçoit les observations des parties et de leurs conseillers techniques avant l'expiration du délai imparti pour ce faire et que l'expert ne tient aucun compte des observations qu'il reçoit tardivement. Ces observations peuvent en outre être écartées d'office des débats par le juge. Il s'ensuit qu'en règle les parties ne disposent plus d'un droit à faire valoir leurs critiques après le dépôt du rapport.

Au surplus la Cour constate que lorsque l'affaire a été plaidée devant le premier juge suite au dépôt du rapport d'expertise, le conseil de … n'a émis aucune critique précise à l'encontre des constatations et conclusions de l'expert, se limitant à "se référer à justice" quant au bien-fondé de la demande.

5. Le Docteur … a rempli sa mission dans le respect du Code judiciaire et des critères légaux de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994. Son rapport présente toutes les garanties de sérieux et d'objectivité.

Contrairement à ce que soutient … l'expert a bien tenu compte de la fibromyalgie dont il était dûment informé et en a évalué les répercussions sur sa capacité de gain (p. 7 du rapport : *plaintes de douleurs multiples et à caractère diffus pouvant faire évoquer un diagnostic de fibromyalgie que l'expert ne peut cependant pas formaliser lors de son examen clinique*). Il n'existe aucune contradiction avec les constatations effectuées lors de l'examen clinique (p. 6 : *Les pressions aux zones classiques de fibromyalgie montrent une sensibilité en régions thoraciques et aussi au niveau des coudes où elle a présenté de l'épicondylite*). L'expert a par ailleurs évoqué toutes les pathologies décrites par … ou mentionnées dans les rapports médicaux qui lui ont été transmis.

Aucun élément ne permet d'écarter le rapport de l'expert, lequel est clair, précis, circonstancié et motivé par rapport aux documents reçus au cours de l'expertise. Il ne peut être tenu compte des documents médicaux datés des 26 avril 2017 et 8 mai 2017, lesquels évoquent des pathologies déjà examinées par l'expert et dans lesquels les médecins ne se prononcent pas sur l'état d'incapacité de travail à la date litigieuse.

L'appel n'est pas fondé.

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 de Monsieur le substitut général Patrick Lecuivre ;

Reçoit l'appel ;

Le dit non fondé ;

Confirme le jugement entrepris ;

…

VI. Tribunal du travail francophone de Bruxelles, 6 février 2019

La loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 23, § 3 – Non conclusion d'une convention

Le Tribunal soulève d'abord une irrecevabilité, car il ne peut décider en cas de pouvoir discrétionnaire de l'INAMI et donc la partie adverse n'a pas de droit subjectif à la conclusion d'une telle convention. Et sur le fond, il réfute les arguments de la partie adverse et constate qu'il n'y a pas eu de manque de transparence sur la cotation et qu'il n'y a pas eu de problème de motivation formelle de la notification de la décision.

A.R. 17/7524/A
C.H.U.J.B. c./INAMI

…

II. L'objet de la demande de …

3.

Par son recours, … demande au Tribunal de déclarer irrégulière la décision du 23 octobre 2017 du Comité de l'assurance de l'INAMI dont l'existence et le contenu lui ont été notifiés par un courrier du 13 novembre 2017 (reçu le 14.11.2017).

En conséquence, … demande :

- à titre principal

  de l'annuler et condamner l'INAMI à conclure une convention de prise en charge conservatrice du lymphoedème avec … dans le mois de la signification du jugement à intervenir, après avoir constaté qu'il aurait dû se voir attribuer au moins 62 sur 100 au terme de l'examen de sa demande,

  d'assortir cette condamnation d'une astreinte de 500 EUR par jour de retard prenant cours un mois après la signification du jugement à intervenir,

- à titre subsidiaire

  de l'annuler et condamner l'INAMI à réexaminer le dossier de demande de … après avoir autorisé celui-ci à le compléter, en ne produisant pas les erreurs commises lors du premier examen et à adopter une nouvelle décision relative à la conclusion d'une convention de prise en charge conservatrice du lymphoedème avec lui dans les deux mois de la signification du jugement à intervenir,

  d'assortir cette condamnation d'une astreinte de 500 EUR par jour de retard prenant cours deux mois après la signification du jugement à intervenir,

- en tout état de cause, de condamner l'INAMI aux entiers dépens de la procédure, en ce compris l'indemnité de procédure. … ne liquide toutefois pas ses dépens.

4.

Pour sa part, l'INAMI demande de déclarer la demande de … recevable, mais non fondée et, en conséquence, confirmer la décision litigieuse.

L'INAMI demande également de condamner … aux entiers frais et dépens de l'instance, en ce compris l'indemnité de procédure qu'il liquide à 1.440,00 EUR.

III. Les faits

5.

Le 3 juillet 2017, l'INAMI a publié l'information suivante sur son site internet :

"Le Comité de l'assurance a approuvé une convention avec les centres multidisciplinaires pour une prise en charge conservatrice du lymphoedème. Les hôpitaux qui souhaitent offrir une telle prise en charge à leurs patients en signant cette convention, peuvent poser leur candidature jusqu'au 31 juillet 2017. Ils s'engagent alors dans un projet-pilote".

L'ensemble des instructions détaillées pour poser sa candidature étaient précisées sur le même site internet.

6.

… a posé sa candidature pour conclure une telle convention.

Ne respectant toutefois pas la consigne de l'envoi par courrier recommandé, … a déposé son dossier de candidature d'une part par l'envoi le 31 juillet 2017 d'un e-mail avec certaines pièces justificatives et d'autre part par le dépôt en personne auprès de l'INAMI d'un dossier papier, moyennant la remise d'un accusé de réception.

Le 14 novembre 2017, … a accusé réception d'un courrier daté de la veille de l'INAMI l'informant qu'il n'avait pas été retenu pour la conclusion d'une convention dans le cadre du projet-pilote envisagé.

7.

Contestant cette décision, … a introduit un recours par requête du 14 décembre 2017.

IV. Examen de la demande et décision du tribunal

EN CE QUI CONCERNE LA RECEVABILITÉ *RATIONE TEMPORIS* DU RECOURS

8.

Le recours est recevable *ratione temporis*, la décision litigieuse ayant été reçue le 14 novembre 2017 par … et le recours étant introduit le 14 décembre 2017. Il relève par ailleurs de la compétence du Tribunal du travail.

Ceci est conforme à l'article 167, alinéa 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités qui énonce que *"(l)es actes juridiques administratifs contestés doivent, à peine de déchéance, être soumis au Tribunal du travail compétent dans le mois de leur notification"*.

EN CE QUI CONCERNE LA RECEVABILITÉ DE LA DEMANDE FORMULÉE À TITRE PRINCIPAL

9.

Par sa demande principale, … vise à faire constater l'illégalité de la décision litigieuse prise par le Comité de l'assurance pour ensuite ordonner à celui-ci de conclure une convention (type) de prise en charge conservatrice du lymphoedème avec … .

Une telle demande repose sur le postulat fondamental selon lequel … disposerait d'un droit subjectif à la conclusion d'une telle convention.

Pourtant, selon la définition retenue par la Cour de cassation, un droit subjectif existe lorsqu'il existe *"une obligation juridique précise qu'une règle de droit objectif met directement à charge d'un tiers et à l'exécution de laquelle le demandeur a un intérêt propre"*[1].

Or, force est de constater qu'en l'espèce, aucune règle de droit objectif ne consacre un tel droit à … . En effet, la loi coordonnée du 14 juillet 1994 octroie un pouvoir d'appréciation particulièrement large aux organes de gestion de l'INAMI. Ainsi le Collège des médecins-directeurs est compétent pour apprécier, en opportunité et en fonction du budget disponible et dans le cadre des critères d'évaluation préétablis, la possibilité de proposer au Comité de l'assurance de conclure une convention (art. 23, § 3, de la loi coordonnée du 14.07.1994[2]). Par la suite, même si une telle proposition lui a été soumise, le Comité de l'assurance peut encore décider de ne pas conclure une telle convention (art. 22, 6°, de la loi coordonnée du 14.07.1994[3]). En dehors de l'éventuel cadre établi par l'INAMI même pour le choix des candidats (procédure, délai, critères d'évaluation, etc.), la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ne limite pas ce pouvoir d'appréciation.

Il ne revient dès lors pas au tribunal d'apprécier dans le cadre du présent contentieux l'opportunité ou la légalité des dispositions légales qui confèrent à l'INAMI un tel pouvoir d'appréciation discrétionnaire. C'est ce qu'a rappelé la Cour de cassation dans son arrêt du 13 septembre 2004 : *"ce n'est que lorsqu'une disposition légale confère au Collège des médecins-directeurs un pouvoir d'appréciation discrétionnaire que le juge ne peut, afin de ne pas priver le collège de sa liberté d'appréciation, se substituer à lui"*[4] au risque de violer le principe de séparation des pouvoirs.

Il apparaît dès lors pour le tribunal que la demande principale de … doit être considérée comme manifestement irrecevable, ou à tout le moins non fondée, en ce qu'elle vise à ordonner au Comité de l'assurance la conclusion d'une convention avec l'INAMI auquel le tribunal se substituerait en l'espèce en violation du principe de séparation des pouvoirs.

1. Cass., 10.04.1987, A.P.T.,1987, p. 288 ; Cass.,10.03.1994, Pas., 1994, I, p. 237.
2. Cet article dispose *"Le Collège des médecins-directeurs ou les commissions de conventions ou d'accord concernées, établissent avec les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle de même qu'avec les centres de soins multidisciplinaires coordonnés, (…) des projets de conventions à conclure avec eux et, à cet effet, les soumet au Comité de l'assurance. Les projets de conventions de rééducation fonctionnelle, les projets de conventions avec les centres de soins multidisciplinaires coordonnés, (…) sont également communiqués à la Commission de contrôle budgétaire. La Commission communique son avis au Comité de l'assurance".*
3. Cet article dispose *"Le Comité de l'assurance :*
   (…)
   6° conclut, sur proposition du Collège des médecins-directeurs ou des commissions de conventions ou d'accords concernées, les conventions visées à l'article 23, § 3. (…)"

10.

Les parties n'ont toutefois pas invoqué cette exception d'irrecevabilité et n'en ont dès lors pas débattu.

Conformément à l'article 774 du Code judiciaire, le tribunal est en principe tenu d'ordonner d'office la réouverture des débats sur cette question afin de permettre aux parties de s'en expliquer.

Toutefois, dans une visée d'efficacité de règlement de la présente procédure, le tribunal estime qu'il n'y a pas lieu d'ordonner une telle réouverture des débats, dès lors que, même à considérer la recevabilité de la demande, *quod non*, l'examen au fond de la demande tant principale que subsidiaire conduirait à la déclarer non fondée.

EN CE QUI CONCERNE LE FOND DES DEMANDES PRINCIPALE ET SUBSIDIAIRE

11.

Surabondamment, à considérer la demande principale recevable, *quod non*, le tribunal considère que celle-ci, de même que la demande formulée à titre subsidiaire, seraient à déclarer non fondées en l'absence de démonstration convaincante de ce que la décision litigieuse serait entachée d'illégalité.

12.

La charge de la preuve est réglée par l'article 870 du Code judiciaire selon les termes duquel *"chacune des parties a la charge de prouver les faits qu'elle allègue".*

À cet égard, il doit être précisé que l'incertitude ou le doute subsistant à la suite de la production d'une preuve devront être retenus au détriment de celui qui a la charge de cette preuve[5] faisant peser sur ce dernier le risque du défaut probatoire.

Il appartient à une partie qui revendique, par exemple, le droit de voir examiner son dossier de prouver entre autres qu'elle a effectivement communiqué le dossier soumis audit examen.

À moins que la procédure d'examen *sui generis* ne l'exige à peine d'irrecevabilité ou si la partie examinante a renoncé à se prévaloir d'une telle irrecevabilité non imposée légalement, aucune disposition n'impose à cette partie candidate de rapporter la preuve de la communication par la production d'un envoi recommandé ; elle peut au contraire l'être par toutes voies de droit. En effet, comme tout fait, elle est susceptible d'être prouvée par toutes voies de droit, en ce compris les présomptions et les témoignages.

À cet égard, les présomptions de l'homme dont la notion est évoquée aux articles 1349 à 1353 du Code civil procèdent d'un raisonnement par induction du juge et comprennent tous les éléments de fait connus auxquels le juge peut avoir égard pour en déduire des conséquences portant sur la réalité d'un autre fait inconnu dont la preuve directe n'est pas établie et qui sert de base à une demande ou à une défense. Comme le précise H. DE PAGE, les présomptions de l'homme englobent donc *"tous les indices extérieurs, les signes, les gestes, les attitudes, les actions qui peuvent être révélateurs de l'état de chose inconnu ou qui permettent de le conjecturer"*[6].

Dans la mesure ou les attestations écrites conformes aux exigences des articles 961/1 et 961/2 du Code judiciaire constituent des formes écrites de témoignages, les règles relatives à la preuve testimoniale leur sont applicables.

4. Cass., 13.09.2004, R.G. S030129F, www.juridat.be
5. Cass., 17.09.1999, R.G. C980144F, www.juridat.be.

Or, la preuve testimoniale n'a aucune force probante légale[7]. Cela signifie que le juge qui en apprécie souverainement la valeur probante n'est pas tenu de considérer un fait comme établi, même en présence d'une déclaration d'un témoin en ce sens. Il doit tout au plus respecter la foi due aux actes, c'est-à-dire qu'il ne peut faire dire au témoin ce qu'il n'a pas dit[8].

Enfin, à défaut d'éléments de preuve suffisants, le tribunal ne peut évidemment fonder sa décision sur des affirmations unilatérales de celui qui a la charge de la preuve.

13.

En l'espèce, … fait grief que l'INAMI n'aurait pas pris en compte le dossier papier complet de sa candidature dans l'examen des conditions, faisant en conséquence l'impasse sur de nombreuses pièces justificatives figurant dans le dossier complet ressortant clairement de certaines cotations et motivations des cotations attribuées à … . Il en résulterait selon ce dernier que la décision litigieuse serait entachée d'illégalité par la violation par l'INAMI du principe de bonne administration et d'équitable procédure ainsi qu'une erreur manifeste d'appréciation.

La question préalable à l'examen de ce grief, autour de laquelle s'articule ce 1er grief ainsi qu'en réalité les griefs 2 et 4 est de savoir si l'INAMI aurait effectivement eu à connaître d'un dossier complet de candidature, comprenant également un classeur, ou si, au contraire, il n'est nullement établi que le dossier de candidature comportait également un classeur comprenant les documents repris en pièce 4 de … .

À cet égard, pour le tribunal, il n'est pas établi que … aurait également déposé un tel classeur lors du dépôt, en personne, le 31 juillet 2017 du dossier de candidature. La charge de la preuve du dépôt de ce classeur repose effectivement sur … qui supporte le risque du défaut de preuve. Or, en l'absence de preuve formelle de la présence de ce classeur lors du dépôt, le tribunal n'a aucun moyen de déterminer de manière certaine le contenu complet du dossier de candidature déposé le 31 juillet 2017.

Le tribunal ne peut pas davantage s'appuyer sur des témoignages produits ou sur des présomptions sérieuses, précises et concordantes qui auraient permis d'établir le dépot dudit classeur, si ces présomptions avaient existé. En effet, l'ensemble des éléments soumis à l'appréciation du tribunal ne constituent pas un faisceau de preuve suffisant :

- … produit les attestations écrites de deux médecins qui ont procédé en personne au dépôt du dossier de candidature.

  Le tribunal constate à cet égard que les auteurs de ces attestations ne présentent pas les garanties objectives d'indépendance nécessaires : … sont en effet respectivement Chef de clinique et Assistant de recherche clinique au sein de la … .

  La situation de ces personnes qui témoignent par écrit n'est pas de nature à conférer à leurs déclarations une force probante suffisante, ce indépendamment du fait que ces attestations soient établies conformément aux dispositions de l'article 961/1 et suivants du Code judiciaire

- les photos produites par l'une et l'autre partie d'une enveloppe différente censée, pour l'INAMI, ne pas pouvoir contenir un classeur (pièce B14) et, pour …, pouvoir contenir un classeur (pièce 8) ne permettent aucunement de conclure à la présence du classeur. Il doit même au contraire être retenu que l'enveloppe montrée par l'INAMI comporte l'en-tête de … . Ceci ne suffit toutefois pas pour démontrer que l'une ou l'autre enveloppe fut utilisée

6. H. DE PAGE, Traité élémentaire de droit civil, Tome III, 3e éd., n° 718*quater.*
7. Voir e. a. N. Verheyden-Jeanmart, Droit de la preuve, Bruxelles, Larcier, 1991, nos 946 et 947 ; P. Van Ommeslaghe, Droit des obligations, t. III, Bruxelles, Bruylant, 2010, n° 1791, p. 2416.
8. D. Mougenot, "La loi du 16.07.2012 modifiant le Code civil et le Code judiciaire en vue de simplifier les règles qui gouvernent le procès-civil", J.T., 2012, p. 636, n° 13 citant Cass., 08.12.1967, Pas., 1968, I, p. 473 ; Cass., 11.03.1968, Pas., 1968, I, p. 866 et Cass., 11.12.1984, Pas., 1985, I, p. 452.

- l'accusé de réception produit par … (pièce 5) ne permet pas de constater la présence du classeur. Cet accusé mentionne uniquement de manière pré-imprimée qu'un *"pli (fermé) contenant des documents"* a été reçu le 31 juillet 2017 et de manière manuscrite *"1 pli collège"*. Il ne peut ni en être déduit ni exclu qu'un classeur ferait partie du dépôt

- pour … , la présence de pages signées dans le dossier de candidature reçu par l'INAMI (donc sans le classeur selon celui-ci) attesterait du fait que l'INAMI aurait bien reçu le classeur.

  Force est pourtant de constater qu'une telle conséquence ne peut aucunement être tirée de la présence de deux pages signées (et même avec apparition de perforations dans la copie). En effet, les instructions pour l'introduction du dossier (pièce B4 de l'INAMI) précisaient que dans le document Excel comportant plusieurs onglets, l'onglet 1. et l'onglet 8. devaient être imprimés et dûment signés aux endroits prévus à cet effet. Il est dès lors fort vraisemblable que le document Excel à onglets effectivement communiqué à l'INAMI comportait les pages 1 et 8 signées conformément aux instructions plutôt que des pages vierges, pages qui se trouvent apparemment également dans les pièces censées composer le classeur en question.

En conclusion, il n'est nullement établi que l'INAMI aurait commis une erreur manifeste d'appréciation en n'examinant pas des informations dont la preuve de la communication par … n'est pas rapportée.

14.

Dans ce même contexte, le tribunal ne voit pas la démonstration convaincante par … de la violation par l'INAMI des principes de bonne administration et d'équitable procédure.

Au niveau d'un problème de procédure équitable, … ne rapporte ainsi aucune preuve de ce qu'il aurait eu à subir un traitement différencié par rapport aux autres centres qui se sont également portés candidats, étant entendu que la non prise en compte du classeur d'informations, dont la preuve du dépôt n'est pas rapportée, ne peut être constitutive dudit traitement différencié.

15.

Concernant l'absence de communication préalable de cotations reprochée par … , le tribunal constate que les critères d'évaluation des candidatures étaient clairement communiqués à l'avance, même si sans la pondération de chacun de ces critères.

Pour le tribunal, dès lors que les critères d'évaluation étaient connus au préalable, il n'est pas déraisonnable de la part de l'INAMI de ne pas avoir communiqué les cotations de ces critères, ce d'autant plus que, comme le souligne l'INAMI, … avait ou devait avoir conscience que chaque critère d'évaluation se verrait attribuer un score. Ceci ne s'apparente pas pour le tribunal à un manque de transparence.

16.

… argumente également que la décision litigieuse serait entachée d'illégalité du fait de la violation de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs.

À cet égard, les actes émanant d'une autorité administrative doivent être motivés conformément à l'article 2 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs qui dispose que :
"Les actes administratifs des autorités administratives visées à l'article premier doivent faire l'objet d'une motivation formelle".

La même loi définit l'acte administratif comme étant *"l'acte juridique unilatéral de portée individuelle émanant d'une autorité administrative et qui a pour but de produire des effets juridiques à l'égard d'un ou de plusieurs administrés ou d'une autorité administrative".*

En d'autres termes, un acte devra donc faire l'objet d'une motivation formelle lorsqu'il répond aux quatre conditions suivantes :

- il doit s'agir d'un acte administratif de portée individuelle et unilatéral
- cet acte doit émaner d'une autorité administrative
- il doit avoir pour but de produire des effets juridiques
- ces effets doivent se manifester à l'égard d'un ou plusieurs administrés ou d'une autre autorité administrative.

Conformément à l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991, la motivation exigée consiste en "l'indication, dans l'acte, des considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision". Cette motivation doit être adéquate.

Il résulte de cette disposition que :

- *" la motivation doit résulter de l'acte écrit qui formalise la décision*
- *la motivation peut se faire par référence à d'autres documents pour autant notamment que le destinataire ait, au moment de la décision, connaissance des documents auxquels il est référé*
- *la motivation doit laisser apparaître les circonstances concrètes (les éléments de fait) qui ont amené l'institution à prendre la décision ; elle doit être claire ; elle doit permettre de comprendre l'articulation du droit et du fait et, ainsi, de savoir pourquoi en fonction des circonstances, la décision a été prise*
- *l'acte doit mentionner les dispositions légales dont il a été fait application. La mention du contenu des textes légaux suffit sans qu'il faille les reproduire in extenso (…)[9]"*.

En l'espèce, le tribunal est d'avis que le courrier du 13 novembre 2017, qui formalise la décision prise le 23 octobre 2017 sur la base de la proposition du 10 octobre 2017 du Collège, répond à ces conditions.

Contrairement à ce qu'en précise … , ce document fait en effet à suffisance apparaître les circonstances concrètes – sous la forme d'une explication circonstanciée et personnalisée et d'un descriptif succinct mais parfaitement compréhensible de l'appréciation retenue pour chaque critère d'évaluation – qui ont conduit l'INAMI (le Comité de l'assurance) à prendre sa décision contestée. Le tribunal considère en effet que la motivation formelle effective de la décision de l'INAMI dépasse amplement les quelques rares points critiqués (p. 8 de ses conclusions) (d'ailleurs au contraire adéquatement justifiés par l'INAMI dans la décision communiquée).

Le tribunal ne partage pas davantage l'analyse faite par … quant à la distinction qu'il opère entre la notification du 13 décembre 2017 (reçue le 14.11.2017) et la décision du Comité de l'assurance en soulevant l'absence de communication de la décision du Comité de l'assurance du 23 octobre 2017 et en soulevant le fait que la motivation aurait été rédigée postérieurement à la décision, de plus par quelqu'un qui ne serait pas l'auteur de ladite décision.

À cet égard, il y a au contraire lieu de relever que :

- l'INAMI a bien communiqué le procès-verbal de la réunion du Comité de l'assurance du 23 octobre 2017 (pièce B11). Il en ressort que le contenu de la note CSS 2017/325 du 10 octobre 2017 qui contient entre autres les propositions du Collège des médecins-directeurs et l'évaluation des dossiers de demande a été approuvé tel quel le 23 octobre 2018

9. J.-F. NEVEN et S. GILSON, "La motivation des décisions des institutions de sécurité sociale à l'égard des employeurs et des assurés sociaux", Ors., 2009, n° 9, p. 5.

- la notification de la décision le 13 novembre 2017 contient exactement le même tableau de cotation des critères d'évaluation et ses explications relativement à … que celui figurant dans la note précitée CSS 2017/325 soumise au Comité de l'assurance et approuvée par celui-ci le 23 octobre 2017
- ce tableau de cotation constitue à lui seul la motivation formelle adéquate de la décision. Il ne peut en conséquence être reproché à l'auteur de la notification du 13 novembre 2017 d'avoir complété celle-ci de quelques explications éclairantes, et conformes au contenu du tableau ou des explications figurant dans la note CSS 2017/325
- tel qu'il ressort de la liste des personnes présentes dans le procès-verbal de la réunion du 23 octobre 2017, l'auteur de la notification de la décision le 13 novembre 2017, … est également un des auteurs de la décision du 23 octobre 2017 du Comité de l'assurance.

Il en résulte que la notification du 13 novembre 2017 n'est que la communication par écrit de la décision prise le 23 octobre 2017 par le Comité de l'assurance sur la base des informations reprises dans la note précitée CSS 2017/325 du 10 octobre 2017.

Dans ce contexte, la pertinence de l'argument de … relatif à une impossibilité de vérifier si les motifs de ladite notification correspondent bien à la décision prise pendant la réunion du 13 novembre 2017 du Comité de l'assurance échappe au tribunal. Il n'est en effet nullement question d'une réunion du Comité de l'assurance le 13 novembre 2017. La seule réunion dont émane une décision est bien celle du 23 octobre 2017.

En conclusion, le tribunal ne relève pas de problème de motivation formelle de la notification de la décision litigieuse qui entacherait sa légalité.

17.

En conclusion, le tribunal considère que … manque à établir le moindre élément qui entacherait d'illégalité la décision litigieuse de l'INAMI.

Ses demandes tant à titre principal, si recevable, qu'à titre subsidiaire sont à déclarer non fondées.

LES DÉPENS

18.

En vertu de l'article 1017, alinéa 1er, du Code judiciaire, tout jugement définitif prononce, même d'office, la condamnation aux dépens contre la partie qui a succombé, soit en l'espèce … .

L'INAMI liquide adéquatement ses dépens à 1.440,00 EUR étant l'indemnité de procédure applicable aux litiges non évaluables en argent.

Conformément à la loi du 19 mars 2017 instituant un fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne, il y a lieu de prendre en compte comme dépens la somme de 20,00 EUR à titre de contribution au fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL,

Statuant contradictoirement,

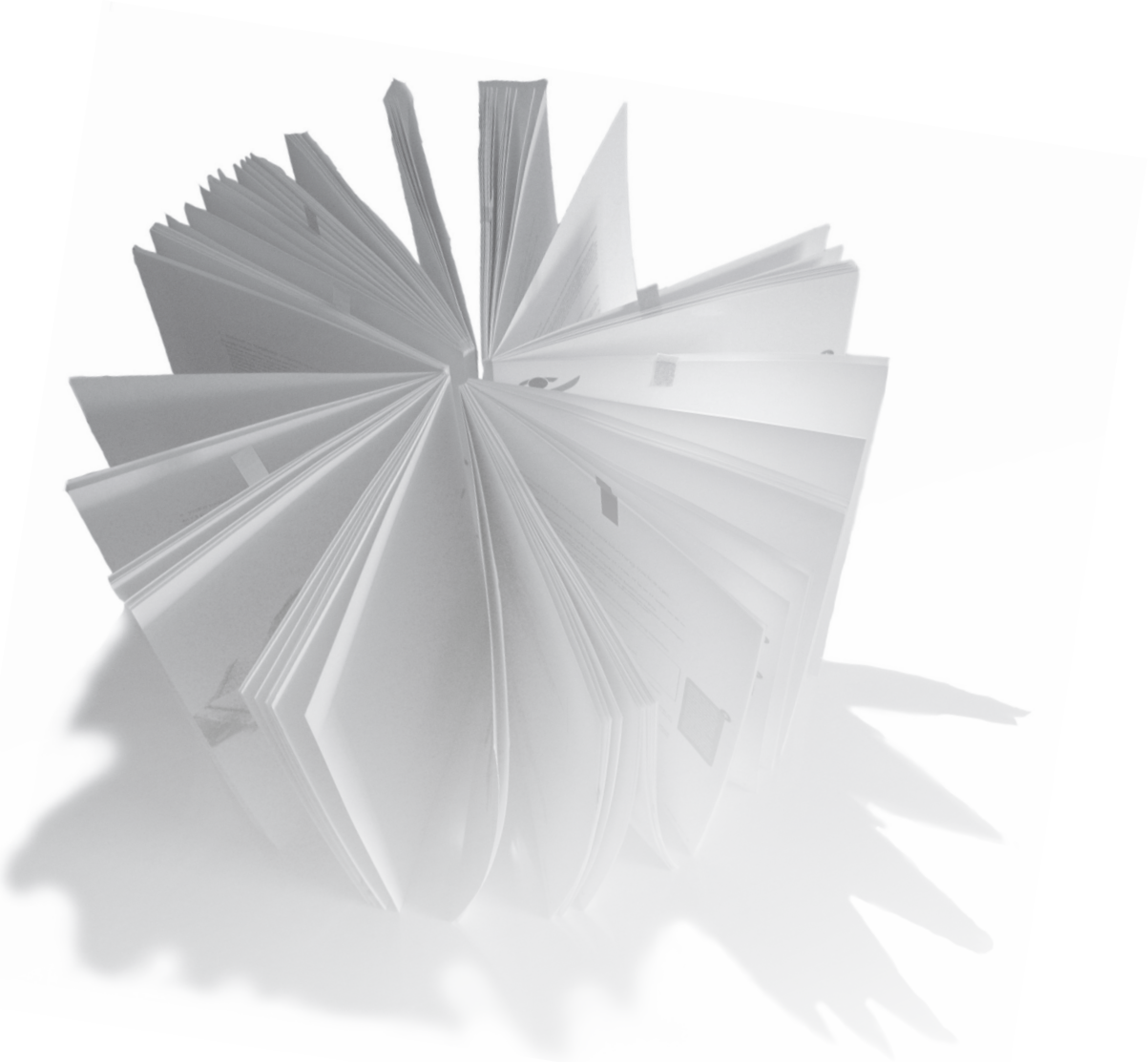
Déclare la demande tant principale que subsidiaire de … à tout le moins non fondée,

En déboute en conséquence … ,

Condamne celui-ci aux dépens fixés par le tribunal à 1.460,00 EUR étant, d'une part, l'indemnité de procédure de 1.440,00 EUR telle que liquidée par l'INAMI et lui revenant et, d'autre par, la contribution de 20,00 EUR au fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne.

