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

4e trimestre 2020

1. Loi

Moniteur belge	Date	Titre
13.11.2020	04.11.2020	Loi portant diverses mesures sociales suite à la pandémie de COVID-19

Résumé des modifications

Cette loi poursuit la suspension de l'application du prescrit que la période d'incapacité de travail (reconnue par le médecin conseil) ne peut commencer, au plus tôt, qu'à la date de signature du certificat d'incapacité de travail par le médecin traitant dans le cadre d'une première déclaration de l'incapacité de travail.

Moniteur belge	Date	Titre
30.12.2020 – Édition 1	20.12.2020	Loi-programme

Résumé des modifications

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

- adaptation de l'objectif budgétaire
- une modification est apportée à l'article 35*ter* en vue de l'exécution des mesures d'économies décidées par le gouvernement quant à l'élargissement du système du remboursement de référence
- l'article 73 prévoit une nouvelle base de remboursement pour la prescription bon marché
- règle la perception des cotisations sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques remboursables pour l'année 2021
- la contribution sur le marketing la contribution compensatoire sont maintenues pour l'année 2021
- l'article 69 de la loi relative à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé, coordonnée le 27 avril 2005, prévoit la base légale des baisses de prix et base de remboursement des "vieux" médicaments. À partir du 1er avril 2021, puis à chaque application trimestrielle de la mesure vieux médicaments, le pourcentage de baisse est augmenté pour tous les principes actifs dont le chiffre d'affaire est supérieur à 1,5 million d'EUR. Cette augmentation est d'autant plus forte que le chiffre d'affaire déclaré par les firmes pharmaceutiques pour un principe actif est important
- l'article 93*ter* est abrogé le 1er janvier 2021 dans le cadre du découplage du montant de l'indemnité minimale "travailleur régulier" pour un titulaire avec personne à charge et un titulaire isolé au montant minimum garanti de la pension de retraite pour un travailleur salarié avec une carrière complète, évalué en jours ouvrables.

Moniteur belge	Date	Titre
30.12.2020 – Édition 1	20.12.2020	Loi portant des mesures de soutien temporaires en raison de la pandémie du COVID-19

Résumé des modifications

La loi modifie la loi du 24 juin 2020 octroyant un complément temporaire aux indemnités d'incapacité primaire. Il est prévu qu'à partir du 1er janvier 2021 la somme du montant de l'indemnité d'incapacité primaire et du montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire ne puisse pas excéder le montant de la rémunération perdue du travailleur.

Moniteur belge	Date	Titre
31.12.2020 – Édition 1	22.12.2020	Loi instituant des mesures diverses en faveur des travailleurs indépendants dans le cadre de la crise du COVID-19

Résumé des modifications

L'article 20 de la loi abroge à partir du 1er février 2021 la règle d'anticumul visée à l'article 28, § 2, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants ("Les prestations sont refusées pour la période couverte par la prestation financière mensuelle octroyée en vertu du chapitre 3 de la loi du 23.03.2020 modifiant la loi du 22.12.2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants et introduisant les mesures temporaires dans le cadre du COVID-19 en faveur des travailleurs indépendants.").

Moniteur belge	Date	Titre
31.12.2020 – Édition 1	24.12.2020	Loi relative au travail associatif

Résumé des modifications

La loi apporte les modifications suivantes :

- il est inséré un nouvel alinéa 3 à l'article 100, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, rédigé comme suit : "Le travail associatif au sens de la loi du 24 décembre 2020 relative au travail associatif, n'est pas considéré comme une activité à condition que le médecin-conseil constate que ces activités sont compatibles avec l'état général de santé de l'intéressé et que ces activités constituent une poursuite pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif, qui avait déjà été conclu et était déjà effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail.".

- il est inséré un nouvel alinéa 3 à l'article 19 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants rédigé comme suit : "Le travail associatif au sens de la loi du 24 décembre 2020 relative au travail associatif, n'est pas considéré comme une activité professionnelle à condition que le médecin-conseil constate que ces activités sont compatibles avec l'état général de santé de l'intéressé et que ces activités constituent une poursuite pure de l'exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif, qui avait déjà été conclu et était déjà effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail.".

  Cette loi entre en vigueur le 1er janvier 2021 et cesse d'être en vigueur le 31 décembre 2021.

