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

4e trimestre 2019

1. Loi

Moniteur belge	Date	Titre
31.12.2019 – Édition 2	20.12.2019	Loi portant les cotisations sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques remboursables et une cotisation sur le marketing pour l'année 2020

Résumé des modifications

La loi a pour objet de fixer la cotisation sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques remboursables et une cotisation sur le marketing pour l'année 2020. Il s'agit d'une reconduction des cotisations existantes.

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

Moniteur belge	Date	Titre
09.10.2019	19.09.2019	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 des modifications :

- au chapitre 1 de la partie 1
- au chapitre 3, section 1, B, de la partie 1
- au chapitre 3, section 2, sous-section 3 de la partie 1.

Moniteur belge	Date	Titre
16.10.2019	29.09.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 2019 portant exécution de l'article 37, § 16*bis*, alinéa 1er, 3°, et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les pansements actifs

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'annexe 1re est complétée

- à l'annexe 3, II, a), les mots "Ulcère diabétique" sont insérés entre les mots "Ulcère veineux" et "Ulcère de pression de stade II, III ou IV"

- à l'annexe 4, les mots "Ulcère diabétique" sont ajoutés entre les mots "Ulcère veineux" et "Ulcère de pression de stade II, III ou IV".

Moniteur belge	Date	Titre
06.11.2019	17.10.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- un alinéa 2 est inséré à l'article 15
- le point 4 de l'article 27, alinéa 4 est remplacé
- un point 7 est inséré à l'article 27, alinéa 4
- dans l'article 36, les mots "31 décembre de cette même année" sont remplacés par les mots "1er janvier de l'année suivante"
- dans l'article 37, § 1er, les mots "1er avril" sont remplacés par les mots "16 avril"
- l'article 38, § 4 est remplacé
- dans l'article 39, les mots "1er avril" sont remplacés par les mots "1er mai"
- à l'article 42, les modifications suivantes sont apportées :
  => les mots "les praticiens de l'art infirmier," sont insérés entre les mots "Les sages-femmes," et les mots "les kinésithérapeutes" ;
  => les mots "article 49, § 5, alinéa 3" sont remplacés par les mots "article 49, § 7, alinéa 2".

Moniteur belge	Date	Titre
14.11.2019	03.11.2019	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1er de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'article 6, alinéa 1er est complété par un point d)

- cet article est complété par un nouvel alinéa rédigé comme suit : "Dans les cas visés à l'alinéa 1er, d), le praticien de l'art dentaire est tenu de ne pas porter en compte d'honoraires dont le montant est supérieur aux tarifs fixés en vertu de la loi coordonnée du 14 juillet 1994."

Moniteur belge	Date	Titre
02.12.2019	03.11.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 29 avril 1996 portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation visés à l'article 22, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'article 2 est complété par un alinéa rédigé comme suit : "Pour les bénéficiaires d'un traitement des apnées du sommeil au moyen d'une orthèse d'avancée mandibulaire (OAM), l'intervention de l'assurance soins de santé dans les prix et honoraires pour la prestation visée à l'article 34, alinéa 1er, 7° de la loi coordonnée précitée, est réduite de 0,50 EUR par prestation dans le cas où un forfait de départ OAM est dû pour la prestation."

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

Moniteur belge	Date	Titre
15.10.2019 – Édition 2	29.09.2019	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

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 18, § 2, B., e), de l'annexe, dans la rubrique 1/CHIMIE, sous l'intitulé 1/Sang, la prestation 433392-433403 est insérée avant la prestation 433252-433263
- à l'article 24, § 1er, de l'annexe, dans la rubrique 1/CHIMIE, sous l'intitulé 1/Sang, les modifications suivantes sont apportées :

  => la prestation 542953-542964 est insérée avant la prestation 541973-581984 ;
  => la règle de cumul 78 est remplacée ;
  => la règle diagnostique 71 est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
22.10.2019 – Édition 2	02.10.2019	Arrêté royal modifiant l'article 12, § 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

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 12, § 1er, a), de l'annexe :

- le libellé de la prestation 201095-201106 est remplacé par "Anesthésie générale lors des prestations 532733-532744, 532873-532884 ou 532895-532906".

Moniteur belge	Date	Titre
28.10.2019 – Édition 2	10.10.2019	Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 9, a), § 5, de l'annexe :

- l'alinéa après la prestation 428632 est remplacé par "Les prestations 422435, 428492, 428514, 422811, 428536, 428551, 422833, 428573, 428595, 422855, 428610 et 428632 ne peuvent être effectuées qu'à partir du sixième jour du *postpartum*, avec un total maximum de 6 fois par accouchement.".

Moniteur belge	Date	Titre
11.10.2019	29.09.2019	Arrêté royal modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 8 :

- il est inséré un paragraphe 1*bis* rédigé comme suit : "§ 1*bis* Les prestations du § 1, 1° ou 2° sont d'application si les soins ne sont pas effectués dans des lieux de prestation visés dans § 1, 3°, 3° *bis* et 4° et s'ils sont effectués au domicile ou à la résidence du bénéficiaire, dans des crèches, écoles, stages et camps récréatifs, lors de garde en milieu extra-scolaire, sur le lieu de travail, dans un hébergement de vacances et dans un hébergement chez des membres de la famille ou un aidant-proche."
- il est inséré un paragraphe 3*bis* rédigé comme suit : "L'intervention de l'assurance est subordonnée aux conditions suivantes :
  - au nom d'un dispensateur de soins, infirmier ou aide-soignant, sous statut salarié, un maximum de 22.000 valeurs W peut être attesté par année civile pour des prestations
  - au nom d'un dispensateur de soins, infirmier ou aide-soignant, sous statut indépendant, un maximum de 40.000 valeurs W peut être attesté par année civile pour des prestations

- au nom d'un dispensateur de soins, infirmier ou aide-soignant, sous statut salarié et sous statut indépendant pendant une même année civile, un maximum de 40.000 valeurs W peut être attesté par année civile pour des prestations."

Moniteur belge	Date	Titre
07.11.2019	10.10.2019	Arrêté royal modifiant l'article 34, § 1er, a), 2., de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante :

- l'article 34, § 1er, a), 2., de l'annexe est remplacé par : "2. Conditions concernant les modalités de remboursement :

  Les résultats de l'imagerie médicale qui ont servi à déterminer l'indication doivent figurer dans le dossier médical du bénéficiaire en plus des documents de follow-up.
  Les prestations visées en ce point a) ne sont pas cumulables avec les angiographies de diagnostic ou les examens sans produit de contraste, au cours de la même vacation à l'exclusion des angiocardiographies effectuées.".

Moniteur belge	Date	Titre
22.11.2019	17.08.2019	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

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

- au § 1er, une nouvelle rubrique intitulée "Soins dentaires chez les patients atteints du cancer ou avec de l'anodontie" est insérée après la rubrique "prothèses dentaires amovibles, consultations comprises"

- au § 2, un nouvelle rubrique intitulée "Soins dentaires chez les patients atteints du cancer ou avec de l'anodontie" est insérée après "implants oraux, consultations comprises".

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

- le § 5*bis*, l'alinéa 1er, 3) est remplacé comme suit: "3) les implants doivent avoir un diamètre minimal de 2,9 mm et une longueur minimale de 4 mm pour la partie ostéo-intégrable;"

- à la suite du § 5*bis*, est inséré un nouveau § 5*ter*, rédigé comme suit : "Les règles de remboursement des prestations sous la rubrique "soins dentaires chez les patients atteints de cancer ou avec de l'anodontie"

- au § 18, alinéa 2, sont insérées les prestations "309573-309584 et 309595-309606" à la suite de la prestation 389653-389664.

Moniteur belge	Date	Titre
18.12.2019	29.11.2019	Arrêté royal modifiant les articles 14, h), 2°, et 25, § 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
27.01.2020	29.11.2019	Arrêté royal modifiant les articles 14, h), 2°, et 25, § 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'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 14, h), § 1er :

- la règle d'application suivante est insérée après la prestation 248511-248522: "La prestation 248511-248522 peut uniquement être attestée chez les patients atteints de cécité nocturne et/ou photophobie et avec une électro-rétinographie perturbée."
- la règle d'application suivante est insérée après la prestation 248975-248986: "La prestation 248975-248986 ne peut pas être cumulée avec les prestations 248356-248360, 248371-248382, 248393-248404, 248430-248441 et 248452-248463."
- la valeur relative de la prestation 249270-249281 est remplacée par "N 210"
- la règle d'application suivante est insérée après la prestation 249270-249281: "la prestation 249270-249281 ne peut être attestée que maximum 3 fois par année civile par patient"
- la valeur relative de la prestation 248953-248964 est remplacée par "N 62"
- les prestations et les règles d'applications 248356-248360 ; 248371-248382 ; 248393-248404 ; 248430 248441 et 248452-248463 sont insérées après la prestation 248953-248964.

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 25, § 1er :

- la règle d'application suivante est insérée après la règle d'application qui suit la prestation 599480 : "La prestation 599480 ne peut pas être cumulée avec les prestations de l'article 14, h)."
- dans la liste limitative qui suit la prestation 597800, les numéros d'ordre 246551, 246573, 246212, 246654, 246772, 246595, 246676, 247575, 247590, 247612, 247634, 247656, 247553, 246912 et 246934 sont abrogés.

Moniteur belge	Date	Titre
18.12.2019	29.11.2019	Arrêté royal modifiant l'article 20, §§ 1er, a) et d), 2, 4 et 5, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes dans le paragraphe 1er :

- dans le paragraphe 1er, a)
  => les prestations 470400 et 470422 et la règle d'application qui les suit sont abrogées;

=> les prestations 470433-470444 et 470374-470385 et la règle d'application qui les suit sont abrogées;
=> la règle d'application qui suit la prestation 470455-470466 est abrogée;
=> la prestation 470470-470481 et la règle d'application qui la suit sont abrogées;
=> dans la règle d'application qui suit la prestation 470956-470960 les mots ", 470470-470481, 474331-474342 et 474714-474725" sont remplacés par les mots "et 474331-474342";

- dans le paragraphe 1er,d) :
  => la prestation 474714-474725 est abrogée;
- dans le paragraphe 2 :
  => l'alinéa 1er est remplacé par ce qui suit: "§ 2. Les règles de connexité suivantes sont d'application:";
- les paragraphes 4 et 5 sont abrogés.

Moniteur belge	Date	Titre
30.12.2019	09.12.2019	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

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 22, II., b), les prestations 558810-558821, 558014-558025, 558832-558843 en 558994 sont remplacées
- à l'article 23, § 8, deux alinéas, rédigés comme suit, sont insérés entre les alinéas 1 et 2 :

"La série de prestations 558994 ne peut être attestée qu'une seule fois par assuré. Au maximum 36 de ces prestations peuvent être attestées pendant une période de 180 jours. Elles ne peuvent être portées en compte que pour les indications suivantes :

1°cervicalgies et dorsolombalgies mécaniques aspécifiques apparues depuis plus de 45 jours;
2°moins de 90 jours après une chirurgie vertébrale correctrice.

Cette série peut être attestée une deuxième fois uniquement :

1° soit en cas de nouvelle intervention chirurgicale sur la colonne vertébrale;
2° soit, avec l'accord du médecin-conseil de la mutualité, pour une pathologie vertébrale dans le cadre d'une réintégration socioprofessionnelle.".

4. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
07.10.2019	24.09.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 31 juillet 2017 fixant les conditions auxquelles le Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité peut conclure des conventions en vue du financement de projets-pilotes de soins intégrés

Résumé des modifications

L'arrêté royal insère un article 26/1 libellé comme suit :

"Art 26/1. Par dérogation aux dispositions des chapitres 6, 7 et 8, les gains d'efficience concernant l'année civile 2017 sont remplacés par un montant forfaitaire unique de 208.333 EUR que verse l'INAMI à chaque projet-pilote.
Ce montant peut uniquement être utilisé par le projet-pilote pour la liste des coûts qui figure en annexe 7 à la convention que le projet-pilote a conclu avec le Comité de l'assurance en application de l'article 2.
L'INAMI verse ce montant au projet-pilote dès que la liste de ces coûts figure dans l'annexe 7 de la convention.
Ces frais sont portés en compte par l'INAMI dans le budget des soins de santé de 2019 - rubrique 36."

Moniteur belge	Date	Titre
10.10.2019	19.09.2019	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux praticiens de l'art dentaire pour l'utilisation de la télématique et pour la gestion électronique des dossiers médicaux en 2018

Résumé des modifications

Les dentistes peuvent désormais recevoir une prime pour l'utilisation de la télématique. Elle a pour but de soutenir l'utilisation des e-services. L'arrêté royal détermine les conditions pour obtenir cette prime qui s'élève à 800 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
14.10.2019	29.09.2019	Arrêté royal fixant pour l'année calendrier 2019 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 est fixé pour 2019 à 108.340.143 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
14.10.2019	29.09.2019	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 2019

Résumé des modifications

Le montant est fixé pour 2019 à 19.332.838 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
15.10.2019 – Édition 2	02.10.2019	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 8 juin 1994 fixant le modèle de document de prescription des prestations de fournitures pharmaceutiques pour les bénéficiaires non hospitalisés

Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
16.10.2019	24.09.2019	Arrêté royal modifiant la liste jointe 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 aliments diététiques à des fins médicales spéciales

Résumé des modifications

L'arrêté royal insère des dispositions au chapitre 1, § 10000, § 30000 et § 140000.

Moniteur belge	Date	Titre
21.10.2019	19.09.2019	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 :

- l'article 1er, § 4, est complété par un alinéa rédigé comme suit: "Le calcul du seuil minimum s'opère exclusivement sur la base des prestations qui ont été enregistrées sous le nom personnel du médecin, complétées des prestations qui ont été dispensées individuellement par le médecin, mais qui ont été enregistrées légalement sous le nom d'une tierce personne, moyennant une preuve écrite de cette construction et une déclaration sur l'honneur du tiers responsable quant à la part de prestations pour l'ensemble de l'année de référence à attribuer au médecin individuel. Pour les médecins actifs à l'étranger durant l'année de référence, une déclaration sur l'honneur à ce sujet suffit comme preuve de l'atteinte du seuil minimum."
- les paragraphes 5/1 à 5/4 sont insérés dans l'article 1er.

Moniteur belge	Date	Titre
21.10.2019	24.09.2019	Arrêté royal instaurant un régime d'avantages aux dispensateurs de soins qui sont réputés avoir adhéré aux accords et conventions après la prise de la pension légale de retraite

Résumé des modifications

Les dispensateurs de soins qui ont pris leur pension légale depuis le 1er janvier 2016 mais qui continuent une activité en tant que dispensateur de soins conventionné n'ont plus droit au statut social. L'arrêté royal prévoit une prime similaire au statut social pour les dispensateurs de soins qui ont pris leur pension légale et sont conventionnés, à condition de satisfaire aux conditions en vigueur.

Moniteur belge	Date	Titre
22.10.2019 – Édition 2	10.10.2019	Arrêté royal modifiant la liste annexée à l'arrêté royal du 18 avril 2017 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'autosondage au domicile du bénéficiaire

Résumé des modifications

L'arrêté royal ajoute des sondes à l'annexe I, 2e partie.

Moniteur belge	Date	Titre
23.10.2019	03.10.2018	Arrêté royal modifiant les montants de l'arrêté royal du 15 janvier 2019 fixant les montants du financement alternatif des moyens additionnels alloués au financement des soins de santé par le régime de la gestion globale des travailleurs salariés et par le régime de la gestion globale des travailleurs indépendants pour l'année 2019

Résumé des modifications

L'article 1er de l'arrêté royal du 15 janvier 2019 est remplacé par ce qui suit :

"Pour l'année 2019, les montants, visés à l'article 17 et 19 de la loi du 18 avril 2017 portant réforme du financement de la sécurité sociale, destinés au financement alternatif des moyens additionnels alloués au financement des soins de santé, sont respectivement de 4.466.005 milliers d'EUR pour l'ONSS-gestion globale et de 446.879 milliers d'EUR pour le Fonds pour l'équilibre financier du statut social des travailleurs indépendants."

Moniteur belge	Date	Titre
28.10.2019 – Édition 2	10.10.2019	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux sages-femmes pour l'utilisation de la télématique et pour la gestion électronique des dossiers médicaux

Résumé des modifications

L'arrêté royal détermine les conditions et les modalités d'octroi de l'intervention financière. La prime s'élève à 800 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
31.10.2019	26.10.2019	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de garde et des honoraires de disponibilité aux pharmaciens titulaires d'une pharmacie ouverte au public qui participent à des services de garde organisés

Résumé des modifications

Cet arrêté royal :

- définit les conditions d'octroi de l'honoraire de disponibilité (dont le montant est fixé à 65 EUR TVAC)
- confirme les honoraires de garde qui peuvent encore être portés en compte à l'INAMI lorsque "la prescription est présentée et exécutée en dehors des heures d'ouverture normales de la pharmacie et exclusivement soit entre 19h le soir et 8h le matin, soit un dimanche ou un jour férié légal."
- précise que, dorénavant, "aucun honoraire de garde ni aucun coût supplémentaire lié à la garde ne peut être mis à charge des patients se présentant dans une pharmacie pendant le service de garde avec une prescription à usage humain".