…

3e Partie
Questions et réponses parlementaires



Loi relative au financement groupé des soins hospitaliers [à basse variabilité]

Groupes de patients visés – Arrêtés royaux pour la mise en œuvre – Avis du Comité de l'assurance

Question n° 3209 posée le 11 février 2019 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et de l'Asile et la Migration, par Madame la Représentante FONCK[1]

Le projet de loi relatif au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité a été adopté en séance plénière le 12 juillet 2018. Mais de nombreux arrêtés royaux sont nécessaires pour mettre en oeuvre cette loi.

Lors des débats, vous aviez répondu au sujet des groupes de patients visés par le projet de loi que vous attendiez "l'avis du Comité de l'assurance" et estimiez "qu'il n'est dès lors par opportun de publier les listes. Des listes non définitives des groupes visés ont cependant déjà été mises à la disposition des hôpitaux afin que ces derniers puissent se préparer. Il s'agit de 57 groupes qui ont été définis sur la base de leur degré de sévérité APR-DRG ainsi qu'en fonction de la présence ou de l'absence de certains codes de nomenclature ou codes ICD".

1. Où en êtes-vous dans la rédaction des arrêtés royaux nécessaires à la mise en oeuvre de cette loi ?

2. a) Pourriez-vous notamment nous éclairer sur le contenu de l'arrêté royal déterminant les groupes de patients visés par cette loi ?

   b) Le Comité de l'assurance a-t-il rendu son avis à ce sujet ?

   c) Pourriez-vous nous informer de la liste des groupes de patients visés ? Cette liste a-t-elle changé par rapport à celle déjà transmise aux hôpitaux ?

Réponse

Au mois de juillet, le Parlement a en effet adopté la loi relative au financement groupé des soins hospitaliers [à basse variabilité], et un grand nombre de principes sont déjà expliqués dans cette loi du 19 juillet 2018. Un arrêté d'exécution est pris en vue de la mettre en oeuvre. Dans celui-ci sont notamment repris :

- l'indication et la définition des groupes de patients à basse variabilité au 1er janvier 2019 qui seront associés à des critères d'inclusion et d'exclusion. Cela signifie concrètement : le code et le degré de sévérité de l'enregistrement des pathologies, généralement associés à la présence ou l'absence de certains codes spécifique de la nomenclature

1. Bulletin n° 180, Chambre, session ordinaire 2018-2019, p. 153.

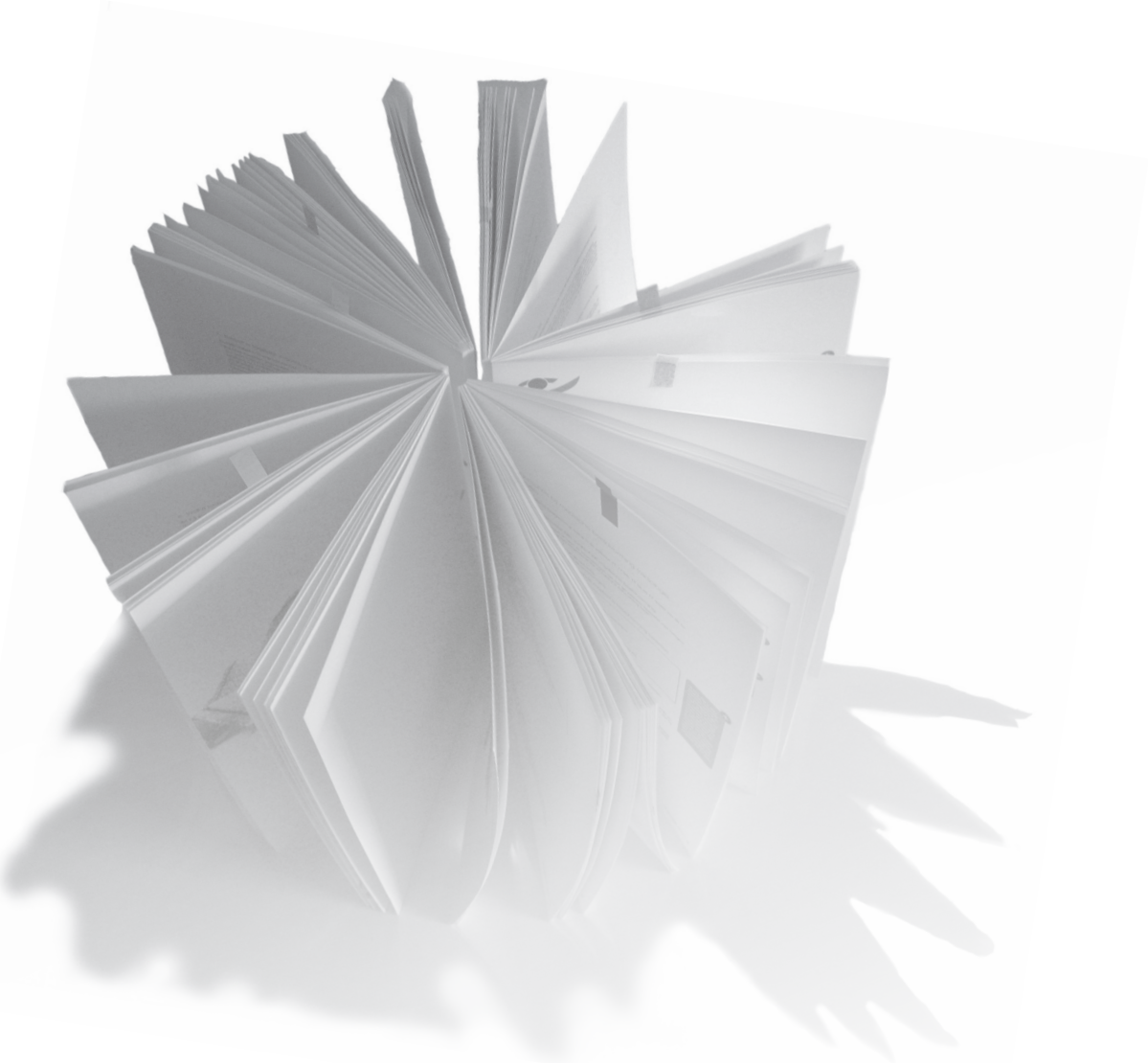
- les prestations et séjours pour les patients dits à basse variabilité qui ne sont pas couverts par le montant global prospectif
- la méthode de calcul du montant
- la part personnel des bénéficiaires
- la date d'entrée en vigueur au 1er janvier 2019.

Le Comité de l'assurance a reçu des explications sur l'arrêté royal lui-même ainsi que sur les annexes reprenant l'énumération de ces groupes de patients Ce Comité a également eu l'opportunité de formuler des remarques. À la suite de ces remarques, des adaptations mineures ont d'ailleurs encore été apportées. Ces réunions ont eu lieu le 16 avril et le 10 septembre 2018.

L'arrêté royal comprend effectivement encore toujours 57 groupes de patients sur lesquels le secteur a déjà reçu des informations.

L'arrêté royal a été approuvé par le Conseil des ministres le 9 novembre et a été publié dans le Moniteur belge du 18 décembre 2018. Les montants définitifs par groupe patient ont également été publié dans le Moniteur belge (31.12.2018).

4e Partie
Directives de l'INAMI



I. Application de la Convention générale sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et le Royaume du Maroc, signée à Rabat le 24 juin 1968

En vigueur à partir du 4 juillet 2018.
Abroge la circulaire n° 2016/331 du 5 décembre 2016.

Introduction

Signée à Rabat le 24 juin 1968, la *Convention générale sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et le Royaume du Maroc* (ci-dessous, la Convention) a été complétée en ce qui concerne les modalités d'application, par l'*Arrangement administratif relatif aux modalités d'application des articles 9, 10, 11 et 12 de la Convention générale sur la Sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et le Royaume du Maroc* (ci-dessous : l'Arrangement administratif). L'Arrangement administratif est entrée en vigueur le 1er mai 2014 (M.B. 04.04.2014).

Tout en exécutant et en permettant l'application de nouveaux droits, le nouvel Arrangement administratif modifie substantiellement l'Arrangement administratif du 14 septembre 1972 et abroge l'Arrangement administratif du 7 octobre 2004.

La présente circulaire a pour but d'expliquer la Convention en matière d'assurance prestations de santé.

Chapitre I. Champ d'application et principes de base

Section I. Champ d'application

1. CHAMP D'APPLICATION MATÉRIEL

La Convention s'applique aux prestations de l'assurance soins de santé reçues dans le cadre d'un séjour temporaire ou d'un transfert de résidence dans l'autre État contractant.

2. CHAMP D'APPLICATION PERSONNEL

2.1. Règle générale

§ 1. En matière de soins de santé, la Convention ne s'applique qu'aux personnes répondant **cumulativement** aux conditions suivantes :

i) être de nationalité belge ou marocaine ;
ii) être travailleur salarié ou assimilé et être assujetti à la sécurité sociale de l'un des États contractants. Pour l'assurance soins de santé belge, sont assimilés aux travailleurs salariés, les assurés de nationalité belge ou marocaine inscrits auprès d'un organisme assureur en qualité de "chômeur", de "pensionné", d' "invalide", de "fonctionnaire", de "handicapé", d' "étudiants" ou en qualité de "personne inscrite au registre national des personnes physiques".

§ 2. La Convention s'applique par ailleurs aux ayants droit des travailleurs visés ci-dessus. Sous réserve des dispositions particulières de la Convention relatives à la situation de transfert de résidence, la détermination de la qualité d'ayant droit se fait en application de la législation de l'État d'affiliation.

§ 3. Outre les conditions ci-dessus, l'attribution de la qualité d'ayant droit est soumise à la condition que le candidat potentiel ne soit pas lui-même assujetti à l'assurance maladie obligatoire de l'État de résidence. Cet assujettissement doit être compris dans son sens le plus large : Il se rapporte aussi bien aux droits propres qu'aux droits dérivés.

§ 4. L'attention des organismes assureurs est attirée sur le fait que malgré l'alignement des droits intervenu entre-temps en Belgique, **la Convention ne s'applique pas aux travailleurs indépendants**. Il en résulte qu'en ce qui concerne les travailleurs indépendants occupés en Belgique la détermination et l'application de leurs droits doivent encore et exclusivement se faire en application de la seule législation belge. Enfin, vu que la nationalité belge ou marocaine est une condition de son application, la Convention ne s'applique ni aux réfugiés ni aux apatrides.

2.2. Exceptions

La règle générale ci-dessus doit toutefois être aménagée comme suit :

- la Convention ne s'applique pas aux agents diplomatiques et consulaires de carrière y compris les fonctionnaires appartenant aux cadres des chancelleries
- la Convention s'applique aux travailleurs salariés ou assimilés quelle que soit leur nationalité, occupés dans les postes diplomatiques ou consulaires marocains ou belges ou qui sont au service personnel d'agents de ces postes.

Section II. Principes directeurs

1. ÉGALITÉ DE TRAITEMENT

Pour toutes les législations visées par la Convention, cette dernière assure l'égalité de traitement de toutes les personnes auxquelles elle s'applique : les travailleurs marocains occupés ou ayant été occupés en Belgique bénéficient dans des conditions identiques, des mêmes avantages que les travailleurs de nationalité belge et leurs ayants droit.

De même, les travailleurs belges occupés ou ayant été occupés au Maroc et leurs ayants droit, bénéficient des mêmes avantages que les travailleurs marocains et leurs ayants droit.

2. DÉTERMINATION DE LA LÉGISLATION APPLICABLE

La législation applicable est celle du lieu de travail.

Toutefois, la règle de l'assujettissement à la législation du pays de travail admet les exceptions suivantes :

i) les travailleurs salariés détachés temporairement par leur employeur dans l'autre pays : ces travailleurs peuvent rester assujettis à la législation du pays où ils sont occupés habituellement pour autant que la durée du détachement n'excède pas douze mois, une prolongation du détachement pouvant être accordée pour une nouvelle période de douze mois ;

ii) les travailleurs des entreprises de transport qui demeurent assujettis à la législation du pays où l'entreprise qui les occupe a son siège social ;

iii) les travailleurs salariés ou assimilés d'un service administratif officiel, détachés de l'un des États contractants restent assujettis à la législation sociale de cet État ;

iv) les travailleurs salariés ou assimilés occupés dans les postes diplomatiques ou consulaires belges ou marocains, peuvent opter entre l'application de la législation du pays où ils sont occupés et celle de leur pays d'origine, s'ils sont des ressortissants de l'État représenté par le poste diplomatique ou consulaire.

3. TOTALISATION DES PÉRIODES D'ASSURANCE POUR L'OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

§ 1. La Convention assure aux travailleurs salariés ou assimilés ainsi qu'à leurs ayants droit qui se rendent de Belgique au Maroc, ou inversement, le service des prestations en nature du pays du nouveau lieu de travail, lorsqu'ils remplissent les conditions d'octroi de ce pays et en tenant compte des périodes d'assurance accomplies dans l'autre État.

§ 2. Ce droit est néanmoins soumis à deux conditions :

- l'occupation dans le nouveau pays débute dans un délai d'un mois à compter de la fin de l'occupation dans l'autre pays
- le bénéficiaire potentiel doit avoir été apte au travail à sa dernière entrée sur le territoire du pays où le droit est demandé.

§ 3. La totalisation des périodes d'assurance est réalisée au moyen du formulaire BM104 (le modèle des formulaires se trouvent en *Annexe 1*)[1] délivré par l'organisme compétent à savoir, pour la Belgique, le dernier organisme assureur belge auprès duquel le travailleur était affilié avant son départ vers le Maroc et la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) en ce qui concerne les périodes d'assurance accomplies au Maroc. Dans le cas où le travailleur ne serait pas en possession dudit document, l'organisme du nouveau lieu de travail doit s'adresser à l'organisme de liaison du dernier pays de travail pour l'obtenir.

1. Non publiée ici.

Chapitre II. Dispositions particulières en matière des soins de santé

Section I. Soins de santé servis durant un séjour temporaire

1. PRINCIPE : DROIT AUX SOINS DE SANTÉ IMMÉDIATEMENT NÉCESSAIRES

§ 1. Les travailleurs salariés ou assimilés ainsi que leurs ayants droit séjournant temporairement dans l'autre État contractant ont droit à tous les soins de santé devenus immédiatement nécessaires durant leur séjour. Les soins leur sont servis pour le compte de l'organisme compétent par l'organisme de l'État de séjour et en application des conditions et tarifs de la législation de ce dernier.

§ 2. Pour bénéficier de l'accès aux soins de santé ainsi qu'à leur prise en charge, les travailleurs salariés ou assimilés et leurs ayants droit doivent être porteurs d'une attestation BM111 délivrée par l'organisme d'affiliation pour une **durée maximale de trois mois**. Le formulaire BM111 prévoit la possibilité de prolonger la durée de validité (rubriques 4.6 à 4.9) : il est à noter que la durée de validité maximale de trois mois doit être calculé entre la date de début de validité indiquée dans la rubrique 3.1 et la date de fin de la période indiquée dans la rubrique 4.6). Cette attestation doit être demandée et délivrée avant qu'ils ne quittent le territoire de l'État d'affiliation. Dans le cas où ils ne seraient pas en possession de cette attestation, l'organisme du lieu de séjour est tenu de s'adresser à l'organisme compétent pour l'obtenir.

§ 3. Le caractère immédiat des soins et leur nécessité sont laissés à l'appréciation et à la décision de l'organisme du lieu de séjour.

§ 4. Lorsque le travailleur salarié ou assimilé ou ses ayants droit doivent être hospitalisés, l'institution de l'État de séjour en informe aussi tôt que possible l'institution compétente en précisant la date du début de l'hospitalisation et la durée probable de celle-ci (formulaire BM113). Il est important de faire remarquer que ni la Convention ni l'Arrangement administratif ne permettent pas à l'organisme compétent de se prononcer ni sur la nécessité ni sur la durée de l'hospitalisation.

§ 5. En ce qui concerne la situation de "séjour temporaire", la notion d'ayant droit n'est définie ni par la Convention ni par l'Arrangement administratif. Pour l'assurance soins de santé belge, toutes les personnes inscrites en qualité de personne à charge des travailleurs salariés ou assimilés peuvent donc bénéficier des dispositions de la Convention relatives au séjour temporaire.

2. DEMANDE DE TARIFICATION : UTILISATION DU FORMULAIRE BM126

§ 1. Si, durant le séjour temporaire sur le territoire de l'État contractant, l'assuré n'a pas pu effectuer les formalités requises pour demander le remboursement auprès des organismes assureurs de cet État, il peut, *a posteriori*, introduire sa demande de remboursement auprès de l'institution compétente.

§ 2. Contrairement à ce qui est mentionné dans la note (1) du verso du formulaire BM126, ce formulaire doit être adressé directement aux Agences de la CNSS du lieu de séjour des intéressés, et non plus à la CNSS de Casablanca. Au cas que l'Agence de la CNSS du lieu de séjour ne peut pas être statuée, la demande de tarification peut être transmis à la Direction régionale.

Pour le cas de Casablanca qui comprend trois Directions régionales, il est souhaitable de demander à l'intéressé la dénomination de la préfecture du lieu de séjour étant donné que les Directions régionales portent le nom de la préfecture de rattachement; le cas échéant, transmettre la demande à la Direction régionale de votre choix tant que toutes ces représentations de la CNSS se chargent de la même tâche.

§ 3. Le fichier avec les Agences de la CNSS figurent en *Annexe 2*.[2]

3. MAINTIEN DU DROIT AUX SOINS NÉCESSAIRES

§ 1. Lorsque, à l'expiration de la période de trois mois, il est établi que l'assuré se trouve dans l'inaptitude de retourner dans le pays d'affiliation, le droit aux soins de santé peut être maintenu à condition que les soins en question soient considérés comme étant devenus nécessaires durant un séjour temporaire de maximum trois mois d'une part, et que cette inaptitude soit attestée au moyen d'un rapport circonstancié par l'institution du lieu de séjour, d'autre part.

§ 2. Il est à remarquer que ni la Convention ni l'Arrangement administratif ne prévoit d'attestation spécifique relative au maintien des prestations en cas de dépassement de la période de séjour de trois mois. La prolongation du formulaire BM111 n'étant pas prévue, les organismes assureurs belges sont invités, chaque fois que les conditions de maintien des prestations sont réunies, de délivrer un formulaire BM111 d'une durée maximale d'un mois. Dans ce cas, le nouveau formulaire et les documents ayant justifié le maintien des prestations sont versés au dossier administratif de l'intéressé.

Dès que la durée du maintien des prestations dépasse six mois, le médecin-conseil de l'organisme assureur doit être saisi avec une demande explicite de se prononcer sur l'opportunité d'appliquer l'article 13 de l'Arrangement administratif.

4. SOINS DE SANTÉ PROGRAMMÉS

La prise en charge des soins de santé reçus dans l'autre État contractant est refusée lorsque le bénéficiaire s'y est rendu sans autorisation et dans le but de recevoir un traitement médical.

Ni la Convention ni l'Arrangement administratif ne prévoient les modalités de preuve en ce qui concerne l'intention de se faire soigner dans l'autre État. Il s'ensuit donc que cette intention doit être prouvée par toutes voies de droit.

2. Non publiée ici.

5. PROTHÈSES, GROS APPAREILLAGE ET AUTRES SOINS DE GRANDE IMPORTANCE

§ 1. Le service et la prise en charge des prestations durant un séjour temporaire dans l'autre État ne couvre pas la fourniture de prothèses, appareillage et autres soins de grande importance repris dans la liste arrêtée par les États contractants et annexée à la présente circulaire. Ces prestations ne peuvent être servies et remboursées qu'en cas d'urgence absolue dont l'appréciation est laissée à l'organisme de l'État de séjour qui en informe sans délai l'organisme d'affiliation par le biais du formulaire BM114.

§ 2. L'attention doit être attirée sur le fait que le formulaire BM114 ne prévoit pas de partie "B" destinée à l'organisme compétent. Pour être valable et sortir ses pleins effets, la décision quant à l'urgence absolue ne requiert donc pas le consentement de l'organisme compétent qui ne peut qu'en prendre acte.

§ 3. Bien que la notion d'urgence absolue soit laissée à l'appréciation de l'organisme de l'État de séjour, l'État compétent ne perd pas tout son pouvoir d'appréciation dans la mesure où l'Arrangement administratif du 18 février 2014 donne une définition précise de cette notion qui recouvre les *"prestations qui ne peuvent être différées sans mettre en danger la vie ou affecter définitivement la santé"* du bénéficiaire. Il est donc possible qu'au moment de la notification du Service des soins ou lors de l'introduction d'une créance y relative l'organisme compétent puisse demander des précisions concernant les circonstances et la motivation de la décision prise par l'État de séjour. Cette conclusion est confirmée par l'article 13 de l'Arrangement administratif qui précise que : *"les institutions compétentes peuvent demander des renseignements médicaux complémentaires qu'elles estiment leur être nécessaires".* Aussi, il est recommandé aux organismes assureurs de faire intervenir leurs médecins-conseils à chaque fois qu'une notification "d'urgence vitale" leur est adressée par le Maroc.

§ 4. Outre les prestations énumérées dans la liste en question, sont, de manière générale, considérées comme soins de grande importance toutes les prestations dont le coût estimé est supérieur à mille euros (1.000 EUR), pour les prestations servies au Maroc et à 10.000,00 Dirhams pour les prestations servies en Belgique (*Annexe 3*).[3]

6. CAS PARTICULIER DES TRAVAILLEURS DÉTACHÉS ET OPTANTS (FORMULAIRE BM128)

§ 1. Les travailleurs détachés et assimilés, ainsi que les optants, et les membres de famille qui les accompagnent (art. 12 de la Convention) ont droit aux soins de soins de santé qui s'avèrent nécessaires immédiatement compte tenu de leur état de santé, pendant toute la durée de leur séjour dans le pays où ils sont occupés (art. 7, § 3, de l'Arrangement administratif).

§ 2. Attention : bien que la rubrique 1 du formulaire BM.128 offre la possibilité de cocher le statut de *"travailleur salarié détaché d'un service administratif officiel"*, il convient de noter que les fonctionnaires détachés ne relèvent pas du champ d'application personnel de l'article 12 de la Convention. Les organismes assureurs ne peuvent pas émettre des formulaires BM128 à leur attention. Les fonctionnaires belges détachés au Maroc ont droit au remboursement des soins de soins dispensés au Maroc sur la base de l'article 294, § 1er, 4°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

3. Non publiée ici.

§ 3. Mesure transitoire : les formulaires BM128 émis par les organismes assureurs au fonctionnaires belges et leurs membres de famille, sur la base des informations reprises dans la Circulaire O.A. n° 2014/210, restent valables jusqu'à l'expiration de la période indiquée sur le formulaire.

§ 4. Le formulaire BM128 ne reprend pas expressément les travailleurs détachés par les entreprises privées. Pour une bonne utilisation uniforme de ce formulaire, il est recommandé aux organismes assureurs de tenir compte des consignes suivantes : si l'organisme marocain n'a pas clairement indiqué la catégorie à laquelle appartient le travailleur, celui-ci sera d'office considéré par l'organisme assureur belge comme un travailleur détaché d'une entreprise privée. Dans le même ordre d'idée, aucune case ne sera complétée par l'organisme assureur belge si le travailleur détaché au Maroc est un travailleur occupé par une entreprise privée.

§ 5. Si un assuré marocain présente à un organisme assureur un formulaire BM128 sur lequel est coché le statut de *"travailleur salarié détaché d'un service administratif officiel"*, l'organisme assureur doit s'adresser à l'institution marocaine compétente et l'informer que les fonctionnaires détachés n'ont pas droit à un formulaire BM128.

7. INSTRUCTIONS SPÉCIFIQUES CONCERNANT LES SOINS DE SANTÉ SERVIS DURANT UN SÉJOUR TEMPORAIRE EN BELGIQUE

§ 1. Les assurés marocains séjournant en Belgique et qui sont porteurs d'un formulaire BM111 valable bénéficient de l'accès aux soins de santé ainsi qu'au remboursement de ceux-ci dans les mêmes conditions que les assurés de la législation belge.

§ 2. Sur présentation d'un BM111, les assurés marocains sont enregistrés dans les fichiers de l'organisme assureur avec une assurabilité dont la durée doit strictement correspondre à celle reprise sur le formulaire présenté avec un maximum de trois mois. Ceci implique que dans le cas où l'organisme assureur marocain aurait délivré un formulaire dont la durée de validité est supérieure à trois mois, la période excédentaire ne pourrait en aucun cas être prise en considération. Dans le même ordre d'idée, le formulaire BM111 sans mention précise quant à sa durée de validité doit être considéré comme incomplet et non recevable. Dans ce cas, si nécessaire, un nouveau formulaire doit être demandé à l'organisme marocain compétent.

§ 3. Le document BM111 est un document déclaratif et non constitutif de droit. Ce document doit rester en possession de l'assuré marocain qui, à chaque demande de remboursement, peut le présenter à un organisme assureur de son choix. Il s'en suit que lors de l'enregistrement d'un formulaire BM111 :

- les organismes assureurs doivent faire toutes les constatations utiles et conserver une copie de ce document dans le dossier administratif de l'intéressé
- les organismes assureurs doivent s'abstenir de procéder à l'intégration de ce type d'assurés dans le registre du "CIN".

Section II. Droit aux soins de santé en cas de résidence dans l'autre état contractant

Contrairement à la situation de séjour temporaire qui s'applique à toutes les personnes visées par le champ d'application personnel de la Convention bilatérale, la couverture des soins de santé en cas de transfert de résidence ne s'applique qu'à deux types d'assurés à savoir les travailleurs en incapacité de travail et les personnes considérées comme "ayants droit" au sens de la Convention.

1. LES TRAVAILLEURS EN INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET LEURS AYANTS DROIT (FORMULAIRE BM106)

Les travailleurs salariés ou assimilés assujettis dans l'un des États contractants et qui sont en incapacité de travail reconnue comme telle par l'État d'affiliation, bénéficient lorsqu'ils résident ou transfèrent leur résidence dans l'autre État contractant, du droit aux prestations de l'assurance soins de santé prévues par l'État de résidence. Ce droit est applicable *mutatis mutandis* aux ayants droit de ces travailleurs à condition qu'ils n'aient pas de droits propres en vertu de la législation de cet État.

2. LES AYANTS DROIT RÉSIDANT EN DEHORS DE L'ÉTAT COMPÉTENT (FORMULAIRE BM109)

Les ayants droit résidant dans l'État contractant autre que l'État de travail et de résidence du travailleur, ont droit, à charge de l'État compétent, aux prestations de l'assurance soins de santé prévues par l'État de résidence à condition qu'ils n'aient pas de droits propres en vertu de la législation de cet État.

3. DISPOSITIONS COMMUNES

3.1. Ouverture et durée du droit

Pour faire valoir leurs droits, les travailleurs et les ayants droits résidant seuls dans l'autre État doivent respectivement fournir à l'organisme assureur de l'État de résidence une attestation BM106 ou BM109 dûment délivrée par l'organisme assureur de l'État d'affiliation. Délivrés à la demande de l'assuré social, ces documents sont délivrés avec une validité d'un an renouvelable d'année en année. Ils ne peuvent donc être délivrés pour une durée indéterminée.

3.2. Fermeture du droit

La fermeture du droit est opérée au moyen d'un formulaire BM108 émis par l'organisme compétent de sa propre initiative ou par l'institution du lieu de résidence.

Dans tous les cas, la clôture des droits ne sort ses effets qu'à compter du premier jour qui suit celui de la réception de cette clôture par l'État de résidence, soit le lendemain de la réception du formulaire complété en partie "A" par l'institution compétente ou le jour suivant celui de la réception du formulaire BM108 complété en partie "B" par l'institution compétente.

3.3. Détermination de la qualité d'ayant droit

Dans le cadre du transfert de résidence, la Convention limite la compétence des États en ce qui concerne la détermination de la qualité d'ayant droit. Dans cette situation spécifique, la notion d' "ayant droit" ne recouvre en effet que deux catégories de personnes à savoir :

- le conjoint non divorcé du titulaire. Il importe de préciser qu'il n'est pas requis que ce conjoint[2] ait la qualité de personne à charge. Son état civil est la seule condition à prendre en considération pour l'attribution du statut d'ayant droit. Autrement dit, le fait que le conjoint ne remplisse pas les conditions requises par la législation belge pour avoir la qualité de personne à charge (p. ex. la condition de cohabitation) ne peut remettre en question son statut d'ayant droit au sens de la Convention. Pour que celle-ci lui soit applicable, il faut et il suffit que son statut de conjoint non divorcé soit établi

- les enfants considérés comme étant à charge du travailleur au sens de la législation de l'État d'affiliation.

Section III. Dispositions relatives aux accidents du travail

En application de l'article 34 de la Convention et de l'article 4 de l'Arrangement administratif, les prestations en nature aux victimes d'un accident du travail sont, en cas de transfert de résidence en Belgique servies par les organismes assureurs belges lorsque le travailleur est soumis au régime de sécurité sociale marocain.

Les travailleurs remettront la formule BM13, attestant le droit du travailleur aux prestations en nature en matière d'accident du travail.

Les prestations peuvent être servies jusqu'à réception de la formule BM14 mettant fin à la validité de la formule BM13.

Section IV. Remboursement entre institutions

§ 1. Les prestations servies au Maroc ou en Belgique sont remboursées par l'institution compétente sur base des dépenses réelles augmentées de 8 % au titre de frais de gestion. Cette augmentation ne s'applique pas aux accidents du travail.

Les remboursements doivent être effectués dans un délai de six mois calendrier après la date d'introduction des créances.

§ 2. Pour l'assurance soins de santé belge, le mode de remboursement sur base des dépenses réelles implique que les assurés de la législation belge résidant au Maroc restent effectivement assujettis et assurés en Belgique où ils bénéficient d'un droit de retour. À ce titre, ils bénéficient de l'accès aux soins de santé servis en Belgique et peuvent, s'ils remplissent les conditions requises, bénéficier de l'application de la règlementation européenne relative à la coordination des systèmes de sécurité sociale ainsi que des Conventions bilatérales liant la Belgique en matière des soins de santé.