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
01.10.2020	11.09.2020	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- le calcul des montants forfaitaires : les modifications apportées se situent à 3 niveaux :
  => une meilleure répartition des moyens financiers qui permet aussi d'entraîner des économies dans le secteur ;

  => augmenter la vitesse de fonctionnement du mécanisme de répartition ;

  => prévoir pour une période limitée un régime d'entrée pour une période limitée pour les maisons médicales qui débutent avec moins de 500 patients.
- mesures qui contribuent à la qualité des soins dispensés :

Toutes les catégories de dispensateurs de soins qui travaillent dans le cadre du forfait et qui sont soumis à un système d'accréditation doivent adhérer aux accords ou aux conventions.

- Mesures structurelles qui contribuent à plus de transparence :

Dans cette phase, quatre mesures sont proposées, qui constituent la base pour plus de transparence dans la gestion des maisons médicales :

=> imposer la personnalité morale;
=> organiser la durée des accords conclus en vue du paiement forfaitaire des prestations;
=> formaliser et réglementer l'obligation de transmettre les rapports d'activités et les rapports financiers ;
=> renforcer la prise de décision relative à la résiliation d'accords pour le paiement forfaitaire.

- Responsabilité budgétaire de la Commission :

La commission est responsabilisée de manière spécifique au niveau macro-budgétaire général, tant dans le domaine de la formation budgétaire que du suivi budgétaire.

Moniteur belge	Date	Titre
02.12.2020	12.11.2020	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'article 225, § 3 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 : dans le cadre de l'examen de la situation familiale concrète, il est prévu que les indemnités suivantes, reçues par la personne à charge cohabitant avec le titulaire reconnu en incapacité de travail, soient neutralisées :

  => les compensations financières allouées par les régions, les communautés, les provinces ou les communes pour les conséquences économiques ou sociales rencontrées suite à l'application de l'arrêté ministériel du 13 mars 2020 portant des mesures d'urgence pour limiter la propagation du coronavirus COVID-19 et par tout autre arrêté ministériel ultérieur portant des mesures d'urgence pour limiter la propagation du coronavirus COVID-19, ou allouées conformément à une autre réglementation régionale, communautaire, provinciale ou communale pour les conséquences économiques ou sociales rencontrées suite à la pandémie COVID-19. Dans ce cadre, il ne peut toutefois s'agir d'une intervention financière, le cas échéant réduite, à laquelle l'intéressé aurait pu prétendre sans l'application de la réglementation précitée fixée suite à la pandémie COVID-19. En outre, cette neutralisation ne s'applique que si la règle sur base de laquelle la compensation financière est accordée prévoit expressément que cette compensation est accordée en vue de faire face aux conséquences économiques ou sociales directes ou indirectes de la pandémie COVID-19 ;

  => l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire octroyée conformément à la loi du 24 juin 2020 octroyant un complément temporaire aux indemnités d'incapacité primaire ;

  => l'indemnité de crise supplémentaire octroyée conformément à l'arrêté royal du 15 septembre 2020 portant octroi, suite à la pandémie COVID-19, d'une indemnité de crise supplémentaire à certains travailleurs indépendants et conjoints aidants reconnus en incapacité de travail ;

  => la prime temporaire de 50 EUR octroyée conformément à l'arrêté royal n° 47 du 26 juin 2020 pris en exécution de l'article 5, § 1er, 3° et 5°, de la loi du 27 mars 2020 accordant des pouvoirs au Roi afin de prendre des mesures dans la lutte contre la propagation du coronavirus COVID-19 (II) en vue de l'octroi d'une prime temporaire aux bénéficiaires de certaines allocations d'assistance sociale.

- l'article 230, § 1*ter* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 : dans le cadre de la règle de cumul applicable en cas de l'exercice d'une activité autorisée (non assujettie à la loi "ONSS" du 27.06.1969) par le titulaire reconnu en incapacité de travail, il est prévu qu'il n'est pas tenu compte :

  => des compensations financières allouées par les régions, les communautés, les provinces ou les communes pour les conséquences économiques ou sociales rencontrées suite à l'application de l'arrêté ministériel du 13 mars 2020 portant des mesures d'urgence pour limiter la propagation du coronavirus COVID-19 et par tout autre arrêté ministériel ultérieur portant des mesures d'urgence pour limiter la propagation du coronavirus COVID-19, ou allouées conformément à une autre réglementation régionale, communautaire, provinciale ou communale pour les conséquences économiques ou sociales rencontrées suite à la pandémie COVID-19. Dans ce cadre, il ne peut toutefois s'agir d'une intervention financière, le cas échéant réduite, à laquelle l'intéressé aurait pu prétendre sans l'application de la réglementation précitée fixée suite à la pandémie COVID-19.