Moniteur belge	Date	Titre
04.11.2019	17.10.2019	Arrêté royal modifiant les annexes I et II de l'arrêté royal du 12 octobre 2004 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et des produits assimilés
22.11.2019	17.10.2019	Arrêté royal modifiant les annexes I et II de l'arrêté royal du 12 octobre 2004 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et des produits assimilés. - Erratum

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- dans l'article 19, § 1er au a) des points 1°, 2° et 3°, les mots "le principe actif de cette spécialité pharmaceutique n'est pas inscrit dans la liste" sont remplacés par les mots "aucun principe actif de cette spécialité pharmaceutique n'est inscrit dans la liste"
- ajoute des mentions à l'annexe I, première partie
- à l'annexe I, deuxième partie :
  => ajoute une mention au chapitre IV ;
  => remplace une mention Au chapitre V ;
- au chapitre I de l'annexe II, la mention "Sodium (mono) phosphate dihydrate [Uniquement pour usage interne et à condition qu'il en soit le seul principe actif]" est remplacée par la mention : Sodium (mono) phosphate dihydrate [Uniquement pour usage interne]

- au chapitre IV de l'annexe II, les modifications suivantes sont apportées :
  => au § 28, le b) est remplacé ;
  => le § 28 dont le texte actuel formera le point A, est complété par un point B ;
  => un nouveau § 29 est ajouté.
- au chapitre V de l'annexe II, les mots "cold cream" sont remplacés par les mots "lipo crème"

Moniteur belge	Date	Titre
18.11.2019 – Édition 1	03.11.2019	Arrêté royal modifiant la liste annexée à l'arrêté royal du 18 avril 2017 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'autosondage au domicile du bénéficiaire

Résumé des modifications

L'arrêté royal ajoute des sondes à l'annexe I, 1re partie, a).

Moniteur belge	Date	Titre
18.11.2019 – Édition 1	03.11.2019	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 à domicile

Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace l'article 2/2, § 1er.

Moniteur belge	Date	Titre
22.11.2019	17.08.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 28 juin 2016 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour prestations dentaires

Résumé des modifications

L'arrêté royal insère dans l'article 5, premier alinéa les prestations suivantes : "379536-379540, 379551-379562, 309536-309540, 309551-309562, 309610-309621, 309632-309643, 309654-309665, 309676-309680, 309691-309702, 309713-309724, 309735-309746, 309750-309761, 309573-309584, 309595-309606 ;".

Moniteur belge	Date	Titre
27.11.2019	18.11.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 12 décembre 2018 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation à l'étranger

Résumé des modifications

L'arrêté royal modifie l'article 1er, § 3 comme suit : "Pour la période du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2020, le prix de la journée d'entretien visé au § 1er est fixé à 541,99 EUR.".

Moniteur belge	Date	Titre
27.11.2019	10.10.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 24 septembre 1992 fixant les modalités relatives aux honoraires forfaitaires pour certaines prestations de biologie clinique dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés, ainsi qu'à la sous-traitance de ces prestations

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte à l'article 2, § 1er, les modifications suivantes :

- au point a), les montants "18,31 EUR", "29,69 EUR", "33,65 EUR" et "35,65 EUR" sont remplacés respectivement par "18,16 EUR", "29,44 EUR", "33,37 EUR" et "35,36 EUR"
- au point b), les montants "19,07 EUR", "30,87 EUR", "34,96 EUR" et "37,01 EUR" sont remplacés respectivement par "18,92 EUR", "30,62 EUR", "34,67 EUR" et "36,71 EUR".

Moniteur belge	Date	Titre
27.11.2019	10.10.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 février 2011 déterminant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires forfaitaires aux médecins spécialistes en pédiatrie qui assurent une présence au sein de l'hôpital

Résumé des modifications

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

- à l'alinéa 1er, les mots "À partir du 1er juillet 2010, les honoraires forfaitaires de présence s'élèvent à 240,00 EUR par jour" sont remplacés par les mots "À partir du 1er janvier 2017, les honoraires forfaitaires de présence s'élèvent à 266,36 EUR par jour"
- dans l'alinéa 3, les mots "1er juillet" sont remplacés par les mots "1er janvier".

Moniteur belge	Date	Titre
29.11.2019	07.11.2019	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des kinésithérapeutes

Résumé des modifications

L'intervention ne peut servir qu'à couvrir les dépenses en matière de personnel et de fonctionnement afférentes à la représentation des organisations professionnelles représentatives dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, telles que les indemnités, les rémunérations, les charges sociales et les petits frais de bureau.

Pour l'année 2019, le montant de base visé au § 1er, 1° est fixé à 101.131,01 EUR par organisation professionnelle représentative et le montant complémentaire visé au § 1er, 2° est fixé à 29,71 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
02.12.2019	18.11.2019	Arrêté royal fixant la date à laquelle la liste des électeurs pour l'élection des représentants des kinésithérapeutes en 2020 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 kinésithérapeutes en 2020 est établie par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, est fixée au 17 février 2020.

Moniteur belge	Date	Titre
02.12.2019	24.11.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 mai 2015 relatif à la force probante des données enregistrées, traitées, communiquées au moyen de techniques photographiques et optiques par les hôpitaux, ainsi qu'à leur reproduction sur papier ou sur tout autre support lisible pour l'application dans les soins de santé

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- les mots "et les autres acteurs des soins de santé" sont insérés entre les mots "par les hôpitaux" et les mots ", ainsi qu'à leur reproduction sur papier" dans l'intitulé de l'arrêté royal du 10 mai 2015
- l'alinéa 4 de l'article 5 est abrogé
- il est inséré un article 11/1 rédigé comme suit : "Art. 11/1. Le Roi peut, à la demande des représentants d'une catégorie d'acteurs des soins de santé au sein du Comité de gestion de la Plate-forme eHealth, au sens de l'article 4 de la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth et portant diverses dispositions, sur la proposition de ce Comité de gestion, étendre le champ d'application du présent arrêté à cette catégorie.".

Moniteur belge	Date	Titre
03.12.2019	24.11.2019	Arrêté royal fixant le budget global en 2019 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 4.460.585 milliers d'EUR pour l'année 2019.

Moniteur belge	Date	Titre
09.12.2019	24.11.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 11 juin 2018 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les maîtres de stage en médecine de candidats spécialistes

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- dans l'article 2, § 1, 3°, de l'arrêté royal du 11 juin 2018, l'alinéa 2 est complété par les mots "ainsi que d'un diplôme autorisant l'exercice de la médecine comme prévu à l'article 3 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, délivré par une université belge ou par une université d'un autre État membre de l'UE, de l'EEE et d'un État assimilé"
- dans l'article 4, le mot "complet" est remplacé par le mot "entamé"
- l'article 4, alinéa 2, est complété par la phrase suivante: "Pour l'année de référence 2018, le montant de l'indemnisation est de 2407,21 EUR par mois calendrier"
- l'article 5 est complété par l'alinéa suivant: "Par dérogation au premier alinéa, le délai pendant lequel l'indemnisation peut être demandée pour l'année de référence 2018 est fixé à 90 jours après la publication de l'arrêté royal du 24 novembre 2019 modifiant l'arrêté royal du 11 juin 2018 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les maîtres de stage en médecine de candidats spécialistes au Moniteur belge."
- dans l'article 6, les mots "ou la personne mandatée par lui" sont insérés entre les mots "de l'INAMI" et les mots "décide du montant" et dans le texte néerlandais, le mot "hij" est inséré entre les mots "deelt" et "deze beslissing".

Moniteur belge	Date	Titre
09.12.2019	24.11.2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 30 juin 2017 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télématique et pour la gestion électronique des dossiers médicaux

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 2 : sont insérés un 14° et un 15°
- à l'article 5 : sont insérés les §§ 2/2, 2/3, 3/2 et 4
- à l'article 6 :
  => le § 1 est complété par la phrase suivante : "Pour 2018 et 2019 l'intervention annuelle s'élève à 3.500 EUR" ;
  => le § 2 est complété par la phrase suivante : "Pour 2018 et 2019 l'intervention annuelle s'élève à 3.500 EUR" ;
  => il est inséré un paragraphe 3/2.

- l'article 7 est complété par la phrase suivante : "Pour 2018 et 2019 l'intervention annuelle s'élève à 1.000 EUR"
- dans l'article 8, les mots "et 2017" sont remplacés par les mots ", 2017, 2018 et 2019"
- l'article 9 est complété par la phrase suivante : "Pour 2018 et 2019 l'intervention annuelle s'élève à 1.000 EUR"
- l'article 11 est complété par l'alinéa suivant : "Par dérogation au premier alinéa, le délai pendant lequel l'indemnisation peut être demandée pour l'année de référence 2018 est fixé à 90 jours après la publication de l'arrêté royal du 24 novembre 2019 modifiant l'arrêté royal du 30 juin 2017 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télématique et pour la gestion électronique des dossiers médicaux."
- dans l'article 13, les mots "et en § 3/1" sont remplacés par les mots ", § 3/1 et § 3/2"
- dans l'article 15, les mots "ou son délégué" sont insérés entre les mots "de l'INAMI" et les mots "décide du montant".

Moniteur belge	Date	Titre
10.12.2019	24.11.2019	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 à domicile

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'article 2/2 est complété par un paragraphe 3, rédigé comme suit : "§ 3. L'indemnité prévue pour l'utilisation de la pompe reste toujours due au bénéficiaire même si le bénéficiaire pour qui un programme d'alimentation entérale par sonde à domicile a déjà été entamé, devait être temporairement hospitalisé pour une durée inférieure ou égale à 30 jours consécutifs."
- à l'article 4, la disposition sous E. est abrogée.

Moniteur belge	Date	Titre
24.12.2019	09.12.2019	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux praticiens de l'art dentaire pour l'utilisation de la télématique et pour la gestion électronique des dossiers médicaux en 2019

Résumé des modifications

L'arrêté royal fixe les conditions et modalités d'octroi de l'intervention. Celle-ci s'élève à 800 EUR pour l'année 2019.

5. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
11.10.2019	13.09.2019	Arrêté ministériel portant exécution 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, relatif à l'accréditation des médecins

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- il fixe le seuil d'activité par spécialité
- la conformité aux conditions prescrites est vérifiée par une déclaration sur l'honneur
- la demande d'accréditation est introduite via la web-application
- certaines circonstances (maladie, accident de travail, maladie professionnelle, repos de maternité) suspendent, pour l'année d'accréditation où ces risques interviennent, les conditions de l'article 122*octies*/4 et le seuil d'activité imposé conformément à l'article 122*octies*/1er pour l'année d'accréditation suivante, avec déchéance du forfait d'accréditation pour le médecin qui fait usage de cette éventualité.

Moniteur belge	Date	Titre
21.10.2019	16.09.2019	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 aux annexes I et II.

Moniteur belge	Date	Titre
20.11.2019	13.11.2019	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 aux annexes I, II et IV.

Moniteur belge	Date	Titre
27.11.2019	19.11.2019	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 supprime le paragraphe 8460000 au chapitre IV de l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
20.12.2019	12.12.2019	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 aux annexes I, II et IV.

Moniteur belge	Date	Titre
07.11.2019	14.10.2019	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "G. Chirurgie vasculaire" de la liste jointe comme annexe 1re 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 G- § 04 :

- le "4.1. Première implantation" est remplacé par ce qui suit : "4.1. Première implantation
  Les résultats d'imagerie médicale qui ont servi à établir l'indication ainsi que les documents de suivi doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire."
- le "6. Résultats et statistiques" est remplacé par ce qui suit : "6. Résultats et statistiques
  Pas d'application.".

Moniteur belge	Date	Titre
13.11.2019	14.10.2019	Arrêté ministériel modifiant le chapitre “G. Chirurgie vasculaire” de la liste comme annexe 1re 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 :

- l’intitulé, les prestations et les modalités de remboursement suivants sont ajoutés :
  “G.15 Extraction d’un corps étranger libre intravasculaire ou intracardiaque
  174333-174344 Un ou plusieurs cathéter(s) d’extraction avec un diamètre extérieur distal supérieur ou égal à 4 French utilisé(s) lors de la prestation 589816-589820 de la nomenclature
  174355-174366 Un ou plusieurs cathéter(s) d’extraction avec un diamètre extérieur distal inférieur à 4 French utilisé(s) lors de la prestation 589816-589820 de la nomenclature
- la condition de remboursement G- § 11 est insérée.

Moniteur belge	Date	Titre
12.12.2019 – Édition 2	02.12.2019	Arrêté ministériel modifiant le chapitre “G. Chirurgie vasculaire” de la liste jointe comme annexe 1 à l’arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d’intervention de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L’arrêté ministériel apporte la modification suivante à la condition de remboursement G- § 05 :

- au “3.1. Définition”, l’alinéa 4 est remplacé par ce qui suit : “Dans le libellé de la prestation 174171-174182, on entend par “spire détachable” une spire qui peut être retirée dans le cathéter et repositionnée pendant la procédure et qui doit être détachée du poussoir d’une façon contrôlée pour l’implantation.”

Moniteur belge	Date	Titre
13.11.2019	25.10.2019	Arrêté ministériel modifiant le chapitre “C. Oto-rhino-laryngologie” de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l’arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d’intervention de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs
12.12.2019 – Édition 2	25.10.2019	Arrêté ministériel modifiant le chapitre “C. Oto-rhino-laryngologie” de la liste et les listes nominatives, jointes comme annexes 1 et 2 à l’arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d’intervention de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs. - Erratum

Résumé des modifications

L’arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au chapitre “C. Oto-rhino-laryngologie” de la liste jointe comme annexe 1 à l’arrêté royal du 25 juin 2014 :

- le “C.1.1.1. Surdité bilatérale” est remplacé
- le “C.1.1.2. Surdité bilatérale avec une ossification bilatérale imminente” est remplacé
- le titre du point C.1.1.3. est modifié comme suit : “C.1.1.3. Implant cochléaire en cas de neuropathie auditive”
- pour les prestations 180655-180666, 180670-180681, 180692-180703 et 180714-180725 du point C.1.1.3., le prix plafond/maximum est “15.983,84 EUR”
- pour les prestations 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064 et 153075-153086 du point C.1.1.4. le prix plafond/maximum est “5.138,38 EUR”
- pour les prestations 153090-153101 et 153112-153123 du point C.1.1.4., le prix plafond/maximum est “10.845,46 EUR”
- le “2.2. Indications” de la condition de remboursement C- § 01 est remplacé.

L’arrêté ministériel apporte les modifications suivantes aux listes nominatives des implants cochléaires et des implants cochléaires controlatéraux aux listes jointes comme annexe 2 :

- sont remplacées :
  => le libellé de la prestation 152935-152946 et ses modalités de remboursement ;
  => le libellé de la prestation 152950-152961 et ses modalités de remboursement ;
  => le libellé de la prestation 152972-152983 et ses modalités de remboursement ;
  => le libellé de la prestation 152994-153005 et ses modalités de remboursement ;
  => le libellé de la prestation 180574-180585 et ses modalités de remboursement ;
  => le libellé de la prestation 180596-180600 et ses modalités de remboursement ;
  => le libellé de la prestation 180611-180622 et ses modalités de remboursement ;
  => le libellé de la prestation 180633-180644 et ses modalités de remboursement .

- le prix plafond/maximum des prestations 170811-170822 et 170833-170844 est remplacé par : “15.983,84 EUR”

- le prix plafond/maximum des prestations 180655-180666, 180670-180681, 180692-180703 et 180714-180725 est remplacé par : “15.983,84 EUR”

- le prix plafond/maximum des prestations 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064 et 153075-153086 est remplacé par : “5.138,38 EUR”

- le prix plafond/maximum des prestations 153090-153101 et 153112-153123 est remplacé par : “10.845,46 EUR”.

Moniteur belge	Date	Titre
14.11.2019	06.11.2019	Arrêté ministériel modifiant la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- la Liste, jointe comme annexe 1re à l'arrêté royal du 25 juin 2014, est complétée par le chapitre "M. Autre"
- aux Listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014, sont ajoutées de nouvelles listes nominatives pour les prestations relatives aux capteurs implantables pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel associées aux prestations 174370-174381, 174392-174403, 174414-174425, 174436-174440, 174451-174462, 174473-174484, 174495-174506 et 174510-174521.

Moniteur belge	Date	Titre
19.11.2019	13.11.2019	Arrêté ministériel modifiant la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au chapitre "B. Neurochirurgie" de la Liste, jointe comme annexe 1re à l'arrêté royal du 25 juin 2014 :

- à la condition de remboursement B- § 02, le "5.1. Règles de cumul et de non-cumul" est complété par un alinéa
- à la condition de remboursement B- § 10, le "5.1. Règles de cumul et de non-cumul" est complété par un alinéa
- l'intitulé "B.2.7 Neurostimulateurs des ganglions de la racine dorsale et accessoires en cas de Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) des membres inférieurs" est ajoutés ainsi que les prestations et les modalités de remboursement y afférentes
- la condition de remboursement B- § 13 est insérée.

L'arrêté ministériel ajoute aux Listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014, de nouvelles listes nominatives pour les prestations relatives aux neurostimulateurs pour la stimulation des ganglions de la racine dorsale associées aux prestations 174532-174543, 174554-174565, 174576-174580, 174591-174602, 174613-174624, 174635-174646 et 174650-174661.

Moniteur belge	Date	Titre
20.11.2019	13.11.2019	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
06.01.2020	13.11.2019	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques. - Erratum
20.11.2019	13.11.2019	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

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

Moniteur belge	Date	Titre
09.12.2019	02.12.2019	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "H. Gynécologie" 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 au chapitre "H. Gynécologie" de la Liste, jointe comme annexe 1re à l'arrêté royal du 25 juin 2014 :

- l'intitulé "H.4 Filets pour la réparation d'un prolapsus", est complété par la prestation suivante et ses modalités de remboursement : "180751-180762 Ensemble des filets pour la réparation d'un prolapsus, pour un placement par voie vaginale, y compris les systèmes de placement et d'ancrage, lorsqu'il n'est pas satisfait aux conditions de la prestation 182070-182081
- la condition de remboursement H- § 04 est modifiée.