§ 3. Dans l'attente d'une concertation bilatérale spécifique, il est recommandé aux organismes assureurs belges de rejeter les créances marocaines consécutives à des hospitalisations à des services de prothèses, de gros appareillages ou autres soins de grande importance qui n'auront pas été préalablement notifiés par l'institution marocaine (formulaires BM113 et BM114).

Section V. Dispositions financières

Les dépenses faites par les organismes assureurs belges en application des dispositions des articles 9, 10 et 12 de la Convention ainsi que des articles 6 et 7 de l'Arrangement administratif, doivent figurer au document "état de dépenses" soit le C.I11.

En *annexes 4 et 5*[4], les organismes trouveront le nouveau plan comptable pour la gestion des créances belges et marocaines.

4. Non publiées ici.

Chapitre III. Dispositions finales

§ 1. Le nouvel Arrangement administratif ne sort ses effets que pour l'avenir. Il en résulte que les prestations de santé reçues avant le 1er mai 2014 restent soumises aux dispositions en vigueur avant cette date. Par ailleurs, l'attention des organismes assureurs est attirée sur le fait que les situations prévues par la Convention bilatérale et pour lesquelles aucun nouveau formulaire n'est proposé, restent soumises aux formulaires initialement prévus par l'Arrangement administratif du 14 septembre 1972.

§ 2. Vu les modifications substantielles en ce qui concerne la détermination de la qualité des ayants droit, d'une part et de la durée des droits d'autre part, les formulaires BM109 en cours de validité doivent être clôturés et, si les nouvelles conditions d'octroi sont réunies, être remplacés par de nouveaux formulaires. Ces opérations d'actualisation des formulaires et des droits devront être terminées pour le 30 juillet 2014.

§ 3. En ce qui concerne les modalités de remboursement en Belgique des soins reçus durant un séjour temporaire au Maroc (remboursement à l'assuré social qui n'a pas accompli sur place les modalités prévues par la Convention), il est renvoyé à la Circulaire O.A. n° 2018/109 - 80/116[5] du 30 mars 2018 relative au remboursement des prestations de santé dispensées pendant un séjour temporaire dans un pays où les dispositions des Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 ou un accord bilatéral en matière de sécurité sociale s'appliquent.

…

Circulaire O.A. n° 2018/219 – 8295/24 du 26 juillet 2018.

5. Publiée dans le B.I. n° 2018/2.

II. Affiliation de titulaires pensionnés et veufs visés à l'article 32, alinéa 1er, 7° à 11°*ter* et 16°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, en qualité de personne à charge

En vigueur à partir du 1er janvier 2019.

L'arrêté royal du 30 juillet 2018 (M.B. du 14.08.2018) modifie l'article 124, § 1er, 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 : le droit d'option pour les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 7° à 11*ter* et 16°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, bénéficiant d'une pension correspondant à une carrière professionnelle inférieure au tiers d'une carrière complète ou considérée comme telle, est entièrement abrogé.

L'arrêté royal entre en vigueur le 1er janvier 2019.

Cette circulaire a pour objectif de fournir une interprétation et des directives pour l'application de cette modification.

1. Qu'est-ce qui change ?

La nouvelle réglementation prévoit qu'à partir du 1er janvier 2019, les pensionnés et les veufs ayant la qualité de titulaire visée à l'article 32, alinéa 1er, 7° à 11°*ter* et 16°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, qui peuvent prétendre à des prestations de santé sans paiement de cotisations personnelles ne peuvent jamais être affiliés en qualité de personne à charge. Ils doivent *obligatoirement être affiliés en qualité de titulaire*, même s'ils bénéficient d'une pension correspondant à une carrière professionnelle inférieure au tiers d'une carrière complète ou considérée comme telle.

2. À partir de quand ?

La nouvelle réglementation est uniquement d'application *pour les nouvelles demandes d'affiliation en tant que personne à charge à partir du 1er janvier 2019*. Une rétroactivité n'est pas prévue : les situations acquises sont conservées. Cela signifie que les bénéficiaires qui sont affiliés en tant que personne à charge pourront conserver cette qualité après le 31 décembre 2018, sauf si leur situation change.

C'est la date de demande d'affiliation en tant que personne à charge qui sera prise en compte pour l'application de la nouvelle réglementation et non la date d'octroi de la pension.

Si à l'époque, une personne a - malgré le droit d'option - choisi de s'inscrire en tant que titulaire pensionné et qu'en décembre 2018, elle veut revoir son choix (parce qu'elle touche une pension correspondant à une carrière professionnelle inférieure au tiers d'une carrière complète ou considérée comme telle), la mutualité doit refuser la demande d'affiliation en tant que personne à charge étant donné que cette affiliation ne sortira ses effets que le 1er janvier 2019 en vertu de l'article 124, § 1er, 2°, alinéa 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

3. Cas d'un titulaire pensionné ou d'un titulaire veuf qui demande l'affiliation comme personne à charge

À partir du 1er janvier 2019, les personnes ayant la qualité de titulaire pensionné ou de titulaire veuf doivent obligatoirement être inscrites comme titulaires. C'est la date de demande d'affiliation qui est prise en compte pour l'application de la nouvelle réglementation et non la date d'octroi de la pension.

La mutualité doit donc refuser l'affiliation comme personne à charge lorsqu'un titulaire pensionné ou un titulaire veuf demande à partir du 1er janvier 2019 à être inscrit comme personne à charge. Cette personne doit rester affiliée en tant que titulaire ; il n'y a pas de modification de la qualité.

Différentes situations peuvent se présenter :

- une personne est affiliée en tant que personne à charge. Elle perçoit une pension inférieure au tiers d'une carrière complète ou considérée comme telle avant la date du 1er janvier 2019
  ➔ Elle peut rester affiliée en tant que personne à charge après le 31 décembre 2018 (sauf si sa situation change).

- une personne est affiliée en tant que personne à charge. Elle touche une pension inférieure au tiers d'une carrière complète ou considérée comme telle après la date du 31 décembre 2018
  ➔ Elle doit s'inscrire comme titulaire pensionné à partir de sa pension.

- une personne est inscrite comme titulaire salarié. Elle perçoit ensuite une pension inférieure au tiers d'une carrière complète ou considérée comme telle avant la date du 1er janvier 2019. Elle demande à être affiliée en tant que personne à charge après le 31 décembre 2018
  ➔ L'affiliation en tant que personne à charge n'est pas possible. Elle doit s'inscrire comme titulaire à partir du 1er janvier 2019.

- une personne est inscrite comme titulaire salarié. Elle perçoit ensuite une pension inférieure au tiers d'une carrière complète ou considérée comme telle avant la date du 1er janvier 2019. Elle demande à être affiliée en tant que personne à charge avant le 1er janvier 2019
  ➔ Elle peut rester affiliée en tant que personne à charge après le 31 décembre 2018 (sauf si sa situation change).

4. Cas où la situation de la personne à charge change après le 31 décembre 2018, si bien qu'elle doit obligatoirement être affiliée en tant que titulaire

Une personne qui perçoit une pension correspondant à une carrière professionnelle inférieure au tiers d'une carrière complète ou considérée comme telle est affiliée en tant que personne à charge. Sa situation personnelle change après le 31 décembre 2018 : elle doit pour l'une ou l'autre raison changer de titulaire après le 31 décembre 2018. Elle ne peut plus être affiliée en tant que personne à charge vu la nouvelle réglementation : elle doit s'affilier en tant que titulaire.

- S'il s'agit d'une (ré)inscription :

Quand la personne doit être (ré)inscrite au sens de l'article 252 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, l'inscription (ou réinscription) est effectuée selon les règles valables pour l'ouverture du droit. L'intéressé doit signer une demande d'inscription auprès de l'O.A. de son choix. Cette inscription sortira ses effets le premier jour du trimestre au cours duquel la qualité de titulaire a été acquise, et au plus tôt le 1er janvier 2019 (date d'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation).[1]

> *Exemple : X est affilié en tant que personne à charge ; il perçoit une pension de retraite inférieure à 1/3 depuis le 1er décembre 2017. Le 15 janvier 2019, sa situation change. Par conséquent, il ne peut pas rester affilié comme personne à charge. Il doit s'inscrire comme titulaire vu la nouvelle réglementation (il n'a plus le droit de choisir). Il s'agit d'une première inscription. (Il n'a jamais été inscrit comme titulaire).*

Son inscription sort ses effets le 1er janvier 2019. Il ne faut pas revenir au premier jour du trimestre au cours duquel la qualité de titulaire pensionné a été acquise, à savoir le 1er octobre 2017, puisque ce jour-là, l'intéressé avait le choix entre la qualité de personne à charge et celle de titulaire. L'arrêté royal du 30 juillet 2018 n'était en effet pas encore entré en vigueur. De ce fait, la personne en question avait encore la possibilité de choisir comme prévu dans l'ancien article 124, § 1er, 2°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. À l'époque, elle a choisi la qualité de personne à charge.

- S'il s'agit d'un changement de qualité :

Quand la situation de la personne à charge change et que, par conséquent, elle doit être affiliée en tant que titulaire, et qu'il ne s'agit pas d'une (ré)inscription au sens de l'article 252 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, il est question d'une modification de la qualité.

Dans pareil cas, l'inscription précédente se poursuit et le droit personnel aux prestations de santé en tant que titulaire est octroyé à partir de la date effective de l'acquisition de cette qualité, à condition qu'il ait satisfait à l'obligation de cotisation pour l'année de référence correspondante. Dans ce cas aussi, on pourra seulement retourner au 1er janvier 2019 au plus tôt vu les principes généraux de droit transitoire et l'application de la loi dans le temps.

> *Exemple : X est affilié en tant que personne à charge ; il perçoit une pension de retraite inférieure à 1/3 depuis le 1er décembre 2017. Le 15 janvier 2019, sa situation change et il ne peut pas rester affilié comme personne à charge. Il doit s'affilier en tant que titulaire vu la nouvelle réglementation (il n'a plus le droit de choisir). Son inscription précédente est encore valable puisqu'il s'agit d'une modification de la qualité.*

1. Comme on a opté pour une application immédiate de la nouvelle réglementation le 01.01.2019, les nouvelles règles s'appliquent uniquement aux faits juridiques qui se produisent après son entrée en vigueur. Les conséquences juridiques qui se sont produites sous l'ancienne réglementation restent donc aussi inchangées.

L'intéressé perd sa qualité de personne à charge le 15 janvier 2019. La qualité de personne à charge pouvait toutefois rester valable pour la période allant jusqu'au 15 janvier 2019. La qualité de titulaire pensionné prend cours le 16 janvier 2019.

5. Exemples pratiques :

1. X demande une inscription en tant que personne à charge le 20 novembre 2018. Depuis le 1er septembre 2018, il perçoit une pension de retraite correspondant à une carrière professionnelle inférieure au tiers d'une carrière complète. La mutualité peut-elle inscrire l'intéressé comme personne à charge ?

La nouvelle réglementation ne s'applique pas encore : la mutualité peut inscrire X comme personne à charge sur la base de sa pension inférieure à un tiers s'il remplit les autres conditions réglementaires.

2. X demande une inscription en tant que personne à charge le 20 janvier 2019. Depuis le 1er janvier 2019, il perçoit une pension de retraite correspondant à une carrière professionnelle inférieure au tiers d'une carrière complète. La mutualité peut-elle inscrire l'intéressé comme personne à charge ?

La nouvelle réglementation s'applique : l'affiliation en tant que personne à charge n'est pas possible puisque X a la qualité de titulaire pensionné (sur la base de sa pension de retraite individuelle) et qu'il peut prétendre à des prestations de santé sans payer de cotisation personnelle. L'intéressé doit donc s'inscrire en tant que titulaire.

Quand l'inscription sort-elle ses effets ?

Pour une première inscription, la personne doit signer une demande d'inscription et le droit en tant que titulaire pensionné est ouvert avec effet rétroactif le 1er janvier 2019.

En cas de changement de qualité (de personne à charge à titulaire), la qualité de titulaire sort ses effets au moment où l'intéressé perd sa qualité de personne à charge.

3. X demande une inscription en tant que personne à charge le 20 janvier 2019. Depuis le 1er décembre 2018, il touche une pension de retraite pour une carrière professionnelle inférieure au tiers d'une carrière complète. La mutualité peut-elle inscrire l'intéressé comme personne à charge ?

La nouvelle réglementation s'applique : l'inscription en tant que personne à charge n'est pas possible puisque X a la qualité de titulaire pensionné (sur la base de sa pension de retraite individuelle) et qu'il peut prétendre à des prestations de santé sans payer de cotisation personnelle.

Quand l'inscription sort-elle ses effets ?

Pour une première inscription, la personne doit signer une demande d'inscription et le droit en tant que titulaire pensionné est ouvert le 1er janvier 2019 (date de l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation) et non pas le 1er octobre 2018. Pour le mois de décembre 2018, la situation pourra être régularisée par la qualité de personne à charge.

En cas de changement de qualité (de personne à charge à titulaire), la qualité de titulaire sort ses effets au moment où l'intéressé perd sa qualité de personne à charge.

4. X est inscrit en tant que conjoint à charge depuis le 1er janvier 2017 étant donné que sa pension de retraite est inférieure à un tiers d'une carrière complète. La mutualité doit-elle l'inscrire comme titulaire pensionné au 1er janvier 2019 ?

Non, sa situation n'a pas changé. La mutualité ne doit pas modifier sa qualité. Le droit en tant que personne à charge peut être prolongé le 1er janvier 2019.

5. X est inscrit en tant que conjoint à charge depuis le 1er janvier 2017 étant donné que sa pension de retraite est inférieure à un tiers d'une carrière complète. Le 10 janvier 2019, son épouse décède. Il souhaite être inscrit en tant qu'ascendant à charge de sa fille. Il remplit la condition de cohabitation ainsi que la condition de revenus. Il touche encore une pension inférieure à un tiers d'une carrière complète. La mutualité peut-elle l'inscrire en tant qu'ascendant à charge ?

Non. La situation de la personne X a changé. La nouvelle réglementation s'applique. X doit être inscrit comme titulaire pensionné.

À partir de quand ?

Pour une première inscription, il doit introduire une demande d'inscription auprès de la mutualité et le droit sera ouvert à partir du 1er janvier 2019 (date de l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation). On ne retournera pas jusqu'au 1er janvier 2017 (premier jour du trimestre au cours duquel la qualité de pensionné a été acquise).

Si l'inscription précédente est encore valable et qu'il s'agit d'un changement de qualité (de personne à charge à titulaire), la qualité de titulaire pensionné sort ses effets le 11 janvier 2019.

Circulaire O.A. n° 2018/355 – 248/66 du 17 décembre 2018.

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

L'article 290, B, § 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dispose que :

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

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

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

1. Principe :

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

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

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

2. Par exemple :

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

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

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

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

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

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

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

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

Circulaire O.A. n° 2018/389 – 271/69 du 20 décembre 2018.

IV. Application de l'article 225 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 – Notions de revenus et composition du ménage – Preuve des revenus et de la composition du ménage – Mesures de contrôle

En vigueur à partir du 3 juillet 2018.
Abroge la circulaire n° 2018/186 du 26 juin 2018.

I. Revenus visés à l'article 225, § 3 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996

I.1. Revenus résultant d'une activité professionnelle :

L'article 225, § 3 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précise ce qu'il faut entendre par activité professionnelle au sens des §§ 1 et 2 de cet article.

Par activité professionnelle, il faut entendre toute activité susceptible de produire des revenus visés, suivant le cas, à l'article 23, § 1er, 1°, 2° ou 4°, ou à l'article 228, § 2, 3° et 4° du Code des impôts sur les revenus 1992 (CIR 1992), même si cette activité est exercée par personne interposée. Il est également tenu compte de toute activité analogue exercée dans un pays étranger ou au service d'une organisation internationale ou supranationale.

En principe, il n'est donc tenu compte que des revenus résultant d'une activité professionnelle, qui sont pris en considération sur le plan fiscal.

L'article 23, § 1er, 1°, 2° et 4° CIR 1992 a trait aux bénéfices, profits et rémunérations.

L'article 228, § 2, 3° et 4° CIR 1992 a trait aux bénéfices réalisés par un établissement belge (est visée une entreprise à l'aide de laquelle des activités professionnelles d'une entreprise étrangère sont exercées totalement ou partiellement en Belgique) ou aux profits, résultant d'une activité exercée en Belgique (par des personnes physiques qui ne résident pas en Belgique mais y exercent une activité).

I.1.1. BÉNÉFICES ET PROFITS (ART. 23, § 1ER,1° ET 2° CIR 1992)

Les bénéfices comprennent tout revenu d'une entreprise industrielle, commerciale ou agricole ainsi que tous les avantages que l'entrepreneur obtient en raison de l'exercice de l'activité.

Les profits sont tous les revenus d'une profession libérale, charge ou office et tous les revenus d'une occupation lucrative qui ne sont pas considérés comme des bénéfices ou rémunérations (par ex., les indemnisations de mandataires politiques ou du président d'un CPAS).

Il en va de même pour les revenus visés à l'article 228, § 2, 3° et 4° CIR 1992 (voir ci-dessus).

I.1.2. RÉMUNÉRATIONS : (ART. 23, § 1ER, 4° CIR 1992)

Les rémunérations sont toutes les rétributions *sensu lato* des travailleurs (sous contrat de travail ou un autre statut) et des chefs d'entreprise. Est considéré comme chef d'entreprise toute personne physique dans l'exercice d'un mandat d'administrateur, de gérant, de liquidateur ou de fonctions analogues ou encore, la personne qui, dans une société, exerce une activité ou fonction dirigeante sans être liée par un contrat de travail.

Remarque : le revenu qui est obtenu via **l'emploi d'étudiant** (l'activité est exercée sur base d'un contrat d'occupation d'étudiants visé au titre VII de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail et à laquelle s'applique le régime ONSS particulier conformément l'article 17*bis* de l'arrêté 'ONSS' du 28.11.1969), est une rémunération conformément l'article 23, § 1er, 4° CIR 1992. À condition que l'enfant reste **fiscalement à charge** du titulaire reconnu en incapacité de travail, il ne faut pas tenir compte du revenu obtenu via l'emploi d'étudiant pour l'application de l'article 225, § 3.

I.1.3. AVANTAGES ANNUELS

Pour l'application de l'article 225, § 3, il y a lieu de tenir compte d'un douzième du montant des avantages payés annuellement. Sont visés notamment les primes, les participations au bénéfice, le treizième mois, les gratifications, le double pécule de vacances ou le pécule complémentaire.

I.1.4. PERSONNE QUI NE TRAVAILLENT PAS EN QUALITÉ DE TRAVAILLEURS SALARIÉS

Pour des personnes qui ne travaillent pas en qualité de travailleurs salariés, le montant mensuel des revenus (bénéfices et profits, tant ceux visés à l'article 23 qu'à l'article 228 CIR 1992) est fixé fictivement à 1/12e de 100/80e de la différence entre le bénéfice brut ou les profits bruts et les frais professionnels.

Il y a lieu de considérer comme **revenu professionnel** notamment :

- la quote-part du revenu professionnel qui, en application de l'article 86 CIR 1992, est attribuée à titre de revenus au conjoint qui aide effectivement l'autre conjoint dans l'exercice de l'activité. Cette quote-part doit correspondre à la rémunération normale des prestations du conjoint aidant

- le revenu professionnel de l'activité indépendante de l'épouse, dont le conjoint aidant est assujetti à sa place au statut social des travailleurs indépendants, à l'exception des revenus qui, en application de l'article 86 CIR sont attribués au mari
  (cf. : art. 12 de l'A.R. du 19.12.1967 portant règlement général en exécution de l'A.R. n° 38 du 27.07.1967 ; cette disposition n'est plus d'application depuis le 01.10.1985, sauf pour les titulaires qui étaient déjà assujettis en cette qualité le 30.09.1985)

- les revenus qui résultent de la gestion de biens immobiliers comme activité indépendante (profession principale ou accessoire), qui consiste principalement en la vente de biens immobiliers

- les revenus découlant de la gestion active d'un portefeuille d'assurances.

Ne sont en principe **pas** considérés comme **des revenus professionnels** :

- les revenus de biens immobiliers (revenu cadastral, loyers)
- les revenus de biens mobiliers (dividendes, intérêts,…).

Il importe que ce revenu soit obtenu en dehors du cadre d'une activité professionnelle, où notamment la régularité des opérations est déterminante.

Sont notamment considérés comme **des frais professionnels** (art. 52 CIR 1992) :

- le loyer et les charges locatives (ainsi que le précompte immobilier, y compris les centimes additionnels) afférents aux biens immobiliers ou parties de biens immobiliers affectés à l'exercice de la profession et les frais généraux résultant de leur entretien, chauffage, éclairage, etc...
- les charges financières (intérêts des capitaux empruntés) et les amortissements des immobilisations corporelles et incorporelles (les montants investis dans l'entreprise, ne peuvent pas être déduits mais bien le montant de l'amortissement)
- les rémunérations des membres du personnel (y compris les cotisations de sécurité sociale), honoraires, provisions, …

Les pertes professionnelles de l'entreprise (disparition ou moins-value définitive d'une partie de l'actif ou formation d'un passif) ne peuvent en aucun cas être déduites des bénéfices ou profits bruts.

I.2. Revenus de remplacement

Pour les revenus de remplacement, il n'est pas fait référence à un critère fiscal. En principe, ***tous*** les revenus de remplacement doivent être pris en considération.

L'article 225, § 3 fait référence aux pensions, rentes, allocations ou indemnités accordées en vertu d'une législation belge ou étrangère :

I.2.1. PENSIONS, RENTES, ALLOCATION OU INDEMNITÉS

- **pensions** : toute pension de survie, de vieillesse, d'ancienneté ou de retraite, ou tout avantage de même nature, qui est attribué soit par une institution de sécurité sociale, soit par une administration publique (par ex. commune ou province) ou par un établissement public ou un organisme d'intérêt public.

  Par pension, on entend également le pécule de vacances et les autres avantages octroyés aux titulaires d'une pension de retraite et qui doivent être ajoutés à l'avantage mensuel. Le montant des avantages annuels (pécule de vacances) doit être divisé par 12 et doit être ajouté au montant mensuel des pensions

- **rente** : rente en cas d'accident du travail (loi du 10.04.1971 sur les accidents du travail) ou en cas de maladie professionnelle (lois relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci, coordonnée le 03.06.1970).

  Y est également compris le supplément pour aggravation, qui, dans le cadre de la loi sur les accidents de travail, est octroyé à la victime lorsque le taux de l'incapacité de travail permanente est majoré après le délai de révision (trois ans) et que le nouveau taux d'incapacité de travail atteint au moins 10 %

- toutes les interventions (personnes handicapées) indemnités ou allocations (de chômage ou d'incapacité de travail) et les indemnisations octroyées en vertu du droit commun à titre de réparation d'un dommage corporel
- les indemnités payées par les Fonds de sécurité d'existence

- les sommes payées en exécution d'une obligation légale de payer une pension ou une contribution alimentaire, à l'exception de celles qui le sont en application de l'article 225, § 1er, alinéa 1er, 5° de l'arrêté royal du 3 juillet 1996
- le revenu d'intégration payé par les CPAS (loi du 26.05.2002 concernant le droit à l'intégration sociale)
- la partie de la pension de retraite octroyée au conjoint séparé de fait ou de corps et de biens
- le complément de reprise de travail accordé par l'ONEM (art. 129*bis* à 129*quater* de l'A.R. du 25.11.1991 portant réglementation du chômage)
- la prestation financière octroyée dans le cadre du droit de passerelle pour le travailleur indépendant.

I.2.2. REVENUS DE REMPLACEMENT QUI NE SONT PAS PRIS EN CONSIDÉRATION

L'article 225, § 3 dispose qu'il n'est pas tenu compte des indemnités suivantes :

a) le complément d'ancienneté octroyé aux chômeurs âgés (art. 126 à 129 de l'A.R. du 25.11.1991 portant réglementation du chômage, voir circ. O.A. rubrique 421/15 du 28.06.1989) ;

b) l'indemnité complémentaire aux allocations de chômage octroyée en vertu de la C.C.T. n° 46 du 23 mars 1990, conclue au sein du C.N.T. et rendue obligatoire par l'arrêté royal du 10 mai 1990 (voir circ. O.A. rubrique 421/16 du 22.03.1991) ;

c) l'allocation complémentaire forfaitaire octroyée au chômeur occupé dans le cadre d'une agence locale pour l'emploi, ainsi que l'indemnité par chèque-travail de proximité, reçue pour prestations fournies dans le cadre du travail de proximité visé à l'article 34 du décret de la Communauté flamande du 7 juillet 2017 relatif au travail de proximité et à diverses dispositions dans le cadre de la sixième réforme de l'État ;

d) l'allocation qui est accordée pour compenser la perte ou la réduction d'autonomie (il ne faut donc pas tenir compte des interventions pour l'aide d'une tierce personne accordées en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ni de l'allocation forfaitaire pour aide de tiers octroyée dans le cadre de l'assurance indemnités) ;

e) l'augmentation à partir du 1er septembre 2011 du montant journalier de l'indemnité minimum comme travailleur régulier pour le titulaire sans charge de famille, cohabitant, introduite par l'arrêté royal du 6 juillet 2011.

Ne sont **pas** davantage à considérer comme des revenus de remplacement pour l'application de l'article 225, § 3 :

- les pensions de guerre ou les pensions dites immunisées qui entendent réparer un dommage corporel du fait de la guerre, lors de l'exercice du devoir militaire ou civil
- les allocations familiales
- l'allocation d'intégration et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées octroyées dans le cadre de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux handicapés ou du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, ainsi que l'indemnité pour l'aide d'une tierce personne octroyée en application de l'ancienne loi du 27 juin 1969 relative aux allocations aux handicapés (il ne s'agit pas en l'occurrence d'un supplément à l'allocation ordinaire, spéciale ou complémentaire, mais d'une autre allocation)

- la pension alimentaire qui est payée en application de l'article 225, § 1er, alinéa 1er, 5° de l'arrêté royal du 3 juillet 1996
- la rente d'invalidité, payée sur la base d'un contrat d'assurance privé
- la pension octroyée en exécution d'une assurance groupe (pension complémentaire) ou des avantages résultant de l'épargne-pension
- l'aide sociale accordée par les CPAS
- intervention du Fonds amiante (art. 122 de la Loi-programme du 27.12.2006).

I.2.3. MESURES DE NEUTRALISATION

Remarque préliminaire : l'arrêté royal du 6 juillet 2011 a revalorisé le montant maximum des revenus du cohabitant du titulaire en incapacité de travail à ne pas dépasser pour permettre au titulaire d'acquérir la qualité de travailleur ayant personne à charge, de 7,0631 % au 1er septembre 2011, ce qui portait le montant maximum des revenus autorisé à partir de cette date à 896,71 EUR.

Par le biais de cette revalorisation du plafond des revenus "personne à charge", toutes les adaptations au bien-être intervenues **jusqu'à la fin 2010** qui étaient neutralisées suite à l'adoption des mesures de neutralisation prévues par l'article 225, §§ 5, 6, 7 et 8 *(cf. infra)*, sont ainsi rattrapées.

I.2.3.1. Maintien de la qualité de titulaire ayant personne à charge en faveur des titulaires qui cohabitent avec un invalide indépendant bénéficiant depuis le 1er janvier 2006 de l'augmentation de l'indemnité d'invalidité des travailleurs indépendants ayant mis fin à leur entreprise en vue de l'aligner sur le montant du minimum travailleur régulier cohabitant (art. 225, § 5).

Lorsque les indemnités d'invalidité du titulaire indépendant cohabitant avec le titulaire dépassent, à partir du 1er janvier 2006, le plafond de revenus personne à charge en raison de l'augmentation de l'indemnité d'invalidité du travailleur indépendant ayant cessé son entreprise en vue de l'aligner sur les minimas travailleurs réguliers, ce dernier maintient néanmoins la qualité de titulaire avec personne à charge, à condition qu'il se trouve toujours dans la même situation.

Cette mesure de neutralisation qui était en vigueur depuis le 1er janvier 2006, a fait l'objet d'une prolongation jusqu'au 31 décembre 2011.

I.2.3.2. Maintien de la qualité de titulaire ayant personne à charge en cas d'augmentation des minima pension des travailleurs salariés par l'arrêté royal du 12 juin 2008 portant augmentation du montant minimum garanti des pensions de retraite et de survie pour travailleurs salariés ou des travailleurs indépendants par la loi-programme du 8 juin 2008 (art. 225, § 6).

I.2.3.2.a. Augmentation des minima pension des travailleurs salariés

Lorsque les revenus de la personne à charge dépassent le montant visé au § 3, alinéa 1er, uniquement en raison de l'augmentation à partir du 1er juillet 2008 des minima de pension des travailleurs salariés par l'arrêté royal du 12 juin 2008 portant augmentation du montant minimum garanti des pensions de retraite et de survie pour travailleurs salariés, le titulaire maintient la qualité de titulaire avec personne à charge à condition qu'il se trouve toujours dans la même situation.

I.2.3.2.b. Augmentation des minima pension des travailleurs indépendants

Lorsque les revenus de la personne à charge dépassent le montant visé au § 3, alinéa 1er, uniquement en raison de l'augmentation à partir du 1 juillet 2008 des minima de pension des travailleurs indépendants par la loi-programme du 8 juin 2008, le titulaire maintient la qualité de titulaire avec personne à charge à condition qu'il se trouve toujours dans la même situation.

I.2.3.3. Maintien de la qualité de titulaire ayant personne à charge en cas d'augmentation des prestations sociales accordées au cohabitant dans le cadre du pacte de solidarité entre les générations (art. 225, § 7)

Lorsque les revenus de la personne à charge dépassent, à partir du 1er janvier 2009, le plafond des revenus visé au § 3, alinéa 1er, uniquement en raison de l'application d'une mesure de revalorisation prise en exécution du Titre II, Chapitre II de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations, ou du Titre V, Chapitre 1er de la même loi, le titulaire maintient la qualité de titulaire avec personne à charge à condition qu'il se trouve toujours dans la même situation.