  En outre, cette neutralisation ne s'applique que si la règle sur base de laquelle la compensation financière est accordée prévoit expressément que cette compensation est accordée en vue de faire face aux conséquences économiques ou sociales directes ou indirectes de la pandémie COVID-19 ;

  => de l'indemnité de crise supplémentaire octroyée conformément à l'arrêté royal du 15 septembre 2020 portant octroi, suite à la pandémie COVID-19, d'une indemnité de crise supplémentaire à certains travailleurs indépendants et conjoints aidants reconnus en incapacité de travail.

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

Moniteur belge	Date	Titre
23.10.2020 – Édition 1	19.10.2020	Arrêté royal modifiant l'article 33*ter*, § 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 la modification suivante à l'article 33*ter*, § 1er, dans la rubrique "Règles diagnostiques", la règle diagnostique 3 est remplacée par :

"3. Le nombre de fois que les prestations 594031-594042, 594075-594086 et 594112-594123 peuvent être portées en compte par pseudocode de nomenclature et par terme d'une période d'un an, est spécifié au point C du chapitre VIII de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables visée par 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.".

Moniteur belge	Date	Titre
01.12.2020	08.11.2020	Arrêté royal modifiant les articles 27 et 29 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
05.05.2021 – Édition 2	08.11.2020	Arrêté royal modifiant les articles 27 et 29 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. - Erratum

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 27 :

- au paragraphe 1er, les modifications suivantes sont apportées :

=> l'intitulé "Appareillage après mammectomie totale ou partielle ou en cas d'agénésie unilatérale :" est remplacé par "Prothèses mammaires externes après mammectomie totale ou partielle ou en cas d'agénésie unilatérale :" ;

=> les dispositions reprises sous : "IV. Gaines de bras pour lymphoedème après mammectomie totale ou partielle avec évidemment à l'aisselle" sont remplacées.

- dans le texte en néerlandais :
  => le mot "geneesheer" est chaque fois remplacé par le mot "arts" ;
  => le mot "geneesheren" est chaque fois remplacé par le mot "artsen" ;
  => le mot "geneesheer-specialist" est chaque fois remplacé par le mot "arts-specialist" ;
  => le mot "geneesheren-specialisten" est chaque fois remplacé par le mot "artsen-specialisten" ;
  => le mot "adviserend geneesheer" est chaque fois remplacé par le mot "adviserend arts" ;
  => le mot "geneesheren-directeurs" est chaque fois remplacé par le mot "artsen-directeurs".

- le paragraphe 2, alinéa 2, a), est remplacé
- les alinéas 8 et 9 du paragraphe 11*bis* sont remplacés
- au paragraphe 12*bis*, les mots "pendant une période de 12 mois" sont chaque fois remplacés par les mots "par année civile"
- au paragraphe 12*bis*, les mots "Endéans le délai de renouvellement de 12 mois" sont chaque fois remplacés par les mots "Au cours de l'année civile"
- après le paragraphe 12*bis*, est inséré un paragraphe 12*ter*
- le paragraphe 13, 4*bis*, 3°, est abrogé
- l'alinéa 4 du paragraphe 25 est complété par le 9.

L'arrête royal apporte les modifications suivantes à l'article 29 :

- au paragraphe 1er, E. :

  => les mots "Prothèse cosmétique" sont chaque fois remplacés par les mots " Prothèse passive";

  => dans le texte en néerlandais, le mot "Hemipelviëctomie" est chaque fois remplacé par le mot "Hemipelvectomie";

  => la définition du groupe 3 est remplacée par "patients ayant une fonction de marche réduite, utilisant un(des) appareil(s) d'aide à la marche, se déplaçant sans l'aide de tiers et participant à des activités sociales à l'extérieur";

  => la définition du groupe 4 est remplacée par "patients actifs qui peuvent marcher avec la prothèse sans appareil d'aide à la marche";