Moniteur belge	Date	Titre
12.12.2019 – Édition 2	02.12.2019	Arrêté ministériel modifiant le chapitre “E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive” 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 “E.12 Divers” du chapitre “E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive” de la Liste, jointe comme annexe 1 à l’arrêté royal du 25 juin 2014 :

- le libellé de la prestation 158211-158222 est remplacé par ce qui suit : “Anse pour l’ablation endoscopique de polypes ou de lésions nodulaires dans le tractus gastro-intestinal, utilisée lors d’une des prestations 473955 - 473966 ou 473211 - 473222 de la nomenclature”
- le libellé de la prestation 158233-158244 est remplacé par ce qui suit : “Pince pour le prélèvement endoscopique d’une biopsie dans le tractus gastro-intestinal, utilisée lors de la prestation 472356 - 472360, 472452 - 472463, 473056 - 473060, 473093 - 473104, 473174 - 473185, 473211 - 473222 ou 473432 - 473443 de la nomenclature”
- le libellé de la prestation 158255-158266 est remplacé par ce qui suit : “Aiguille pour l’injection d’un agent sclérosant, utilisée lors d’une des prestations 473211 - 473222, 473270 - 473281, 473675 - 473686 ou 473771 - 473782 de la nomenclature”.

6. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
04.10.2019 – Édition 1	09.09.2019	Règlement modifiant le règlement du 19 décembre 2016 relatif à la prescription électronique

Résumé des modifications

Le règlement du 4 octobre 2019 remplace le modèle de la preuve de prescription électronique.

Moniteur belge	Date	Titre
04.10.2019 – Édition 1	30.09.2019	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 sante et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Le règlement abroge l’article 6, § 4 et l’annexe 29.

Moniteur belge	Date	Titre
22.11.2019	15.07.2019	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
20.01.2020	15.07.2019	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire le 14 juillet 1994. - Erratum

Résumé des modifications

Le règlement insère un § 6 à l'article 23 et ajoute les annexes 90 et 91.

Moniteur belge	Date	Titre
12.12.2019 – Édition 2	18.11.2019	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Le règlement remplace l'annexe 5b.

Moniteur belge	Date	Titre
07.11.2019	15.07.2019	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

Le règlement supprime les formulaires G-Form-I-02 et G-Form-I-03 concernant la procédure de demande auxquels il est fait référence au chapitre "G. Chirurgie vasculaire".

Moniteur belge	Date	Titre
13.11.2019	01.07.2019	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

Le règlement du 16 juin 2014 est complété par un article 10, rédigé comme suit :

"Art 10. § 1. Les formulaires M-Form-I-01, M-Form-I-02 et M-Form-I-03 concernant la procédure de demande, auxquels il est fait référence au chapitre "M. Autre" de la liste, sont repris en annexe XIV du présent règlement.

§ 2. Le formulaire M-Form-II-01 concernant les critères pour les établissement hospitaliers, auquel il est fait référence au chapitre "M. Autre" de la liste, est repris en annexe XV du présent règlement."

Moniteur belge	Date	Titre
13.11.2019	30.09.2019	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 III du règlement du 16 juin 2014, les formulaires C-Form-I-01, C-Form-I-02, C-Form-I-03 et C-Form-I-10 concernant la procédure de demande auxquels il est fait référence au chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" sont modifiés.

Moniteur belge	Date	Titre
19.11.2019	09.09.2019	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

Le règlement apporte les modification suivantes :

- à l'annexe I, les formulaires B-Form-I-17, B-Form-I-18 concernant la procédure de demande et le formulaire B-Form-I-19 concernant le suivi auxquels il est fait référence au chapitre "B. Neurochirurgie" de la liste, sont ajoutés
- à l'annexe II, le formulaire B-Form-II-05 concernant les critères pour les établissements hospitaliers, auquel il est fait référence au chapitre "B. Neurochirurgie" de la liste, est ajouté.

Moniteur belge	Date	Titre
12.12.2019 – Édition 2	30.09.2019	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes :

- le formulaire H-Form-I-01 concernant le suivi auquel il est fait référence au chapitre "H. Gynécologie" de la liste, est modifié
- les formulaires H-Form-I-02 et H-Form-I-03 concernant le suivi auquel il est fait référence au même chapitre, sont ajoutés.

Moniteur belge	Date	Titre
18.12.2019	16.12.2019	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 III du règlement du 16 juin 2014, le formulaire C-Form-I-06 concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" de la liste, est modifié.

Moniteur belge	Date	Titre
17.12.2019	18.09.2019	Règlement modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, § 1er, 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes :

- à l'article 10 :

  => au paragraphe 1er, dernier alinéa, les mots "Si l'employeur a opté pour le support électronique, la demande lui est adressée par le même procédé. À défaut, la demande lui est envoyée par la poste." sont remplacés par les mots "La demande est adressée à l'employeur par voie électronique. L'organisme assureur adresse ou rappelle, si nécessaire, à l'employeur la demande, par voie postale ou tout autre moyen approprié." ;

  => au paragraphe 3, les mots "ainsi qu'une attestation de reprise du travail" sont remplacés par les mots "ainsi qu'une déclaration de reprise du travail ou attestation de reprise du chômage contrôlé".

- à l'article 18 :

  => les alinéas 1er et 3 sont remplacés ;

  => à l'alinéa 2, les mots "L'employeur peut transmettre, dans le même délai, à l'organisme assureur, les données mentionnées sur l'attestation de reprise du travail" sont remplacés par les mots "L'employeur communique aussi cette date de reprise de travail à l'organisme assureur" ;

  => à l'alinéa 4, les mots "l'employeur envoie également une attestation de reprise du travail sur support papier ou électronique, en réponse à une demande de feuille de renseignements adressée par l'organisme assureur ou par le titulaire." sont remplacés par les mots "l'employeur peut également communiquer cette date de reprise du travail, en réponse à une demande de message électronique visé à l'article 10, § 1er, adressée par l'organisme assureur ou par le titulaire, dans les délais visés à cet article." ;

  => à l'alinéa 7, les mots "L'alinéa 1er" sont remplacés par les mots "Les alinéas 1er à 3".

- l'annexe VIII est remplacée

- dans l'intitulé de la section VII du chapitre II, les mots "l'article 116*bis*" sont remplacés par les mots "l'article 116/5".

7. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge – Édition 2

03.10.2019

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 27, § 1er, de la nomenclature des prestations de santé :

La règle interprétative 9 est remplacée par les dispositions suivantes :

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 9

Pour les gaines de bras et gants pour lymphoedème confectionnés individuellement, l'accord du médecin-conseil doit être préalable au paiement, mais pas préalable à la délivrance."

La présente règle interprétative produit ses effets au 13 mars 2000.

Moniteur belge

07.10.2019

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

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 33

Comment facturer un plot central ("glenoïd post" ou "peg") utilisé lors du placement de la partie glénoïdienne d'une prothèse d'épaule ?

La prestation 164651-164662 doit être attestée.

164651-164662

Vis utilisée lors du placement de la partie glénoïdienne d'une prothèse d'épaule - maximum quatre pièces, par pièce

La règle interprétative 33 entre en vigueur le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

Moniteur belge
22.11.2019

Règles interprétatives relatives aux prestations des articles 5 et 6 de la nomenclature :

SOINS DENTAIRES CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DU CANCER OU AVEC DE L'ANODONTIE

QUESTION 01

Dans la rubrique cancer, qu'entend-on par "barre sur 2 implants ostéo-intégrés, première connexion" et "barre sur 2 implants ostéo-intégrés, connexion supplémentaire"?

RÉPONSE

Une barre est une connexion métallique fixe entre 2 ou plusieurs piliers. La connexion entre les 2 premiers piliers forme la "première connexion". Toute connexion de piliers suivante à cette même barre est "une connexion supplémentaire". Comme une extension libre ne connecte pas deux piliers, par définition il ne s'agit pas d'une "connexion supplémentaire".

La règle interprétative 01 produit ses effets le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

Moniteur belge
28.11.2019

Règle interprétative relative aux prestations de l'article 25, § 1er, de la nomenclature des prestations de santé :

La règle interprétative 22 est abrogée.
Cette abrogation entre en vigueur le 1er novembre 2011.

Moniteur belge
06.12.2019

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

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 34

QUESTION

Les prestations reprises sous le chapitre "H. Gynécologie" peuvent-elles être attestées chez chaque patient, quel que soit le sexe du patient ?

RÉPONSE

Oui, le sexe n'est pas un facteur limitant pour la possibilité d'attester une prestation. Il doit cependant être satisfait au libellé de la prestation et aux conditions de remboursement éventuelles.

La règle interprétative 34 produit ses effets le 1er juillet 2014.

Moniteur belge
18.12.2019

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 17*quater* (Échographies) de la nomenclature des prestations de santé :

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 04

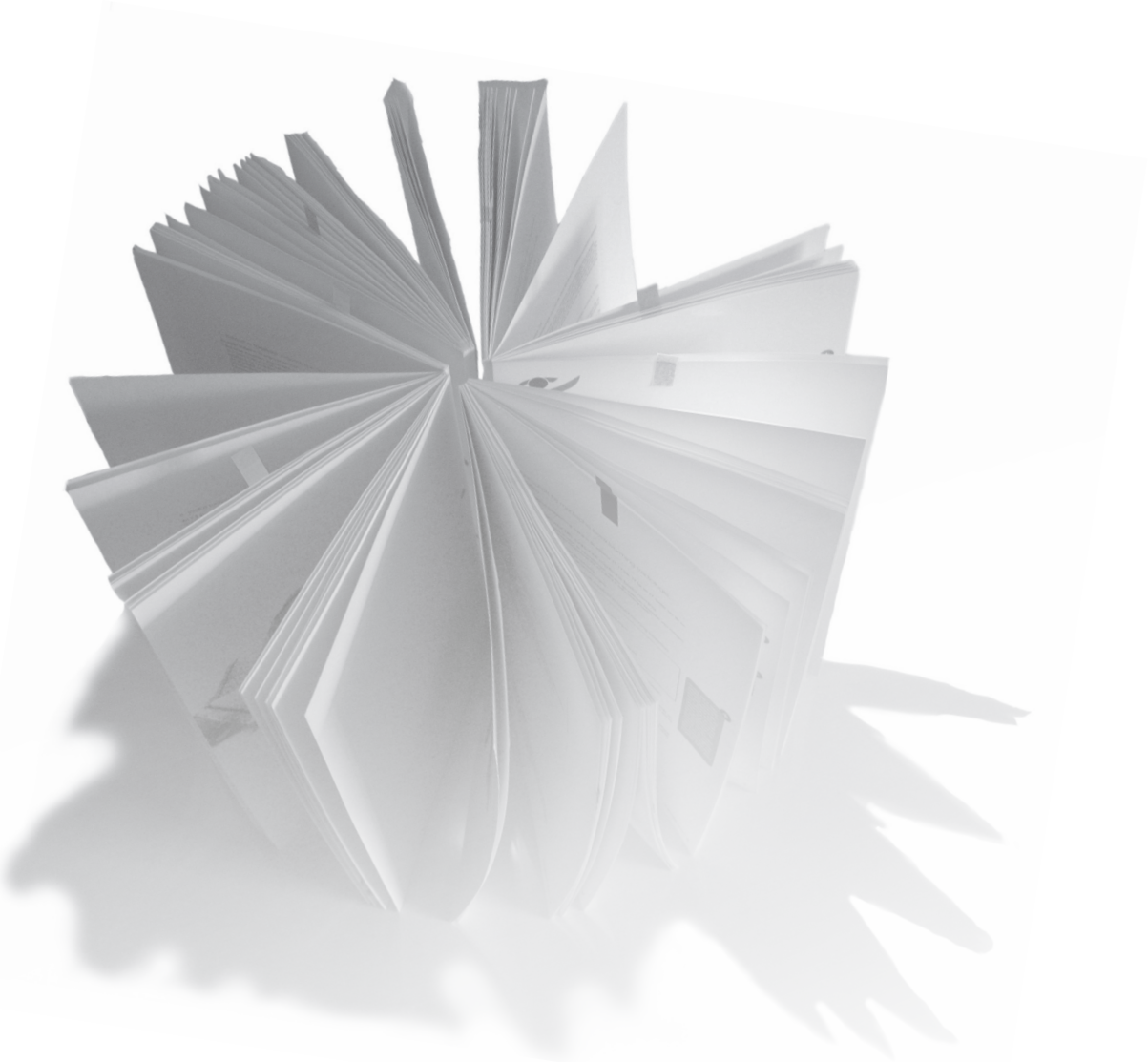
QUESTION

Peut-on attester la prestation 469335-469346 Échographie bidimensionnelle avec protocole écrit et support iconographique issu d'un traitement digital des données quel que soit le nombre d'échogrammes d'un ou des deux yeux lors de la réalisation de l'examen tomographie bidimensionnelle par cohérence optique (OCT) ?

RÉPONSE

Non, la prestation 469335-469346, Échographie bidimensionnelle d'un ou des deux yeux, ne peut pas être attestée lors de la réalisation de l'examen OCT.

2e Partie
Jurisprudence



I. Tribunal du travail de Liège, division Arlon, 12 novembre 2019

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 - Article 6 - Soins dentaires, règles d'application

Monsieur X, introduit une demande de remboursement pour les frais d'orthodontie de sa fille âgée de 16,5 ans auprès du médecin conseil de son organisme assureur alors que la limite d'âge est de 15 ans.

La décision contestée était prise par le médecin conseil de la mutualité. L'INAMI est mis hors cause et la demande est non fondée car le fait d'ignorer la loi ne constitue pas un cas de force majeure.

R.G. 19/5/A
… c./ O.A. et INAMI

…

1. Objet

… conteste la décision du 11 octobre 2018 du médecin conseil de la défenderesse lui notifiant son refus d'accorder une intervention dans le traitement orthodontique de sa fille au motif qu'elle a plus de 15 ans lors de la réception de la demande. Il sollicite l'annulation de la décision.

Le 9 octobre 2018 , … a introduit une demande d'intervention dans les frais d'un appareillage d'orthodontie pour sa fille … , âgée de 16,5 ans.

Il indique qu'il n'était pas au courant qu'il existait un âge maximum pour introduire la demande.

2. Recevabilité

La demande est recevable à l'égard de la défenderesse pour être introduite devant le tribunal compétent dans les forme et délai légaux eu égard à l'article 704, § 2, du code judiciaire et à l'article 23 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la charte de l'assuré social.

La mutualité pose la question de l'intérêt existant dans le chef de … étant à charge de sa mère.

Le tribunal estime que l'intérêt est réel dès lors que le père est censé partager avec la mère la prise en charge des frais de soins de santé.

Quant à l'INAMI, il peut être mis hors cause, n'ayant pas pris la décision litigieuse.

3. Discussion

L'article 6, § 6, de la nomenclature dispose :

"2.1. L'intervention de l'assurance pour les prestations de l'article 5, § 3, n'est plus due à partir du 15e anniversaire de l'assuré sauf autres dispositions de la nomenclature.
2.2. L'intervention de l'assurance peut se prolonger au-delà de la date du 15e anniversaire

- *pendant toute la période de validité d'une notification, au médecin conseil, de démarrage d'un traitement orthodontique régulier*
- *lors d'un traitement orthodontique régulier en cours pour lequel le patient continue à bénéficier d'une intervention de l'assurance, et durant la phase de contrôle de contention qui y est attachée*
- *lorsque le Conseil technique dentaire a marqué son accord pour une dérogation à la limite d'âge. Sauf pour les cas mentionnés dans le point 4.4.1.1., l'intervention de l'assurance prend fin à la date du 22e anniversaire de l'assuré."*

Il existe des possibilités de dérogation. Le tribunal a accordé une remise de la cause pour que le demandeur puisse consulter son dentiste afin de vérifier si sa fille pouvait entrer dans les possibilités de dérogation.

En l'espèce, il n'est pas contesté que la demande est parvenue après le 15e anniversaire de la fille du demandeur de sorte que la demande d'intervention est tardive.

À l'audience du 8 octobre 2019, … a précisé que sa fille n'entrait pas dans les hypothèses de dérogation.

Le fait d'ignorer la loi ne constitue pas un cas de force majeure. Le dentiste de … aurait dû informer les parents sur les délais. Dans la mesure où il n'est pas à la cause, le tribunal ne peut examiner une éventuelle responsabilité dans son chef.

PAR CES MOTIFS,

Le tribunal statuant par défaut du défendeur INAMI, contradictoirement pour le surplus, et en premier ressort.

Entendu Monsieur ..., Substitut de l'Auditeur du travail, en son avis conforme donné à l'audience publique du 8 octobre 2019.

Met hors cause l'INAMI.

Dit la demande recevable et non fondée.

Dit que les dépens auxquels la défenderesse … pourrait se voir condamner sont d'un montant nul, le demandeur ayant comparu en personne.

Condamne toutefois la partie défenderesse …. à la contribution au Fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne liquidée à la somme de 20 EUR (art. 4 et 5 de la loi du 19.03.2017).

Dit le jugement exécutoire par provision nonobstant appel et sans garantie en vertu de l'article 1397 du code judiciaire.