Ainsi, il n'est pas tenu compte de la prime de rattrapage octroyée sous certaines conditions aux titulaires invalides (art. 237*quinquies* de l'A.R. du 03.07.1996).

I.2.3.4. Maintien de la qualité de titulaire ayant personne à charge en cas d'augmentation des minima pension des travailleurs indépendants visée à l'article 1er de l'arrêté royal du 3 mars 2010 modifiant l'article 131*bis*, § 1er*septies*, de la loi du 15 mai 1984 portant des mesures d'harmonisation dans les régimes de pension (art. 225, § 8)

Lorsque les revenus de la personne à charge dépassent le montant visé au § 3, alinéa 1er, uniquement en raison de l'augmentation à partir du 1er août 2010 des minima de pension des travailleurs indépendants, visée à l'article 1er de l'arrêté royal du 3 mars 2010 modifiant l'article 131*bis*, § 1er*septies*, de la loi du 15 mai 1984 portant des mesures d'harmonisation dans les régimes de pension, le titulaire maintient la qualité de titulaire avec personne à charge à condition qu'il se trouve toujours dans la même situation.

I.2.3.5. Maintien de la qualité de titulaire ayant personne à charge en cas d'augmentation de la pension minimum garantie pour un travailleur indépendant isolé par l'arrêté royal du 27 mars 2015 modifiant les articles 131*bis*, § 1er*septies* et 131*ter*, § 1er, de la loi du 15 mai 1984 portant mesures d'harmonisation dans les régimes de pensions (art. 225, § 9)

Lorsque les revenus de la personne à charge dépassent le montant visé au § 3, alinéa 1er, uniquement en raison de l'augmentation à partir du 1er avril 2015 de la pension minimum garantie pour un travailleur indépendant isolé, visée à l'article 1er de l'arrêté royal du 27 mars 2015 modifiant les articles 131*bis*, § 1er*septies* et 131*ter*, § 1er, de la loi du 15 mai 1984 portant mesures d'harmonisation dans les régimes de pensions, le titulaire maintient la qualité de titulaire avec personne à charge à condition qu'il se trouve toujours dans la même situation.

I.2.3.6. Maintien de la qualité de titulaire ayant personne à charge en cas d'augmentation de la pension minimum garantie pour un travailleur indépendant isolé via la loi-programme du 19 décembre 2014 (art. 225, § 10)

Lorsque les revenus de la personne à charge dépassent le montant visé au § 3, alinéa 1er, uniquement en raison de l'augmentation à partir du 1er août 2016 de la pension minimum garantie pour un travailleur indépendant isolé, résultant de l'insertion, par la loi-programme du 19 décembre 2014, de l'article 131*bis*, § 1er*octies*, de la loi du 15 mai 1984 portant mesures d'harmonisation dans les régimes de pensions, le titulaire maintient la qualité de titulaire avec personne à charge à condition qu'il se trouve toujours dans la même situation.

I.2.3.7. Maintien de la qualité de titulaire ayant personne à charge en cas de l'octroi d'une prime de rattrapage à certains bénéficiaires d'une pension minimum dans les régimes des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants en exécution du Chapitre III de la loi du 6 juillet 2016 accordant une prime à certains bénéficiaires d'une pension minimum et portant augmentation de certaines pensions minima, dans les régimes des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants, ou de l'augmentation de certaines pensions minima dans les régimes des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants en exécution du Chapitre IV de la même loi (art. 225, § 11)

Lorsque les revenus de la personne à charge dépassent le montant visé au § 3, alinéa 1er, uniquement en raison de (i) l'octroi d'une prime de rattrapage à certains bénéficiaires d'une pension minimum dans les régimes des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants en exécution du Chapitre III de la loi du 6 juillet 2016 accordant une prime à certains bénéficiaires d'une pension minimum et portant augmentation de certaines pensions minima, dans les régimes des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants, ou (ii) de l'augmentation de certaines pensions minima dans les régimes des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants à partir du 1er janvier 2017 **et** à partir du 1er janvier 2018 en exécution du Chapitre IV de la même loi, le titulaire maintient la qualité de titulaire avec personne à charge, à condition qu'il se trouve toujours dans la même situation.

I.2.4. CONVERSION EN UN MONTANT MENSUEL

Les indemnités ou les allocations dont le montant est journalier, doivent être multipliées par 26 pour obtenir le montant mensuel. Toutefois, le montant journalier d'une indemnité octroyée pour une incapacité temporaire de travail en application de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents de travail ou des lois relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci, coordonnées le 3 juin 1970, doit être multiplié par 30 pour obtenir le montant mensuel.

II. Composition du ménage du titulaire

En principe, toutes les personnes qui cohabitent avec le titulaire font partie du ménage de ce dernier.

Pour pouvoir parler de "cohabitation effective", deux conditions doivent être remplies cumulativement :

1) il doit s'agir de personnes cohabitant sous "le même toit" ;
2) ces personnes doivent constituer un ménage commun sous forme de cohabitation "permanente" et régler ensemble leurs "questions ménagères".

II.1. Cohabitation sous le même toit

II.1.1. GÉNÉRALITÉS

Pour contrôler la composition du ménage et déterminer s'il est question de cohabitation, l'organisme assureur doit se baser sur les données du Registre national. L'article 225, § 4 fait référence à l'information visée à l'article 3, alinéa 1er, 5° de la loi du 8 août 1983 (organisant un Registre national des personnes physiques), c'est-à-dire, la résidence principale.

L'organisme assureur **ne peut** tenir compte d'autres données que lorsqu'il ressort d'autres documents probants produits à cet effet que la situation à prendre en considération ne correspond pas ou plus aux données du Registre national.

Il convient de tenir compte **immédiatement et de manière continue** (pas uniquement lors de l'enquête annuelle) de toute modification de la composition de ménage, qui est communiquée à l'organisme assureur par le biais du réseau de la Banque-Carrefour (pour les assurés pour lesquels l'intégration a eu lieu) et le C.I.N.. L'organisme assureur doit donc vérifier si la modification de la situation familiale a une incidence sur la qualité de l'intéressé (titulaire avec ou sans personne à charge, titulaire qui peut prétendre à une indemnité plus élevée pour cause de perte de revenu unique) et doit, le cas échéant, adapter le montant de l'indemnité et procéder le plus vite possible à la récupération des indemnités octroyées indûment (voir point V ci-après).

II.1.2. SITUATIONS EXCEPTIONNELLES

Lorsque, sur la base des documents probants transmis, il ressort que la situation réelle de l'intéressé ne correspond pas ou plus aux données du Registre national, l'organisme assureur tient compte de cette situation.

Si nécessaire, l'organisme assureur doit procéder à un examen complémentaire sur base de documents ou éléments en sa possession. Voici quelques situations dans lesquelles pareil examen peut être indiqué :

- l'organisme assureur dispose lui-même de données qui indiqueraient que les données du Registre national ne correspondent pas (plus) à la situation de fait de l'intéressé :
  - l'intéressé demande l'inscription de personnes à sa charge pour le droit aux soins de santé, alors que l'intéressé était considéré comme isolé
  - il ressort de documents justificatifs (avertissement extrait de rôle relatif à l'impôt des personnes physiques) que l'intéressé a fiscalement une ou plusieurs personnes à sa charge, alors que l'intéressé était considéré comme isolé.
- l'intéressé communique lui-même que sa situation familiale ne correspond pas aux données du Registre national (avec présentation de pièces justificatives probantes)
- l'intégration de l'intéressé par le biais de la BCSS n'a pas encore eu lieu.

II.2. Constituer un ménage commun

Dans un arrêt du 9 octobre 2017 (R.G. S.16.0084.F) et 22 janvier 2018 (R.G. S.17.0024.F) (dans le cadre du secteur du chômage), la Cour de cassation a dû se prononcer sur ce qu'il faut entendre par "régler ensemble les questions ménagères".

La Cour de cassation a jugé que *"pour pouvoir conclure que deux ou plusieurs personnes vivant ensemble sous le même toit règlent principalement ensemble les questions ménagères et que, par conséquent elles cohabitent, 2 conditions doivent être remplies :*

1) *retirer un avantage économico-financier du partage de l'habitation ;*
2) *effectuer en commun des tâches, des activités, ainsi que d'autres questions ménagères, telles que l'entretien de l'habitat et éventuellement son aménagement, la lessive, les courses ainsi que la préparation et la prise en commun des repas, de même encore, éventuellement, y affecter des moyens financiers.*

Le juge décide en fait si les questions ménagères sont principalement réglées en commun."

Pour déterminer s'il est question d'un ménage commun, l'organisme assureur devra donc vérifier si le titulaire indemnisable peut, oui ou non, être considéré comme étant "économiquement indépendant" de ses cohabitants. La preuve doit en être fournie par le titulaire indemnisable.

Dans la mesure où un titulaire reconnu en incapacité de travail, qui :

- selon les données du Registre national ou dans les faits cohabite avec d'autres personnes
- peut prouver qu'il ou elle ne constitue effectivement pas un ménage commun avec ses cohabitants mais qu'il s'agit d'une colocation avec une indépendance économique (il/elle peut subvenir à ses propres besoins)
- peut être considéré comme isolé (même en présence d'équipements communs tels qu'une salle de bain, des toilettes ou une cuisine)
- et l'organisme assureur devra alors l'indemniser comme titulaire isolé.

Cela peut, par exemple, apparaître du fait que le titulaire des indemnités dispose d'une ou plusieurs pièces séparées et pourvoit même à l'achat de ses propres denrées alimentaires, vêtements, produits de lessive ou de l'utilisation d'un moyen de transport personnel, etc...).

Comme le précise aussi la Cour de cassation dans les arrêts précités du 9 octobre 2017 et du 22 janvier 2018, il s'agit d'une évaluation factuelle. Il incombe aux organismes assureurs de procéder à cette évaluation au cas par cas, en fonction de la situation concrète qui leur est soumise.

II.2.1. INDICATEURS QUE LES ORGANISMES ASSUREURS PEUVENT PRENDRE EN COMPTE POUR CETTE ÉVALUATION FACTUELLE

Sur la base de l'ancienne casuistique et de la jurisprudence, il est possible de définir quelques indicateurs que les organismes assureurs peuvent prendre en considération pour cette évaluation factuelle et qui peuvent leur permettre de malgré tout considérer comme titulaire isolé le titulaire indemnisable qui habite sous le même toit avec d'autres personnes :

- le fait de disposer de son propre contrat de location sur la base duquel un montant de loyer fixe est payé

- l'entrée à différentes périodes dans le contrat de location des cohabitants

- le fait de prendre financièrement en charge les équipements utilitaires (eau, gaz, électricité...)
  ! en cas de facturation commune des frais, il faut en tout cas établir clairement que l'assuré prend lui-même en charge sa quote-part personnelle (contribution personnelle dans les frais communs)

- le fait de disposer de son propre accès à l'habitation, de sa propre sonnette, de sa propre boîte aux lettres

- le fait de disposer de chambres distinctes pouvant être fermées à clé

- le fait de pouvoir préparer ses propres repas (par ex. : disposer de son propre plan de cuisson, de son propre four (à micro-ondes), de sa propre armoire à provisions)

- le fait de pouvoir utiliser des équipements sanitaires individuels (propre lavabo, bain, WC)
- le fait de pouvoir acheter ses propres denrées alimentaires et autres effets nécessaires au ménage (en d'autres termes, le fait qu'il n'y a pas de budget commun pour l'achat des effets requis pour le ménage)
- le fait de veiller personnellement à son hygiène (achat de vêtements personnels, de produits de lessive, de papier-toilette...)
- le fait d'effectuer soi-même l'entretien des espaces personnels (achat personnel de produits d'entretien tels que du savon, des serpillières, des torchons...)
- le fait d'avoir un abonnement personnel TV, Internet, GSM
- le fait d'assurer ses propres soins médicaux (médication, consultations médicales...)
- le fait de contracter personnellement une assurance pour son propre mobilier
- le fait d'utiliser son propre moyen de transport pour se déplacer.

II.2.2. PREUVES POUVANT ÊTRE JUGÉES SUFFISANTES POUR RETENIR UNE SITUATION DÉVIANTE (PAR RAPPORT AUX DONNÉES DU REGISTRE NATIONAL)

- une copie de contrat de location d'où il ressort que le titulaire reconnu incapable de travailler loue des chambres/espaces séparé(e)s dans l'habitation du bailleur, copie accompagnée d'extraits de compte prouvant la régularité des paiements d'un loyer
- des documents qui démontrent que l'intéressé subvient lui-même à ses propres besoins peuvent être pris en considération tels que, par exemple :
  - des factures ou des extraits de comptes relatifs au paiement de la consommation d'électricité, d'eau, de chauffage ou d'Internet
  - des contrats d'assurances individuels, comme par exemple une assurance incendie ou une assurance pour les accidents personnels
  - un abonnement individuel train ou bus.
- une note révélant des accords internes entre cohabitants attestant qu'il n'est nullement question d'un ménage commun
- dans certains cas, une déclaration de l'agent de quartier peut aussi être réclamée, attestant que les personnes, bien qu'habitant à la même adresse, ne constituent pas un ménage commun.

Dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale, il est à cet égard aussi important d'indiquer :

- que les organismes assureurs doivent évaluer avec prudence les éléments de preuve qui leur sont communiquées
- que plusieurs éléments de preuve doivent pouvoir être soumis simultanément à l'organisme assureur avant qu'il puisse le considérer comme un isolé dans le cadre du cohousing
- qu'une déclaration écrite sur l'honneur d'un assuré qu'il contribue à ses propres besoins ne suffit pas à elle seule comme preuve de cohousing

- que l'organisme assureur en cas de doute, peut solliciter l'avis du Service des indemnités de l'INAMI.

! Dès qu'il a déjà été constaté dans le cadre d'une enquête judiciaire par un auditorat du travail, une vérification par un service d'inspection ou une enquête de police, que la situation de l'intéressé doit être considérée comme frauduleuse, dans le but de percevoir des indemnités majorées, les éléments de preuve précités ne peuvent plus être acceptés pour régulariser *a posteriori* le dossier indemnités.

III. Preuve du revenu et preuve de la composition du ménage

III.1. Preuve du revenu ("formulaire 225")

III.1.1. LE COHABITANT DÉCLARE BÉNÉFICIER D'UN REVENU SUPÉRIEUR AU PLANCHER

Lorsque le cohabitant déclare disposer d'un revenu mensuel ***supérieur*** au montant mensuel maximum autorisé pour pouvoir être considéré comme personne à charge, il **n'y** a **pas lieu** de joindre des pièces justificatives particulières au "formulaire 225".

Lorsque l'intéressé mentionne toutefois sur le "formulaire 225" qu'il dispose de revenus dont il n'est pas tenu compte pour l'application de l'article 225, § 3 (complément d'ancienneté octroyé aux chômeurs âgés, indemnité complémentaire octroyée en vertu de la CCT n° 46, allocation complémentaire résultant d'une activité ALE ou du travail de proximité), l'organisme assureur doit, si nécessaire, procéder à des vérifications supplémentaires.

Ainsi, le chômeur prouve qu'il bénéficie d'un complément d'ancienneté au moyen d'une attestation établie par la caisse de paiement des allocations de chômage; il prouve le bénéfice d'une indemnité complémentaire aux allocations de chômage au moyen d'une attestation établie par l'employeur chargé du paiement de cette indemnité (art. 225, § 3, al. 4).

Voir en ce sens, les déclarations jointes au "formulaire 225" et les instructions des circulaires O.A. rubrique 421/15 et 421/16 du 28 juin 1989 et du 22 mars 1991.

III.1.2. LE COHABITANT BÉNÉFICIE D'UN REVENU QUI N'EXCÈDE PAS LE MONTANT PLANCHER

Il s'agit d'un revenu **imposable**.

Lorsque le cohabitant bénéficie d'un revenu imposable (revenu d'un travail salarié ou indépendant, revenu de remplacement), il doit joindre au "formulaire 225" l'avertissement-extrait de rôle le plus récent concernant ces revenus (cela peut être l'avertissement-extrait de rôle établi au nom du titulaire et de son époux ou épouse), ainsi qu'une copie de la fiche de salaire la plus récente ou d'un autre document qui donne un aperçu du revenu de remplacement (attestation de l'organisme payeur des revenus de remplacement, fiche de calcul des vacances annuelles, preuve de paiement de la prime de fin d'année ou du 13e mois, etc…).

Le cohabitant bénéficie d'un revenu **non imposable :**

Lorsque l'intéressé bénéficie d'un revenu non imposable ou exempté d'impôts, il doit toujours joindre au "formulaire 225" une pièce justificative concernant ce revenu :

- il peut s'agir d'une déclaration de l'employeur ou de l'organisme payeur des prestations sociales
- il peut s'agir d'une copie de la fiche de salaire la plus récente ou d'un autre document qui donne un aperçu du revenu (de remplacement)
- les titulaires d'une pension (législation belge ou étrangère) peuvent présenter comme preuve la souche de l'assignation postale ou bancaire la plus récente ou la preuve la plus récente du paiement de la pension.

III.1.3. LE COHABITANT DÉCLARE NE PAS BÉNÉFICIER DE REVENUS

Lorsque le cohabitant déclare ne pas bénéficier de revenus :

- il doit présenter l'avertissement-extrait de rôle du titulaire lui-même, lorsqu'il est fiscalement à sa charge
- il doit, si aucun avertissement-extrait de rôle ne peut être présenté, soit indiquer qu'il est exempté de l'obligation de faire une déclaration, soit signaler que l'administration fiscale ne lui envoie plus d'avertissement-extrait de rôle.

III.1.4. SITUATIONS PARTICULIÈRES

III.1.4.1. Enfant qui a la qualité de personne à charge

Lorsqu'un enfant confère la charge de famille au titulaire, l'organisme assureur ne doit pas disposer d'une preuve de revenus si l'enfant n'a pas encore atteint l'âge de 15 ans.

À partir de l'âge de 15 ans :

- aucune pièce justificative ne doit être réclamée si l'enfant bénéficie d'un revenu mensuel supérieur au montant du plancher autorisé
- si le revenu mensuel de l'enfant n'excède pas le montant plancher, le titulaire doit présenter un document récent prouvant qu'il perçoit des allocations familiales ou une copie de son avertissement-extrait de rôle le plus récent, ou, s'il n'a pas reçu d'avertissement-extrait de rôle, la pièce justificative la plus récente relative au revenu de son enfant (attestation de l'employeur ou de l'organisme payeur des prestations sociales)
- si l'enfant n'a aucun revenu, le titulaire doit présenter une copie de l'avertissement-extrait de rôle le plus récent, dont il appert que l'enfant est fiscalement à sa charge, ou, s'il n'a pas reçu d'avertissement-extrait de rôle, un document prouvant qu'il perçoit des allocations familiales.

III.1.4.2. Titulaire qui se trouve dans la situation visée à l'article 226 et qui paie une pension alimentaire ou une contribution alimentaire ou qui cède une partie de ses revenus à son conjoint

Dans le dossier administratif de l'intéressé, l'organisme assureur doit disposer d'une copie de la décision judiciaire ou de l'acte notarié dont il ressort qu'il est tenu de payer une pension alimentaire et/ou une contribution alimentaire ou une copie de la décision judiciaire dont il ressort que l'intéressé cède une partie de ses revenus à son conjoint pour un montant minimum de 111,55 EUR par mois.

Ainsi, lors du contrôle du titulaire en incapacité primaire ou du contrôle annuel des titulaires invalides, l'assuré doit présenter l'avertissement-extrait de rôle des contributions directes le plus récent, qui fait apparaître que 80 pc du montant de la pension alimentaire, de la contribution alimentaire, qu'il paie ou de la cession d'une partie de ses revenus, est défalqué, comme dépense déductible du total de ses revenus nets, en application de l'article 104, premier alinéa, 1° ou 2° du Code des impôts de 1992.

Si l'assuré ne reçoit plus d'avertissement-extrait de rôle ou ne dispose pas encore d'un avertissement-extrait de rôle faisant apparaître le paiement de la pension alimentaire, de la contribution alimentaire ou de la cession de rémunération, il doit alors présenter la preuve du paiement régulier de celle-ci (par ex., copie des extraits de compte les plus récents).

Sont visés, les titulaires qui se trouvent dans la situation visée à l'article 226 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, c'est-à-dire qui soit vivent seul, soit cohabitent avec des personnes qui ne bénéficient d'aucun revenu et ne sont pas considérées comme personnes à charge.

III.1.4.3. Co-parenté

Lorsque le titulaire éduque un ou plusieurs enfants dont les revenus n'excèdent pas le plafond prévu à l'article 225, § 3, sous le régime de la co-parenté (cohabitation au moins deux jours par semaine en moyenne), une copie de la décision (jugement ou acte notarié) qui officialise cette situation doit être communiquée à l'organisme assureur.

Remarque : le bénéfice du régime de la co-parenté n'est pas réservé, comme c'est le cas dans la réglementation chômage, aux titulaires qui sont isolés (art. 226 de l'A.R. du 03.07.1996).

Exemple : Le titulaire qui cohabite avec un parent ou allié jusqu'au 3e degré dont le revenu brut est supérieur ou égal à 1.562,59 EUR* et avec un enfant, dans le cadre de la co-parenté peut bénéficier du taux avec charge de famille.

En effet, dans ce cas de figure, l'enfant ouvre le droit à la charge de famille et le parent ou allié jusqu'au 3e degré ne le fait pas perdre, conformément à l'article 225, § 2, alinéa 1er.

* (Montant en vigueur depuis le 01.06.2017)

III.2. Preuve de la composition du ménage

Dans les relations entre l'INAMI et les O.A., les informations obtenues auprès du Registre national et reprises sur une fiche d'identification, ont force probante lorsque ces données figurent dans la banque de données, visée à l'article 2 de l'arrêté royal du 10 octobre 1994 (portant exécution de l'art. 8 de la loi coordonnée le 14.07.1994). Lorsque ces conditions sont remplies, il n'est plus nécessaire d'avoir d'autres documents justificatifs dans le dossier administratif de l'intéressé.

Lorsque ces conditions ne sont pas remplies (par ex. la banque de données n'est pas encore opérationnelle, il n"y a pas eu d'intégration pour un assuré, l'organisme assureur se base sur d'autres données que celles du Registre national), les autres documents justificatifs doivent se trouver dans le dossier administratif de l'intéressé (fiche d'identification, autres documents probants en ce qui concerne la composition du ménage).

IV. Périodicité des mesures de contrôle à appliquer

IV.1. Travailleur salarié - Chômeur contrôlé

IV.1.1. DÉBUT D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL :

À partir du 1er janvier 2010, plus aucun "formulaire 225" ne doit être envoyé au début de l'incapacité de travail.

En effet, depuis le 1er janvier 2009, tous les titulaires en incapacité primaire bénéficient d'une indemnité dont le montant correspond à 60 % de la rémunération journalière moyenne. Il n'est donc plus fait de distinction entre les titulaires ayant personne à charge ou isolés et les titulaires cohabitants.

En outre, par arrêté royal du 3 décembre 2009 modifiant, en matière de précompte professionnel, l'A.R./CIR 1992, publié au Moniteur belge du 11 décembre 2009, l'annexe III de l'A.R./CIR 1992 a été remplacée par une nouvelle annexe qui prévoit que pour l'application du précompte professionnel sur les indemnités accordées à tous les titulaires (avec ou sans charge de famille) *pendant les six premiers mois de l'incapacité de travail, il faut tenir compte du montant de l'indemnité minimum accordée à un travailleur non régulier avec charge de famille* (les dispositions de la nouvelle annexe s'appliquent aux indemnités payées à partir du 01.01.2010).

IV.1.2. DANS LE COURANT DU 5e OU DU 6e MOIS D'INCAPACITÉ :

L'organisme assureur doit vérifier la composition de ménage du titulaire sur la base des données du Registre national (voir ci-dessus, sous les pts II.1 et III.2).

À partir du 1er jour du 7e mois d'incapacité de travail, l'organisme assureur doit pouvoir opérer la distinction entre les titulaires ayant personne à charge, les titulaires isolés et les titulaires cohabitants pour l'octroi des minima (travailleur régulier ou travailleur non régulier). L'organisme assureur doit donc disposer des données relatives à la charge de famille à partir de cette date afin de déterminer correctement le montant de l'indemnité à allouer au titulaire.
À cette fin, l'organisme assureur envoie au plus tard, dans le courant du 6e mois, le "formulaire 225" à l'ensemble des titulaires.

Remarques : sur le "formulaire 225", il y a lieu de mentionner le revenu du cohabitant relatif au mois qui précède le mois au cours duquel le contrôle est effectué.

En cas de **rechute** en incapacité primaire (par ex. après une reprise de travail de moins de 14 jours), les mesures de contrôle ne doivent pas de nouveau être appliquées et l'organisme assureur peut se baser sur les documents justificatifs qui lui ont été transmis antérieurement.

Pour toute **nouvelle** période d'incapacité primaire, les mesures de contrôle doivent à nouveau être appliquées.

Tant que l'organisme assureur ne dispose pas des données relatives à la charge de famille (notamment via le "formulaire 225" dûment complété), il ne peut accorder des indemnités qu'au taux prévu pour les titulaires sans charge de famille, cohabitants.

IV.1.3. DANS LE COURANT DU MOIS DE L'ENTRÉE EN INVALIDITÉ ET CONTRÔLE ANNUEL ULTÉRIEUR À LA DATE D'ANNIVERSAIRE DE L'ENTRÉE EN INVALIDITÉ :

- L'organisme assureur doit effectuer le *contrôle annuellement*, en ce qui concerne la preuve du revenu des membres du ménage (envoi du "formulaire 225"). En ce qui concerne la composition du ménage (vérification des données du Registre national), l'organisme assureur doit vérifier de manière continue toute modification de la composition du ménage :
  - Le **premier** contrôle doit avoir lieu dans le courant du mois au cours duquel le titulaire entre en invalidité
  - **Ensuite**, le contrôle doit se faire annuellement dans le courant du mois anniversaire de la date du début de l'invalidité.

> Par exemple le titulaire a été reconnu comme étant incapable de travailler à partir du 2 mai 2017 et entre en invalidité le 2 mai 2018. L'intéressé continue à être reconnu invalide. Après l'entrée en invalidité, le contrôle annuel doit avoir lieu dans le courant du mois de mai.

Ce contrôle doit se faire **annuellement** pour ***tous les titulaires invalides :***

- lors de **l'entrée en invalidité,** aussi longtemps qu'il ne dispose pas des documents justificatifs nécessaires ("formulaire 225" et annexes), l'organisme assureur ne peut accorder des indemnités qu'au taux prévu pour les titulaires sans charge de famille, cohabitants
- par la suite, lorsque l'organisme assureur n'est pas en possession du "formulaire 225" dûment complété **le premier jour du troisième mois** qui suit le mois au cours duquel le **contrôle annuel** en invalidité est effectué, les indemnités ne peuvent être octroyées à partir de ce jour, qu'au taux prévu pour un titulaire sans charge de famille, cohabitant.

Après réception des pièces justificatives, l'organisme assureur doit procéder aux vérifications requises et, si nécessaire, effectuer une régularisation (accorder un supplément ou récupérer) :

- **en cas de rechute en invalidité** (moins de 3 mois de reprise du travail ou du chômage contrôlé), la date "initiale" de l'entrée en invalidité doit toujours être prise en considération. Les mesures de contrôle ne doivent alors pas être à nouveau appliquées (mais bien à la date anniversaire de l'entrée en invalidité)
- il convient de tenir compte de la date réelle d'entrée en invalidité (par ex. effet suspensif des périodes de protection de la maternité sur le cours d'une période d'incapacité de travail primaire, la date d'entrée en invalidité est prolongée de la durée des périodes de protection de la maternité ; la date réelle d'entrée en invalidité doit être prise en considération).

IV.1.4. LETTRE SEMESTRIELLE EN PÉRIODE D'INVALIDITÉ

Entre le 5e et le 6e mois suivant la date d'entrée en invalidité, l'organisme assureur adresse à l'ensemble des titulaires, la lettre semestrielle qui convient, en fonction de la situation, afin de rappeler au titulaire que si d'éventuelles modifications sont intervenues dans la situation des personnes qui cohabitent avec lui, il y a lieu de le signaler à son organisme assureur (les modèles de lettres sont repris en annexe à la circulaire). En fonction de la réponse du titulaire, l'organisme assureur appréciera l'opportunité d'envoyer un nouveau "formulaire 225".

Cette lettre semestrielle doit être envoyée entre chaque enquête annuelle.

Le formulaire repris en **annexe 3** est destiné au titulaire bénéficiant d'indemnités en tant que titulaire avec charge de famille.

Le formulaire repris en **annexe 4** est destiné au titulaire bénéficiant d'indemnités en tant que "personne isolée" au sens de l'article 226*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (le cohabitant bénéficie donc d'un revenu professionnel ou d'un revenu professionnel et d'un revenu de remplacement dont le montant mensuel est supérieur à 970,67 EUR* mais inférieur à 1.562,59 EUR*).

Le formulaire repris en **annexe 5** est destiné au titulaire (isolé) bénéficiant d'indemnités en tant que titulaire avec charge de famille parce qu'il paie une pension alimentaire mensuelle d'au moins 111,55 EUR par mois ou au titulaire qui éduque un ou plusieurs enfants dont les revenus n'excèdent pas le plafond de 970,67 EUR* sous le régime de la co-parenté.

Le formulaire repris en **annexe 6** est destiné au titulaire bénéficiant d'indemnités au taux isolé parce qu'il cohabite avec une personne qui bénéficie de revenus de remplacement dont le montant est supérieur à 970,67 EUR* sans dépasser 1.068,28 EUR*.