- au paragraphe 1er, E., 1., 5°, le libellé de la prestation 676410-676421 est remplacé par "Prothèse d'évaluation, groupes 3, 4 et 5"
- au paragraphe 1er, E., 1., 6°, le libellé de la prestation 676476-676480 est remplacé par "Prothèse d'évaluation, groupes 3, 4 et 5"
- au paragraphe 1er, E., 1., 8°, le libellé de la prestation 696032-696043 est remplacé par "Charnière de hanche avec bandage pelvien, groupes 2, 3, 4 et 5"
- l'intitulé du paragraphe 1er, E. 2., est remplacé
- au paragraphe 1er, E., 2., dans le texte en néerlandais, le libellé de la prestation 676815-676826 est remplacé par les mots "Koker voor hemipelvectomieprothese"
- au paragraphe 1er, E., 3. :

  => le 8° et le 9° sont complétés par une prestation ;
  => le 11° est remplacé.

- au paragraphe 1er, E., 3., 12° :

  => après la prestation 677773-677784, la disposition suivante est insérée : "La prestation 677773-677784 ne peut être tarifée qu'une seule fois par prothèse." ;

  => après la prestation 677795-677806, la disposition suivante est insérée : "La prestation 677795-677806 ne peut être tarifée qu'une seule fois par prothèse." ;

  => après la prestation 677810-677821, la disposition suivante est insérée : "La prestation 677810-677821 ne peut être tarifée qu'une seule fois par prothèse." ;

  => le libellé de la prestation 677935-677946 est remplacé ;

- l'intitulé du paragraphe 1er, E., 3., 13°, est remplacé
- au paragraphe 1er, E., 3., 13°, le libellé de la prestation 677972-677983 est remplacé par "Fût d'essai en matière thermoplastique, groupes 3, 4 et 5"
- au paragraphe 1er, E., 3., 13°, le libellé de la prestation 696032-696043 est remplacé par "Charnière de hanche avec bandage pelvien, groupes 2, 3, 4 et 5"
- au paragraphe 1er, E., le 3. est complété par un 15°
- au paragraphe 1er, E. 4., le 8° est complété par la prestation 675916-675920
- au paragraphe 1er, E. 4., le 9° est complété par la prestation 675931-675942

- au paragraphe 1er, E. 5., le libellé de la prestation 696872-696883 est remplacé par “Entretien et réparation d’une prothèse du membre inférieur, adaptation de la prothèse, par tranche de T 20 pour le montant total de la prothèse définitive (groupe 3, 4 ou 5) - et des accessoires remboursés, à l’exception du genou mécatronique, par an”
- au paragraphe 1er, E., 6., dans le texte en néerlandais, le libellé de la prestation 696990-697001 est remplacé par “Heupexarticulatie- of hemipelvectomieprothese”
- au paragraphe 1er, E. 6., le libellé de la prestation 697012-697023 est remplacé par “Intervention complémentaire pour cosmétique en deux parties pour prothèse du genou, de la cuisse, de la hanche ou hémipelvectomie”
- au paragraphe 13. :

  => les A., B., C., E., F., J. et K. sont remplacés ;

  => D., les mots “Le dispensateur doit tenir la motivation médicale du renouvellement du fût à disposition du médecin-conseil pour information.” sont abrogés;

  => D., la phrase “Une nouvelle prothèse ne peut être remboursée avant un délai de 6 mois après le renouvellement du fût.” est remplacée la phrase suivante : “Une nouvelle prothèse ne peut être remboursée avant un délai de 6 mois après le renouvellement du fût sur une prothèse définitive, et après un délai de 3 mois après le renouvellement du fût sur une prothèse d’évaluation.” ;

  => D., la phrase “Anomalies congénitales (amélie, péromélie, hémimélie, ectromélie, phocomélie, ...) :” est remplacée la phrase suivante : “Dbis. Anomalies congénitales (amélie, péromélie, hémimélie, ectromélie, phocomélie, ...) :”;

  => G., l’alinéa 3 est complété par les mots “et sans les prestations 675356-675360, 675371-675382, 675393-675404, 675511-675522, 675533-675544, 675555-675566, 675894-675905 et 675850-675861 (articulation de genou mécatronique).”;

  => G., est complété par un alinéa ;

  => est complété par le L.

4. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
02.10.2020 – Édition 1	27.09.2020	Arrêté royal modifiant l'annexe III de l'AR/CIR 92, en matière du précompte professionnel sur les allocations légales pour incapacité primaire des travailleurs indépendants

Résumé des modifications

Cet arrêté royal prévoit qu'un précompte professionnel de 11,11 % est toujours retenu sur les indemnités de crise supplémentaires temporaires octroyées pendant la période d'incapacité primaire.