…

II. Tribunal du travail de Gand, section Gand, 27 février 2020

Fait de se référer à justice

Le fait de se référer à justice ne constitue pas un acquiescement. La partie qui déclare s'en référer à justice conteste néanmoins cette demande (Cass. 07.01.1983, Arr.Cass. 1982-1983, 587). Cette formulation, utilisée sans aucune réserve, implique que l'on conteste au moins les faits mais pas de façon explicite ni avec précision, mais qu'on ne les approuve pas non plus, et que l'on laisse le juge libre de décider si les faits allégués sont suffisemment prouvés. L'impact sur l'administration de la preuve est donc le même que lorsqu'une partie conteste l'action et que le bien-fondé de l'action doit être examiné (voir S. STIJNS, "Gedrag en wangedrag der partijen in het burgerlijk geding. Spanningsverhoudingen met de bewijsvoering", RW 1989-1990,1014).

R.G. 18/817/A
… c./INAMI

…

1. Voorgaanden

Met een **verzoekschrift**, ter griffie neergelegd op 27 augustus 2018, tekende … beroep aan tegen de beslissing van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (hierna aangeduid als "RIZIV") van 29 mei 2018.

Op 29 mei 2018 besliste de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit van het RIZIV dat … vanaf 16 juli 2018 niet langer arbeidsongeschikt was in de zin van het artikel 100 van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna aangehaald als "Ziektewet"). De reden daarvoor was dat … al ziek was voor zij zich op de arbeidsmarkt begaf en dat zij daardoor tot op die datum nog geen verdienvermogen van minstens een derde had kunnen opbouwen.

De vordering van … strekte ertoe de voornoemde beslissing te vernietigen en te zeggen voor recht dat zij aanspraak kan maken op de wettelijke vergoedingen wegens arbeidsongeschiktheid, meer de wettelijke en gerechtelijke interesten. Ondergeschikt vroeg zij alvorens recht te doen een arts-deskundige aan te stellen.

… staafde die vordering aan de hand van een medisch attest van dokter … van 26 juni 2018, waarin hij de weerslag van haar psychische problemen op haar funtioneren beschrijft.

Tevens legt zij stukken neer die aantonen dat zij van september 2012 tot juni 2013 een stage deed bij een MPI en dat zij in 2014, 2015 en 2016 stages deed bij De Triangel.

In een **tussenvonnis** van 28 februari 2019 verklaarde de arbeidsrechtbank de vordering ontvankelijk. De arbeidsrechtbank stelde dokter … als arts-deskundige aan. Hij kreeg als opdracht de rechtbank te adviseren over de vraag of ... bij het betreden van de arbeidsmarkt al dan niet arbeidsongeschikt was, met andere woorden de vraag te beantwoorden of er al dan niet sprake was van een voorafbestaande toestand.

De arts-deskundige heeft op 6 mei 2019 zijn voorlopig deskundig verslag aan alle betrokken partijen overgemaakt, met het verzoek hem hun eventuele opmerkingen vóór 15 juni 2019 te bezorgen. Middels een brief van 17 mei 2019 deelde dokter ... ; directeur-generaal van het RIZIV, mee dat hij geen opmerkingen had bij het voorlopig verslag.

Op 20 juni 2019 heeft de arts-deskundige zijn **definitief en onder eed bevestigd verslag** ter griffie neergelegd.

In een conclusie, ter griffie neergelegd op 24 juni 2019, verklaarde ... zich naar de wijsheid van de rechtbank te gedragen. Zij vorderde het RIZIV te veroordelen tot de kosten van het geding.

In een conclusie, ter griffie neergelegd op 1 oktober 2019, vroeg het RIZIV de besluiten van de arts-deskundige te bevestigen en de vordering van ... ongegrond te verklaren.

De zaak werdt overeenkomstig de bepalingen van het artikel 747, § 2 van het Gerechtelijk Wetboek met het oog op behandeling vastgesteld op de **terechtzitting** van 23 januari 2020. Het NVSM was op die zitting noch aanwezig, noch vertegenwoordigd. De andere partijen waren aanwezig en werden in hun argumenten en besluiten gehoord. ... gedroeg zich naar de wijsheid van de rechtbank. Het RIZIV vroeg de bevestiging van het deskundigenverslag.

De heer ..., substituut-arbeidsauditeur, gaf ter zitting dd. 23 januari 2020 mondeling advies. De aanwezige partijen hebben daarop niet gerepliceerd.

De zaak werd vervolgens in beraad genomen en voor uitspraak gesteld op heden.

De rechtbank neemt kennis van de stukken van het geding, gevoegd bij het dossier van de rechtspleging en vermeld op de inventaris ervan.

De rechtbank past de wet van 15 juni 1935 op het gebruik der talen in gerechtszaken toe.

2. Beoordeling

2.1.

In zijn definitief medisch verslag komt de deskundige tot het besluit dat ... op 16 juli 2018 niet voldeed aan de voorwaarden van het artikel 100 van de Ziektewet, aangezien er sprake was van een voorafbestaande toestand. Hij motiveerde dat besluit als volgt:

"Eisende partij werd opgenomen voor psychiatrische behandeling bijna onmiddelijk in aansluiting op het beëindigen van haar studies in 2016. In feite geeft ze zelf aan dat ze jaren voordien, tijdens haar jeugd en studies, psychische problemen ervaarde, maar deze heeft kunnen min of meer onder controle houden tot na het behalen van haar eindtermen. Nadien volgden diverse langdurige psychiatrische opnamen tot eind 2018 en verder ambulante psychische opvolgingen tot op heden.
Op het ogenblik van het aanvragen van haar eerste arbeidsongeschiktheid om medische redenen op 16 juli 2017 had eisende partij nog nooit gedurende een duidelijke periode van enkele maanden het bewijs geleverd van over een normaal verdienvermogen te kunnen beschikken.
De aangegeven stageperiodes (enkele maanden per jaar van partiële onbezoldigde diensturen in de periode 2012-2016 en in het kader van een leerperiode), de enkele genoteerde onvolledige werkdagen in 2017, een zaterdagse begeleiding van een gehandicapte als persoonlijke assistente kunnen moeilijk gelden als het bewijs van een 'normale tewerkstelling'. Bovendien is het evident en duidelijk dat eisende partij reeds lang (jaren) voor het aangeven van haar eerste periode van arbeidsongeschiktheid psychische problemen en disfuncties had zodat het op dat ogenblik niet gaat over een 'nieuwe ziektetoestand' of 'verergering van ziektetoestand', maar eerder het duidelijk worden van een reeds jaren bestaande problematiek (van in de jeugdjaren).

Psychiatrische verslagen spreken van een ontwikkelingsproblematiek, verstikkend opvoedingsmilieu, separatieproblemen, emotionele regulatie moeilijkheden, zich nadien uitend in persoonlijkheidsproblemen met bordeline kenmerken, gemoedsschommelingen en angsten, eetproblemen,...
Het betreft bij eisende partij hier duidelijk een zuiver 'vooraf bestaande toestand'."

2.2.

... gedroeg zich op de openbare terechtzitting van 23 januari 2020 naar de wijsheid van de rechtbank. Het RIZIV vroeg de bevestiging van het besluit van de arts-deskundige.

Het zich gedragen naar de wijsheid, maakt geen berusting uit. De partij die zich naar de wijsheid van de rechter gedraagt, betwist dus niettemin de vordering (Cass. 07.01.1983, Arr. Cass. 1982-1983, 587).
Deze formule, zonder enig voorbehoud gehanteerd, houdt in dat men minstens de gestelde feiten niet expliciet noch met precisie betwist, maar ook niet beaamt, en dat men de rechter vrijlaat te oordelen of de aangevoerde feiten naar behoren bewezen zijn. De invloed op de bewijsvoering is dus dezelfde als wanneer een partij de vordering betwist en de gegrondheid van de eis moet worden onderzocht (zie S. STIJNS, "Gedrag en wangedrag der partijen in het burgelijk geding, Spanningsverhoudingen met de bewijsvoering" RW 1989-1990, 1014*).*

De deskundige heeft zijn opdracht op een weloverwogen wijze uitgevoerd. Het voor- en eindverslag van de deskundige werden oordeelkundig en gemotiveerd opgesteld. Uit het deskundig verslag blijkt dat het gebaseerd is op een gedegen medisch onderzoek, op objectieve medische vastellingen en op een grondige studie van het dossier.

De rechtbank neemt voornoemd advies over. Dit impliceert dat ... vanaf 16 juli 2018 en verder niet arbeidsongeschikt was in de zin van het artikel 100 van de Ziektewet.

De vordering van ... komt, in navolging van de bevindingen van de gerechtsdeskundige, ongegrond voor.

3. Beslissing

Gelet op voorgaande overwegingen beslist de rechtbank als volgt:

Rechdoende **op tegenspraak**,

Na beraadslaging,

Alle andere en tegenstrijdige conclusies verwerpend,

Verklaart de vordering van ... **ongegrond**,

Bevestigt de bestreden beslissing van 29 mei 2018 van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit van het RIZIV en zegt voor recht dat ... vanaf 16 juli 2018 en verder niet arbeidsongeschikt was in de zin van het artikel 100 van de Ziektewet,

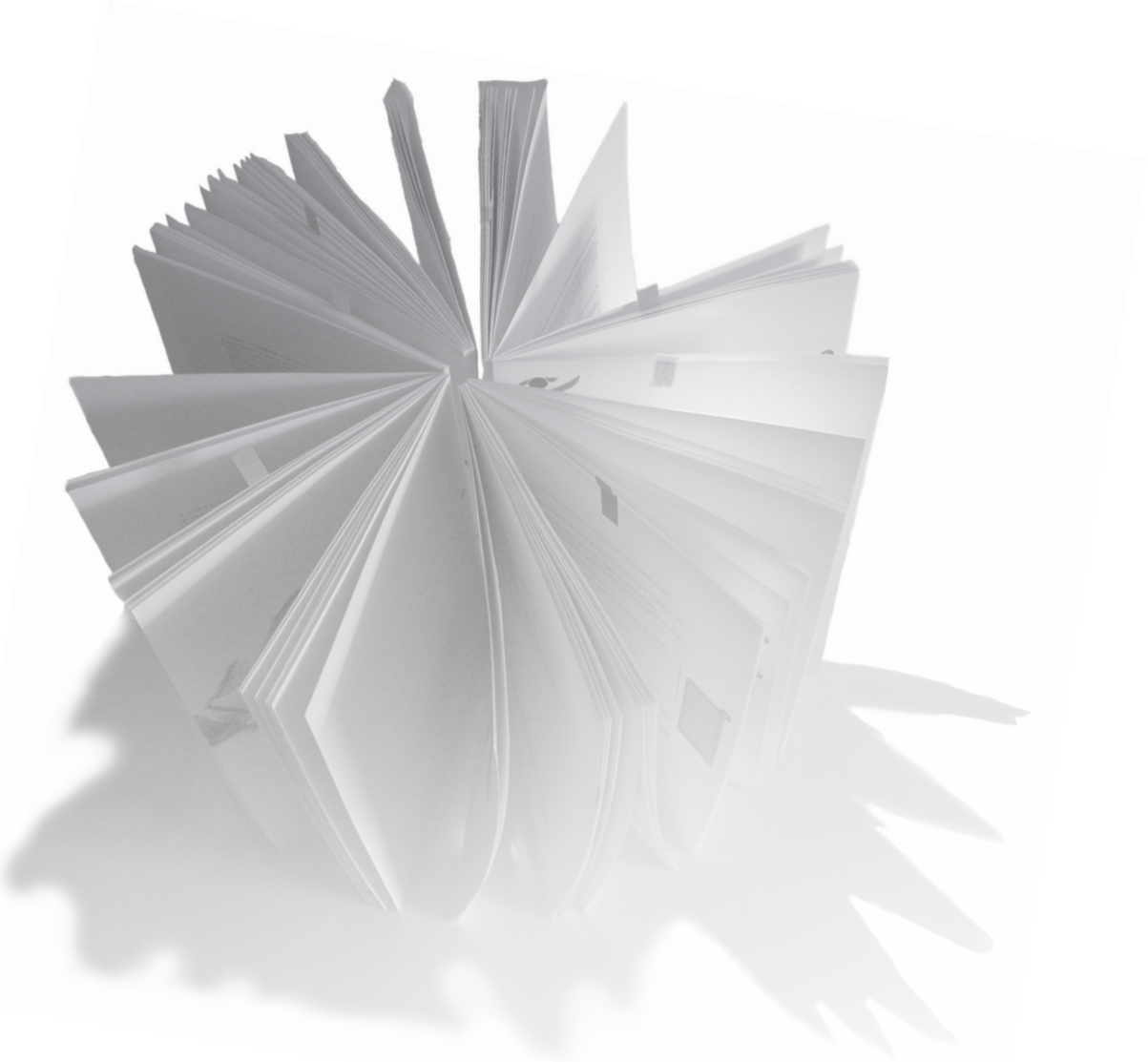
Verwijst het RIZIV, met toepassing van het artikel 1017, tweede lid Gerechtelijk Wetboek, in de kosten van het geding, en vereffent deze als volgt:

- kosten van het deskundigenonderzoek (zie staat van 17.06.2019): 609,68 EUR,

Verwijst het RIZIV tevens in de bijdrage aan het Begrotingsfonds voor de juridische tweedelijnsbijstand, begroot op 20,00 EUR ;

...

3e Partie
Questions et réponses parlementaires



I. Chiffres relatifs au congé de naissance

Nombre de bénéficiares – Nombre de jours indemnisés et nombre moyen de jours de congé de paternité ou de naissance pour les années 2015 à 2018

Question n° 147 posée le 7 novembre 2019 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration, par Madame la représentante WILLAERT[1]

Le congé de paternité a été instauré au cours de l'été 2002. Les pères et les co-mères peuvent prendre dix jours de congé après la naissance d'un enfant. Les trois premiers jours sont payés par l'employeur. Les sept jours suivants ne sont plus rémunérés, mais sont couverts par la mutualité. Depuis peu, on parle de congé de naissance.

Pourriez-vous me communiquer pour 2015, 2016, 2017 et 2018, par année, et pour 2019, par mois :

- le nombre de bénéficiares
- le nombre total de jours de congé de naissance
- le nombre de naissances
- le nombre moyen de jours pris par bénéficiare
- la part du congé de paternité par rapport au nombre total de naissances ?

Réponse

Vous trouverez ci-dessous, un tableau reprenant le nombre de bénéficiaires, le nombre de jours indemnisés ainsi que le nombre moyen de jours de congé de paternité ou de naissance pour les années 2015 à 2018. Les données relatives à l'exercice 2019 ne seront pas disponibles avant fin mai 2020.

	2015	2016	2017	2018
Nombre de bénéficiares	56.601	56.036	55.314	54.422
Nombre de jours	387.237	382.547	377.326	371.078
Nombre moyen de jours	6,84	6,83	6,82	6,82

Le nombre de bénéficiaires mentionné dans ce tableau correspond au nombre de titulaires ayant effectivement perçu une indemnité pour au moins un jour au cours de l'année considérée. Si un même congé de paternité ou de naissance est introduit sur deux années différentes, le titulaire est comptabilisé deux fois (une fois dans chaque année).

Le nombre de jours indiqué correspond au nombre de jours à charge de l'assurance indemnités. Il est possible que les jours d'une même période de congé soient introduits sur plus d'une année.

Étant donné que ce tableau concerne uniquement les jours de congé effectivement à charge de l'assurance indemnités, le nombre de jours maximum par congé s'élève à sept. Les trois jours pris en charge par l'employeur ne sont pas pris en considération dans ces chiffres.

1. Chambre, 2e session de la 55e législature 2019-2020, p.94.

Sur base des données dont je dispose, je ne suis pas en mesure d'estimer le nombre de naissances qui pourraient potentiellement ouvrir le droit à un congé de paternité ou de naissance. Je dispose uniquement du nombre de périodes de repos de maternité qui tombent à charge de l'assurance maternité.

Je n'ai, en outre, aucune indication quant au statut social du père qui souvent, ne correspond pas à ce celui de la mère. De ce fait, il ne m'est pas possible de déterminer combien de naissances peuvent ouvrir le droit à un congé de paternité ou de naissance dans le régime des salariés.

II. Prime de rattrapage pour travailleurs en incapacité de travail

Malades de longue durée – Chiffres pour les mois de mai 2017 et mai 2018 selon la catégorie de la prime et par région – Données de 2019 pas encore disponibles

Question n° 197 posée le 26 novembre 2019 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration, par Monsieur le Représentant SPOOREN[1]

Une prime de rattrapage a été instaurée en 2010 pour les travailleurs en incapacité de travail/les malades de longue durée dans le but de renforcer leur pouvoir d'achat. Cette prime de rattrapage est allouée aux titulaires invalides qui, au 31 décembre de l'année précédant l'année de son octroi, sont reconnus incapables de travailler depuis une durée minimum d'un an et sont encore reconnus invalides au mois de mai de l'année d'octroi durant au moins un jour calendrier. La mutualité de l'intéressé verse dans ce cas automatiquement la prime de rattrapage au mois de mai, en même temps que les indemnités du mois de mai.

1. À combien de travailleurs en incapacité de travail ou invalides cette prime de rattrapage a-t-elle été versée au cours des années 2017, 2018 et 2019 ?

   a) Pouvez-vous effectuer une ventilation entre les travailleurs qui sont en incapacité de travail depuis une durée d'un an et les travailleurs qui sont en incapacité de travail depuis une durée minimum de deux ans ?

   b) Pouvez-vous effectuer une ventilation par région ?

2. Quel montant total de primes de rattrapage a été versé au cours des années 2017, 2018 et 2019 ?

   a) à des travailleurs qui étaient en incapacité de travail depuis une durée d'un an ? Pouvez-vous effectuer une ventilation par région ?

   b) à des travailleurs qui étaient en incapacité de travail depuis une durée minimum de deux ans ? Pouvez-vous effectuer une ventilation par région ?