* (Montants en vigueur depuis le 01.06.2017)

IV.2. Titulaires indépendants

IV.2.1. CONTRÔLE À L'EXPIRATION DE LA PÉRIODE D'INCAPACITÉ PRIMAIRE NON INDEMNISABLE ("FORMULAIRE 225") :

- l'organisme assureur doit contrôler la composition du ménage du titulaire et la situation en matière de revenus des cohabitants au plus tard à **l'expiration des premiers 14 jours d'incapacité primaire non indemnisable** (art. 7 de l'A.R. du 20.07.1971)
- tant que l'organisme assureur ne dispose pas des documents justificatifs nécessaires, l'assuré ne peut prétendre qu'aux indemnités primaires prévues pour un titulaire sans charge de famille, cohabitant. Lorsque sur la base des pièces introduites, il s'avère que l'intéressé doit être considéré comme un titulaire ayant charge de famille, l'organisme assureur doit procéder à la régularisation nécessaire
- lors **d'une rechute en incapacité primaire**, les mesures de contrôle ne doivent pas à nouveau être appliquées.

IV.2.2. LETTRE SEMESTRIELLE

Entre le 5e et le 6e mois après la date de début de l'incapacité de travail, l'organisme assureur adresse le modèle de lettre semestrielle qui convient en fonction de la situation afin de rappeler au titulaire que si d'éventuelles modifications sont intervenues dans la situation des personnes qui cohabitent avec lui, il doit le signaler à son organisme assureur (les modèles de lettres sont repris en annexe à la circulaire). En fonction de la réponse du titulaire, l'organisme assureur appréciera l'opportunité d'envoyer un nouveau "formulaire 225".

IV.2.3. CONTRÔLE DANS LE COURANT DU MOIS DE L'ENTRÉE EN INVALIDITÉ ET CONTRÔLE ANNUEL ULTÉRIEUR DANS LE COURANT DU MÊME MOIS POUR LES ANNÉES SUIVANTES :

L'organisme assureur doit respecter en l'occurrence les mêmes mesures de contrôle que celles mentionnées sous le point IV.1.3 et IV.1.4.

V. Récupérations

Lorsque l'organisme assureur constate qu'un montant d'indemnités a été accordé indûment, il doit tout d'abord adapter sans délai le montant de l'indemnité et procéder le plus vite possible à la récupération auprès de l'assuré. Les formalités, telles que prévues dans la charte de l'assuré social, doivent être respectées.

Si nécessaire, l'organisme assureur doit interrompre la prescription à l'égard de l'intéressé par lettre recommandée.

VI. Délais de conservation des pièces justificatives

En ce qui concerne les délais durant lesquels les pièces justificatives, doivent être conservées par les organismes assureurs, les directives de la circulaire O.A. n° 87/50, rubrique 510/28 du 4 février 1987 (comme modifiées ultérieurement) doivent être respectées.

VII. Application – Abrogation de circulaires antérieures - Annexes

La présente circulaire est d'application à partir du **1er juillet 2018.**

Les circulaires O.A. nos 2012/233 – 18/1 – 421/20[1] du 22 juin 2012 et 2013/133 du 19 mars 2013 sont abrogées.

…

Circulaire O.A. n° 2018/190[2] – 18/4 – 421/23 du 3 juillet 2018.

1. Publiée dans le B.I. n° 2012/2.
2. Publiée sans les annexes.

V. Coordination des indemnités d'invalidité – Conséquences des âges de la pension divergents entre certains États membres

En vigueur à partir du 1er août 2018.

Vu le vieillissement de leur population, tant la Belgique que d'autres États membres procèdent systématiquement au relèvement de l'âge légal de la pension. Dans certains États membres, le processus est plus rapide qu'en Belgique. Par conséquent, des personnes ayant une carrière professionnelle mixte belge et étrangère sont confrontées à des pensions de retraite qui ne débutent pas à la même date.

Pour les titulaires d'une indemnité d'invalidité ayant une carrière professionnelle mixte en Belgique et dans un autre État membre de l'UE/EEE ou en Suisse, cette problématique est régie par l'**article 48 du règlement (CE) 883/2004 (ex-art. 43 du règlement (CEE) 1408/71).**

Lorsqu'un titulaire perçoit une indemnité d'invalidité partielle aussi bien belge qu'étrangère en application de l'article 46 du règlement (CE) 883/2004 ou de l'article 40, § 1er, du règlement (CEE) 1408/71 (régime du *prorata*), chaque institution débitrice d'indemnités d'invalidité à ce titulaire continue à octroyer ces indemnités jusqu'à ce que l'âge de la pension soit atteint dans l'État membre de l'institution débitrice (à condition bien sûr que toutes les autres conditions d'octroi demeurent remplies jusqu'à cette date).

S'il s'agit de personnes qui reçoivent encore exclusivement des indemnités d'invalidité de la Belgique sur la base de l'article 37 du règlement (CEE) 1408/71 (type A-A), une différence d'âge de la pension peut néanmoins naître lorsque ces personnes n'ont pas, au moment de la conversion de leur indemnité d'invalidité belge, atteint l'âge légal de la pension dans les autres États membres où elles ont jadis travaillé.

Dans la pratique, il s'agit essentiellement de personnes dernièrement assurées en Belgique, devenues invalides avant le 1er mai 2010, ayant une carrière aux *Pays-Bas* qui, jusqu'au 30 avril 2010, à l'instar de la Belgique, étaient mentionnés comme État de type A en Annexe VI du règlement (CEE) 1408/71 et où l'âge légal de la pension (âge AOW ou Algemene ouderdomswet) est depuis 2013 relevé plus rapidement qu'en Belgique.

Conformément à l'article **48, § 3, du règlement (CE) 883/2004** cette catégorie de titulaires a, pour la conversion de l'indemnité d'invalidité belge en une pension de retraite (anticipée), éventuellement droit à une "indemnité de transition au *prorata*" à charge de l'institution néerlandaise UWV (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen), à partir de la date de conversion en pension de retraite en Belgique jusqu'à l'âge légal de la pension (âge AOW ou Algemene ouderdomswet) aux Pays-Bas.[1]

À l'inverse également, les personnes ayant accompli une carrière belge, qui reçoivent encore exclusivement une indemnité d'invalidité d'un autre État membre sur la base de l'article 37 du règlement (CEE) 1408/71, peuvent éventuellement prétendre à une indemnité de transition au *prorata* lorsque leur indemnité d'invalidité perçue dans le dernier État membre compétent est convertie en pension de vieillesse et lorsque, à ce moment-là, elles ne peuvent pas encore prétendre à une pension de retraite belge (anticipée).

Dans la pratique, il s'agit essentiellement de la France où, depuis 2011, l'âge légal de la pension a été fixé à 62 ans.

1. La pertinence de cet article a été fortement renforcée par la réforme du régime relatif au "supplément pour travailleur frontalier" (art. 5, § 7, de l'A.R. du 23.12.1996) dans le régime des pensions des travailleurs salariés en exécution de la loi-programme du 19.12.2014. De ce fait, ce complément pour anciens travailleurs frontaliers n'est plus accordé après le 01.01.2015 qu'après avoir atteint l'âge légal de la pension (le plus élevé) dans l'État où l'intéressé a travaillé comme travailleur frontalier.

II. Dispositions pratiques concernant l'article 48, § 3, du règlement (CE) 883/2004

2.1. Demande de l'indemnité de transition néerlandaise

Entre les institutions compétentes des deux pays il a été convenu que la demande d'indemnité de transition puisse s'effectuer soit directement auprès de l'institution néerlandaise compétente (UWV), soit via l'organisme assureur belge /l'INAMI.

Le cas échéant, l'INAMI transmettra les informations suivantes à l'UWV :

- les informations sur la période de reconnaissance de l'invalidité en Belgique (date de début de l'invalidité et date de conversion de l'indemnité d'invalidité en pension de retraite en Belgique)
- une copie du dossier médical
- le formulaire E205 B.

En l'occurrence, un dossier au *prorata* ne doit donc pas être introduit et il ne doit pas y avoir de traitement financier des arriérés étrangers (étant donné que l'indemnité de transition suit l'indemnité d'invalidité belge).

Attention : la disposition de l'article 48, § 3, du règlement (CE) 883/2004 n'exclut pas que ces personnes indemnisées en application du règlement (CEE) 1408/71 conservent toujours le droit de faire recalculer leurs droits avec effet rétroactif sur la base de l'article 87, §§ 5-7 du règlement (CE) 883/2004, et que, par conséquent, elles réclament déjà une indemnité néerlandaise au *prorata* avant la date de début de la pension de retraite belge.

2.2. Demande d'une indemnité de transition belge

Lorsqu'un titulaire d'une pension d'invalidité française, indemnisé en application de l'article 37 du règlement (CEE) 1408/71, atteint l'âge légal de la pension en France, l'Institution des pensions française (CARSAT) introduira une demande de pension de vieillesse auprès du Service fédéral des pensions (SFP).

Si le SFP juge que l'intéressé n'entre pas en ligne de compte pour une pension de retraite belge anticipée, il transmettra la demande à l'INAMI en vue d'évaluer le droit à une éventuelle indemnité de transition au *prorata*.

Pareille demande est traitée comme tout autre dossier étranger ordinaire, moyennant quelques nuances cependant :

- l'existence de l'invalidité doit être évaluée sur la base de la date de transition française où la disposition de concordance de l'article 49, § 1er, du règlement (CE) 987/2009 ne s'applique pas
- l'indemnité au *prorata* débute au plus tôt à partir de la date de la pension de vieillesse française.

III. Devoir d'information

Les organismes assureurs sont priés de prendre les mesures requises afin d'informer correctement leurs affiliés concernés par la cessation de leur indemnité d'invalidité belge du fait qu'ils ont atteint l'âge légal de la pension en Belgique, quant aux possibilités d'introduire le cas échéant une demande d'indemnité de transition au *prorata* auprès de l'UWV néerlandais en attendant d'avoir atteint l'âge AOW aux Pays-Bas.

Circulaire O.A. n° 2018/215 – 83/483 du 25 juillet 2018.

VI. L'assurance indemnités dans le cadre de la Convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République d'Albanie le 9 décembre 2013

En vigueur à partir du 1er janvier 2016.

...

Chapitre I. Eléments de base

Section 1. Entrée en vigueur

La Convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République d'Albanie (publiée au M.B. du 22.12.2015) et l'Arrangement administratif relatif à son application (publié au M.B. du 30.12.2015) sont entrés en vigueur le **1er janvier 2016**.

Section 2. Dispositions transitoires

A. PRINCIPES DE BASE (ART. 43 DE LA CONVENTION)

Un droit est ouvert en vertu des dispositions de la Convention, même s'il se rapporte à une éventualité réalisée avant le 1er janvier 2016.

Par ailleurs, toute période d'assurance accomplie sous la législation de l'un des États contractants avant le 1er janvier 2016 est prise en considération pour la détermination du droit à une prestation s'ouvrant conformément aux dispositions de la présente Convention.

Les dispositions de la Convention n'ouvrent toutefois aucun droit à des prestations pour une période antérieure au 1er janvier 2016. De plus, les dispositions de la Convention ne s'appliquent pas aux droits qui ont été liquidés par l'octroi d'une indemnité forfaitaire ou par le remboursement de cotisations.

B. RÉVISIONS (ART. 44 DE LA CONVENTION)

- **Prestations déjà liquidées avant le 1er janvier 2016**

Les droits des intéressés auxquels une prestation ou une rente était servie avant le 1er janvier 2016 peuvent être révisés **à leur demande**, compte tenu des dispositions de la présente Convention. Une telle révision ne peut toutefois pas avoir pour effet de réduire leurs droits antérieurs.

Si la demande de révision est présentée dans un délai de deux ans à partir du 1er janvier 2016, les droits ouverts en vertu de la Convention sont acquis à partir de cette date, sans que les dispositions législatives relatives à la déchéance ou à la prescription des droits de l'un ou l'autre État contractant ne soient opposables aux intéressés.

Dans l'hypothèse où la demande de révision est présentée plus de deux ans après le 1er janvier 2016, les droits sont acquis à partir de la date de la demande, sous réserve de dispositions plus favorables de la législation de l'État contractant en cause.

Côté belge, il est fait application ici du délai de prescription de deux ans prévu à l'article 174 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

> Par exemple, un assuré albanais perçoit une prestation albanaise d'invalidité depuis le 1er mars 2012. Il a également, par le passé, travaillé un certain nombre d'années en Belgique. Le 15 janvier 2019, il introduit auprès de l'organisme albanais une demande en vue de recalculer ses droits sur la base de la Convention belgo-albanaise. Dans pareil cas, une prestation belge au *prorata* n'est valable qu'à partir du 1er janvier 2017 au plus tôt.

- **Prestations non liquidées ou suspendues**

Toute prestation qui n'a pas été liquidée ou qui a été suspendue à cause de la nationalité de l'intéressé ou en raison de sa résidence sur le territoire de l'État contractant autre que celui où se trouve l'organisme débiteur compétent est, à la demande de l'intéressé, liquidée ou rétablie à partir du 1er janvier 2016.

Si la demande est présentée dans un délai de deux ans à partir du 1er janvier 2016, les droits ouverts en vertu de la Convention sont acquis à partir de cette date, sans que les dispositions législatives relatives à la déchéance ou à la prescription des droits de l'un ou l'autre État contractant ne soient opposables aux intéressés.

Dans l'hypothèse où la demande de révision est présentée plus de deux ans après le 1er janvier 2016, les droits sont acquis à partir de la date de la demande, sous réserve de dispositions plus favorables de la législation de l'État contractant en cause.

Chapitre II. Principes théoriques

Section 1. Champ d'application

A. MATÉRIEL CHAMP D'APPLICATION (ART. 2 DE LA CONVENTION)

La Convention s'applique aux législations relatives :

- en Belgique :

1) à l'**assurance maladie et maternité** des **travailleurs salariés** et des **travailleurs indépendants** ;
2) aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ;
3) aux pensions de retraite et de survie des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants ;
4) à l'**assurance invalidité** des **travailleurs salariés**, des marins de la marine marchande et des ouvriers mineurs, ainsi que des **travailleurs indépendants**.

- en Albanie (en ce qui concerne le système de sécurité sociale)

1) aux prestations de santé pour travailleurs salariés ;

2) aux prestations de maternité pour travailleurs salariés et travailleurs indépendants, ainsi que pour employeurs ;

3) aux prestations en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles pour travailleurs salariés ;

4) aux pensions de vieillesse, d'invalidité et de survie pour travailleurs salariés et travailleurs indépendants, ainsi que pour employeurs.

B. CHAMP D'APPLICATION PERSONNEL (ART. 3 DE LA CONVENTION)

L'application de la Convention n'est pas subordonnée à une condition de nationalité de l'un des États contractants. L'article 3 de la Convention prévoit en effet que, sauf dispositions contraires, celle-ci s'applique aux **personnes qui sont ou qui ont été soumises à la législation de l'un des deux États contractants**, et à toute autre personne dont les droits dérivés proviennent de celles-ci.

Par ailleurs, l'article 4 de la Convention fait référence au principe d'égalité de traitement entre, d'une part, les personnes auxquelles celle-ci s'applique en vertu de l'article 3 et, d'autre part, les ressortissants des États contractants. Ainsi, et à moins qu'il n'en soit disposé autrement dans la présente Convention, les personnes visées à l'article 3 sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de l'État contractant dans les mêmes conditions que les ressortissants de cet État.

Section 2. Législation applicable (art. 7 et ss.de la Convention)

En principe, les personnes qui exercent une activité professionnelle sur le territoire de l'un des États contractants sont soumises à la **législation de cet État** quel que soit l'État dans lequel l'employeur a son siège (art. 7, § 1er de la Convention). Cette règle comporte toutefois de nombreuses **exceptions** qui sont prévues aux articles 7, § 1er, b et c de la Convention (secteur du transport international de passagers ou de marchandises et de marins), 8 de la Convention (détachement), 9 de la Convention (fonctionnaires et personnel assimilé) et 10 de la Convention (membres des missions diplomatiques et des postes consulaires).

Lorsqu'une personne **exerce simultanément une activité professionnelle indépendante en Belgique et une activité salariée en Albanie**, la Convention prévoit que l'activité exercée en Albanie doit être assimilée à une activité salariée exercée en Belgique, afin de fixer les obligations résultant de la législation belge relative au statut social des travailleurs indépendants (art. 7, § 2, de la Convention).

Lorsqu'une personne exerce simultanément une activité en tant que travailleur salarié ou travailleur indépendant dans les deux États contractants, c'est la législation de l'État membre de résidence qui est d'application. Pour le calcul des cotisations dues conformément à la législation de l'État de résidence, il est tenu compte de la somme des revenus professionnels acquis dans les deux États (art. 7, §§ 3-4, de la Convention).

Un **certificat d'assujettissement** (**formulaire BE-AL 101**) doit être demandé en cas de détachement de travailleurs salariés (art. 8 de la Convention), de fonctionnaires et de personnel assimilé (art. 9 de la Convention) et de membres des missions diplomatiques et des postes consulaires (art. 10 de la Convention). En toute hypothèse, le travailleur doit transmettre une copie du certificat à l'institution visée par l'article 5 de l'Arrangement administratif, et conserver l'original du certificat durant toute la période indiquée. Celui-ci sert en effet de preuve dans le pays d'accueil de la situation d'assujettissement de l'intéressé. Pour le surplus, nous renvoyons à l'article 5 de l'Arrangement administratif.

Section 3. Principe de totalisation

A. PRESTATIONS EN CAS D'INCAPACITÉ PRIMAIRE ET DE MATERNITÉ (ART. 12 DE LA CONVENTION)

Les **périodes d'assurance**[1] accomplies sous la législation de chacun des États contractants sont totalisées, pour autant qu'elles ne se superposent pas, afin de déterminer l'**ouverture**, le **maintien** ou le **recouvrement** du droit aux prestations, ainsi que leur **durée d'octroi**.

À cette fin, l'intéressé doit présenter à l'organisme compétent un certificat (**formulaire BE-AL/AL-BE 104**)[2] mentionnant les périodes d'assurance accomplies sous la législation de l'État contractant à laquelle il a été soumis antérieurement en dernier lieu. Ce certificat est demandé, en Belgique, à l'organisme assureur auquel il était affilié en dernier lieu et, en Albanie, à l'Institut d'assurances sociales. Si l'intéressé ne présente pas ledit certificat, l'organisme compétent s'adresse directement à l'organisme compétent de cet État contractant pour l'obtenir ou, si ce dernier n'est pas connu, à l'organisme de liaison (art. 6 de l'Arrangement administratif).

B. INVALIDITÉ (ART. 28 DE LA CONVENTION)

Pour l'**acquisition**, le **maintien** ou le **recouvrement** du droit aux prestations belges d'invalidité, les périodes d'assurance et les périodes assimilées accomplies conformément à la législation albanaise relatives à l'assurance invalidité sont totalisées en tant que de besoin, pour autant qu'elles ne se superposent pas avec les périodes d'assurance accomplies sous la législation belge. Lorsque des périodes assimilées à une période d'assurance coïncident, la Belgique ne prendra en compte que les périodes assimilées suivant directement une activité professionnelle en Belgique.

Concernant les prestations nécessitant, au regard de la législation d'un État contractant, l'accomplissement de périodes d'assurance dans une **profession déterminée** (par ex. en Belgique : pour les marins et les ouvriers mineurs), la Convention prévoit que seules les périodes d'assurance accomplies ou assimilées dans la même profession dans l'autre État contractant peuvent être totalisées. Si toutefois ces périodes sont insuffisantes pour donner droit auxdites prestations, elles peuvent être utilisées pour la liquidation des prestations prévues pour le régime général des travailleurs salariés.

Si la totalisation des périodes d'assurance accomplies dans les deux États contractants n'est pas suffisante pour ouvrir le droit aux prestations d'invalidité, il est tenu compte des périodes d'assurance accomplies sous la législation des **États tiers** avec lesquels chacun des États contractants a conclu une Convention de sécurité sociale prévoyant la totalisation des périodes d'assurance.
Lorsque des périodes d'assurance ont été accomplies dans un État qui n'est lié par une Convention de sécurité sociale qu'avec un État contractant, les deux États contractants doivent cependant tenir compte de ces périodes d'assurance.

1. Le terme "période d'assurance" désignant toute période de paiement de cotisations, ainsi que toute période reconnue comme période d'assurance par la législation sous laquelle cette période a été accomplie, ainsi que toute période assimilée à une période d'assurance et reconnue par cette législation (art. 1er de la Convention).
2. Pour le modèle BE-AL 104, voir Circulaire O.A. n° 2016/17 du 16.01.2016.

Notons cependant que lorsque la période d'assurance totale en vue du calcul de la prestation conformément à la loi belge est **inférieure à 12 mois**, la **prestation n'est pas octroyée**, **sauf si** un droit à la prestation existe au regard du droit belge sur la base de cette seule période d'assurance (art. 32 de la Convention).

La période d'assurance effectuée en Belgique sera alors prise en considération par l'organisme albanais en vue de l'ouverture, du maintien ou du recouvrement du droit à la prestation, ainsi que pour la fixation de son montant, comme si cette période d'assurance avait été accomplie conformément à la législation albanaise. Soulignons en outre que la jurisprudence européenne dans **l**'affaire "Malfitano"[3] porte uniquement sur l'application des Règlements européens relatifs à la coordination des systèmes de sécurité sociale et **pas** sur les États qui ont conclu avec la **Belgique** une convention bilatérale sur la sécurité sociale.

Section 4. Calcul du montant des prestations

A. INCAPACITÉ PRIMAIRE ET MATERNITÉ (PRESTATIONS)

La Convention ne prévoit aucune règle concernant le calcul du montant des indemnités d'incapacité primaire et des prestations de maternité. Ce calcul s'opère donc suivant les dispositions du droit national applicable à l'intéressé au moment de la survenance du risque.

B. INVALIDITÉ

La Convention prévoit l'application de la **règle du *prorata*** au calcul du montant des prestations des assurés ayant accompli des périodes d'assurance dans les deux États contractants.

b.1. Conditions nationales d'ouverture du droit acquises grâce à la totalisation (art. 29, §§ 1er et 34 de la Convention)

La Convention prévoit l'application de la **règle du *prorata*** lorsque le **droit aux prestations belges d'invalidité** est ouvert grâce à la totalisation des périodes d'assurance accomplies en Belgique et en Albanie. La règle du *prorata* consiste à calculer, dans un premier temps, un **montant théorique belge** qui serait dû si toutes les périodes d'assurance accomplies en vertu de la législation des deux États contractants avaient été accomplies sous la législation belge. Ensuite, il convient d'appliquer à ce montant le **coefficient de carrière belge**, c'est-à-dire le pourcentage de la durée des périodes d'assurance accomplies sous la législation belge par rapport à la durée de toutes les périodes d'assurance accomplies en vertu de la législation des deux États contractants.

Il est à noter que, pour les **assurés assujettis en dernier lieu en Albanie** et sortis depuis plus de 30 jours de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités belge, le montant théorique belge doit être calculé sur la base d'une **rémunération forfaitaire** en vertu de l'article 32 du Règlement des indemnités[4] (cet art. renvoie à la rémunération prévue à l'**art. 30, § 2/1, al. 2**, à savoir la rémunération minimum fixée à la date de début de l'incapacité de travail, pour un employé de catégorie I comptant 9 années d'expérience professionnelle, par la Commission paritaire nationale auxiliaire pour employés).

3. CJCE, 09.12.1982, Malfitano c./INAMI (76/82).
4. Règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994.

b.2. Conditions nationales d'ouverture du droit acquises sans totalisation (art. 29, §§ 2 et 33 de la Convention)

Lorsque le **droit aux prestations belges d'invalidité** est ouvert sans qu'il soit nécessaire de recourir à la totalisation des périodes d'assurance accomplies dans les deux États contractants, l'article 30, § 2 de la Convention prévoit ce qui suit : *"Lorsque […] le montant résultant de l'addition de la prestation albanaise d'invalidité et de la prestation belge d'invalidité calculée selon le paragraphe 1er du présent article, est inférieur au montant de la prestation due sur la base de la seule législation belge, l'organisme belge compétent alloue un complément égal à la différence entre la somme des deux prestations précitées et le montant dû en vertu de la seule législation belge".*

Il convient dès lors d'effectuer un calcul identique à celui prévu par l'article 29, § 1er de la Convention (calcul du **montant belge proratisé**). Ce montant doit être additionné au **montant de la prestation albanaise** (montant belge proratisé + montant albanais = **b+a**), et comparé au montant de la **prestation due sur la base de la seule législation belge** (montant théorique belge =**B**[5]).

Si le montant de la prestation due sur la base de la seule législation belge est supérieur au montant belge proratisé additionné au montant de la prestation albanaise (si **B>b+a**), il convient d'allouer un *complément* sur la base du montant belge proratisé qui est égal à la différence entre la somme des deux prestations (b+(B-(b+a))= **B-a**).

A contrario, si le montant de la prestation due sur la base de la seule législation belge est inférieur au montant belge proratisé additionné au montant de la prestation albanaise (si **B<b+a**), seul le **montant belge proratisé** sera dû (**b**).

Cette règle, bien que formulée différemment, permet d'aboutir au **même résultat** que le double calcul dans le cadre des **Règlements européens**. En effet, en vertu de l'article 52 du Règlement 883/2004, deux calculs doivent être effectués lorsqu'il n'est pas nécessaire de recourir à la totalisation des périodes d'assurance accomplies en Belgique et dans un autre État membre :

- un calcul du montant de la prestation d'invalidité due en vertu du seul droit national belge, montant qui correspond, après application de l'article 136, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, au montant théorique belge diminué de l'indemnité étrangère d'invalidité (**B-a**)
- un calcul du montant belge proratisé (**b**).

En vertu de l'article 52, § 3 du Règlement précité, le montant le plus favorable à l'intéressé est retenu. Donc si **B-a>b** (ce qui revient à dire que si **B>b+a**), on retient le montant **B-a**. Et si **B-a<b** (si **B<b+a**), on retient le montant **b**.

Concernant les **prestations albanaises** acquises sans totalisation, l'organisme compétent albanais détermine la prestation sur la base des seules périodes d'assurance accomplies sous sa législation.

Section 5. Revalorisation et nouveau calcul de prestations (art. 33 de la Convention)

Un nouveau calcul des **prestations belges** est effectué lorsque le mode d'établissement ou les règles de calcul des prestations albanaises d'invalidité sont modifiés, et en cas de changements dans la situation personnelle de l'assuré.

5. Montant auquel on n'applique pas l'art. 136, § 2 de la loi coordonnée du 14.07.1994, car l'art. 6 de la Convention prévoit la non-opposabilité des clauses de réduction ou de suspension prévues par la législation d'un État contractant en cas de cumul de deux prestations de même nature.

Cependant, il n'y a pas lieu de procéder à un nouveau calcul des **prestations belges d'invalidité** lorsque les prestations albanaises d'invalidité sont modifiées d'un pourcentage ou d'un montant déterminé à la suite de l'augmentation du coût de la vie, de la variation du niveau des salaires ou d'autres causes d'adaptation dans cet État.

Section 6. Règles de cumul (art. 6 de la Convention)

Les clauses de réduction ou de suspension prévues par la loi d'un État contractant, en cas de cumul d'une prestation avec d'autres prestations de sécurité sociale, avec d'autres revenus ou du fait de l'exercice d'une activité professionnelle, sont **opposables** aux bénéficiaires, même s'il s'agit de prestations acquises en vertu d'un régime de l'autre État ou s'il s'agit de revenus obtenus ou d'une activité professionnelle exercée sur le territoire de l'autre État.

Cette règle ne s'applique toutefois **pas** au cumul de **deux prestations de même nature.**

Section 7. Le maintien du droit aux prestations en cas de transfert de résidence ou de séjour à l'étranger

A. INCAPACITÉ PRIMAIRE ET PRESTATIONS DE MATERNITÉ

a.1. Séjour

Aux termes de l'article 21 de la Convention, les personnes qui remplissent les conditions prévues par la législation de l'État compétent pour avoir droit aux prestations en espèces (compte tenu éventuellement de la totalisation des périodes d'assurance) conservent ce droit même si elles se trouvent sur le territoire de l'autre État.

Les prestations en espèces sont servies directement par l'organisme compétent dont le bénéficiaire relève.

La convention ne prévoit pas de condition d'autorisation préalable en cas de séjour temporaire.

a.2. Transfert de résidence

Les bénéficiaires de prestations en espèces conservent également leur droit aux prestations lorsqu'ils transfèrent leur résidence sur le territoire de l'autre État contractant.

Les prestations en espèces sont servies directement par l'organisme compétent dont le bénéficiaire relève. Ce transfert de résidence peut également être soumis à une **autorisation préalable** de l'organisme compétent, laquelle ne peut toutefois être refusée que si le **déplacement est déconseillé pour des raisons médicales dûment établies.**

B. INVALIDITÉ

En principe, les **prestations d'invalidité** acquises au titre de la législation de l'un des États contractants ne peuvent pas être suspendues, réduites ou modifiées du fait que le bénéficiaire **séjourne** ou **réside** sur le territoire de l'autre État contractant (art. 5, § 1er de la Convention).

b.1. Séjour

Le bénéficiaire de **prestations d'invalidité de la législation belge** conserve le bénéfice de ces prestations au cours d'un séjour en Albanie, à la condition que ce séjour ait été **préalablement autorisé** par l'organisme compétent belge. Le séjour ne peut toutefois être refusé que s'il se situe dans la **période au cours de laquelle, en vertu de la législation belge, l'organisme compétent belge doit procéder à l'évaluation ou la révision de l'état d'invalidité** (art 31 de la Convention).

b.2. Transfert de résidence

Aucune exception au principe général posé par l'article 5, § 1er de la Convention n'est prévue par la Convention. Une autorisation préalable ne peut dès lors **pas** être exigée lorsque le bénéficiaire de prestations d'invalidité souhaite transférer sa résidence sur le territoire de l'autre État contractant.