Moniteur belge	Date	Titre
12.10.2020 – Édition 2	30.09.2020	Arrêté royal fixant une intervention financière temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé dans les coûts des mesures de protection spécifiques et du matériel, dans le cadre de la pandémie COVID-19

Résumé des modifications

L'arrêté tend à donner exécution aux articles 71 et 72 de l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé adopté.

Cet arrêté instaure le principe d'une intervention financière temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé dans les coûts des mesures de protection spécifiques et du matériel pour l'ensemble des dispensateurs de soins repris dans l'assurance obligatoire soins de santé.

Moniteur belge	Date	Titre
04.11.2020 – Édition 1	29.10.2020	Arrêté royal portant abrogation de l'article 66, § 4, de l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé

Résumé des modifications

L'article 66, § 4, de l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 est abrogé étant donné qu'il correspond à la procédure établie pour la sous-traitance des tests PCR de l'article 24*bis* de la nomenclature, qui sont seulement effectués par un petit nombre de laboratoires. L'abrogation permet que les modalités de coopération entre laboratoires peuvent être adaptées.

Moniteur belge	Date	Titre
10.11.2020	04.11.2020	Arrêté royal modifiant la loi du 23 mars 2020 modifiant la loi du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants et introduisant les mesures temporaires dans le cadre du COVID-19 en faveur des travailleurs indépendants

Résumé des modifications

La mesure temporaire de droit passerelle de soutien à la reprise est prolongée jusqu'au 31 décembre 2020 inclus.

Moniteur belge	Date	Titre
23.11.2020	12.11.2020	Arrêté royal fixant le budget global en 2020 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 s'élève à 4.798.780 milliers d'EUR pour l'année 2020.

Moniteur belge	Date	Titre
27.11.2020	22.11.2020	Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1er, 1°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour la création d'une plateforme fédérale pour la détection du virus SARS-CoV-2 au moyen d'une technique d'amplification moléculaire

Résumé des modifications

Sous certaines conditions, le Comité de l'assurance peut conclure une convention pour créer, temporairement et en complément de la capacité de test disponible dans les laboratoires de biologie clinique agréés, une plateforme fédérale pour la détection du virus SARS-CoV-2 au moyen d'une technique d'amplification moléculaire.

La plateforme fédérale est composée de centres universitaires et de recherches qui ont conclu une convention de collaboration avec un laboratoire de biologie clinique agréé.

Moniteur belge	Date	Titre
01.12.2020	17.11.2020	Arrêté royal en exécution de l'article 6, alinéa 2, de la loi du 7 mai 2020 portant des mesures exceptionnelles dans le cadre de la pandémie COVID-19 en matière de pensions, pension complémentaire et autres avantages complémentaires en matière de sécurité sociale

Résumé des modifications

En vertu de cet arrêté royal, la pension de retraite et la pension de survie dans le régime des travailleurs salariés, le régime des travailleurs indépendants et le régime des fonctionnaires peuvent être cumulées sans aucune restriction avec l'indemnité d'incapacité primaire ou l'indemnité d'invalidité, pour autant que celle-ci soit relative à la période du 1er mars 2020 au 31 mars 2021 inclus et que l'incapacité de travail soit due au coronavirus COVID-19 (prolongation de la période).

Moniteur belge	Date	Titre
09.12.2020	22.11.2020	Arrêté royal modifiant l'article 28*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Résumé des modifications

Dans le cadre de la règle de cumul applicable en cas de l'exercice d'une activité autorisée par le travailleur indépendant reconnu en incapacité de travail, il est prévu qu'il n'est pas tenu compte :

- des compensations financières allouées par les régions, les communautés, les provinces ou les communes pour les conséquences économiques ou sociales rencontrées suite à l'application de l'arrêté ministériel du 13 mars 2020 portant des mesures d'urgence pour limiter la propagation du coronavirus COVID-19 et par tout autre arrêté ministériel ultérieur portant des mesures d'urgence pour limiter la propagation du coronavirus COVID-19, ou allouées conformément à une autre réglementation régionale, communautaire, provinciale ou communale pour les conséquences économiques ou sociales rencontrées suite à la pandémie COVID-19

  Dans ce cadre, il ne peut toutefois s'agir d'une intervention financière, le cas échéant réduite, à laquelle l'intéressé aurait pu prétendre sans l'application de la réglementation précitée fixée suite à la pandémie COVID-19. En outre, cette neutralisation ne s'applique que si la règle sur base de laquelle la compensation financière est accordée prévoit expressément que cette compensation est accordée en vue de faire face aux conséquences économiques ou sociales directes ou indirectes de la pandémie COVID-19.