Réponse

Vous trouverez dans les deux tableaux ci-dessous, pour le régime salariés, le nombre de cas ayant bénéficié de la prime de rattrapage pour les mois de mai 2017 et mai 2018 ainsi que les montants correspondants. Les rubriques sont ventilées selon la catégorie de la prime et par région.

1. Chambre, 2e session de la 55e législature 2019-2020, p. 101

Exercice 2017		Région de Bruxelles-Capitale	Région flamande	Région Wallonne	Etranger/ Inconnu	Total
I an d'incapacité au 31.12.2016	Cas	4.214	23.993	16.473	878	45.558
	Montants (EUR)	1.324.255,79	7.540.114,50	5.176.646,54	277.383,84	14.318.400,67
Au moins 2 ans d'incapacité au 31.12.2016	Cas	8.281	33.992	33.527	2.004	77.804
Charge de famille: avec charge	Montants (EUR)	4.409.522,80	18.100.202,78	17.851.398,96	1.070.186,60	41.431.311,14
Au moins 2 ans d'incapacité au 31.12.2016	Cas	16.467	122.240	78.814	5.399	222.920
Charge de famille : sans charge	Montants (EUR)	8.291.113,82	61.543.861,27	39.679.196,67	2.719.570,75	112.233.742,51
Total	Cas	28.962	180.225	128.814	8.281	346.282
	Montants (EUR)	14.024.892,41	87.184.178,55	62.707.242,17	4.067.141,19	167.983.454,32

Exercice 2018		Région de Bruxelles-Capitale	Région flamande	Région Wallonne	Etranger/ Inconnu	Total
I an d'incapacité au 31.12.2017	Cas	4.565	23.130	17.324	707	45.726
	Montants (EUR)	1.463.265,10	7.415.271,32	5.553.034,96	226.942,32	14.658.513,70
Au moins 2 ans d'incapacité au 31.12.2017	Cas	9.040	34.897	36.634	2.033	82.604
Charge de famille: avec charge	Montants (EUR)	5.416.768,00	20.910.881,60	21.951.092,80	1.219.780,75	49.498.523,15
Au moins 2 ans d'incapacité au 31.12.2017	Cas	17.697	129.585	82.006	5.351	234.639
Charge de famille : sans charge	Montants (EUR)	9.557.627,92	69.981.695,44	44.287.600,48	2.893.659,70	126.720.583,54
Total	Cas	31.302	187.612	135.964	8.091	362.969
	Montants (EUR)	16.437.661,02	98.307.848,36	71.791.728,24	4.340.382,77	190.877.620,39

Le tableau suivant mentionne le montant correspondant à chacune des différentes catégories de la prime de rattrapage pour les mois de mai 2017 et mai 2018.

	Montants de la prime de rattrapage (EUR)	
	Mai 2017	**Mai 2018**
1 an d'incapacité au 31/12/N-1/	314,25	320,54
Au moins 2 ans d'incapacité au 31/12/N-1		
avec charge de famille	532,46	599,2
sans charge de famille	503,46	540,04

Les données de 2019 ne sont pas encore disponibles.

III. Indemnités et prestations de santé indues

Erreur des mutualités – Responsabilisation financière des organismes assureurs – Paiements indus dans les mutualités chrétiennes – Secteur de la kinésithérapie – Contrôles effectués

Question n° 223 posée le 13 décembre 2019 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration, par Madame la Représentante VAN PEEL[1]

Il appartient aux organismes assureurs de récupérer les prestations payées indûment dans le cadre de notre assurance-maladie. Dans certains cas toutefois, cette récupération n'est pas permise. Ainsi, en vertu de l'article 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la charte de l'assuré social, en cas d'erreur des mutualités, il est interdit de récupérer les indus auprès d'un assuré social de bonne foi.

En règle générale, ces montants non récupérables sont pris en charge par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. Dans le cadre de la loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, la loi coordonnée du 14 juillet 1994 instaure toutefois une responsabilisation financière des organismes assureurs. Il est ainsi prévu que ceux-ci doivent prélever eux-mêmes ces montants sur leurs frais de fonctionnement, de manière progressive et en fonction du volume de leurs dépenses afférentes aux indemnités de l'AMI et aux remboursements de soins médicaux.

Il ressort d'une question écrite antérieure que des erreurs des mutualités entraînent chaque année la perte de 3 millions d'EUR pour nos soins de santé, en raison du paiement indu d'indemnités et de prestations de santé non récupérables. Curieusement, l'augmentation de ces indus non récupérables est principalement imputable à la mutualité chrétienne. Qui plus est, le système de responsabilisation - instauré à la demande de la Cour des comptes - ne se révèle pas suffisamment efficace.

1. Comment expliquez-vous l'augmentation des indus non récupérables dans le domaine des soins de santé ? Avez-vous constaté des problèmes internes au sein de la mutualité chrétienne ou en avez-vous connaissance ?

2. Comment évaluez-vous le système de responsabilisation actuel ?

1. Chambre, 2e session de la 55e législature 2019-2020, p. 199.

Réponse

La forte hausse des paiements indus dans les mutualités chrétiennes entre 2017 et 2018 est un phénomène unique. Pendant la période allant de janvier à avril 2018, le statut des kinésithérapeutes par rapport au conventionnement n'était pas clair. Vu cette incertitude, les mutualités chrétiennes ont effectué à tort des remboursements dans le secteur de la kinésithérapie. La forte hausse des paiements indus en 2018 est donc un phénomène unique.

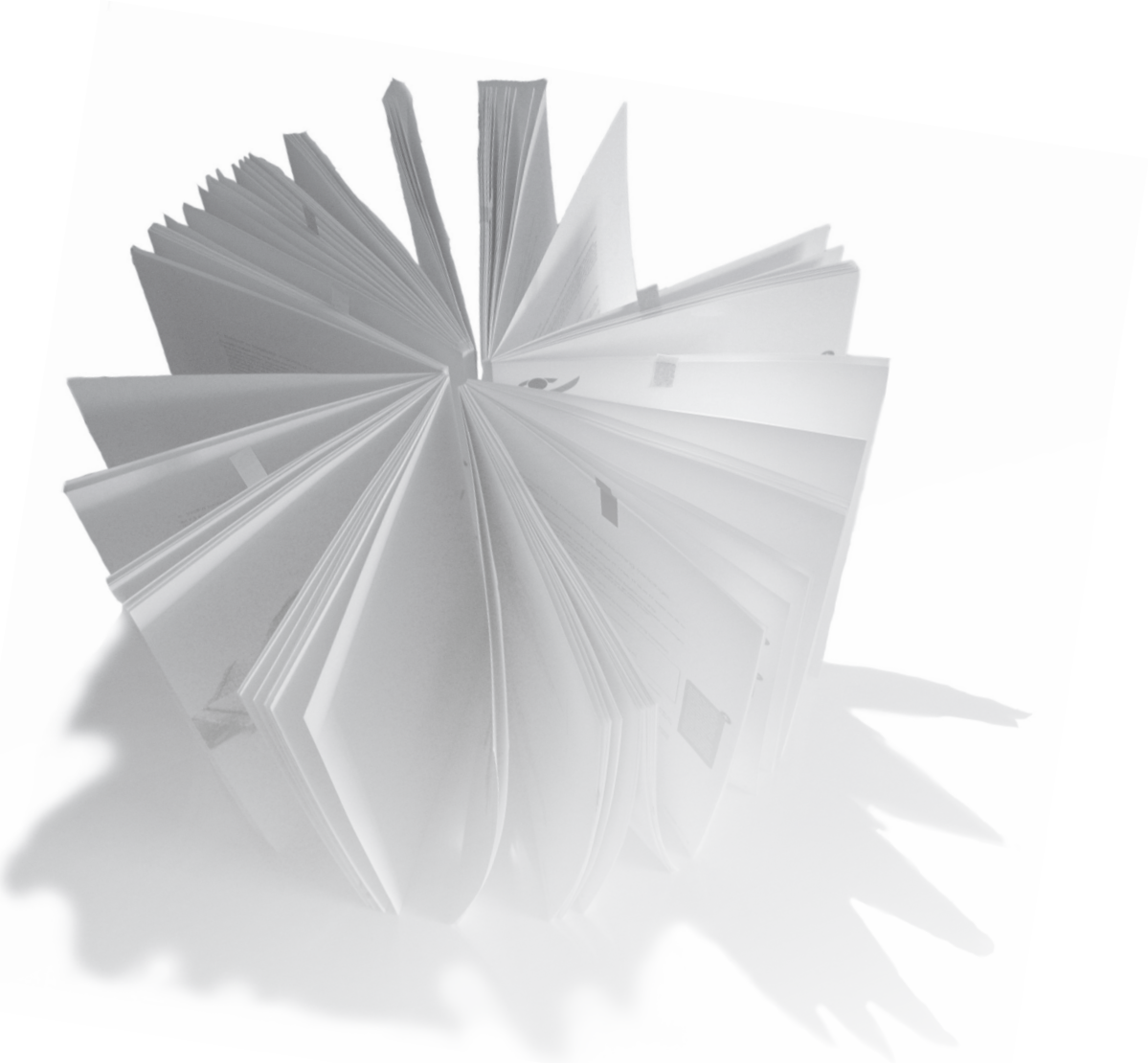
D'une part, les organismes assureurs qui consentent des efforts pour détecter les montants indûment payés et les récupérer sont récompensés pour les montants effectivement récupérés en application de l'article 195, § 2, de la loi assurance maladie-invalidité (AMI). Il s'agit des montants indûment octroyés pour lesquels la mutualité n'a commis ni erreur, ni oubli ni négligence. Un pourcentage donné des montants effectivement récupérés est alloué aux organismes assureurs en guise d'incitant financier.

D'autre part, conformément à l'article 194, § 3, de la loi AMI, les organismes assureurs sont responsabilisés pour la partie des montants indûment payés qui ne peuvent pas être récupérés en application de l'article 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social. Il s'agit dans ce cas des montants indûment octroyés pour lesquels la mutualité a commis une erreur, un oubli ou une négligence.

Indépendamment des deux principes susmentionnés, les récupérations par les organismes assureurs font également l'objet d'un suivi dans le cadre de la responsabilisation financière des organismes assureurs pour la partie variable des frais d'administration. Le processus n° 4 de la responsabilisation financière des organismes assureurs est en effet destiné à évaluer les organismes assureurs en termes de détection des prestations et des montants à récupérer et leur récupération en vertu des articles 136, § 2, et 164 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Chaque année, différents contrôles sont effectués par le Service du contrôle administratif de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) (contrôles thématiques), par les autres Services de l'INAMI et par l'Office de contrôle des mutualités pour évaluer ce processus.

Ce faisant, les mutualités sont également incitées à traiter correctement leurs dossiers. Les mutualités qui obtiennent de bons résultats sont récompensées par une intervention plus élevée dans leurs frais d'administration variables. Les organismes assureurs laxistes reçoivent une intervention plus faible pour leurs frais d'administration variables. Dans les années à venir, la part globale des frais d'administration variables augmentera progressivement pour atteindre 20 % du total des frais d'administration. Elle constituera donc une part de plus en plus importante des moyens de fonctionnement des mutualités.

4e Partie
Directives de l'INAMI



I. Le droit aux soins de santé des étudiants-indépendants

En vigueur à partir du 5 novembre 2019

Statut des étudiants-indépendants

La loi du 18 décembre 2016 fixant le statut social et fiscal de l'étudiant-indépendant, publiée au Moniteur belge du 30 décembre 2016, prévoit un statut spécifique en matière de cotisations sociales des étudiants exerçant une activité indépendante en Belgique.

La loi est entrée en vigueur le 1er janvier 2017.

Qui est visé par le statut ?

La loi définit les étudiants qui peuvent bénéficier de ce régime de cotisation spécifique : il s'agit de personnes âgées de 18 à 25 ans inscrites à titre principal pour suivre régulièrement des cours dans un établissement d'enseignement en Belgique ou à l'étranger, en vue d'obtenir un diplôme reconnu par une autorité compétente en Belgique et qui, en parallèle, exercent une activité indépendante.[1]

L'étudiant doit explicitement demander à sa caisse d'assurances sociales d'être assujetti en tant qu'étudiant-indépendant et introduire une demande à cette fin.

Les conjoints aidants sont exclus du statut.[2]

Le statut d'indépendant à titre complémentaire prime sur celui d'étudiant-indépendant.

Cotisations sociales

Le nouveau régime de cotisation de ces étudiants-indépendants est prévu à l'article 12*bis* de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 :

- soit les étudiants-indépendants ne sont redevables d'aucune cotisation parce que leurs revenus sont inférieurs à la moitié du revenu minimum sur la base duquel les travailleurs indépendants à titre principal paient des cotisations (13.847,39 EUR en 2019 ; moitié = 6.923,69 EUR)
- soit les étudiants-indépendants sont redevables d'une cotisation réduite parce que leurs revenus atteignent ou dépassent la moitié du revenu minimum pour les travailleurs indépendants à titre principal (6.923,69 EUR en 2019), mais sont inférieurs au montant du revenu minimum d'un travailleur indépendant à titre principal (13.847,39 EUR en 2019) ; la cotisation est alors calculée sur la partie des revenus professionnels à partir de la moitié du revenu minimum sur la base duquel un travailleur indépendant à titre principal paie des cotisations
- soit les étudiants-indépendants sont soumis à cotisation en application de l'article 12, § 1er, de l'arrêté royal n° 38 (c.-à-d. comme un travailleur indépendant à titre principal) parce que leur revenu atteint au moins le revenu minimum des travailleurs indépendants à titre principal (13.847,39 EUR en 2019).

1. Art. 5*quater* de l'A.R. n° 38 du 27.07.1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants.
2. Art. 5*quater*, § 5, de l'A.R. n° 38 du 27.07.1967.

La loi prévoit également la possibilité pour ces étudiants, comme pour tous les autres travailleurs indépendants, de demander à leur caisse d'assurances sociales une réduction de leurs cotisations qui sont fixées provisoirement, avant la communication par le SPF Finances de leurs revenus réels perçus, s'ils peuvent démontrer sur la base d'éléments objectifs soit que leur revenu n'atteindra pas le montant assujetti à cotisations (6.923,69 EUR pour 2019), soit qu'il ne dépassera pas certains autres plafonds (en 2019, les plafonds suivants sont fixés : 10.385,53 EUR - 13.847,39 EUR - 17.446,62 EUR - 21.981,36 EUR - 27.694,78 EUR - 39.166,34 EUR - 55.389,56 EUR).

Pendant la période de début d'activité, les étudiants-indépendants sont soumis à des cotisations provisoires forfaitaires conformément à l'article 13*bis*, § 2, 6° de l'arrêté royal n° 38. L'intéressé peut demander à payer une cotisation nulle s'il peut démontrer sur la base d'éléments objectifs que son revenu sera inférieur à un certain seuil (6.923,69 EUR pour 2019).

Statut fiscal des étudiants-indépendants

Sur le plan fiscal, les revenus des étudiants-indépendants sont immunisés : la première tranche de 1.500 EUR (montant de base à indexer) de leurs revenus professionnels n'est pas prise en compte.[3]

Cela signifie qu'il ne doit pas être tenu compte du montant de 1.500 EUR dans le cadre de l'enquête sur les revenus pour l'inscription en tant que personne à charge et dans le cadre de l'enquête sur les revenus pour l'octroi de l'intervention majorée.

Droit aux soins de santé des étudiants-indépendants

Assujettissement à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en vertu de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants

Pour pouvoir prétendre à la qualité de titulaire indépendant en vertu de l'article 32, alinéa 1er, 1°*bis* de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, les travailleurs indépendants doivent être assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en vertu du statut social des indépendants.

Les étudiants-indépendants[4] qui sont en ordre de cotisations au statut social, sont assujettis à l'AMI et peuvent faire valoir pour leur droit aux soins de santé la qualité de titulaire indépendant visée à l'article 32, alinéa 1er, 1°*bis* de la loi coordonnée.

Dans quels cas les étudiants-indépendants ont-ils droit aux soins de santé ?

Le droit aux soins de santé dépend de la catégorie à laquelle appartient l'étudiant-indépendant :

- l'étudiant-indépendant qui *ne* paie *pas de cotisations sociales* (catégorie 1) aura droit aux soins de santé soit en payant le complément de cotisation (en qualité de titulaire indépendant), soit en faisant valoir la qualité de personne à charge, soit en une autre qualité (par ex. résident ou étudiant). Dans la plupart des cas, ils resteront affiliés en qualité de personne à charge

3. Applicable à partir de l'exercice d'imposition 2018 - Art .143, 7°, CIR 92.
4. L'art. 5*quater*, § 4 de l'A.R. n° 38 du 27.07.1967 prévoit que l'étudiant-indépendant qui est redevable d'une cotisation en application de l'art. 12*bis*, § 1er, de l'A.R. n° 38 est uniquement assujetti au régime de l'assurance maladie-invalidité, conformément aux règles et conditions fixées par le Roi par arrêté délibéré en Conseil des ministres. Cet article (destiné à donner à la catégorie I2 des droits propres) n'est cependant jusqu'à ce jour jamais entré en vigueur.

- l'étudiant-indépendant qui paie *une cotisation sociale réduite* (catégorie 2) aura droit aux soins de santé soit en payant le complément de cotisation, soit en faisant valoir la qualité de personne à charge ou une autre qualité (par ex., résident ou étudiant). Dans la plupart des cas, ils resteront affiliés en tant que personne à charge

- l'étudiant-indépendant *qui paie des cotisations sociales comme un travailleur indépendant à titre principal* (catégorie 3) aura droit aux soins de santé en tant que titulaire indépendant conformément à l'article 32, alinéa 1er, 1°*bis* de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 parce qu'il bénéficie de l'assimilation de l'article 290, A, 2, 12° de l'arrêté royal du 3 juillet 1996[5].