Toutefois, l'article 15, alinéa 5 du Règlement des indemnités du 16 avril 1997 impose au bénéficiaire qui désire transférer sa résidence à l'étranger d'en **aviser le médecin-conseil** au moins quinze jours avant son départ. Le non-respect de cette obligation de communication d'un transfert de résidence n'est assorti d'aucune sanction directe, mais peut mener à une application de l'article 134, § 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1997, si l'organisme assureur belge n'a pas été informé du changement de résidence, et si ce transfert de résidence n'est pas inscrit au Registre national.

Chapitre III. Aspects pratiques

Section 1. Introduction de la demande de prestations de maladie en espèces et d'indemnités d'invalidité - Rôle des institutions des États contractants dans l'instruction des dossiers

A. ORGANISMES CONCERNÉS

a.1. Incapacité primaire et maternité

Organismes de liaison :

- en Belgique : l'INAMI et, pour les marins, la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins (Anvers)
- en Albanie : l'institut d'assurance sociales, Tirana

Instituti i Sigurimeve Shoqërore
Rruga e Durrësit Nr. 83
TIRANA
ALBANIE
Tél. : +355 682059077
Fax : +355 692075088
E-mail : kontakt@issh.gov.al

Organismes compétents :

- en Belgique : l'organisme assureur auquel le travailleur salarié/indépendant est affilié et, pour les marins, la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins (Anvers)
- en Albanie : l'Institut d'assurances sociales, Tirana.

Organismes du lieu de résidence :

- en Belgique : les organismes assureurs et, pour les marins, la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins (Anvers) ou organismes assureurs
- en Albanie : l'Institut d'assurances sociales, Tirana.

Organismes du lieu de séjour :

- en Belgique : l'INAMI, par l'intermédiaire des organismes assureurs
- en Albanie : l'Institut d'assurances sociales, Tirana.

a.2. Invalidité

Organismes de liaison :

- en Belgique : l'INAMI et, pour les marins, la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins
- en Albanie : l'Institut d'assurances sociales, Tirana.

Organismes compétents :

- en Belgique : l'INAMI, conjointement avec l'organisme assureur auquel le travailleur est ou a été affilié ; Pour les marins, la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins
- en Albanie : l'Institut d'assurances sociales, Tirana.

B. INSTRUCTION DES DEMANDES DE PRESTATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

N.B. : comme l'organisme de liaison albanais, l'organisme compétent et l'organisme du lieu de séjour ou de résidence sont la même institution, on continue d'utiliser dans le présent chapitre la notion d'organisme albanais.

b.1. Déclaration de l'incapacité de travail lorsque l'intéressé se trouve sur le territoire de l'autre État contractant (art. 11 de l'Arrangement administratif)

En cas de séjour temporaire ou de résidence sur le territoire de l'autre État contractant, l'intéressé doit déclarer son incapacité de travail dans un délai de **trois jours ouvrables** auprès de l'organisme du lieu de séjour ou de résidence, en présentant un **certificat** d'incapacité de travail délivré par le médecin traitant. Il doit également lui communiquer son adresse dans l'État de séjour ou de résidence et les nom et adresse de l'organisme compétent.

L'organisme du lieu de séjour ou de résidence établit ensuite l'incapacité de travail de l'intéressé et procède à son **contrôle médical** comme si celui-ci était assuré sous sa propre législation. Le **rapport médical** (**formulaire BE-AL/AL-BE 116),** (mentionnant notamment la durée probable de l'incapacité de travail) est transmis à l'organisme compétent dans un délai de **trois jours ouvrables** suivant la date du début de l'incapacité de travail. L'organisme du lieu de séjour ou de résidence procède ultérieurement, en cas de besoin, au **contrôle administratif et médical** de l'assuré et en communique les résultats à l'organisme compétent. L'organisme compétent peut toujours décider de faire procéder à l'examen de l'intéressé par un médecin de son choix, à sa propre charge.

L'organisme du lieu de séjour ou de résidence doit avertir sans délai l'intéressé et l'organisme compétent lorsqu'il constate que l'intéressé est apte à reprendre le travail. Il indique la date à laquelle l'incapacité de travail prend fin. Cette notification à l'intéressé est **présumée valoir décision pour le compte de l'organisme compétent** . Si l'organisme compétent décide lui-même que l'intéressé est apte à reprendre le travail, il notifie sa décision à l'intéressé et à l'organisme du lieu de séjour ou de résidence. Lorsque les dates de fin d'incapacité de travail fixées par les deux organismes sont différentes, il y a lieu de retenir la date fixée par l'organisme compétent.

Lorsque l'organisme compétent refuse les prestations en raison du non-respect, par l'intéressé, des règles de contrôle, il lui notifie cette décision et en envoie une copie à l'organisme du lieu de séjour ou de résidence.

Lorsque l'intéressé reprend le travail, il en avise en conséquence l'organisme compétent, si la législation que ce dernier applique le prévoit.

b.2. Examen des demandes de prestations d'invalidité (art. 18 de l'Arrangement administratif)

Lorsque l'intéressé peut prétendre à des prestations d'invalidité au titre de la législation d'un État contractant, il peut introduire sa demande auprès de **l'organisme compétent de l'État contractant de séjour** ou **directement** auprès de **l'organisme compétent de l'autre État contractant**. À cette fin, il doit transmettre tous les documents disponibles pouvant être nécessaires à la détermination de son droit à la prestation par l'organisme compétent de l'autre État contractant.

Si la demande est introduite auprès de l'organisme compétent de l'État de résidence, celle-ci doit être faite en respectant la procédure prévue par la **législation de l'État de résidence**. *A contrario*, la demande introduite directement auprès de l'organisme compétent de l'autre État contractant doit se faire en respectant la procédure prévue par la législation de cet État.

b.2.1. Assurés assujettis en Belgique lorsque l'incapacité de travail débute

A. Rôle de l'organisme assureur

A) RÔLE DU MÉDECIN-CONSEIL

Lorsque le médecin-conseil, au cours des contrôles effectués pendant la période d'incapacité primaire, constate que la situation de l'intéressé pourrait donner lieu à la constitution d'une demande de pension d'invalidité, il avertit le Service administratif de l'organisme assureur et établit un rapport médical (**formulaire BE-AL 213**).

B) RÔLE DU SERVICE ADMINISTRATIF

Le Service administratif de l'organisme assureur fait compléter par l'assuré et avant qu'il n'arrive au terme de son année d'incapacité primaire, une déclaration pour invalides dans laquelle il est invité à renseigner tous les pays dans lesquels il a préalablement séjourné ou exercé une activité professionnelle.

Si l'intéressé déclare avoir exercé une activité professionnelle, il doit compléter le formulaire de demande de pension d'invalidité bilatéral (**formulaire BE-AL 204**).

Il doit en outre compléter un formulaire spécifique *"Deklarata e periudhave të sigurimit, marrëdhënieve financiare dhe përfitimeve të tjera"* (traduction disponible en français et en néerlandais) pour la reconstruction de sa carrière d'assurance en Albanie.

Documents à compléter par l'organisme assureur et à joindre à toutes les demandes :

- un relevé des bons de cotisations comprenant la dernière année civile complète précédant la date de début de l'incapacité de travail jusqu'à la date de début de l'incapacité de travail
- un extrait global de carrière du Sigedis (si carrière de travailleur salarié)
- un extrait de carrière de l'INASTI (si carrière de travailleur indépendant).

Documents à compléter par l'organisme assureur pour tous les assurés et à joindre à la demande dans certaines circonstances :

- **une feuille de révision et d'avances** ne doit pas systématiquement être jointe au dossier de demande. Ce document sera demandé aux organismes assureurs lors de l'élaboration de la décision et du calcul du *prorata*. En cas de cumul (maladie professionnelle, accident du travail, ...), il faut toujours joindre la feuille de révision et d'avances au dossier de demande à titre exceptionnel

- **la déclaration pour invalides** ne doit pas systématiquement être jointe au dossier de demande. Elle sera complétée en mutualité et conservée dans le dossier de l'assuré. Elle ne sera communiquée à l'INAMI que lorsque un délai important (plus d'une année) se sera écoulé entre la date de signature de la déclaration pour invalides et la date d'introduction de la demande

- **la subrogation** (se référant à la Convention) doit être complétée et signée par tout assuré pour lequel un dossier de demande d'indemnités d'invalidité est constitué dans le contexte international. Elle est conservée dans le dossier de l'assuré.
  Ce document est essentiel pour l'informer de ses droits et obligations et mettre l'INAMI et les organismes assureurs en conformité avec leur propre devoir d'information.
  La subrogation est jointe d'office au dossier de demande en cas de réintroduction de la demande auprès de l'institution étrangère.

L'organisme assureur transmet ensuite la demande **à l'INAMI en vue de son introduction auprès de l'organisme albanais.**

Paiement d'indemnités d'invalidité belges provisionnelles :

Lorsque l'organisme assureur constate qu'en vertu des dispositions de la législation belge, le demandeur ouvre le droit aux prestations d'invalidité **exclusivement sur la base de ses périodes d'assurance belges**, il accorde au demandeur des **prestations provisionnelles**. Ces prestations provisionnelles sont payées à l'expiration de la période d'incapacité primaire, à concurrence du montant auquel l'assuré a droit en vertu de la législation belge.

L'organisme assureur peut également accorder des prestations provisionnelles au demandeur n'ouvrant le droit aux prestations de l'assurance maladie-invalidité belge **que sur la base de la totalisation des périodes d'assurance**. Cette possibilité est toutefois soumise à **deux conditions cumulatives** : il est question d'ouverture via la totalisation sur la base d'un **formulaire AL-BE 104** et le montant de l'avance doit être le plus proche possible du montant qui sera vraisemblablement payé en vertu de la **règle du *prorata*.** À cette fin, l'organisme assureur doit demander à l'organisme étranger, **avant l'entrée en invalidité** de l'intéressé, une attestation concernant les périodes d'assurance en Albanie afin d'établir un **coefficient de carrière provisoire** qu'il appliquera au montant théorique belge.

Le **formulaire AL-BE 104** et le **formulaire AL-BE 205** doivent dès lors être recueillis par l'organisme assureur en temps utile et doivent être joints au dossier transmis à l'INAMI.

Par ailleurs, il incombe à l'organisme assureur d'attirer immédiatement l'attention de l'assuré sur le caractère provisoire de ces prestations. Le paiement des indemnités à titre provisionnel est subordonné à la signature d'une subrogation.

B. Rôle de l'INAMI

1. L'INAMI complète le **formulaire BE-AL 205** indiquant les périodes d'assurance accomplies aux termes de la législation belge. Par ailleurs, l'INAMI authentifie les données relatives à l'état civil contenues dans le formulaire de demande, et confirme que des documents originaux corroborent ces données (art. 18, § 3 de l'Arrangement administratif). L'INAMI indique également s'il est question de périodes accomplies sous la législation d'un État tiers et joint les pièces justificatives (par ex. E205/P5000 d'un autre État membre de l'UE/EEE ou de la Suisse).

2. L'INAMI transmet sans délai la demande complète à l'organisme albanais compétent. Lors de la transmission, l'INAMI notifie à l'organisme albanais compétent s'il est d'accord ou non avec le paiement direct des arrérages à l'intéressé (art. 18, § 1er de l'Arrangement administratif).

L'organisme albanais constitue la carrière albanaise et complète le formulaire **AL-BE 205** par les périodes d'assurance accomplies aux termes de la législation albanaise. Le formulaire sera ensuite de nouveau transmis à l'INAMI (art. 18, § 4 (1) de l'Arrangement administratif) au moyen d'un formulaire **AL-BE**.

L'organisme albanais détermine les droits de l'intéressé et lui adresse une copie de sa décision. La décision doit préciser les voies et délais de recours prévus par la législation albanaise. L'organisme albanais adresse cette décision à l'INAMI.

3. À la réception de la décision albanaise, l'INAMI transmet cette décision à l'organisme belge compétent auprès duquel la demande avait été introduite et notifie la décision à l'intéressé par lettre recommandée. Les délais de recours commencent à courir à partir de la date de la réception de cette lettre recommandée par l'intéressé. Simultanément, l'INAMI informe l'organisme albanais de cette notification de la décision (à l'aide du **formulaire BE-AL 001**) ainsi que de sa propre décision et lui signifie, s'il y a lieu, le montant de la somme qu'il doit récupérer par compensation sur les arrérages de la prestation due par l'Albanie.

Toute information supplémentaire nécessaire à la constitution ou à la gestion d'un dossier de demande de prestations belges ou albanaises peut être obtenue par l'envoi d'une demande de renseignements (**formulaire BE-SRB 001**).

DEMANDE INTRODUITE DIRECTEMENT AUPRÈS DE L'ORGANISME ALBANAIS

Le Service administratif de l'organisme assureur est informé des pays dans lesquels l'assuré a préalablement séjourné ou a exercé une activité professionnelle grâce à la déclaration pour invalides que celui-ci complète avant qu'il n'arrive au terme de son année d'incapacité de travail.

Sur base de cette information, l'organisme assureur peut établir un dossier de demande de prestations albanaises d'invalidité et le transmettre à l'INAMI. Si l'intéressé décide toutefois, nonobstant la procédure existante décrite ci-dessus, d'introduire sa demande directement auprès de l'organisme albanais compétent, il est demandé aux organismes assureurs de prévenir l'INAMI afin que ce dernier prenne contact avec l'organisme albanais. L'INAMI demande à l'organisme albanais que celui-ci lui transmette un formulaire **AL-BE 205**, et qu'il le tienne informé de sa décision. L'INAMI notifie également à l'organisme albanais s'il est d'accord ou non avec le paiement direct des arrérages à l'intéressé. Enfin, l'INAMI transmet les informations demandées par cet organisme.

À la réception de la décision albanaise, l'INAMI prend sa décision et la signifie à l'intéressé, à l'organisme albanais et à l'organisme assureur.

b.2.2. Assurés assujettis en Albanie lorsque l'incapacité de travail débute

Lorsque la demande est introduite auprès de l'organisme du lieu de résidence en Albanie, celui-ci transmet sans délai la demande à l'INAMI en utilisant les formulaires prévus à cet effet. Lors de cette transmission, l'organisme albanais compétent notifie à l'INAMI s'il est d'accord ou non avec le paiement direct des arrérages en faveur du requérant. Il authentifie également les données relatives à l'état civil contenues dans le formulaire de demande, et confirme que des documents originaux corroborent ces données (art. 18, § 3).

L'organisme albanais transmet également à l'INAMI un formulaire indiquant les périodes d'assurance accomplies aux termes de la législation albanaise (**formulaire AL-BE 205**). Ce formulaire sera complété par l'INAMI afin d'y faire figurer les périodes d'assurance accomplies aux termes de la législation belge. Le formulaire sera ensuite renvoyé à l'organisme albanais.

A. Rôle de l'INAMI

L'INAMI :

- vérifie, à la réception du dossier transmis par l'organisme albanais, si tous les documents nécessaires à la demande sont joints et si les éléments joints permettent de traiter la demande
- le dossier reçu se compose des éléments suivants :
  - demande de prestations belges d'invalidité (**formulaire AL-BE 204**)
  - aperçu des périodes d'assurance (**formulaire AL-BE 205**)
  - rapport médical détaillé (**formulaire AL-BE 213**).
- si le dossier est complet, il est communiqué à l'organisme assureur
- si le dossier est incomplet, il est retourné à l'institution albanaise
- établit le relevé de carrière belge (**formulaire BE-AL 205**) et le transmet à l'organisme albanais.

B. Rôle de l'organisme assureur

A) RÔLE DU MÉDECIN-CONSEIL

À la réception du dossier transmis par l'INAMI, le Service administratif de l'organisme assureur soumet le rapport médical (**formulaire BE-AL 213**) à son médecin-conseil.

Le médecin-conseil détermine la date de début de l'incapacité de travail.

Se basant sur le rapport médical, le médecin-conseil fait au Conseil médical de l'invalidité une proposition médicale positive ou négative de reconnaissance de l'invalidité.

B) RÔLE DU SERVICE ADMINISTRATIF

À la réception du dossier, l'organisme assureur examine la demande.

Il contacte l'assuré pour lui demander de compléter :

- l'enquête sur les revenus
- le modèle A
- le formulaire 225
- pour un assuré indépendant, le document Cessation d'activité.

Afin de gérer au mieux les délais de traitement des dossiers dans le contexte international, une procédure de gestion des rappels applicable a été établie en concertation avec les organismes assureurs :

- un courrier (enquête, enquête sur les revenus, formulaire 225, …) est adressé à l'assuré
- sans réponse de sa part dans un délai de trois mois, un rappel lui est adressé. Ce document attire clairement son attention sur le fait que sans réponse de sa part dans un délai d'un mois, le dossier sera :
  - soit traité sur la base des informations dont on dispose et un taux d'indemnisation minimum sera octroyé
  - soit clôturé si le niveau d'information est insuffisant pour pouvoir continuer à le traiter.
- en l'absence de réponse, au terme du délai d'un mois accordé, le dossier est :
  - soit traité sur la base des informations dont on dispose et une prestation minimale est octroyée
  - soit clôturé si le niveau d'information est insuffisant pour pouvoir continuer à le traiter.

L'organisme assureur détermine les droits de l'intéressé et adresse sa proposition de décision à l'INAMI. L'organisme assureur lui retourne également le dossier complet :

- si le droit n'est pas ouvert, il mentionne le motif du refus
- si le droit est ouvert, il indique le montant théorique de l'indemnité (montant pour ordre) ainsi que la date à partir de laquelle les prestations peuvent être accordées.

L'INAMI adresse cette décision à l'organisme albanais auprès duquel la demande avait été introduite et transmet une copie à l'assuré. L'organisme albanais notifie la décision à l'intéressé par lettre recommandée. Les délais de recours commencent à courir à partir de la date de la réception de cette lettre recommandée par l'intéressé.

Simultanément, l'organisme albanais informe l'INAMI de cette notification de la décision ainsi que de sa propre décision et lui signifie, s'il y a lieu, le montant de la somme qu'il doit récupérer par compensation sur les arrérages de la prestation due par la Belgique.

Toute information supplémentaire nécessaire à la constitution ou à la gestion d'un dossier de demande de prestations belges ou albanaises peut être obtenue par l'envoi d'une demande de renseignements au moyen du formulaire de communication (**formulaire BE-AL 001**).

Demande introduite directement auprès de l'organisme belge compétent

Lorsque la demande est introduite directement en Belgique auprès de l'organisme assureur, celui-ci en informe l'INAMI. L'INAMI contacte ensuite l'organisme albanais compétent afin de lui demander les informations nécessaires au traitement de la demande, au moyen du **formulaire BE-AL 001**.

À la réception des formulaires transmis par l'organisme albanais compétent, l'INAMI et l'organisme assureur suivent la procédure décrite ci-dessus.

Section 2. Échange d'informations (e.a. art. 18, §§ 6 et 7 de l'Arrangement administratif)

Les organismes albanais et belges s'informent mutuellement des éléments suivants dont ils ont connaissance et relatifs au droit à une prestation :

- la fin du droit à une prestation
- la suspension du paiement de la prestation
- tout changement relatif aux périodes d'assurance
- la continuité de l'activité professionnelle du bénéficiaire ou de son conjoint
- le commencement ou la reprise d'une activité professionnelle par le bénéficiaire ou son conjoint
- la nature de l'activité professionnelle du bénéficiaire ou de son conjoint
- le montant des revenus professionnels du bénéficiaire ou de son conjoint
- tout changement d'état civil du bénéficiaire
- tout changement d'adresse du bénéficiaire ou d'un membre de sa famille et
- le décès du bénéficiaire de la prestation, de son conjoint ou d'un membre de sa famille.

Section 3. Versement des prestations (art. 38 de la Convention, art. 19 de l'Arrangement administratif)

Les prestations dues sur la base de la Convention sont versées par les organismes compétents aux bénéficiaires dans une des unités monétaires des États contractants. Le bénéficiaire peut demander à être payé dans l'unité monétaire de l'autre État contractant. Dans ce cas, le bénéficiaire supporte lui-même le risque de change.

Toutefois, en cas de récupération de paiements indus prévue par l'article 41 de la Convention, les rappels d'arrérages et les sommes retenues sont transférés à l'organisme créancier par l'intermédiaire de l'organisme de liaison belge et de l'organisme albanais compétent.

Section 4. Contrôle administratif et médical (art. 22 de l'Arrangement administratif)

Sur demande de l'INAMI, l'organisme de liaison albanais transmet toute information ou documentation médicale au sujet de l'incapacité du requérant ou du bénéficiaire. De même, sur demande de l'organisme de liaison albanais, l'INAMI transmet toute information ou documentation médicale au sujet de l'incapacité du demandeur ou du bénéficiaire.

En cas de séjour ou de résidence d'un bénéficiaire ou d'un requérant de prestations sur le territoire de l'autre État contractant que celui où se trouve l'organisme compétent, le contrôle administratif et médical est effectué à la demande de cet organisme du lieu de séjour ou de résidence du bénéficiaire, selon les modalités prévues par la législation que ce dernier organisme applique. L'organisme du lieu de séjour ou de résidence fait ensuite parvenir, selon le cas, un rapport de contrôle BE-AL 213 ou BE-AL 215 à l'organisme compétent. L'organisme compétent se réserve cependant toujours le droit de faire procéder, par un médecin de son choix, au contrôle du bénéficiaire.

Les frais de l'examen médical sont remboursés par l'organisme compétent de l'autre État contractant à l'organisme du lieu de séjour ou de résidence, sur la base du tarif de l'organisme du lieu de séjour ou de résidence et sur présentation d'une note détaillée des dépenses effectuées. L'état de frais pour un contrôle médical est communiqué au moyen du formulaire **BE-AL/AL-BE 125**.[6]

La tarification n'est toutefois pas autorisée pour les examens médicaux effectués dans l'intérêt des deux États contractants.

Section 5. Demandes, déclarations et recours (art. 36 de la Convention)

Les demandes, déclarations ou recours qui auraient dû être introduits, selon la législation d'un État contractant, dans un délai déterminé, auprès d'une autorité, d'un organisme ou d'une juridiction de cet État, sont recevables s'ils sont introduits dans le même délai auprès d'une autorité, d'un organisme ou d'une juridiction de l'autre État contractant. En ce cas, l'autorité, l'organisme ou la juridiction saisi transmet sans délai ces demandes, déclarations ou recours à l'autorité, à l'organisme ou à la juridiction du premier État contractant soit directement, soit par l'intermédiaire des autorités compétentes des États contractants.

La date à laquelle ces demandes, déclarations ou recours ont été introduits auprès d'une autorité, d'un organisme ou d'une juridiction de l'autre État contractant est considérée comme la date d'introduction auprès de l'autorité, de l'organisme ou de la juridiction compétent pour en connaître.

La demande de prestations introduite auprès de l'organisme compétent d'un État contractant est considérée, pour des prestations correspondantes, avoir été introduite auprès de l'organisme compétent de l'autre État contractant.

Une demande ou un document ne peut être rejeté parce qu'il est rédigé dans une langue officielle de l'autre État contractant.

Section 6. Renseignements statistiques (art. 21 de l'Arrangement administratif)

Chaque année, les organismes de liaison échangent des renseignements statistiques sur le nombre de bénéficiaires, le type de prestations, le nombre de versements effectués dans l'autre État contractant et sur les montants y afférents.

Section 7. Procédures d'exécution (art. 39 de la Convention)

Les décisions exécutoires rendues par un tribunal de l'un des États contractants et les actes exécutoires rendus par l'autorité ou l'organisme de l'un des États contractants, relatifs à des cotisations de sécurité sociale et à d'autres demandes (notamment de récupération de prestations indues), sont reconnus sur le territoire de l'autre État contractant. Une telle reconnaissance ne peut être refusée que si elle est incompatible avec les principes légaux ou l'ordre public de l'État contractant sur le territoire duquel la décision ou l'acte doit être exécuté.

6. Pour le modèle BE-AL 125, voir Circulaire O.A. n° 2016/17 du 16.01.2016.

La procédure d'exécution des décisions et actes devenus définitifs doit être conforme à la loi régissant l'exécution de tels décisions et actes de l'État contractant sur le territoire duquel l'exécution a lieu. La décision ou l'acte est accompagné d'un certificat attestant de son caractère exécutoire.

Par ailleurs, les créances devant faire l'objet d'un recouvrement ou d'un recouvrement forcé bénéficient du même traitement que des créances de même nature d'un organisme situé sur le territoire de l'État contractant sur lequel le recouvrement ou le recouvrement forcé s'opère.

Section 8. Paiements indus (art. 41 de la Convention)

Si, lors de la liquidation ou de la révision des prestations en application de la Convention, l'organisme d'un État contractant a versé à l'intéressé une somme excédant celle à laquelle il a droit, cet organisme peut demander à l'organisme de l'autre État contractant qui est débiteur d'une prestation correspondante en faveur de l'intéressé de retenir le montant payé en trop sur les rappels des arrérages dus audit bénéficiaire.

Si toutefois le montant payé en trop ne peut être retenu sur les rappels d'arrérages, l'organisme d'un État contractant ayant versé à l'intéressé une somme à laquelle il n'a pas droit peut, **dans les conditions et dans les limites prévues par la législation qu'il applique**, demander à l'organisme de l'autre État contractant qui est débiteur de prestations en faveur de ce bénéficiaire de retenir ladite somme sur les montants qu'il verse audit bénéficiaire. L'organisme de l'autre État contractant opère la retenue **dans les conditions et dans les limites où une telle compensation est autorisée par la législation qu'il applique**, comme s'il s'agissait de sommes servies par lui-même, et transfère le montant ainsi retenu à l'organisme créancier du premier État contractant.

Circulaire O.A. n° 2018/232 – 82/10 du 14 août 2018.

VII. L'assurance indemnités dans le cadre de la Convention du 3 mars 2010 sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République d'Argentine

En vigueur à partir du 7 septembre 2018.

...

Chapitre I : Entrée en vigueur et dispositions transitoires

Section 1. Entrée en vigueur

La Convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République d'Argentine (publiée au M.B. du 22.12.2015) et l'Arrangement administratif relatif à son application (publié au M.B. du 22.12.2015) sont entrés en vigueur le **1er janvier 2016.**

Section 2. Disposition transitoires

A. PRINCIPES DE BASE (ART. 28 DE LA CONVENTION)

La Convention est également applicable à des éventualités réalisées avant le 1er janvier 2016.

Par ailleurs, pour la détermination du droit à une prestation octroyée conformément aux dispositions de la Convention, il faut tenir compte des périodes d'assurance accomplies sous la législation de l'un des États contractants avant le 1er janvier 2016.

La Convention n'ouvre cependant pas de droit au paiement de prestations pour une période antérieure au 1er janvier 2016.

B. RÉVISION, PRESCRIPTION, DÉCHÉANCE (ART. 29 DE LA CONVENTION)

- Prestations liquidées avant le 1er janvier 2016

Les droits des intéressés ayant obtenu la liquidation d'une prestation, peuvent être révisés à leur demande, compte tenu des dispositions de la Convention. En aucun cas, une telle révision ne doit avoir pour effet de réduire les droits antérieurs des intéressés.

Si une demande de révision est présentée dans un délai de deux ans à partir du 1er janvier 2016, les droits ouverts conformément aux dispositions de la Convention sont acquis à partir de cette date, sans que les dispositions nationales relatives à la déchéance ou à la prescription des droits soient opposables aux intéressés.

Si une demande de révision est présentée après l'expiration du délai de deux ans suivant l'entrée en vigueur de la Convention, les droits déterminés conformément à la Convention sont acquis à partir de la date de la demande, sous réserve de dispositions plus favorables de la législation de l'État contractant concerné.

Côté belge, il est fait application ici du délai de prescription de deux ans prévu à l'article 174 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

> Exemple : Un assuré argentin bénéficie d'une indemnité d'invalidité argentine depuis le 1er mars 2015. Il a également, par le passé, travaillé un certain nombre d'années en Belgique. Le 15 janvier 2019, il introduit auprès de l'organisme argentin une demande en vue de recalculer ses droits sur la base de la Convention bilatérale conclue entre la Belgique et l'Argentine.

En l'espèce, une indemnité belge *au prorata* ne pourra lui être accordée au plus tôt qu'à partir du 1er janvier 2017.

- Prestations non liquidées ou suspendues

Toute prestation qui n'a pas été liquidée ou qui a été suspendue à cause de la nationalité de l'intéressé ou en raison de sa résidence sur le territoire de l'État contractant autre que celui où se trouve l'organisme débiteur (art. 136, § 1er, de la loi coordonnée du 14.07.1994), **est, à la demande de l'intéressé, liquidée ou rétablie à partir du 1er janvier 2016, sans préjudice des délais de prescription en vigueur (pour la Belgique, art. 174 de la loi coordonnée du 14.07.1994)**.

Chapitre II. Principes théoriques

Section 1. Champ d'application

A. MATÉRIEL (ART. 2 DE LA CONVENTION)

La Convention s'applique aux législations suivantes relatives aux prestations de sécurité sociale :

- pour la Belgique :
  - aux pensions de vieillesse et de survie des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants
  - à l'**assurance invalidité** des **travailleurs salariés**, des marins de la marine marchande et des **travailleurs indépendants**.

    Et uniquement pour l'application du Titre II (législation applicable) aux législations relatives à la sécurité sociale des travailleurs salariés et indépendants.
- pour l'Argentine :
  - aux prestations contributives de sécurité sociale, en ce qui concerne les prestations qui découlent de contingences de vieillesse, d'invalidité et de survie, gérées par les organismes nationaux, provinciaux de fonctionnaires publics ou professionnels, et municipaux.

Attention :

La Convention est limitée à l'assurance invalidité des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants.

Les prestations AMI autres que les prestations d'invalidité (par ex. les indemnités d'incapacité de travail primaire et de maternité) sont exclues du champ d'application matériel.

Cependant, cela n'empêche pas que des travailleurs salariés assurés belges résidant en Argentine ne puissent être indemnisés sur la base du droit national belge.