- de l'indemnité de crise supplémentaire octroyée conformément à l'arrêté royal du 15 septembre 2020 portant octroi, suite à la pandémie COVID-19, d'une indemnité de crise supplémentaire à certains travailleurs indépendants et conjoints aidants reconnus en incapacité de travail.

Moniteur belge	Date	Titre
29.12.2020 – Édition 2	22.12.2020	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 15 septembre 2020 portant octroi, suite à la pandémie COVID-19, d'une indemnité de crise supplémentaire à certains travailleurs indépendants et conjoints aidants reconnus en incapacité de travail

Résumé des modifications

L'application de la mesure relative à l'octroi d'une indemnité de crise supplémentaire en faveur de certains travailleurs indépendants et conjoints aidants reconnus en incapacité de travail est prolongée jusqu'au 31 mars 2021.

5. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
07.10.2020 – Édition 2	29.09.2020	Arrêté ministériel portant approbation du règlement du 16 septembre 2020 du Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants du Service des indemnités de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité modifiant le règlement du 12 février 2001 portant exécution de l'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social

Résumé des modifications

Dans le cadre de la renonciation à la récupération des indemnités indues par le Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants, ce règlement du 16 septembre 2020 prévoit notamment les modifications suivantes :

- si le montant indu découle de l'application de la disposition anti-cumul visée à l'article 28, § 2, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (interdiction de cumul entre les prestations de l'assurance indemnités et maternité des travailleurs indépendants et la prestation financière octroyée dans le cadre du droit passerelle de crise), la renonciation à la récupération du montant indu par le Comité de gestion n'est pas possible
- si le montant indu découle de l'application de la règle de cumul visée à l'article 28*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (règle de cumul qui est d'application si le travailleur indépendant reconnu en incapacité de travail reçoit des revenus professionnels via une activité exercée avec l'autorisation du médecin-conseil), la renonciation à la récupération du montant indu par le Comité de gestion n'est pas non plus possible.

Moniteur belge	Date	Titre
12.10.2020 – Édition 2	30.09.2020	Arrêté ministériel fixant l'intervention complémentaire de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés, cancéreux et dans le cadre de la rééducation fonctionnelle en cas de transport en ambulance en raison de mesures sanitaires prises dans le cadre de la pandémie COVID-19

Résumé des modifications

Il s'agit d'une intervention de 40 EUR par course, versée directement au service ambulancier et octroyée pour des transports pour lesquels une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé est prévue, pour le transport des personnes qui se rendent à l'hôpital en ambulance (couché) pour une dialyse, un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie ou vers certains centres de rééducation, parce que ces personnes sont (potentiellement) atteintes du Covid-19, et que des mesures et du matériel de protection sont utilisés dans le cadre de ce transport. Cette intervention est valable pour les transports effectués entre le 1er mars 2020 et le 31 août 2020. Elle est complémentaire aux interventions habituelles.

Moniteur belge	Date	Titre
21.10.2020	13.10.2020	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
11.12.2020 – Édition 2	13.10.2020	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. - Erratum

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l'annexe I, au point VII.9.1 de l'annexe II et le code ATC est ajouté à l'annexe IV.

Moniteur belge	Date	Titre
30.10.2020 – Édition I	23.10.2020	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
20.11.2020	17.11.2020	4 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
18.01.2021	17.11.2020	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. - Erratum

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l'annexe I, à l'annexe IV, au chapitre I de l'annexe I et suppriment le paragraphe 270008 du chapitre VIII de l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
21.12.2020 – Édition 1	14.12.2020	5 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1er février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
16.11.2020	06.11.2020	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "B. Neurochirurgie" 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 des modifications à l'intitulé B.2.4.2. Deep Brain Stimulation :

- le libellé de la prestation 171614-171625, de la prestation 171636-171640 de la prestation 171651-171662 sont remplacés
- à la condition de remboursement B- § 08, le "5.1. Règles de cumul et de non-cumul" est remplacé
- des modifications sont apportées à la condition de remboursement B- § 09.