  L'inscription en tant que personne à charge n'est pas possible conformément à l'article 124, § 1er, 2° de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Les droits dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé sont accordés sur la base des cotisations provisoires légalement dues dans l'année N. Un bon de cotisation est également envoyé en ce sens à l'O.A., à condition que la personne concernée soit en ordre de cotisation. Une fois que l'administration fiscale a calculé les revenus définitifs du travailleur indépendant, la caisse d'assurances sociales détermine le montant des cotisations sociales définitives et envoie le décompte au travailleur indépendant (= régularisation) : selon le cas, la caisse réclame le montant impayé (via des cotisations de régularisation) ou annonce le remboursement du trop perçu. Le bon de cotisation sera donc également régularisé en ce sens et l'O.A. doit en tenir compte. Sur le plan de l'assurabilité de l'étudiant-indépendant, des régularisations et des récupérations doivent avoir lieu.

Les étudiants-indépendants débutants

La mesure "starters" s'applique étant donné que les étudiants-indépendants relèvent de l'article 13*bis* de l'arrêté royal n° 38 : en cas de premier assujettissement au statut social des travailleurs indépendants et d'une première inscription ou réinscription auprès de l'O.A., le droit aux soins de santé ne pourra être ouvert que si la première cotisation trimestrielle a été versée ou exonérée.

Tout étudiant-indépendant est redevable d'une cotisation provisoire forfaitaire de 78,51 EUR (montant indexé 2019) au début de son activité. Il a la possibilité de demander une réduction à zéro de la cotisation ou de payer volontairement une majoration.
Ici aussi, des régularisations seront effectuées lors du calcul des cotisations sociales définitives, dont l'O.A. doit tenir compte.

Modalités de preuve

Au début d'une activité en tant qu'étudiant-indépendant

*Les étudiants-indépendants qui commencent une activité sont toujours redevables d'**une cotisation provisoire** de ± 75 EUR.*

Ils seront toujours désignés dans le flux A301 par la catégorie de cotisation I1, ce qui correspond à la catégorie 1.

5. Les titulaires indépendants n'ont droit aux soins de santé en cette qualité que s'ils ont payé une cotisation sociale au moins égale à la cotisation minimale d'un travailleur indépendant à titre principal (= 13.847,39 EUR pour 2019), ou s'ils ont payé les cotisations dues pour les starters ou pour le maxi-statut des conjoints aidants, ou enfin s'ils ont obtenu une exonération de cotisations.

Au début de son activité, l'étudiant-indépendant peut rester affilié en tant que personne à charge ou peut ouvrir un droit aux soins de santé en qualité de titulaire (ou peut aussi faire valoir une autre qualité, par ex. celle de résident ou d'étudiant, avec ouverture de droit).

Il existe 3 possibilités :

1. Si l'intéressé paie la cotisation forfaitaire de ± 75 EUR : code de cotisation I1 et code AMI 07. Pour son droit aux soins de santé, il est affilié en tant que personne à charge ou en tant que titulaire indépendant (ou fait valoir une autre qualité).

2. Si l'intéressé demande une réduction à zéro de sa cotisation et que celle-ci est accordée par la caisse d'assurances sociales : code de cotisation I1 et code AMI 12. Pour son droit aux soins de santé, il est affilié en tant que personne à charge ou en tant que titulaire indépendant (ou fait valoir une autre qualité).

3. Si l'intéressé demande une majoration ou paie volontairement plus que le forfait : code de cotisation I1 et code AMI 07 (en effet, les cotisations plus élevées versées volontairement ne sont pas prises en compte). Pour son droit aux soins de santé, il est affilié en tant que personne à charge ou en tant que titulaire indépendant (ou fait valoir une autre qualité).

*Ensuite, il devra payer des **cotisations de régularisation** dans le cadre du statut social des travailleurs indépendants et, en fonction de cette régularisation, les codes suivants sont envoyés aux O.A. :*

1. S'il apparaît par la suite que l'intéressé n'est pas redevable de cotisations (catégorie 1) : code de cotisation I1. Le cas échéant, un bon correctif avec code AMI 12 sera envoyé à l'O.A. L'intéressé reste affilié en tant que personne à charge (ou autre qualité, possibilité aussi de se régulariser en tant que titulaire indépendant moyennant paiement du complément de cotisation) pour son droit aux soins de santé.

2. S'il apparaît par la suite qu'il est redevable de cotisations réduites (catégorie 2) : code de cotisation I2. Si un code AMI 07 a déjà été envoyé (voir situations 1 et 3 ci-dessus), il reste valable. Si un code AMI 12 a été envoyé (situation 2), un bon correctif avec code AMI 07 sera envoyé. L'intéressé reste affilié en tant que personne à charge (ou autre qualité, également possibilité de régularisation en tant que titulaire indépendant avec complément de cotisation) pour son droit aux soins de santé. Il convient toutefois de vérifier si l'intéressé ne dépasse pas le plafond des revenus pour l'affiliation en tant que personne à charge.

3. S'il s'avère par la suite qu'il est redevable d'au moins les cotisations minimales d'un travailleur indépendant à titre principal (catégorie 3) : code de cotisation I3. En outre, un bon d'annulation sera envoyé et, après paiement des cotisations dues, un nouveau bon avec code AMI 01. Pour le droit aux soins de santé, l'intéressé doit se régulariser en qualité de titulaire indépendant. Une affiliation en tant que personne à charge n'est pas possible (compte tenu du code AMI 01).

   Si aucun nouveau bon avec code AMI 01 n'est envoyé, l'intéressé peut alors rester affilié en tant que personne à charge si la mesure starters s'applique (c'est le cas pour un premier assujettissement au statut social et une première affiliation auprès d'un O.A).

   Si la mesure starters ne s'applique pas (cela ne concerne pas un premier assujettissement au statut social et une première inscription auprès d'un O.A.), l'affiliation en tant que personne à charge n'est alors pas possible (l'O.A. a en effet connaissance d'une activité en tant que travailleur indépendant dans l'année de référence).

En dehors du début d'une activité en tant qu'étudiant-indépendant

*Les étudiants-indépendants sont redevables de **cotisations provisoires** sur la base de N-3 ou à la suite d'une réduction qui a été accordée.*

Il existe 3 possibilités :

1. Si l'intéressé n'est redevable d'aucune cotisation : code de cotisation I1 et code AMI 12. Pour son droit aux soins de santé, l'intéressé est affilié en tant que personne à charge ou en tant que titulaire moyennant paiement du complément de cotisation ou dans une autre qualité de titulaire.

2. Si l'intéressé est redevable d'une cotisation réduite : code de cotisation I2 et code AMI 07. Pour son droit aux soins de santé, l'intéressé est affilié en tant que personne à charge ou en tant que titulaire indépendant, sous réserve du paiement du complément de cotisation, ou dans une autre qualité de titulaire.

3. Si l'intéressé est redevable d'une cotisation comme un travailleur indépendant à titre principal : code de cotisation I3 et code AMI 01. L'intéressé est affilié en tant que titulaire indépendant et a droit à des soins de santé.

*Ensuite, l'intéressé devra payer des **cotisations de régularisation** dans le cadre du statut social des travailleurs indépendants et par conséquent un nouveau code AMI sera envoyé à l'O.A. :*

SITUATION 1 : COTISATIONS PROVISOIRES = AUCUNE COTISATION (CATÉGORIE 1)

- s'il s'avère par la suite que l'intéressé n'est effectivement redevable d'aucune cotisation : code de cotisation I1 et code AMI 12 (aucun bon correctif). Aucune régularisation n'est nécessaire en ce qui concerne les soins de santé ; l'intéressé reste affilié en tant que personne à charge ou en tant que titulaire indépendant avec paiement du complément de cotisation (ou autre qualité)

- s'il s'avère par la suite que l'intéressé est redevable de la cotisation réduite : code de cotisation I2. Un bon correctif avec code AMI 07 doit être envoyé. Un bon d'annulation n'est pas nécessaire dans ce cas, car la personne concernée peut rester à charge. Aucune régularisation en ce qui concerne les soins de santé. Il faut toutefois vérifier si l'intéressé ne dépasse pas le plafond de revenus en tant que personne à charge. Il est également possible de faire valoir la qualité de titulaire indépendant avec paiement du complément de cotisation

- s'il s'avère par la suite que l'intéressé est redevable des cotisations d'un travailleur indépendant à titre principal : code de cotisation I3. Un bon d'annulation doit être envoyé. Dès que les cotisations dues sont payées, un bon correctif avec code AMI 01 doit être envoyé. L'O.A. doit régulariser pour le droit aux soins de santé lors de la réception du bon d'annulation : l'affiliation en tant que personne à charge n'est pas possible !

  - si un code AMI 01 est envoyé : régulariser en tant que titulaire indépendant[6]
  - si aucun code AMI 01 n'est envoyé : régulariser en une autre qualité pour le droit aux soins de santé (par ex., étudiant, résident).[7] Il est également possible pour l'étudiant-indépendant d'obtenir une exonération de cotisations par l'intermédiaire de l'INASTI.

6. En fonction de la qualité choisie, il est possible que le complément de cotisation ou la cotisation personnelle devenu indu doive lui être remboursé dans les délais de prescription réglementairement fixés de l'art. 174, 9 ° de la loi coordonnée du 14.07.1994.
7. Il n'est pas possible de payer la totalité du complément de cotisation, étant donné que la qualité de titulaire indépendant n'est pas établie ; il n'y a en effet pas de bon de cotisation.

SITUATION 2 : COTISATIONS PROVISOIRES = COTISATIONS RÉDUITES (CATÉGORIE 2)

- s'il s'avère par la suite que l'intéressé n'est pas redevable d'une cotisation : code de cotisation I1. Un bon correctif avec code AMI 12 doit être envoyé. Aucune régularisation n'est nécessaire en ce qui concerne les soins de santé ; l'intéressé peut rester affilié en tant que personne à charge ou en tant que titulaire indépendant (avec paiement du complément de cotisation)

- s'il s'avère par la suite que l'intéressé est effectivement redevable de la cotisation réduite : code de cotisation I2 et code AMI 7 (aucun bon correctif). Il n'y a rien à faire en ce qui concerne le droit aux soins de santé

- s'il s'avère par la suite que l'intéressé est redevable des cotisations d'un travailleur indépendant à titre principal : code de cotisation I3. Un bon d'annulation doit être envoyé. Dès que les cotisations dues ont été payées, un bon correctif avec code AMI 1 doit être envoyé. L'O.A. doit régulariser pour le droit aux soins de santé lors de la réception du bon d'annulation : l'affiliation en tant que personne à charge n'est pas possible !

  - si un code AMI 01 est envoyé : régulariser en tant que titulaire indépendant[8]
  - si aucun code AMI 01 n'est envoyé : régulariser en une autre qualité pour le droit aux soins de santé (par ex. étudiant, résident). Il est également possible pour l'étudiant-indépendant d'obtenir une exonération de cotisations par l'intermédiaire de l'INASTI.

SITUATION 3 : COTISATIONS PROVISOIRES = COTISATIONS EN ACTIVITÉ À TITRE PRINCIPAL (CATÉGORIE 3)

- s'il s'avère par la suite que l'intéressé n'est pas redevable d'une cotisation : code de cotisation I1. Un bon correctif avec code AMI 12 doit être envoyé. Le droit à des soins de santé de l'intéressé doit être reconsidéré ; une affiliation en tant que titulaire indépendant n'est seulement possible que moyennant paiement du complément de cotisation. Le droit aux soins de santé peut aussi être régularisé en tant que personne à charge (ou autre qualité : par ex. étudiant ou résident)

- s'il s'avère par la suite que l'intéressé est redevable de la cotisation réduite : code de cotisation I2. Un bon correctif avec code AMI 07 doit être envoyé. Le droit aux soins de santé de l'intéressé doit être reconsidéré ; une affiliation en tant que personne à charge est en effet possible, ou l'intéressé peut également régulariser son droit en payant le complément de cotisation ou en faisant valoir une autre qualité (par ex. étudiant, résident)

- s'il s'avère par la suite que l'intéressé est effectivement redevable des cotisations d'un travailleur indépendant à titre principal : code de cotisation I3 et code AMI 1 (pas de bon correctif). La situation en matière de soins de santé ne doit pas être modifiée.

Régularisations : exemples

Compte tenu des principes actuels, l'O.A. doit toujours régulariser la situation lors de la réception d'un bon d'annulation ou d'un bon de cotisation corrigé !

8. En fonction de la qualité choisie, il est possible que le complément de cotisation ou la cotisation personnelle devenu indu doive lui être remboursé dans les délais de prescription réglementairement fixés de l'art. 174, 9 ° de la loi coordonnée du 14.07.1994.

À noter ! La situation de l'étudiant-indépendant peut avoir évolué à un point tel que les exemples de situations ne sont plus corrects ; par exemple, lorsque l'étudiant-indépendant cesse son activité indépendante ou lorsqu'il change de statut dans le cadre du statut social des travailleurs indépendants (par ex. il devient travailleur indépendant à titre principal).
Dans les exemples, nous partons de l'hypothèse que la situation du travailleur indépendant ne change pas.

SITUATION 1 : L'ÉTUDIANT-INDÉPENDANT DE CATÉGORIE 1 OU 2 (PERSONNE À CHARGE) DEVIENT ÉTUDIANT-INDÉPENDANT DE CATÉGORIE 3 (TRAVAILLEUR À TITRE PRINCIPAL)

En 2017, l'étudiant-indépendant (catégorie 1 ou 2) est affilié comme personne à charge. Son droit aux soins de santé pour 2019 est accordé sur la base de la qualité de personne à charge. Le bon de cotisation initialement obtenu en 2017 (code de cotisation I1[9] ou I2 dans A301) est reflété dans un bon de cotisation avec code AMI 07[10] ou 12[11].

Par la suite (2020), il s'avère que, dans le cadre du statut social des travailleurs indépendants, l'étudiant-indépendant doit se régulariser en tant qu'étudiant-indépendant à titre principal (catégorie 3) pour l'année 2017 en raison de ses revenus élevés pour cette année.

En conséquence, l'O.A. reçoit en 2020 un bon d'annulation pour le code 07 ou 12 relatif à l'année 2017 + une modification dans le flux A301 vers le code de cotisation I3 relatif à l'année de référence 2017. Pour l'année 2017, après paiement des cotisations sociales dues dans le cadre du statut social des travailleurs indépendants, un nouveau bon de cotisation est émis. Ce bon de cotisation porte le code 01.

Ci-dessous un calendrier qui précise la chronologie des informations reçues :

1. 15 mars 2017 : l'intéressé s'inscrit auprès d'une caisse d'assurances sociales et demande à y être affilié en tant qu'étudiant-indépendant à partir du 1er avril 2017
2. 27 mars 2017 : la mutualité reçoit via le flux A301 un code I1 ou I2, avec entrée en vigueur le 1er avril 2017
3. 15 février 2018 : la mutualité reçoit un bon de cotisation code 07 ou 12 pour l'année 2017 (à partir du T2)
4. 1er mars 2019 : la mutualité reçoit un bon de cotisation code 07 ou 12 pour l'année 2018
5. 4 février 2020 : la mutualité reçoit un bon de cotisation code 07 ou 12 pour l'année 2019
6. 3 mars 2020 : la caisse d'assurances sociales reçoit des informations de l'administration fiscale indiquant que les revenus de l'année 2017 étaient suffisamment élevés pour être classés dans la catégorie I3. La caisse d'assurances sociales le signifie à l'intéressé et fait une régularisation. Le bon de cotisation pour l'année 2017 est annulé. L'annulation a donc lieu au moment où la cotisation plus élevée est due (moment de la régularisation)
7. 5 mars 2020 : la mutualité reçoit un changement du flux A301, dans lequel l'intéressé est affiché dans une catégorie I3 avec date d'effet au 1er avril 2017 et date d'expiration au 31 décembre 2017

9. En début d'activité, il n'y a pas de distinction claire entre les 3 catégories d'étudiants-indépendants dans les flux.
10. S'il s'agit d'un étudiant-indépendant de catégorie 2.
11. S'il s'agit d'un étudiant-indépendant de catégorie 1.

8. 26 mai 2020 : l'intéressé a payé ses cotisations de sécurité sociale pour l'année 2017 le 2 mai 2020, et la mutualité reçoit par conséquent un nouveau bon de cotisation avec code 01 pour l'année 2017.

CONSÉQUENCES ?

- **Quid lors d'une première inscription auprès de la mutualité = ouverture du droit ?**

1) Il s'agit d'une première inscription auprès de l'O.A. et d'un début d'activité en tant que travailleur indépendant (premier assujettissement dans le cadre du statut social des travailleurs indépendants), dès lors, la mesure starters s'applique. L'étudiant-indépendant ne pourra ouvrir son droit aux soins de santé en tant que titulaire indépendant que s'il est en ordre de sa première cotisation trimestrielle.

➔ L'étudiant-indépendant *paie ses cotisations de régularisation*. L'O.A. reçoit un code AMI 01 relatif à l'année de référence 2017 (étape 8 ci-dessus) :

Sur la base du bon de cotisation corrigé code AMI 01, l'O.A. doit clôturer la qualité de personne à charge à partir du 1er avril 2017 (il existe en effet un droit personnel sans paiement de cotisations), et enregistrer la qualité de titulaire indépendant après que l'intéressé a signé le formulaire d'affiliation. Le droit au remboursement des prestations de santé en tant que titulaire sera ouvert du 1er avril 2017 au 31 décembre 2018.