Dans ce sens, les prestations AMI qui ne tombent pas sous le champ d'application matériel de la Convention peuvent néanmoins être octroyées aux bénéficiaires qui ont été employés et résident sur le territoire argentin et qui demeurent assujettis à la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs ou à l'arrêté royal n° 38 organisant le statut social des travailleurs indépendants (art. 294, § 1er, 4°, de l'A.R. du 03.07.1996 et art. 25, § 2, de l'A.R. du 20.07.1971).

En pratique, il s'agira essentiellement de travailleurs salariés détachés sous l'article 8 de la Convention (voir aussi Section 2.)

Ceci implique cependant que les formulaires de déclaration tels que prévus dans la législation belge sont d'application.

Comme pour l'incapacité de travail primaire, la déclaration devra dans ce cas se faire aussi via un Certificat d'incapacité de travail belge complété par un médecin traitant disposant d'un numéro d'inscription attribué par l'INAMI. Lors de l'appréciation, il peut cependant être tenu compte des attestations médicales ou des rapports d'enquête établis par les médecins argentins.

B. PERSONNEL (ART. 3 DE LA CONVENTION)

L'application de la Convention n'est pas subordonnée à une condition de nationalité de l'un des États contractants. La Convention est applicable aux **personnes auxquelles la législation de l'un des deux États contractants est ou était applicable**, aux membres de leur famille et à leurs survivants.

Par ailleurs, l'article 4 de la Convention fait référence au principe d'égalité de traitement entre, d'une part, les personnes auxquelles celle-ci s'applique en vertu de l'article 3 et, d'autre part, les ressortissants des États contractants. Ainsi, et à moins qu'il n'en soit disposé autrement dans la Convention, les personnes visées à l'article 3 sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de l'État contractant dans les mêmes conditions que les ressortissants de cet État.

Section 2. Législation applicable (art. 7 et ss de la Convention)

En principe, les personnes qui exercent une activité professionnelle sur le territoire de l'un des États contractants sont soumises à **la législation de cet État** et ce, même si l'employeur ou l'entreprise qui emploie ces personnes a son domicile ou son siège sur le territoire de l'autre État contractant (art. 7, § 1er, a) et b), de la Convention).

Cette règle comporte cependant nombre de **règles particulières d'attribution de catégories professionnelles spécifiques** fixées dans les articles 7, § 1er, b) (marins), 7, § 1er, c), (secteur des transports internationaux aériens de passagers ou de marchandises), 8 (détachement) et 9 (fonctionnaires et membres des missions diplomatiques et des postes consulaires).

Un détachement conformément à la Convention dure en règle générale maximum 24 mois, et peut, sur la base d'un accord entre les autorités compétentes, être prolongé une fois d'une période de maximum 36 mois.

Lorsqu'une personne exerce simultanément une activité professionnelle indépendante en Belgique et une activité salariée en Argentine, la Convention stipule que l'activité exercée en Argentine doit, en vue de la fixation des obligations qui résultent de la législation belge relative au statut social des travailleurs indépendants, être assimilée à une activité salariée exercée en Belgique (art. 7, § 2, de la Convention).

La Convention ne prévoit pas d'autres règles concernant la législation applicable en cas d'**exercice simultané d'une activité professionnelle sur le territoire des deux États contractants**. Dans ce cas, la législation des États contractants sera applicable aux activités exercées sur leur territoire respectif.

Un **formulaire relatif à l'assujettissement** (**formulaire BE-ARG 101**) doit être demandé en cas de détachement de travailleurs salariés (art. 8 de la Convention), de fonctionnaires et de membres des missions diplomatiques et des postes consulaires (art. 9 de la Convention). En toute hypothèse, le travailleur salarié ou indépendant doit transmettre une copie du certificat à l'institution visée par l'article 4 de l'Arrangement administratif, et conserver l'original (du certificat) durant toute la période indiquée. Celui-ci sert en effet de preuve dans le pays d'accueil de la situation d'assujettissement de l'intéressé. Pour le surplus, nous renvoyons à l'article 4 de l'Arrangement administratif.

L'article 10 de la Convention énumère les dérogations possibles que les autorités compétentes des États contractants peuvent prévoir, d'un commun accord, dans l'intérêt de certains assurés ou de certaines catégories d'assurés.

Section 3. Principes de totalisation

A. POUR MÉMOIRE : INCAPACITÉ PRIMAIRE ET MATERNITÉ (PRESTATIONS DE MALADIE)

Il est rappelé que la Convention belgo-argentine **n'est pas applicable aux prestations de maladie.** Par conséquent, les périodes d'assurance argentine pour le risque "maladie" ne peuvent entrer en ligne de compte pour l'ouverture du droit aux prestations d'incapacité de travail primaire ou de maternité belges.

Cela n'empêche pas que, le cas échéant, d'autres possibilités puissent exister pour ouvrir malgré tout le droit aux prestations d'incapacité de travail primaire, par exemple si, dans le cadre d'une activité professionnelle en Argentine, l'intéressé était également affilié à la sécurité sociale belge d'outre-mer prévue par la loi du 17 juillet 1963 (art. 205, § 1er, 5°, de l'A.R. du 03.07.1996).

B. INVALIDITÉ (ART. 11 ET 15 DE LA CONVENTION)

En vue de l'**acquisition**, du **maintien** ou du **recouvrement** du **droit aux prestations d'invalidité** les périodes d'assurance et les périodes assimilées accomplies conformément à la législation de l'autre État contractant sont totalisées, en tant que de besoin, à la condition qu'elles ne se superposent pas.

Lorsque la période pendant laquelle certaines périodes d'assurance accomplies sous la législation de l'un des États contractants ne peut pas être déterminée de façon précise, il est présumé que ces périodes ne se superposent pas à des périodes d'assurance accomplies sous la législation de l'autre État contractant (art. 6, § 1er, de l'Arrangement administratif).

La Convention stipule qu'en ce qui concerne les prestations pour lesquelles, en vertu de la législation de l'un des États contractants, des périodes d'assurance doivent être accomplies dans une **profession déterminée** (par ex. : pour les marins), seules les périodes d'assurance qui ont été accomplies ou qui ont été reconnues équivalentes dans la même profession dans l'autre État contractant, peuvent être totalisées. Si ces périodes sont insuffisantes pour donner droit auxdites prestations, elles peuvent être utilisées pour la liquidation des prestations prévues par le régime général pour l'Argentine et par le régime général des travailleurs salariés pour la Belgique.

Notons cependant que lorsque le droit aux prestations belges d'invalidité est ouvert uniquement par totalisation des périodes d'assurance argentines et belges, **l'organisme compétent belge n'est pas tenu d'accorder des prestations d'invalidité** si les périodes d'assurance accomplies sous la législation belge antérieurement **à la réalisation du risque n'atteignent pas**, dans leur ensemble, **une année** (art. 17 de la Convention). Dans ce cas, l'organisme compétent argentin supporte la charge entière des prestations auxquelles l'assuré a droit conformément à la législation qu'il applique, en tenant compte de la totalité des périodes d'assurance.

Soulignons que la jurisprudence "Malfitano" de la Cour européenne de Justice[1] porte uniquement sur l'application des Règlements européens relatifs à la coordination des systèmes de sécurité sociale et **pas** sur l'application des conventions de sécurité sociale bilatérales que la Belgique a conclues avec des pays ne faisant pas partie de l'Union européenne.

Section 4. Calcul du montant des prestations d'invalidité dans le cadre de la Convention

Dispositions relatives aux prestations belges

A. CONDITIONS NATIONALES D'OUVERTURE DU DROIT ACQUIS PAR TOTALISATION DES PÉRIODES D'ASSURANCE (ART. 16, § 1er DE LA CONVENTION)

La Convention prévoit l'application de la **règle du *prorata*** lorsque le ***droit aux prestations belges d'invalidité*** est ouvert par totalisation des périodes d'assurance accomplies en Belgique et en Argentine. La règle du *prorata* consiste à calculer, dans un premier temps, un **montant théorique belge** qui serait dû si toutes les périodes d'assurance accomplies en vertu de la législation des deux États contractants avaient été accomplies sous la législation belge. Ensuite, il convient d'appliquer à ce montant le **coefficient de carrière belge**, c'est-à-dire le pourcentage de la durée des périodes d'assurance accomplies sous la législation belge par rapport à la durée de toutes les périodes d'assurance accomplies en vertu de la législation des deux États contractants.

Il est à noter que, pour les **assurés travailleurs salariés argentins** qui ont depuis plus de 30 jours perdu la qualité de titulaire dans l'assurance indemnités belge, régime des travailleurs salariés, le montant théorique belge est calculé sur la base d'une **rémunération forfaitaire** en vertu de l'article 32 du Règlement des indemnités[2] (cet art. renvoie à la rémunération prévue à l'**art. 30, § 2/1, al. 2**, à savoir la rémunération minimum fixée à la date de début de l'incapacité de travail, pour un employé de catégorie I comptant 9 années d'expérience professionnelle, par la Commission paritaire nationale auxiliaire pour employés).

1. CJCE, 09.12.1982, Malfitano c./INAMI (76/82).
2. Règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'article 80, 5° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994.

B. CONDITIONS NATIONALES D'OUVERTURE DU DROIT ACQUIS SANS NÉCESSITÉ DE TOTALISATION (ART. 16, § 2, DE LA CONVENTION)

Lorsque le ***droit aux prestations belges d'invalidité*** est ouvert sans qu'il soit nécessaire de recourir à la totalisation des périodes d'assurance accomplies dans les deux États contractants, l'article 16, § 2, de la Convention prévoit ce qui suit : *"Lorsque […] le montant résultant de l'addition de la prestation argentine et de la prestation belge calculée selon le paragraphe 1er du présent article, est inférieur au montant de la prestation due sur base de la seule législation belge, l'organisme belge compétent alloue un complément égal à la différence entre la somme des deux prestations précitées et le montant dû en vertu de la seule législation belge."*

Il convient dès lors d'effectuer un calcul identique à celui prévu par l'article 14, § 1er, de la Convention (calcul du **montant belge proratisé**) et de l'additionner ensuite au **montant de la prestation argentine** (montant belge proratisé + montant argentin = **b+ar**). Il faut enfin le comparer au montant de **la prestation due sur la base de la seule législation belge** (montant théorique belge =**B**[3]).

Si le montant de la prestation due sur base de la seule législation belge est supérieur au montant belge proratisé additionné au montant de la prestation argentine (si **B>b+ar**), il convient d'allouer un *complément* au montant belge proratisé qui est égal à la différence entre la somme des deux prestations (b+(B-(b+ar))= **B-ar**).

A contrario, si le montant de la prestation due sur base de la seule législation belge est inférieur au montant belge proratisé additionné au montant de la prestation argentine (si **B<b+ar**), seul le **montant belge proratisé** sera dû (**b**).

Bien que formulée différemment, cette règle permet donc d'aboutir au **même résultat** que le double calcul appliqué dans le cadre des **Règlements européens pour les DAB (assurés belges) qui ouvrent le droit sur la base des seules périodes belges**. En effet, en vertu de l'article 52 du Règlement n° 883/2004, deux calculs doivent être effectués lorsqu'il n'est pas nécessaire de recourir à la totalisation des périodes d'assurance accomplies en Belgique et dans un autre État membre :

- un calcul du montant de la prestation d'invalidité due en vertu du seul droit national belge, montant qui correspond, après application de l'article 136, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, au montant théorique belge diminué de l'indemnité d'invalidité étrangère (**B-m**)
- un calcul du montant belge proratisé (**b**).

En vertu de l'article 52, § 3, du Règlement précité, le montant le plus favorable à l'intéressé est octroyé. Donc si **B-ar>b** (ce qui revient à dire que si **B>b+ar**), on retient le montant **B-ar**. Et si **B-ar<b** (si **B<b+ar**), on retient le montant **b**.

Section 5. Revalorisation et nouveau calcul des prestations

Un nouveau calcul des **prestations belges** est effectué lorsque le mode d'établissement ou les règles de calcul des prestations d'invalidité argentines sont modifiés, et en cas de changements dans la situation personnelle de l'assuré.

Cependant, il n'y a pas lieu de procéder à un nouveau calcul des **prestations d'invalidité belges** lorsque les prestations d'invalidité argentines sont modifiées d'un pourcentage ou d'un montant déterminé à la suite de l'augmentation du coût de la vie, de la variation du niveau des salaires ou d'autres causes d'adaptation dans cet État (art. 17 de la Convention).

3. Montant auquel on n'applique pas l'article 136, § 2, de la loi coordonnée du 14.07.1994, car l'art. 6 de la Convention prévoit la non-opposabilité des clauses de réduction ou de suspension prévues par la législation d'un État contractant en cas de cumul de deux prestations de même nature.

Section 6. Règles de cumul

Les clauses de réduction ou de suspension prévues par la loi de l'un des États contractants, en cas de cumul d'une prestation avec d'autres prestations de sécurité sociale ou avec d'autres revenus acquis via l'exercice d'une activité professionnelle, sont également **opposables** aux bénéficiaires, même s'il s'agit de prestations acquises en vertu d'un régime de l'autre État ou s'il s'agit de revenus obtenus d'une activité professionnelle exercée sur le territoire de l'autre État.

Cette règle ne s'applique toutefois **pas** aux prestations belges d'invalidité, de vieillesse et de décès (acquises avec ou sans totalisation) et aux prestations argentines d'invalidité, de vieillesse et de décès acquises sur la base de la Convention (art. 6 de la Convention).

Ceci implique toutefois que l'article 136, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 est bel et bien applicable en cas de cumul avec une autre prestation belge d'invalidité octroyée sur la base d'une législation tombant en dehors du champ d'application matériel de la Convention, comme la prestation d'invalidité octroyée sur la base de la loi du 17 juillet 1963 relative à la sécurité sociale d'outre-mer.

Section 7. Le maintien du droit aux prestations d'invalidité en cas de transfert de résidence ou de séjour à l'étranger

En principe, **les prestations d'invalidité** acquises au titre de la législation belge ou argentine ne peuvent être suspendues, réduites ou modifiées du fait que le bénéficiaire **réside** ou **séjourne** sur le territoire de l'autre État contractant, à moins que la Convention n'en dispose autrement (art. 5 de la Convention).

A. SÉJOUR TEMPORAIRE

Le titulaire de ***prestations d'invalidité de la législation belge*** conserve le bénéfice de ces prestations au cours d'un séjour en Argentine, à la condition que ce séjour ait été **préalablement autorisé** par l'organisme compétent belge. Le séjour ne peut toutefois être refusé que s'il se situe dans la **période au cours de laquelle, en vertu de la législation belge, l'organisme compétent belge doit procéder à l'évaluation ou la révision de l'état d'invalidité** (art. 18 de la Convention).

B. TRANSFERT DE RÉSIDENCE

Aucune exception au principe général posé par l'article 5 de la Convention n'est prévue par la Convention. Une autorisation préalable ne peut dès lors **pas** être exigée lorsque le titulaire de prestations d'invalidité souhaite transférer sa résidence sur le territoire de l'autre État contractant.

Toutefois, l'article 15, alinéa 5, du Règlement des indemnités du 16 avril 1997 impose au titulaire qui désire transférer sa résidence à l'étranger d'en aviser **le médecin-conseil** au moins quinze jours avant son départ. Le non-respect de cette obligation de communication d'un changement de résidence n'est assorti d'aucune sanction directe, mais peut mener à une application de l'article 134, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1997, si l'organisme assureur belge n'a pas été informé du changement de résidence, et si ce transfert de résidence n'est pas inscrit au Registre national.

Chapitre III. Aspects pratiques

Section 1. Introduction de la demande de prestations d'invalidité - Rôle des organismes des États contractants dans l'instruction des dossiers

A. ORGANISMES DE LIAISON ET ORGANES COMPÉTENTS EN MATIÈRE D'INVALIDITÉ

Organismes de liaison :

Les organismes de liaison assurent la coordination et l'information entres les organismes compétents des deux États contractants associés à l'exécution de la Convention et informent les personnes concernées quant aux droits et obligations qui en découlent (art. 1er, g) de la Convention).

- en Belgique : l'INAMI et, pour les marins, la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins
- en Argentine : l'Institut national de sécurité sociale (INSS).

Administracion Nacional de Seguridad Social (ANCES)
Adresse : Paseo Colón 239, Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Tél. : 00 54-11-43726464
anses@anses.gob.ar

Organismes compétents :

- en Belgique : l'INAMI, conjointement avec les organismes assureurs concerné et, pour les marins, la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins
- en Argentine : l'Institut national de sécurité sociale (INSS).

Administracion Nacional de Seguridad Social (ANCES)
Adresse : Paseo Colón 239, Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Tél. : 00 54-11-43726464
anses@anses.gob.ar

B. EXAMEN DES DEMANDES DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ (ART. 5 ET 7 DE L'ARRANGEMENT ADMINISTRATIF)

Le demandeur doit introduire sa demande de prestations auprès de l'organisme compétent de l'État où il a sa résidence. Il y joint tous les documents disponibles justifiant les raisons de sa demande formulée en vertu de la législation de l'autre État contractant, en vue de la détermination du droit aux prestations en question. Les documents en question sont en principe détaillés dans les formulaires de demande bilatéraux.

L'organisme compétent de l'État membre de résidence envoie immédiatement la demande et les documents annexés à l'organisme de liaison du même État qui à son tour transmet immédiatement le tout à l'organisme de liaison de l'autre État contractant, conformément aux formulaires prévus à cet effet. Cet organisme de liaison remet alors la demande à l'organisme compétent de son État.

b.1. Assurés assujettis en Belgique lorsque l'incapacité de travail débute : résidence en Belgique

Rôle de l'organisme assureur

a) Médecin-conseil

Lorsque le médecin-conseil constate, dans le cadre des contrôles effectués pendant la période d'incapacité primaire, que la situation de l'intéressé pourrait donner lieu à la constitution d'une demande de pension d'invalidité, il avertit le Service administratif de l'organisme assureur et établit un rapport médical qu'il transmet au Service administratif (**formulaire BE-ARG 3*bis***).

b) Service administratif

Le Service administratif de l'organisme assureur fait compléter par l'assuré et avant qu'il n'arrive au terme de son année d'incapacité primaire, **une Déclaration pour invalides** dans laquelle il est invité à renseigner tous les pays dans lesquels il a préalablement séjourné ou exercé une activité professionnelle.

Si l'intéressé déclare avoir été **assuré en Argentine pendant une période de moins d'un an**, l'organisme assureur prend alors contact, via l'INAMI, avec l'organisme de liaison argentin afin de lui demander si les périodes accomplies par l'intéressé en Argentine sont susceptibles d'ouvrir un droit à des prestations argentines d'invalidité, en se référant à l'article 19, § 3, de la Convention. L'organisme assureur joint à son courrier une copie de la Déclaration pour invalides signée par l'intéressé. Un dossier de demande ne sera établi qu'en cas de réponse affirmative de l'organisme de liaison, et selon les instructions qui suivent.

Si l'intéressé déclare avoir exercé une activité professionnelle en Argentine ou y avoir été assuré pendant plus d'un an, l'organisme assureur veille à ce qu'un formulaire de demande de prestations d'invalidité argentines soit complété avec l'intéressé (**formulaire BE-ARG 3**). Par précaution, il est demandé de certainement vérifier si l'intéressé a effectivement été assuré en Argentine pendant les périodes mentionnées et s'il ne s'agissait pas, par exemple, d'une période de détachement.

c) Transmission du dossier de demande à l'INAMI

L'organisme assureur transmet immédiatement le dossier de demande (BE-ARG 3, BE-ARG 3*bis* y compris des documents médicaux complémentaires, documents supplémentaires) **à l'INAMI**.

Documents que l'organisme assureur doit en outre joindre à chaque demande :

- un relevé des bons de cotisations comprenant la dernière année civile complète précédant la date de début de de l'incapacité de travail jusqu'à la date de début de l'incapacité de travail
- un extrait global de carrière du Sigedis (si travail salarié)
- un extrait de carrière de l'INASTI (si travail indépendant).

Documents à compléter par l'organisme assureur pour tous les assurés et à joindre à la demande dans certaines circonstances :

- **une feuille de révision et d'avances ne doit pas systématiquement être jointe** au dossier de demande. Ce document sera demandé aux organismes assureurs lors de l'élaboration de la décision et du calcul du *prorata*. Si le montant payé diffère du montant pour ordre (par ex., à la suite d'un cumul avec d'autres prestations de sécurité sociale ou avec des revenus professionnels provenant d'une activité autorisée...) il faut toujours joindre la feuille de révision et d'avances au dossier de demande à titre exceptionnel

- **la Déclaration pour invalides** ne doit pas systématiquement être jointe au dossier de demande. Elle sera complétée en mutualité et conservée dans le dossier de l'assuré. Elle ne sera communiquée à l'INAMI que lorsque un délai important (plus d'une année) se sera écoulé entre la date de signature de la Déclaration pour invalides et la date d'introduction de la demande

- la **subrogation** (se référant à la Convention) doit être complétée et signée par tout assuré pour lequel un dossier de demande d'indemnités d'invalidité est constitué dans le contexte international. Elle est conservée dans le dossier de l'assuré.
  Ce document est essentiel pour l'informer de ses droits et obligations et mettre l'INAMI et les organismes assureurs en conformité avec leur propre devoir d'information.

  La subrogation est jointe d'office au dossier de demande en cas de réintroduction de la demande auprès de l'institution étrangère.

Paiement d'indemnités d'invalidité belges provisionnelles :

Lorsque l'organisme assureur constate qu'en vertu des dispositions de la législation belge, le demandeur ouvre le droit aux prestations d'invalidité ***exclusivement sur base de ses périodes d'assurance belges***, il accorde au demandeur des **prestations provisionnelles**. Ces prestations provisionnelles sont payées à l'expiration de la période d'incapacité primaire, à concurrence du montant auquel l'assuré a droit en vertu de la législation belge.

L'organisme assureur peut également accorder des prestations provisionnelles au demandeur n'ouvrant le droit aux prestations belges d'invalidité ***que sur la base de la totalisation des périodes d'assurance*** (le cas échéant, après un an d'incapacité de travail primaire non indemnisée). Étant donné que le droit est ouvert via totalisation, la personne en question a uniquement droit à une prestation d'invalidité proratisée. Le cas échéant, l'organisme assureur doit demander, en temps opportun et en tout cas **avant le début de l'invalidité via l'INAMI** à l'organisme argentin, une attestation concernant les périodes d'assurance accomplies en Argentine (ARG-BE 4) pour établir un **coefficient de carrière provisoire** .

Par ailleurs, il incombe à l'organisme assureur d'attirer immédiatement l'attention de l'assuré sur le caractère provisoire de ces prestations. Le paiement des indemnités à titre provisionnel est subordonné à la signature d'une subrogation.

Rôle de l'INAMI

L'INAMI doit compléter la date de demande (1re p.) et la rubrique 7 du formulaire ARG-BE 3. Il confirme que les données concernant l'état civil sont certifiées conformes.

L'INAMI établit l'aperçu de carrière belge (formulaire BE-ARG 4) sur la base des données de carrière transmises par l'organisme assureur.

L'INAMI transmet immédiatement la demande complète à l'organisme de liaison argentin via le formulaire de communication ARG-BE 5. Lors de la transmission, l'INAMI notifie à l'organisme argentin s'il est d'accord ou non avec le paiement direct des arrérages à l'intéressé.

L'organisme argentin compétent détermine les droits de l'intéressé et transmet à l'INAMI sa décision ainsi que l'aperçu de la carrière argentine (ARG-BE 4) par formulaire **ARG-BE 5 (notification de la décision argentine), via l'organisme de liaison argentin, avec une copie de cette décision destinée au demandeur**. La décision doit préciser les voies et délais de recours prévus par la législation argentine.

À la réception de la décision argentine, l'INAMI calcule la prestation belge partielle définitive. Il notifie la décision belge ainsi que la décision argentine au demandeur, sous la communication des voies et délais de recours prévus.

Les délais de recours commencent à courir à compter du premier jour ouvrable suivant le jour de la réception de la décision.

Parallèlement, l'INAMI communique via le formulaire **BE-ARG 5** la décision belge à l'organisme de liaison argentin et communique, le cas échéant, le montant qu'il doit récupérer en compensation des arrérages de la prestation due par l'Argentine (art. 26 de la Convention et art. 7, § 2b), de l'Arrangement administratif). L'INAMI communique également quand la décision argentine a été notifiée.

b.2. Assurés assujettis en Argentine lorsque l'incapacité de travail débute : résidence en Argentine

Pour les assurés argentins résidant en Argentine, le dossier de demande d'une prestation belge d'invalidité sera transmis à l'INAMI par l'organe de liaison argentin.

Le dossier de demande reçu se compose en principe comme suit :

- demande de prestations belges d'invalidité **(formulaire ARG-BE 3)**
- aperçu des périodes d'assurance **(formulaire ARG-BE 4)**
- rapport médical détaillé **(formulaire ARG-BE 3*bis*)** y compris tous les documents médicaux en sa possession.

Rôle de l'organisme assureur

a) Rôle du médecin-conseil

Après réception, le Service administratif de l'organisme assureur transmet le rapport médical (**formulaire ARG-BE 3*bis***) ainsi que les documents médicaux supplémentaires au médecin-conseil.

Le médecin-conseil détermine la date de début de l'incapacité de travail.

Se basant sur le rapport médical, le médecin-conseil fait au Conseil médical de l'invalidité une proposition médicale positive ou négative de reconnaissance de l'invalidité.

b) Rôle du Service administratif

À la réception du dossier transmis par l'INAMI, l'organisme assureur examine la demande.

Il évalue en premier lieu si, vu le principe de totalisation des périodes d'assurance, les conditions administratives d'assurance étaient remplies à la date de début de l'incapacité de travail (qualité de titulaire, stage et maintien du droit).

Il contacte l'assuré pour lui demander de compléter :

- l'enquête sur les revenus (cumul)
- le modèle A
- le formulaire 225
- pour un assuré indépendant, le document Cessation d'activité.

Afin de gérer au mieux les délais de traitement des dossiers dans le contexte international, une procédure de gestion des rappels applicable à la présente Convention a été établie en concertation avec les organismes assureurs.

Sans réponse de la part du demandeur dans un délai de trois mois, un rappel lui est adressé. Ce document attire clairement son attention sur le fait que sans réponse de sa part dans un délai d'un mois, le dossier sera :

- soit traité sur la base des informations dont on dispose et un taux d'indemnisation minimum sera octroyé
- clôturé si le niveau d'information est insuffisant pour pouvoir le traiter.

En l'absence de réponse, au terme du délai d'un mois accordé, le dossier est :

- soit traité sur la base des informations dont on dispose et une indemnité minimale sera octroyée
- soit clôturé si le niveau d'information est insuffisant pour pouvoir le traiter.

L'organisme assureur détermine les droits de l'intéressé et adresse sa proposition de décision à l'INAMI. L'organisme assureur lui retourne également le dossier complet :

- si le droit n'est pas ouvert, il mentionne le motif du rejet
- si le droit est ouvert, il indique le montant théorique de l'indemnité (montant pour ordre) ainsi que la date à partir de laquelle les prestations peuvent être accordées.

Rôle de l'INAMI

L'INAMI :

- vérifie, à la réception du dossier transmis par l'organisme de liaison argentin, si tous les documents nécessaires à la demande sont joints et si les éléments joints permettent de traiter la demande

- rassemble les données de carrière belges et établit un aperçu de carrière belge (BE-ARG 4)

- vérifie si l'intéressé prouve effectivement une carrière d'assurance belge d'au moins un an (art. 17 de la Convention).

Si le dossier est complet et si l'intéressé apporte la preuve de périodes d'assurance belges d'au moins un an, la demande d'examen est transmise à l'organisme assureur où l'intéressé était affilié en dernier lieu en Belgique.

Si le dossier est incomplet, les documents manquants sont réclamés auprès de l'organisme de liaison argentin au moyen du formulaire de communication BE-ARG 5.

Après réception de la proposition de décision de l'organisme assureur, il élabore la décision d'octroi belge et la communique à l'organisme de liaison via le formulaire BE-ARG 5, y compris une copie destinée au demandeur, et en transmet copie à l'organisme assureur. La décision doit préciser les voies et délais de recours prévus par la législation belge.

L'organisme de liaison argentin notifie la décision à l'intéressé par lettre recommandée. Les délais de recours commencent à courir à compter du premier jour ouvrable suivant la réception de la décision par le demandeur.

Simultanément, l'organisme de liaison argentin informe l'INAMI via le formulaire **ARG-BE 5** de cette notification de la décision belge ainsi que de sa propre décision et lui signifie, s'il y a lieu, le montant de la somme qu'il doit récupérer par compensation sur les arrérages de la prestation due par la Belgique.

b.3. Assurés assujettis en Belgique lorsque l'incapacité de travail débute : résidence en Argentine

Certaines personnes, résidant et travaillant en Argentine demeurent assujetties à la sécurité sociale belge sur la base de règles d'attribution particulières (par ex., en cas de détachement).

Conformément à l'Arrangement administratif, la demande de prestations belges d'invalidité doit être introduite via l'organisme du lieu de résidence.

Si, sur la base des données médicales transmises, on peut constater que l'incapacité de travail dépasse une durée d'un an, l'organisme assureur peut également indemniser l'année d'incapacité de travail sur la base de l'article 294, § 1er, 4°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

b.4. Assurés assujettis en Argentine lorsque l'incapacité de travail débute : résidence en Belgique

L'assuré argentin résidant en Belgique peut, pour sa demande de prestations d'invalidité argentines, s'adresser à son organisme assureur (s'il est inscrit comme résident par ex.) ou à un organisme assureur de son choix (s'il n'est pas affilié à une mutualité).

L'organisme assureur fait en sorte qu'un formulaire de demande de prestations d'invalidité argentines soit complété avec l'intéressé (**formulaire BE-ARG 3**).

L'organisme assureur transmet la demande à l'INAMI avec un rapport médical BE-ARG 3*bis*.