Moniteur belge	Date	Titre
03.12.2020	16.11.2020	Arrêté ministériel modifiant 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

Les dispositions suivantes sont insérées à la liste, jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014, avant le chapitre "A. Ophtalmologie" :

"Si dans une condition de remboursement, il est fait mention d'une année au cours de laquelle la section 9 de l'arrêté royal n° 21 du 14 mai 2020 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie COVID-19 est d'application, le nombre de prestations attestées dans le courant de cette année sera remplacé par le nombre de prestations attestées la dernière année précédant l'année où l'arrêté royal susmentionné portant des adaptations temporaires est entrée en vigueur, pour autant que ce nombre de prestations attestées soit supérieur à celui de l'année en question."

Moniteur belge	Date	Titre
03.12.2020	16.11.2020	Arrêté ministériel modifiant le chapitre “E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive” 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 l’intitulé “E.1.1 Oesophagectomie”, le libellé des prestations suivantes est remplacé :
  => la prestation 155212-155223 ;
  => la prestation 155234-155245 ;
  => la prestation 155256-155260 ;
  => la prestation 155271-155282 ;
  => la prestation 155293-155304 ;
  => la prestation 155315-155326 ;
  => la prestation 155330-155341 ;
  => la prestation 155352-155363.

- à l’intitulé “E.5.1.3 Résection du pancréas”, le libellé des prestations suivantes est remplacé:
  => la prestation 156892-156903 ;
  => la prestation 156914-156925 ;
  => la prestation 156936-156940 ;
  => la prestation 156951-156962 ;
  => la prestation 156973-156984.

Moniteur belge	Date	Titre
21.12.2020 – Édition 1	14.12.2020	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l’arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques

Résumé des modifications

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

6. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
20.10.2020	12.10.2020	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

La version néerlandophone du formulaire C-Form-I-07 concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" de la liste, est modifié et les formulaires C-Form-I-08 et C-Form-09, auquel il est fait référence au même chapitre, sont supprimés.

Moniteur belge	Date	Titre
16.11.2020	07.11.2020	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 :

- la version néerlandophone du formulaire B-Form-I-07 et le formulaire B-Form-I-08 concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre "B. Neurochirurgie" de la liste, sont modifiés
- le formulaire B-Form-I-09 est supprimé.

Moniteur belge	Date	Titre
25.11.2020	16.11.2020	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes :

- à l'article 32/4, alinéa 2, les mots "ou de la puce" sont insérés entre les mots "lecteur de carte" et les mots ", il a le choix entre :"
- à l'article 32/8 du même règlement, les modifications suivantes sont apportées :
  => à l'alinéa 1er les mots "visée aux articles 32/4, 32/4/1 et 32/5" et "ou de la vignette" sont supprimés ;
  => à l'alinéa 3 le premier tiret est complété par les mots "ou de la puce".

- l'article 32/9 est remplacé
- la section 2 est remplacée
- un article 32/11 est inséré
- une section 3 est insérée dans le chapitre XV/1.

Moniteur belge	Date	Titre
01.12.2020	16.11.2020	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes :

- à l'article 6, § 1er, 7°, le 7° est complété par un alinéa rédigé comme suit : "- une prescription médicale conforme au modèle repris à l'annexe 94 pour bas élastiques thérapeutiques pour la jambe et gaines de bras et gants élastiques thérapeutiques;"
- l'annexe 94 est ajoutée.

Moniteur belge	Date	Titre
04.12.2020	15.07.2020	Règlement modifiant l'article 35*ter* du 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

Ce règlement remplace l'article 35*ter* du règlement des indemnités du 16 avril 1997 et stipule que pour le titulaire qui, lors de la survenance de son incapacité de travail, est soumis à une mesure de réduction collective temporaire de la durée du travail, visée sous le chapitre 1er de l'arrêté royal n° 46 du 26 juin 2020, l'indemnité est calculée sur base de la rémunération journalière moyenne à laquelle le travailleur aurait pu prétendre si la durée du travail n'avait pas été réduite.

7. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge
12.10.2020 – Édition 2

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

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 38

Question

Comment doit être interprété le nombre de bénéficiaires qui peuvent bénéficier d'un remboursement sous la prestation 172491-172502 pour un dispositif pour le rétablissement percutané de la coaptation des feuillets des valves mitrales en vue du traitement de la régurgitation de la valve mitrale durant la période d'évaluation de l'application clinique limitée pendant l'année 2021 ?