➔ L'étudiant-indépendant *ne paie pas ses cotisations de régularisation*. L'O.A. ne reçoit pas de nouveau code AMI (étape 7 ci-dessus) :

Cela signifie qu'il n'existe pas de bon de cotisation code 01 pour l'année de référence 2017. Par conséquent, il n'est pas satisfait à la condition d'inscription pour starter : la première cotisation dans le cadre du statut social pour travailleurs indépendants n'est pas payée. *De facto*, il n'y a donc pas d'inscription en tant que titulaire. L'intéressé peut rester personne à charge en 2017, à moins que la condition de revenus pour être personne à charge ne soit pas remplie (ne s'applique pas aux enfants à charge).

2) Il s'agit d'une première inscription auprès de l'O.A. mais on ne se trouve pas dans une période de début d'activité en tant que travailleur indépendant (par ex., parce que la personne est soumise au statut social des travailleurs indépendants en tant qu'étudiant-indépendant en catégorie 1 ou 2 depuis plus de 3 ans et, pour son droit aux soins de santé, est affiliée en tant que personne à charge). La mesure starters n'est donc pas applicable.

Supposons qu'un étudiant-indépendant (catégorie 1 ou catégorie 2) soit affilié depuis des années en tant que personne à charge pour son droit aux soins de santé et doive payer des cotisations complètes en tant qu'étudiant-indépendant (catégorie 3) pour une année d'activité déterminée (2023). En 2025, l'O.A. reçoit un bon d'annulation code 07 ou 12 relatif à l'année de référence 2023. L'année 2023 doit être revue. L'intéressé doit s'inscrire auprès de sa mutualité en tant que titulaire indépendant. Compte tenu de l'assujettissement à part entière, une qualité de personne à charge n'est pas possible pour l'année 2023. Il s'agit d'une première inscription en tant que titulaire indépendant.

➔ L'étudiant-indépendant *paie ses cotisations de régularisation*. L'O.A. reçoit un code AMI 01 relatif à l'année de référence 2023 :

Sur la base du bon de cotisation corrigé code AMI 01, l'O.A. doit régulariser l'année de droit 2023 en tant que titulaire indépendant (ainsi que l'année 2024 car ouverture en tant que titulaire indépendant jusqu'au 31.12.2024). Une affiliation en tant que personne à charge n'est en effet pas possible pour 2023. L'intéressé doit s'inscrire comme titulaire indépendant ; son droit est ouvert jusqu'au 31 décembre 2024.

➔ L'étudiant-indépendant *ne paie pas ses cotisations de régularisation*. L'O.A. ne reçoit pas de nouveau code AMI :

Cela signifie qu'il n'existe pas de bon de cotisation pour l'année de référence 2023 (en raison de l'annulation du bon de cotisation code 07 ou 12) et qu'une inscription comme indépendant n'est pas possible. L'intéressé ne peut rester affilié en tant que personne à charge en 2023 (compte tenu de l'art. 124, § 1, 2° et 4° de l'A.R. du 03.07.1996 : l'O.A. a en effet connaissance d'une activité en tant que travailleur indépendant pendant l'année de référence et l'intéressé aurait un droit gratuit en tant que titulaire indépendant s'il avait été en ordre de cotisation).

L'intéressé doit s'inscrire en tant que titulaire et régulariser sa situation en une autre qualité pour 2023 (par ex., étudiant ou résident).

- **Quid en cas d'inscription valable = prolongation du droit ?**

1) Une personne exerce une activité salariée en 2015 et 2016.
   Elle commence une activité indépendante le 1er janvier 2017 et demande le statut d'étudiant-indépendant. Elle se trouve dans une période de début d'activité en tant qu'étudiant-indépendant. Il n'y a donc pas de distinction claire dans les flux en ce qui concerne la catégorie d'étudiant-indépendant. Elle obtient une catégorie I1 dans le flux A301.

   En 2017, l'O.A. reçoit un code de cotisation I1 via le flux A301, et en 2018 un bon de cotisation code 07 ou 12 pour l'année de référence 2017. On se trouve dans une période d'inscription valable. La mesure starters n'est pas applicable. Le droit pour l'année 2018 est accordé sur la base de l'activité salariée en 2016.
   Pour l'année de droit 2019, une autre solution doit être trouvée, par exemple par le biais de droits dérivés en qualité de personne à charge.
   Nous supposons que l'intéressé est affilié pour l'année 2019 en tant que personne à charge et qu'elle utilise des droits dérivés.

   Un bon d'annulation du code 07 ou 12 pour l'année de référence 2017 est envoyé en 2020, ainsi qu'une modification dans le flux vers le code de cotisation I3 (étudiant-indépendant de catégorie 3). Un assujettissement comme I3 (catégorie 3) est un assujettissement à part entière, et il n'est donc pas possible d'utiliser en 2017 la qualité de personne à charge.

➔ *L'étudiant-indépendant paie ses cotisations de régularisation* en tant que catégorie I3 (cotisation équivalente à celle des indépendants à titre principal) et un bon de cotisation avec code AMI 01 est envoyé à l'O.A. pour l'année de référence 2017 :

La qualité de personne à charge ne peut pas être utilisée pour l'année 2017, car il existe un assujettissement à part entière en tant que titulaire indépendant, dont découle un droit personnel au remboursement des prestations de santé.[12]
Le droit pour l'année 2019 est accordé sur la base de l'année de référence 2017, pour laquelle la valeur minimale est prouvée au moyen du bon de cotisation code 01. Son droit est prolongé en qualité de titulaire indépendant.

12. Art. 124, § 1, 2° et 4°, A.R. du 03.07.1996.

➔ L'étudiant-indépendant *ne paie pas ses cotisations de régularisation en tant que catégorie 3 (travailleur indépendant à titre principal)*. La mutualité est informée de ce changement d'assujettissement par le flux A301, et le bon de cotisation code 7 ou 12 pour l'année 2017 est annulé. L'O.A. ne reçoit pas de nouveau code AMI pour l'année de référence 2017, car l'intéressé n'a pas payé ses cotisations sociales :

La qualité de titulaire n'est pas établie et il ne peut pas bénéficier du droit aux soins de santé en tant que personne à charge en 2019 car l'O.A. sait que le travailleur indépendant n'a pas cessé son activité et qu'il aurait droit à des soins de santé sans paiement d'un complément de cotisation s'il était en ordre dans le statut social.[13]

L'intéressé doit régulariser sa situation en une autre qualité (par ex., étudiant ou résident – pas titulaire indépendant[14]) pour l'année de référence 2017.

2) Une personne est personne à charge pendant un certain nombre d'années après son activité en tant que travailleur salarié. Son inscription est toujours valable. Elle commence une activité en tant que travailleur indépendant le 1er janvier 2017. Elle demande le statut d'étudiant-indépendant. On se trouve dans une période de début d'activité en tant que travailleur indépendant mais la mesure pour les starters ne s'applique pas à elle car elle ne se trouve pas dans la situation d'une première inscription auprès de son O.A.

   En 2017, l'O.A. reçoit un code de cotisation I1 via le flux A301 et en 2018 un bon de cotisation avec code AMI 07 ou 12 (en effet, en début d'activité, aucune distinction claire n'est faite entre les 3 catégories) pour l'année 2017. Si l'intéressé continue à remplir toutes les conditions, il peut conserver sa qualité de personne à charge pour l'année de droit 2019.

   En 2020, la mutualité reçoit un avis rectificatif via le flux A301. Il en ressort que l'intéressé est considéré comme appartenant à la catégorie I3 pour l'année 2017. Le bon de cotisation 7 ou 12 pour l'année 2017 est annulé.

   Cela signifie que l'O.A. doit réexaminer l'année 2017. Cette année-là, il y a en effet un assujettissement à part entière, et il n'est donc pas possible d'avoir une qualité de personne à charge. Le droit au remboursement est accordé en 2017 sur la base des périodes assimilées dans l'année de référence (personne à charge) et du fait que la condition de qualité est également remplie.

➔ L'étudiant-indépendant *verse ses cotisations de régularisation en tant que catégorie 3* (travailleur indépendant à titre principal) pour l'année 2017 en 2020, puis un bon de cotisation avec code AMI 01 relatif à l'année de référence 2017 est envoyé à l'O.A. :

Droit 2017 : est accordé sur la base de jours assimilés en 2015 (personne à charge) et du fait que la condition de qualité de titulaire est remplie.
Droit 2018 : est accordé sur la base de jours assimilés en 2016 (personne à charge) et du fait que la condition de qualité de titulaire est remplie.
Droit 2019 : est accordé sur la base des jours assimilés en 2017 (cotisation à part entière de travailleur indépendant à titre principal) et du fait que la condition de qualité en tant que titulaire est remplie. Pas de droit en tant que personne à charge en raison du nouveau code AMI 01[15].
Droit 2020 : dépend de l'évolution de l'assujettissement en tant que travailleur indépendant en 2018. Le cas échéant, la qualité de personne à charge peut être rétablie si pas de code AMI 01 pour l'année de référence 2018.

13. Art. 124, § 1, 4°, A.R. du 03.07.1996.
14. La qualité de travailleur indépendant n'est en effet pas établie car aucun bon de cotisation n'a été reçu (cf. art. 276, A.R. du 03.07.1996).
15. Art. 124, § 1, 2° et 4°, A.R. du 03.07.1996.

➔ L'étudiant-indépendant *ne paie pas ses cotisations de régularisation en tant que catégorie 3 (travailleur indépendant à titre principal).* L'O.A. ne reçoit pas de nouveau code AMI pour l'année de référence 2017 :

La qualité de titulaire indépendant n'est pas établie pour l'année de référence 2017, et la qualité de personne à charge n'est pas possible pour bénéficier de droits en 2019[16].

Droit 2019 : impossible en qualité de personne à charge ni en tant que titulaire indépendant.[17]
L'année de référence 2017 doit être régularisée en une autre qualité.
Droit 2020 : en fonction de l'évolution de l'assujettissement dans le statut social.
Droit 2021 : en fonction de l'évolution de l'assujettissement dans le statut social.

L'intéressé doit régulariser sa situation en une autre qualité (par ex., étudiant ou résident – pas titulaire indépendant).

3) Une personne est affiliée en 2013, 2014, 2015 et 2016 en tant que travailleur indépendant à titre principal. Le 1er janvier 2017, elle demande le statut d'étudiant-indépendant en catégorie I2.

   Peu après, l'O.A. reçoit via le flux A301 un signal avec un code de cotisation I2, et en 2018 un bon de cotisation avec un code AMI 07 pour l'année de référence 2017. On ne se trouve pas ici au début d'une période d'activité en tant que travailleur indépendant et le code AMI est donc envoyé en fonction de la catégorie à laquelle la personne appartient. En l'occurrence, catégorie I2.

   On ne se trouve pas non plus dans une situation où la mesure starters est d'application, mais dans une simple validité d'inscription-prolongation de droits.

   Son droit aux soins de santé est prolongé en 2019 en tant que travailleur indépendant avec paiement du complément de cotisation sur la base du code de cotisation I2 reçu initialement et du bon de cotisation code 07. S'il le souhaite, l'intéressé peut également utiliser la qualité de personne à charge et profiter de droits dérivés.

   En 2020, un bon d'annulation pour le code AMI 07 de l'année 2017 est reçu + changement dans le flux vers le code de cotisation I3 (étudiant-indépendant de catégorie 3) pour l'année de référence 2017.

➔ L'étudiant-indépendant *paie ses cotisations de régularisation* en tant que catégorie 3 (travailleur indépendant à titre principal) et un code AMI 01 relatif à l'année de référence 2017 est envoyé à l'O.A. :

En 2017, il ne peut pas exercer son droit aux soins de santé en tant que personne à charge en raison du nouveau code AMI 01[18]. Son droit est accordé puis prolongé en qualité de titulaire indépendant.

Le complément de cotisation devenu injustifié doit lui être remboursé dans les délais de prescription prévus réglementairement à l'article 174, 9° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

16. Art. 124, §1, 2° et 4°, A.R. du 03.07.1996 : Aucune prolongation possible en tant que personne à charge en 2019 car l'O.A. sait que le travailleur indépendant n'a pas cessé son activité et qu'il aurait droit à des soins de santé sans paiement d'un complément de cotisation s'il avait été en ordre dans le statut social.
17. La qualité n'est pas établie parce qu'il n'y a pas de bon de cotisation.
18. Art. 124, § 1, 2° et 4°, A.R. du 03.07.1996.

➔ L'étudiant-indépendant *ne paie pas ses cotisations de régularisation en tant que catégorie 3 (travailleur indépendant à titre principal).* L'O.A. ne reçoit pas de nouveau code AMI pour l'année de référence 2017 :

La qualité de travailleur indépendant n'est pas établie pour l'année de référence 2017. Son droit aux soins de santé doit donc être régularisé en une autre qualité (par ex., étudiant ou résident). Il n'est pas non plus possible de bénéficier de ce droit en tant que personne à charge en 2019[19].

Le complément de cotisation devenu injustifié doit lui être remboursé dans les délais de prescription prévus réglementairement à l'article 174, 9° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

SITUATION 2 : L'ÉTUDIANT-INDÉPENDANT CATÉGORIE 3 (TRAVAILLEUR INDÉPENDANT À TITRE PRINCIPAL) DEVIENT ÉTUDIANT-INDÉPENDANT CATÉGORIE 1 OU 2 (PERSONNE À CHARGE)

En 2017, l'étudiant-indépendant est redevable d'une cotisation provisoire comme un travailleur indépendant à titre principal (catégorie 3). Le droit aux soins de santé est donc accordé en 2019 sur la base du code de cotisation I3 reçu initialement et du bon de cotisation code 01 pour l'année 2017. Il apparaît par la suite (2020) que l'intéressé ne doit effectivement pas payer de cotisation ou une cotisation réduite (catégorie 1 ou 2) dans le cadre du statut social. L'O.A. reçoit donc un bon correctif en 2020 relatif à l'année de référence 2017.

CONSÉQUENCES ?

- **Quid lors d'une première affiliation auprès de la mutualité = ouverture du droit ?**

1) La situation dans laquelle une personne commence une activité en tant qu'étudiant-indépendant à titre principal et doit payer une cotisation provisoire en catégorie 3 n'est pas possible.

   En effet, en début d'activité, l'étudiant-indépendant doit toujours payer une cotisation forfaitaire de 75 EUR et aucune distinction n'est faite en fonction de la catégorie à laquelle il appartient. Il n'est pas tenu compte de cotisations plus élevées payées volontairement.

   Si l'intéressé est redevable de cotisations provisoires en catégorie 3, cela signifie qu'il existe certainement déjà un N-3 et la mesure starters ne peut donc pas s'appliquer.

2) La situation dans laquelle un étudiant-indépendant paiera des cotisations provisoires en catégorie 3 est toutefois possible sur la base de l'année N-3. Il s'agit donc d'un travailleur indépendant qui exerce une activité professionnelle depuis plusieurs années déjà. Pour le droit aux soins de santé, la personne en question n'a jamais été inscrite comme titulaire auprès de sa mutualité.

   Il s'agit donc d'une première inscription auprès de l'O.A., mais on ne se trouve pas dans une période de début d'activité en tant que travailleur indépendant. La mesure starters n'est donc pas applicable. S'il s'inscrit, cette inscription prendra effet le plus tôt possible : le trimestre au cours duquel a débuté l'assujettissement à part entière en tant que travailleur indépendant.

   Supposons qu'un étudiant-indépendant (catégorie 1 ou catégorie 2) soit affilié pour 2017, 2018 et 2019 comme personne à charge pour son droit aux soins de santé.
   En 2020, il paie des cotisations provisoires en tant qu'étudiant-indépendant (catégorie 3) parce que ses revenus professionnels en 2017 étaient importants.

19. Art. 124, § 1, 4°, A.R. du 03.07.1996.

Par conséquent, l'O.A. reçoit un code de cotisation I3 et un bon de cotisation code 01. L'intéressé doit obligatoirement s'inscrire en tant que titulaire indépendant en 2020. Il s'agit d'une première inscription. Son droit est ouvert selon les règles habituelles ; le règlement relatif aux starters ne s'applique pas ici. Ouverture du droit en tant que titulaire indépendant jusqu'au 31 décembre 2021.

En 2023, un bon d'annulation code 01 est envoyé à l'O.A., un changement dans le flux vers le code de cotisation I1 a lieu et un bon corrigé avec code AMI 07/12 est délivré, qui se rapporte à l'année de référence 2020.

L'année de droit 2020 doit être revue. Une inscription en tant que titulaire indépendant n'est seulement possible que moyennant le paiement d'un complément de cotisation lors de la prolongation du droit[20].

L'intéressé peut toujours choisir de faire valoir sa qualité de personne à charge ; dans ce cas, l'inscription est réputée n'avoir jamais existé. L'intéressé redevient une personne à charge (ou autre qualité) avec effet rétroactif en 2020[21].

- **Quid en cas d'inscription valable = prolongation du droit ?**

En 2017, un étudiant-indépendant est redevable d'une cotisation provisoire comme un travailleur indépendant à titre principal (catégorie 3). Le droit aux soins de santé est donc accordé en 2019 sur la base du code de cotisation I3 reçu initialement et du bon de cotisation code 01.

En 2020, il apparaît que l'intéressé ne doit effectivement pas payer de cotisation ou une cotisation réduite (catégorie 1 ou 2) dans le cadre du statut social. L'O.A. reçoit donc un bon d'annulation du code AMI 01, ainsi qu'une modification du code de cotisation en I1/I2 et un bon de cotisation corrigé avec code AMI 07/12 qui se rapporte à l'année de référence 2017.