La suite du traitement de la demande se fait comme décrit au point b.1.

Section 2. Versement des prestations (art. 23 de la Convention et art. 19 de l'Arrangement administratif)

Les États contractants peuvent s'acquitter de leurs prestations dans leur propre devise nationale.

Les prestations d'invalidité sont versées par paiement direct aux bénéficiaires par les organismes compétents.

Toutefois, en cas de récupération de paiements indus prévue par l'article 25 de la Convention, les rappels d'arrérages et les sommes retenues sont transférés à l'organisme créancier par l'intermédiaire de l'organisme de liaison belge et de l'organisme argentin compétent (art. 19 de l'Arrangement administratif).

Section 3. Contrôle administratif et contrôle médical (art. 13 et 21 de la Convention)

Les institutions des deux États contractants sont autorisées à se communiquer, aux fins de l'application du présent accord, des données à caractère personnel, y compris des données relatives aux revenus des personnes dont la connaissance est nécessaire à l'institution d'un État contractant, pour l'application d'une législation de sécurité sociale ou d'assistance sociale. Elles respectent à cet effet leur législation nationale en matière de protection de la vie privée et veillent à ce que les informations fournies par l'autre État contractant soient utilisées pour l'application de la législation relative à la sécurité sociale.

Lorsque l'organisme de liaison argentin ou belge apprend qu'un bénéficiaire d'une prestation d'invalidité de l'autre État contractant, ou son conjoint, n'a pas cessé toute activité professionnelle ou a repris une telle activité, il en avise sans délai l'organisme de liaison de l'autre État contractant. Il lui transmet également tous les renseignements disponibles quant à la nature du travail effectué et quant au montant des gains ou ressources dont le bénéficiaire ou un de ses membres de la famille bénéficie ou a bénéficié ainsi qu'à leur décès (art. 8, de l'Arrangement administratif).

L'organisme de liaison de l'État contractant où réside un bénéficiaire d'une prestation de retraite, de survie ou d'invalidité de l'autre État contractant, ainsi que le cas échéant son conjoint, informera, sur demande de l'organisme de liaison de ce dernier État, du décès dudit bénéficiaire ou de son conjoint (art. 9 de l'Arrangement administratif).

À la demande de l'organisme de liaison d'un État, l'organisme de liaison de l'autre État rassemblera toutes les informations médicales ou toute la documentation médicale concernant l'incapacité du demandeur ou du titulaire. De même, sur demande de l'organisme de liaison argentin, l'INAMI transmet toute information ou documentation médicale au sujet de l'incapacité du demandeur ou du bénéficiaire.

En cas de séjour ou de résidence d'un bénéficiaire sur le territoire de l'autre État contractant que celui où se trouve l'organisme débiteur, le contrôle administratif et médical est effectué à la demande de ce dernier par l'organisme du lieu de séjour ou de résidence du bénéficiaire, selon les modalités prévues par la législation que ce dernier organisme applique. L'organisme débiteur se réserve le droit de faire procéder, par un médecin de son choix, au contrôle du bénéficiaire.

Les demandes d'examens médicaux sont faites via le formulaire de communication **BE-ARG/ARG-BE 5.**

Les frais de contrôle médical sont remboursés par l'organisme débiteur à l'organisme du lieu de séjour ou de résidence, annuellement, dans les plus brefs délais possibles, sur la base du tarif de l'organisme du lieu de séjour ou de résidence et sur présentation d'une note détaillée des dépenses effectuées.

Aucun remboursement ne doit être effectué pour les expertises faites dans l'intérêt des deux États contractants.

Aucun formulaire bilatéral spécifique n'est prévu pour la facturation des frais de contrôle.

Section 4. Demandes, déclarations et recours (art. 22 de la Convention)

Les demandes, déclarations ou recours qui auraient dû être introduits, selon la législation d'un État contractant, dans un délai déterminé, auprès d'une autorité, d'un organisme ou d'une juridiction de cet État, sont recevables s'ils sont introduits dans le même délai auprès d'une autorité, d'un organisme ou d'une juridiction de l'autre État contractant. En ce cas, l'autorité, l'organisme ou la juridiction saisi transmet sans délai ces demandes, déclarations ou recours à l'autorité, à l'organisme ou à la juridiction du premier État contractant soit directement, soit par l'intermédiaire des autorités compétentes des États contractants.

La date à laquelle ces demandes, déclarations ou recours ont été introduits auprès d'une autorité, d'un organisme ou d'une juridiction de l'autre État contractant est considérée comme la date d'introduction auprès de l'autorité, de l'organisme ou de la juridiction compétent pour en connaître.

Une demande ou un document ne peut être rejeté parce qu'il est rédigé dans une langue officielle de l'autre État contractant.

Section 5. Renseignements statistiques (art. 11 de l'Arrangement administratif)

Chaque année, les organismes de liaison échangent des renseignements statistiques sur le nombre de versements effectués dans l'autre État contractant et sur les montants y afférents.

Section 6. Récupération de montants indus (art. 26 de la Convention)

Lorsque l'institution d'un des États a payé à un bénéficiaire de prestations un montant supérieur au montant auquel il a droit, cette institution peut, de la manière et dans les limites telles que fixées dans la législation qu'elle applique, demander à l'institution de l'autre État redevable de prestations à ce bénéficiaire, de retenir le montant payé en trop sur les montants qu'il doit payer au bénéficiaire en question. Ce dernier organisme retient le montant de la manière et dans les limites où une telle compensation est prévue dans la législation qu'il applique, comme s'il s'agissait de sommes servies en trop par cet organisme même, et transfère le montant ainsi retenu à l'organisme créancier par l'intervention de l'organisme de liaison (art. 10 de l'Arrangement administratif).

Section 7. Procédures d'exécution (art. 25 de la Convention)

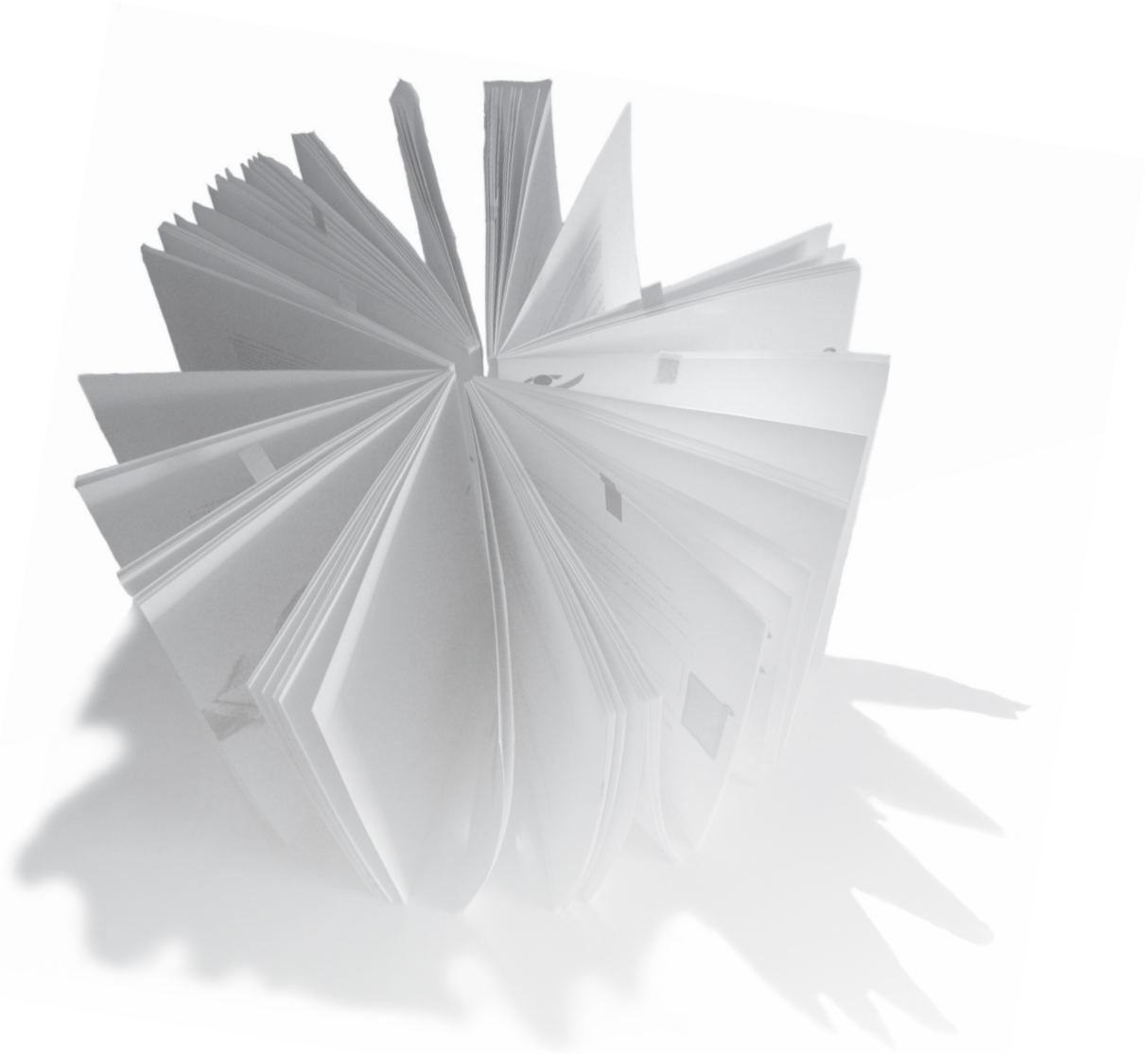
Les décisions exécutoires rendues par un tribunal de l'un des États contractants et les actes exécutoires rendus par l'autorité ou l'organisme de l'un des États contractants, relatifs à des cotisations de sécurité sociale et à d'autres demandes (notamment de récupération de prestations indues), sont reconnus sur le territoire de l'autre État contractant. Une telle reconnaissance ne peut être refusée que si elle est incompatible avec les principes légaux ou l'ordre public de l'État contractant sur le territoire duquel la décision ou l'acte doit être exécuté.

La procédure d'exécution des décisions et actes devenus définitifs doit être conforme à la loi régissant l'exécution de tels décision et actes de l'État contractant sur le territoire duquel l'exécution a lieu. La décision ou l'acte est accompagné d'un certificat attestant de son caractère exécutoire.

Par ailleurs, les créances devant faire l'objet d'un recouvrement ou d'un recouvrement forcé bénéficient du même traitement que des créances de même nature d'un organisme situé sur le territoire de l'État contractant sur lequel le recouvrement ou le recouvrement forcé s'opère.

Circulaire O.A. n° 2018/251 – 82/11 du 10 septembre 2018.

5e Partie
Données de base



I. Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 19) à partir du 1er septembre 2018

En vigueur à partir du 1er septembre 2018.

En application de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 – Moniteur belge 29 janvier 2014 (2e éd.) relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée ne peuvent atteindre les plafonds de 15.986,16 et 2.959,47 EUR (à l'indice pivot 114,97 base 2004=100), ces montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation et à l'évolution du bien-être de la même manière que pour les pensions.

Au 1er septembre 2018 :

Montant maximum du montant annuel des revenus des bénéficiaires	
Titulaires	**Personnes à charge**
19.105,58 EUR	3.536,95 EUR

Circulaire O.A. n° 2018/244 – 3991/301 du 4 septembre 2018.

II. Intervention personnelle du patient en cas d'hospitalisation : montants à partir du 1er janvier 2019

Vous trouverez ci-dessous les montants qui peuvent être portés en compte aux patients à partir du **1er janvier 2019** et ce en application de l'arrêté royal du 5 mars 1997 et en application de l'article 37*bis*, § 3 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

1. Le jour d'admission :

Le jour de l'admission dans un hôpital général ou psychiatrique ou dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, l'intervention de l'assurance est réduite :

a) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance : de 5,77 EUR ;

b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé (à l'exclusion des enfants visés sous a)) : de 33,04 EUR ;

c) pour les titulaires qui sont, pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé, en chômage contrôlé et qui ont depuis douze mois la qualité de chômeur complet (possédant la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isolé, c'est-à-dire à l'exclusion entre autre des cohabitants) y compris les personnes à charge : de 33,04 EUR ;

d) pour les autres bénéficiaires : de 43,52 EUR.

2. À partir du deuxième jour :

À partir du deuxième jour de séjour dans un hôpital général ou psychiatrique ou dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, l'intervention de l'assurance est réduite :

a) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés (y compris leurs personnes à charge) : de 5,77 EUR ;

b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de 5,77 EUR ;

c) pour les autres bénéficiaires : de 16,25 EUR.

3. À partir du 91e jour de séjour (à l'exclusion des centres de rééducation fonctionnelle ou professionnelle) :

À partir du 91e jour de séjour, l'intervention de l'assurance est réduite pour les séjours dans un hôpital général ou dans un hôpital psychiatrique :

a) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés (y compris leurs personnes à charge) : de 5,77 EUR ;

b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de 5,77 EUR ;

c) pour les titulaires qui ont des personnes à charge au regard de l'assurance soins de santé ou qui sont tenus de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié, de même que les personnes à leur charge : de 5,77 EUR ;

d) pour les autres bénéficiaires : de 16,25 EUR.

4. Lorsque l'admission dans un hôpital psychiatrique excède une durée de cinq ans

Dès que l'admission dans un hôpital psychiatrique dépasse une durée de vie de cinq ans, l'intervention de l'assurance est réduite :

a) pour les titulaires ayant des personnes à charge, les titulaires de l'intervention majorée (et chômeurs y assimilé) avec des personnes à charge, les personnes qui sont tenues de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié, de même que les personnes à leur charge : 5,77 EUR ;

b) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs y assimilés qui n'ont pas de personnes à charge dans le cadre de l'assurance soins de santé ou qui ne sont pas tenus de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié : de 16,25 EUR ;

c) pour les autres bénéficiaires : de 27,08 EUR.

Circulaire O.A. n° 2018/380 – 362/48 du 19 décembre 2018.

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

En vigueur à partir du 1er janvier 2019.

Ce montant de 25.285,14 EUR lié à l'indice-pivot des prix à la consommation 103,14 (base 1996 = 100) est adapté à l'évolution des prix à la consommation de la même manière que les plafonds de revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance.

Indexation des plafonds

	Résidents (en EUR)	Personnes à charge (idem intervention majorée) (en EUR)
À partir du 1er juin 2003	27.368,64	2.357,09
À partir du 1er octobre 2004	27.914,79	2.404,13
À partir du 1er août 2005	28.473,60	2.452,25
À partir du 1er octobre 2006	29.042,51	2.501,25
À partir du 1er septembre 2007(bien-être)	29.042,51	2.518,75
À partir du 1er janvier 2008	29.624,07	2.602,36
À partir du 1er mai 2008	30.215,74	2.654,33
À partir du 1er septembre 2008	30.820,06	2.707,42
À partir du 1er juin 2009 (bien-être)	30.820,06	2.756,15
À partir du 1er janvier 2010 (bien-être)	30.820,06	2.788,65
À partir du 1er septembre 2010	31.437,01	2.844,47
À partir du 1er mai 2011	32.066,61	2.901,44
À partir du 1er septembre 2011 (bien-être)	32.066,61	2.921,74
À partir du 1er janvier 2012 (bien-être)	32.066,61	2.959,47
À partir du 1er février 2012	32.708,86	3.018,74
À partir du 1er décembre 2012	33.363,74	3.079,19
À partir du 1er septembre 2013 (bien-être)	33.363,74	3.140,77
À partir du 1er juillet 2015	34.031,27	3.203,40
À partir du 1er septembre 2015 (bien-être)	34.031,27	3.225,83
À partir du 1er janvier 2016 (bien-être)	34.031,27	3.267,47
À partir du 1er juin 2016	34.711,44	3.332,74
À partir du 1er juin 2017	35.404,25	3.399,56
À partir du 1er septembre 2017 (bien-être)	35.404,25	3.467,55
À partir du 1er septembre 2018	**36.112,24**	**3.536,95**

Moyenne annuelle (montants en EUR)		
	Résidents	**Personnes à charge**
2000	25.453,71 (PM)	2.192,15
2001	26.091,74 (PM)	2.247,06
2002	26.788,76	2.307,14
2003	27.145,29	2.337,88
2004	27.505,18	2.368,85
2005	28.147,63	2.424,18
2006	28.616,46	2.464,56
2007	29.045,04	2.507,30
2008	30.219,96	2.654,70
2009	30.820,06	2.735,85
2010	31.025,71	2.807,26
2011	31.856,74	2.889,22
2012	32.709,91	3.018,84
2013	33.363,74	3.099,72
2014	33.363,74	3.140,77
2015	33.697,51	3.179,56
2016	34.428,04	3.305,54
2017	35.115,58	3.394,38
2018	**35.640,25**	**3.490,68**

Circulaire O.A. n° 2018/386 – 270/76 – 273/77 – 274/78 – 276/127 – 2790/78 – 2791/96 – 2792/75 – 3910/1712 – 83/486 du 20 décembre 2018.

IV. Personnes à charge – Plafond trimestriel de revenus

En vigueur à partir du 1er janvier 2019.

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, § 1er, 1°, al. 1er, 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* :

1er septembre 2008 indexation
1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 10 = 2.148,87 EUR

1er septembre 2010 indexation
1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 11 = 2.191,85 EUR

1er mai 2011 indexation
1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 12 = 2.235,68 EUR

1er février 2012 indexation
1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 13 = 2.280,40 EUR

1er décembre 2012 indexation
1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 14 = 2.326,00 EUR

1er juillet 2015 indexation
1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 15 = 2.372,52 EUR

1er juin 2016 indexation
1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 16 = 2.419,97 EUR

1er juin 2017 indexation
1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 17 = 2.468,37 EUR

1er septembre 2018 indexation
1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 18 = 2.517,74 EUR

Valeurs par trimestre		
1er trimestre 2008	2.065,42*3/3	2.065,42 EUR
2e trimestre 2008	2.065,42*1/3+2.106,73*2/3	2.092,96 EUR
3e trimestre 2008	2.106,73*2/3+2.148,87*1/3	2.120,78 EUR
4e trimestre 2008	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
1er trimestre 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
2e trimestre 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
3e trimestre 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
4e trimestre 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
1er trimestre 2010	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
2e trimestre 2010	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
3e trimestre 2010	2.148,87*2/3+2.191,85*1/3	2.163,20 EUR
4e trimestre 2010	2.191,85*3/3	2.191,85 EUR
1er trimestre 2011	2.191,85*3/3	2.191,85 EUR
2e trimestre 2011	2.191,85*1/3+2.235,68*2/3	2.221,07 EUR
3e trimestre 2011	2.235,68*3/3	2.235,68 EUR
4e trimestre 2011	2.235,68*3/3	2.235,68 EUR
1er trimestre 2012	2.235,68*1/3+2.280,40*2/3	2.265,49 EUR
2e trimestre 2012	2.280,40*3/3	2.280,40 EUR
3e trimestre 2012	2.280,40*3/3	2.280,40 EUR
4e trimestre 2012	2.280,40*2/3+2.326,00*1/3	2.295,60 EUR
1er trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2e trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3e trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
4e trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
1er trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2e trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3e trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
4e trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
1er trimestre 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2e trimestre 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3e trimestre 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
4e trimestre 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
1er trimestre 2016	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
2e trimestre 2016	2.372,52*2/3+2.419,97*1/3	2.388,34 EUR
3e trimestre 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
4e trimestre 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
1er trimestre 2017	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
2e trimestre 2017	2.419,97*2/3+2.468,37*1/3	2.436,10 EUR
3e trimestre 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
4e trimestre 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
1er trimestre 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
2e trimestre 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
3e trimestre 2018	2.468,37*2/3 + 2.517,74*1/3	2.484,83 EUR
4e trimestre 2018	**2.517,74*3/3**	**2.517,74 EUR**

Circulaire O.A. n° 2018/387 – 248/67 du 20 décembre 2018.

V. Intervention majorée – Moyenne des plafonds de revenus pour l'année 2018

En vigueur à partir du 1er janvier 2019.

En application de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 – Moniteur belge 29 janvier 2014 (2e éd.) relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée ne peuvent atteindre les plafonds de 15.986,16 et 2.959,47 EUR (à l'indice pivot 114,97 base 2004=100), ces montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation et à l'évolution du bien-être de la même manière que pour les pensions.

Moyenne des plafonds des revenus – Exercice antérieur (2018)	
Titulaires	**Personnes à charge**
18.855,63 EUR	3.490,68 EUR

Circulaire O.A. n° 2018/388 – 3991/302 du 20 décembre 2018.

VI. Maximum à facturer – Exercice 2019

En vigueur à partir du 1er janvier 2019.

I. Fixation des montants de référence des revenus pour l'exercice 2019

a) calcul de l'indice corrigé

Moyenne des indices des prix 2018 : 107,24
---------- = ---------- = 1,0206
Moyenne des indices des prix 2017 : 105,08

b) plafonds de revenus pour l'exercice 2019

de	0,00	à	19.003,89
de	19.003,90	à	29.214,93
de	29.214,94	à	39.426,00
de	39.426,01	à	49.211,59
dès	49.211,60		

II. Fixation des plafonds tickets modérateurs pour l'exercice 2019

Général

Exercice 2017	459,00	663,00	1.020,00	1.428,00	1.836,00
Exercice 2018	468,18	676,26	1.040,40	1.456,56	1.872,72
Exercice 2019	477,54	689,78	1.061,20	1.485,68	1.910,16

Réduction application maximum à facturer pour malades chroniques

Exercice 2017	102
Exercice 2018	104,04
Exercice 2019	106,12

III. Conditions d'octroi maximum à facturer malades chroniques - Exercice 2019

Le total des interventions personnelles relativement aux prestations effectuées au cours de la deuxième année civile et de l'année civile précédant l'année en cours :

Exercice 2018	468,18
Exercice 2017	459,00

Circulaire O.A. n° 2019/1 – 3998/44 du 8 janvier 2019

VII. Intervention personnelle des bénéficiaires : indexation au 1er janvier 2019

I. Intervention personnelle des bénéficiaires non hospitalisés dans le coût des spécialités pharmaceutiques remboursables

L'article 2*bis* de l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, prévoit une indexation annuelle des plafonds de l'intervention personnelle au 1er janvier conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé. Les valeurs adaptées sont arrondies au dixième d'euro le plus proche.

Plafonds des tickets modérateurs en vigueur au 1er janvier		
Catégories de remboursement	**Bénéficiaires préférentiels non hospitalisés**	**Bénéficiaires ordinaires non hospitalisés**
Catégorie B	Ticket modérateur : maximum de 8,00 EUR	Ticket modérateur : maximum de 12,10 EUR
Catégorie B – grand modèle	Ticket modérateur : maximum de 9,90 EUR	Ticket modérateur : maximum de 15,00 EUR
Catégorie C	Ticket modérateur : maximum de 9,90 EUR	Ticket modérateur : maximum de 15,00 EUR
Catégorie Cs	Ticket modérateur sans maximum	Ticket modérateur sans maximum
Catégorie Cx	Ticket modérateur sans maximum	Ticket modérateur sans maximum
Catégorie Fb	Ticket modérateur : maximum de 8,00 EUR	Ticket modérateur : maximum de 12,10 EUR
Catégorie Fb – grand modèle	Ticket modérateur : maximum de 9,90 EUR	Ticket modérateur : maximum de 15,00 EUR

II. Intervention personnelle des bénéficiaires non hospitalisés dans le coût des préparations magistrales et produits assimilés

L'article 3*bis* de l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités prévoit les modalités de l'indexation des interventions personnelles des bénéficiaires.

Vu l'indexation des interventions personnelles des bénéficiaires et compte tenu de la méthode d'arrondissement à l'eurocent le plus proche, les montants obtenus seront :

Catégorie préparations magistrales	2019	
	Bénéficiaires visés à l'article 37, § 1er, alinéa 2, et § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et qui ont droit à un remboursement augmenté de l'assurance	**Autres bénéficiaires**
	EUR	**EUR**
Préparation "normale"	0,32	1,23
Intervention personnelle = 0	0,00	0,00
Produits délivrés tels quels et préparations topiques à usage ophtalmique	0,64	2,46

III. Intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales

L'article 3 de l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités prévoit les modalités de l'indexation des interventions personnelles des bénéficiaires.

Vu l'indexation et compte tenu de la méthode d'arrondissement au dixième d'euro le plus proche, les nouveaux montants plafonnés des interventions personnelles seront :

- Catégorie B
  - 8,00 EUR pour les bénéficiaires visés à l'article 37, § 1er, alinéa 2, et § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et qui ont droit à un remboursement augmenté de l'assurance
  - 12,10 EUR pour les autres bénéficiaires.
- Catégorie C
  - 12,10 EUR pour les bénéficiaires visés à l'article 37, § 1er, alinéa 2, et § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et qui ont droit à un remboursement augmenté de l'assurance
  - 20,00 EUR pour les autres bénéficiaires.

Liste de la nutrition médicale pour laquelle l'intervention personnelle des bénéficiaires change au 1er janvier 2019

Critère	Code	Dénomination et conditionnements	Obs.	Prix	Base de rembours.	I	II
B		Basecal 100 (Vitaflo International Limited)					
	3154-564 7001-845 7001-845	30 x 21,5 g (06/2016) * 1 x 21,5 g (06/2016) ** 1 x 21,5 g (06/2016)	M	48,67 1,4560 1,2190	48,67 1,4560 1,2190	7,30	12,10
B		Basecal 200 (Vitaflo International Limited)					
	3154-556 7001-852 7001-852	30 x 43 g (06/2016) * 1 x 43 g (06/2016) ** 1 x 43 g (06/2016)	M	97,01 2,9223 2,6853	97,01 2,9223 2,6853	8,00	12,10

IV. Intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des moyens diagnostiques et du matériel de soins

L'article 3 de l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des moyens diagnostiques et du matériel de soins remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités prévoit les modalités de l'indexation des interventions personnelles des bénéficiaires.

Vu l'indexation et compte tenu de la méthode d'arrondissement au dixième d'euro le plus proche, les nouveaux montants plafonnés des interventions personnelles seront :

- Catégorie B
  - 8,00 EUR pour les bénéficiaires visés à l'article 37, § 1er, alinéa 2, et § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et qui ont droit à un remboursement augmenté de l'assurance
  - 12,10 EUR pour les autres bénéficiaires.
- Catégorie C
  - 12,10 EUR pour les bénéficiaires visés à l'article 37, § 1er, alinéa 2, et § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et qui ont droit à un remboursement augmenté de l'assurance
  - 20,00 EUR pour les autres bénéficiaires.

Liste des moyens diagnostiques et matériel de soins pour lesquels l'intervention personnelle des bénéficiaires change au 1er janvier 2019

Critère	Code	Dénomination et conditionnements	Obs.	Prix	Base de rembours.	I	II
B		MUCOCLEAR 6 %					
	2456-010	60 x 4 mL solution hypertonique	M	58,79	58,79	**8,00**	**12,10**
	7108-657	* pr. 4 mL solution hypertonique		0,7583	0,7583		
	7108-657	** pr. 4 mL solution hypertonique		0,6398	0,6398		
B		NEBUSAL 7 % (Forest Laboratoires Benelux B.V.)					
	2987-568	60 ampoules x 4 mL	M	58,79	58,79	**8,00**	**12,10**
	7110-794	* pr. 4 mL ampoule		0,9123	0,9123		
	7110-794	** pr. 4 mL ampoule		0,7938	0,7938		

V. Interventions personnelles plafonnées des bénéficiaires non hospitalisés dans les coûts des produits radio-pharmaceutiques remboursables

L'article 27 de l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques, prévoit une indexation annuelle des plafonds de l'intervention personnelle au 1er janvier conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé. Les valeurs adaptées sont arrondies au dixième d'euro le plus proche.

Nouveaux plafonds des tickets modérateurs à partir du 1er janvier 2019 :		
Catégories de remboursement	**Bénéficiaires préférentiels Non hospitalisés**	**Bénéficiaires ordinaires Non hospitalisés**
Produits radio-pharmaceutiques inscrits au chapitre II de la liste annexée à l'arrêté royal du 22 mai 2014	Ticket modérateur maximum 8,00 EUR	Ticket modérateur maximum 12,10 EUR

Circulaire O.A. n° 2019/38 – 391/575 du 28 janvier 2019.

VIII. Intervention majorée de l'assurance (A.R. 15.01.2014) – Montants immunisés du revenu cadastral

En vigueur à partir du 1er janvier 2019.

L'arrêté royal du 15 janvier 2014 – Moniteur belge du 29 janvier 2014 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1er et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit l'immunisation des montants du revenu cadastral indexé de la maison d'habitation pour laquellele titulaire peut prétendre à l'abattement forfaitaire de la maison d'habitation applicable en matière d'impôt des personnes physiques.

Les montants retenus s'élèvent respectivement à 743,68 EUR et 123,95 EUR pour le conjoint cohabitant et par personne à charge, ils doivent être indexés de la manière prévue à l'article 518 du code de l'impôt sur les revenus 1992 en les multipliant par le coefficient visé audit article 518. Un arrondi à l'euro supérieur ou inférieur selon que le chiffre des centimes atteint ou non cinquante est ensuite réalisé.

Coefficient 1,8230 en 2019

Le montant pour 2019 est calculé sur base des instructions de la mécanographie du cadastre ; au départ du montant en EURO multiplication par le coefficient prévu et arrondissement normal à l'EURO.

Cela donne pour 2019 : 1.356 EUR
226 EUR

Circulaire O.A. n° 2019/43 – 3991/303 du 29 janvier 2019.

Comité de rédaction

M. Guy Lombaerts
Mme Caroline Lekane
Mme Caroline Marthus
Mme Sarah Koval
Mme Marie Lejeune
Mme Véronique Clicheroux
Mme Céline Faufeder
Mme Delphine Demaret
Mme Charlotte Lefebre
Mme Natalia Golovneva
Mme Melissa François
Mme Nuray Özdemir

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726