Le droit pour 2019 doit donc être reconsidéré : une affiliation en tant que personne à charge est en effet possible. Il est également possible de faire valoir la qualité de titulaire indépendant, moyennant paiement du complément de cotisation.

Circulaire O.A. n° 2019/303 - 220/25 du 14 novembre 2019.

20. Le minimum de cotisation pour un indépendant à titre principal n'est pas atteint.
21. Il est également possible de faire valoir une autre qualité de titulaire (par ex., résident, étudiant ou autre).

II. Obligation d'arrondi au 1er décembre 2019 : Conséquences pour le secteur des soins de santé

En vigueur à partir du 1er décembre 2019

1. Contexte légal

a) Texte et entrée en vigueur

La loi du 2 mai 2019 portant dispositions diverses en matière d'économie modifie le Code de droit économique et rend obligatoire, à partir du 1er décembre 2019, l'arrondi pour les paiements en espèces effectués en présence physique simultanée du consommateur et de l'entreprise.

En annexe 1[1], les dispositions du Code de droit économique (art. VI.7/1 à VI.7/3).

b) Application aux dispensateurs de soins

Ces dispositions du Code de droit économique s'appliquent aux entreprises et aucune exception n'est prévue. Les dispensateurs de soins conventionnés ou non seront dès lors tenus d'appliquer l'arrondi pour les paiements en espèces qu'ils reçoivent de leurs patients. Ils auront également la possibilité d'appliquer l'arrondi pour les autres paiements qui se font en présence physique simultanée du patient et du dispensateur des soins.

c) Absence d'application au remboursement effectué par les organismes assureurs

Les paiements effectués par les organismes assureurs dans le cadre du remboursement des soins ne sont pas visés par ces dispositions du Code de droit économique, que le paiement soit fait au patient ou au dispensateur de soins.

d) Obligation, possibilité ou interdiction

Pour rappel, depuis 2015, il était *possible* d'appliquer l'arrondi à tous les paiements effectués en présence physique simultanée du consommateur et de l'entreprise, indépendamment du moyen de paiement utilisé.

À partir du 1er décembre 2019, une obligation d'arrondir est introduite pour les paiements en espèces.

La condition selon laquelle l'arrondi ne peut s'appliquer qu'aux paiements qui se font en présence physique simultanée du consommateur et de l'entreprise est maintenue. En d'autres termes, l'arrondi est toujours interdit pour les paiements qui ne s'effectuent pas en présence physique simultanée du consommateur et de l'entreprise (par ex. un paiement différé par virement).

1. Non publiée ici.

Il importe de relever qu'il s'agit bien d'une présence physique de l'entreprise et que sont donc aussi visés les paiements en présence physique des personnes chargées par le dispensateur de soins de recevoir ces paiements.

Pour ce qui concerne les autres moyens de paiement en présence physique, il est possible pour l'entreprise d'appliquer l'arrondi dans le respect de l'obligation d'information.

> À titre d'exemples :

- les paiements effectués par le patient au guichet de l'hôpital ou à l'accueil d'une polyclinique doivent être arrondis s'ils sont effectués en espèces
- les paiements différés par virement effectués sur base d'une facture envoyée au patient ne peuvent pas être arrondis
- les paiements par carte bancaire peuvent être arrondis pour autant que l'entreprise applique l'arrondi à tous les moyens de paiement en présence physique et respecte l'obligation d'information.

Un tableau de synthèse sur l'application de l'arrondi (obligatoire, possible ou interdit) selon le moyen de paiement est repris en annexe 2[2].

e) Obligation d'information

À partir du 1er décembre 2019, l'obligation d'informer le consommateur sur l'arrondi - auparavant obligatoire lorsque l'arrondi était pratiqué - ne s'appliquera que si l'entreprise applique l'arrondi pour les paiements en présence physique qui ne sont pas effectués en espèces (notamment les paiements par carte bancaire).

Ainsi, l'entreprise devra informer le consommateur d'une manière bien visible en apposant, dans l'environnement immédiat de l'endroit où le consommateur paie, la mention *"le montant total à payer est toujours arrondi"*.

2. Règles d'application de l'arrondi

Toute entreprise arrondit le montant total que le consommateur paie en espèces au multiple de 5 cents le plus proche. L'application de l'arrondi ne peut donc en aucun cas dépasser 2 cents.

L'arrondi est à appliquer de la manière suivante :

- si le montant total à payer se termine par 1, 2, 6 ou 7 cents, il est arrondi au multiple de 5 cents inférieur le plus proche
- si le montant total à payer se termine par 3, 4, 8 ou 9 cents, il est arrondi au multiple de 5 cents supérieur le plus proche.

2. Non publiée ici.

Montant total se terminant par :	Arrondi :	Exemples :
0,x1	0,x0	12,91 → 12,90
0,x2	0,x0	12,92 → 12,90
0,x3	0,x5	12,93 → 12,95
0,x4	0,x5	12,94 → 12,95
0,x5	Pas d'arrondi	12,95 → 12,95
0,x6	0,x5	12,96 → 12,95
0,x7	0,x5	12,97 → 12,95
0,x8	0,x0	12,98 → 13,00
0,x9	0,x0	12,99 → 13,00

Sur chaque document qui indique le montant total à payer, l'entreprise mentionne explicitement l'arrondi appliqué.

3. Compatibilité de l'obligation d'arrondi avec les obligations dans le secteur des soins de santé

L'obligation d'arrondi prévue par la réglementation s'applique uniquement sur le montant total que paie le consommateur et ne porte pas sur le prix du produit ou du service lui-même. Il en découle que l'obligation d'arrondi n'affecte en rien les tarifs officiels ou les prix maxima imposés, lesquels doivent être respectés *préalablement à toute forme d'arrondi.*

L'obligation d'arrondi s'avère dès lors compatible avec les obligations suivantes :

- respect des tarifs maxima de la nomenclature des prestations de santé.
  La situation visée est celle où le dispensateur de soins conventionné ou non-conventionné s'engage à ou est tenu de respecter les tarifs officiels maxima fixés dans la nomenclature des prestations de santé (interdiction de suppléments d'honoraires)
  ➔ Il n'y a pas de problème en cas d'arrondi vers le haut.

- perception obligatoire du montant officiel de l'intervention personnelle.
  Rendue obligatoire pour certaines prestations (prestations pharmaceutiques qui sont délivrées dans une officine ouverte au public, dans une pharmacie hospitalière aux bénéficiaires ambulatoires ou par des médecins autorisés à tenir un dépôt de médicaments, prestations de biologie clinique), la perception de l'intervention personnelle doit être intégrale
  ➔ Il n'y a pas de problème en cas d'arrondi vers le bas.
  ➔ Il n'y a pas de problème en cas d'arrondi vers le haut.

- application du maximum à facturer (MAF).
  Pour l'application du MAF, en principe on entend par "intervention personnelle" la quote-part personnelle du bénéficiaire dans le coût d'une prestation de santé, visée à l'article 34, telle qu'elle ressort de la réglementation et tenant compte des conventions, accords et documents en tenant lieu ou des honoraires fixés par le Roi en exécution de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier (art. 37*sexies* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14.07.1994)
  ➔ Il n' y a pas de problème en cas d'arrondi vers le haut ou vers le bas.

- respect des prix maxima imposés.
  Dans certains secteurs, des prix maxima sont imposés au dispensateur de soins (spécialités pharmaceutiques, dispositifs médicaux).
  ➔ Il n'y a pas de problème en cas d'arrondi vers le haut.

En conclusion, le principe est que l'obligation d'arrondi s'avère compatible avec les obligations dans le secteur des soins de santé et s'applique sans exception à l'ensemble des catégories de dispensateurs de soins.

4. Modalités concrètes de mise en œuvre dans les documents

Le dispensateur de soins qui fait application de l'arrondi procédera comme suit :

a) Situation où seule une attestation de soins donnés (ASD) est remise

- partie "Reçu" de l'ASD
  - tant la réglementation relative à l'assurance obligatoire que la réglementation fiscale imposent de compléter la partie "Reçu" de l'ASD
  - la partie "Reçu" constitue le seul document où le montant total perçu doit être mentionné
  - conformément à la réglementation du SPF Économie et en accord avec le SPF Finances, tant le montant perçu après arrondi que le montant avant arrondi y seront mentionnés
  - **mentions à reprendre sur l'attestation de soins donnés, partie "Reçu" :**
    - **montant après arrondi effectivement perçu par le dispensateur de soins**
    - **montant avant arrondi entre parenthèses.**

- case MAF
  - afin que les organismes assureurs puissent comptabiliser l'intervention personnelle dans le compteur MAF, les dispensateurs de soins doivent, conformément à l'article 3 de l'arrêté royal du 15 juillet 2002, lors de la délivrance des attestations de soins donnés et attestations de fournitures, mentionner dans la case MAF "A.R. 15.07.2002" :
    - soit le montant des honoraires payés par le bénéficiaire
    - soit le mot "oui", si le bénéficiaire a payé le montant total de l'intervention personnelle réglementaire, soit le mot "non", si le bénéficiaire n'a pas payé d'intervention personnelle
  - lorsque le montant est mentionné dans la case MAF, il s'agira toujours du montant *avant arrondi.*

b) Situation où il y a remise obligatoire d'un document justificatif (avec ou sans remise d'une ASD)

- dans cette hypothèse, le document justificatif doit mentionner le montant total payé/à payer
- outre le document justificatif, il est possible qu'une ou plusieurs parties "Reçu" de l'ASD doivent être remise(s)
- conformément à la réglementation du SPF Économie et en accord avec le SPF Finances, tant le montant perçu avant arrondi que le montant après arrondi seront mentionnés sur le document justificatif et pas sur les parties "Reçu" des ASD
- **mentions à reprendre sur le document justificatif :**
  - **montant à payer = montant avant arrondi**
  - **montant payé = montant après arrondi effectivement perçu par le dispensateur de soins.**

c) Cas particulier

Il convient encore de régler la situation où pour un même paiement le dispensateur de soins est tenu de remettre au patient plusieurs parties "Reçu" de l'ASD sans que la remise d'un document justificatif soit obligatoire (ex. : acte technique en tiers payant + consultation hors tiers payant relativement à des prestations remboursables).

En effet, arrondir les montants sur chaque document et les additionner pourrait conduire à une somme différente de l'arrondi du montant total à payer. Or, seul le montant total doit être arrondi.

Dans ces hypothèses, aucun des documents n'indique le montant total à payer de sorte que l'obligation de mentionner le montant arrondi sur un document remis au patient, prévue par l'article VI. 7/2, § 2, du Code de droit économique, ne doit pas être appliquée.

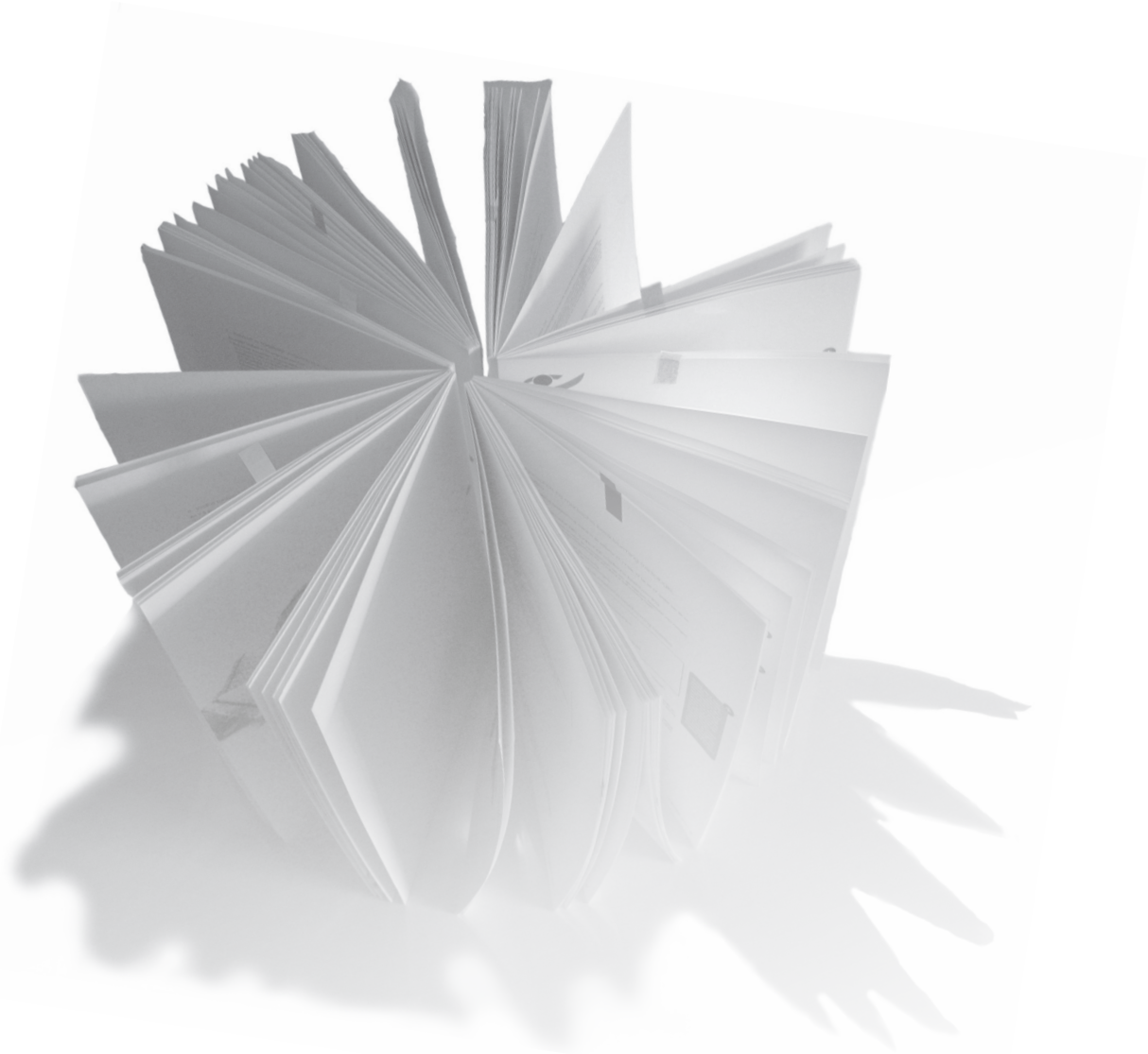
Toutefois, les montants réellement perçus devront pouvoir être fiscalement établis.

En l'état actuel de la réglementation, la remise d'un document justificatif sur base volontaire ne dispense pas d'établir des reçus fiscaux.

Dans l'attente d'une solution pérenne, il est recommandé au dispensateur de soins d'être attentif à l'application de l'arrondi pour la rédaction des documents comptables (par ex. : Livre Journal) et d'y mentionner l'application de l'arrondi.

Circulaire O.A. n° 2019/307 - 397/3 du 22 novembre 2019.

5e Partie
Données de base



Cotisation à payer par certains titulaires

À partir du 1er janvier 2020, les taux des cotisations personnelles à payer par certains titulaires sont adaptés aux taux que l'indice des prix à la consommation a atteint au 31 octobre 2019, soit 108,83 (base 2013 = 100).

Dans les tableaux ci-joints, vous pouvez prendre connaissance de ces montants ; comme vous pouvez le constater, nous avons mentionné dans chaque tableau la référence aux textes réglementaires.

...

1. Cotisation d'assurance continuée

Articles 247 et 250 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

a) Cotisation par jour ouvrable :

- 21 ans et plus 1,82 EUR
- 18 à 21 ans 1,38 EUR
- 14 à 18 ans 0,91 EUR

b) Cotisation par mois civil complet (cotisation journalière x 25) :

- 21 ans et plus 45,50 EUR
- 18 à 21 ans 34,50 EUR
- 14 à 18 ans 22,75 EUR

Date d'application : 1er janvier 2020
Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100

2. Cotisation des étudiants

Article 133 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Par trimestre : 63,43 EUR

Date d'application : 1er janvier 2020
Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100

3. Cotisation pour les personnes inscrites dans le registre national des personnes physiques

Article 134 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 modifié par l'arrêté royal du 3 septembre 2000 (M.B. du 29.09.2000), portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (titulaires visés à l'art. 32, al. 1er, 15° de la loi coordonnée).

Par trimestre :

Normal : 748,19 EUR

Si revenu < au plafond des revenus annuels prévu à l'article 134, 3° alinéa de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 :	374,09	EUR
Si revenu < au montant prévu pour bénéficier de l'intervention majorée :	63,43	EUR
Si revenu < au montant annuel du minimum de moyen d'existence :	0,00	EUR
Si droit à un avantage visé dans l'article 37, § 19, alinéa 1, 1°, 2° ou 3° de la loi coordonnée :	0,00	EUR

Date d'application : 1er janvier 2020
Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100

4. Cotisation des membres des communautés religieuses

Article 136*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Par trimestre :

a) Titulaire de moins de 65 ans	95,81	EUR
b) Titulaire de plus de 65 ans	27,40	EUR

Date d'application : 1er janvier 2020
Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100

5. Cotisation de l'ancien personnel du secteur public en Afrique

Article 135 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Par trimestre : 43,15 EUR

Date d'application : 1er janvier 2020
Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100

Circulaire O.A. n° 2019/298 – 270/78, 273/79, 274/80, 276/129, 2790/80, 2791/78, 2792/77 et 83/495 du 8 novembre 2019.

Comité de rédaction

Mme Caroline Lekane
Mme Caroline Marthus
Mme Céline Faufeder
Mme Jolanda Gashi
M. Nuray Özdemir
Mme Charlotte Lefebre
M. Frank Nassen

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726