Réponse

Le nombre de bénéficiaires qui peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire sous la prestation 172491-172502 était limité à 92, 140, 155, 175 et 200, pour les années 2016, 2017, 2018, 2019 et 2020 de l'application clinique limitée.

Durant la période d'évaluation de l'application clinique limitée, l'application clinique limitée reste applicable dans les mêmes conditions que pour l'année 2020. Le nombre de bénéficiaires qui peuvent entrer en ligne de compte en 2021 pour une intervention de l'assurance obligatoire sous la prestation 172491-172502 reste donc limité à 200 sur une base annuelle.

La règle interprétative 38 produit ses effets le 1er mars 2016.

Moniteur belge
13.10.2020 – Édition 1

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

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 39

Question

Comment interpréter les termes "aigus" et "isolés" dans la condition de remboursement F- § 11 de la prestation 159331-159342 ?

Réponse

Le terme choc cardiogénique "aigu" signifie que l'insuffisance cardiaque est nouvelle ou s'ajoute à une insuffisance cardiaque chronique où cette insuffisance cardiaque ne se manifeste que très récemment (en quelques heures) et rapidement.

Par choc cardiogénique "isolé", on entend un choc dû à un dysfonctionnement majeur du muscle cardiaque et/ou des valves cardiaques. La cause principale du choc est d'origine cardiaque (par ex., mais sans s'y limiter, l'infarctus aigu du myocarde, la myocardite, la cardiomyopathie valvulaire ou le syndrome de Takotsubo). D'autres causes d'insuffisance cardiaque sont exclues (par ex., mais sans s'y limiter, choc septique, hypovolémique, obstructif, distributif et anaphylactique).

Par choc et insuffisance cardiaque, on entend une instabilité hémodynamique nette qui persiste malgré l'utilisation d'une thérapie médicamenteuse maximale (par ex. inotropiques ou autres).

Le remboursement n'est accordé que si le dispositif de pompage a été placé après que le choc décrit ci-dessus s'est produit et n'est donc pas préventif pour le déroulement difficile attendu d'une opération cardiaque.

La règle interprétative 39 produit ses effets le 1er juillet 2014.

Moniteur belge
09.11.2020

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

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 40

Question

Quel matériel est inclus dans les prestations 180891-180902 et 180913-180924 et avec quelles autres prestations peuvent-elles être cumulées?

Réponse

Les prestations 180891-180902 et 180913-180924 ne couvrent que l'ensemble des implants utilisés pour fixer les ligaments croisés. Les implants utilisés pour la fixation simultanée d'un autre ligament ou le traitement du ménisque ne sont pas couverts par ce forfait et peuvent être facturés individuellement.

Si les deux ligaments croisés sont traités en même temps, les deux prestations peuvent être facturées.

Ceci ne concerne que les implants d'ancrage et de fixation pour tissus mous pour les prestations 180891-180902 et 180913-180924 (L.9). Le matériel de consommation n'est pas inclus.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 41

Question

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

Réponse

Non.

Les règles interprétatives 40 et 41 produisent leurs effets le 1er août 2020.

Moniteur belge
30.11.2020 – Édition 1

Règle interprétative relative au remboursement de l'albumine humaine en association avec le dinutuximab beta (QarzibaR) pour le traitement d'un neuroblastome à haut risque.

Question :

Dans quelle situation une spécialité pharmaceutique à base d'albumine humaine peut-elle être remboursée pour la préparation d'un traitement à base de dinutuximab bêta ?

Réponse :

“Si conformément au § 10150000, un patient, bénéficie du remboursement d’une spécialité pharmaceutique à base de dinutuximab beta pour le traitement d’un neuroblastome à haut risque chez les patients âgés de 12 mois et plus, qui ont précédemment reçu une chimiothérapie d’induction et ont présenté au moins une réponse partielle, suivie d’un traitement myéloablatif et d’une greffe de cellules souches, ou pour le traitement des patients présentant des antécédents de maladie récidivante ou réfractaire et chez les patients n’ayant pas présenté une réponse complète après un traitement de première ligne, une spécialité pharmaceutique à base d’albumine humaine peut être remboursée si elle est utilisée pour la préparation du dinutuximab beta, comme mentionnée dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) de QarzibaR.”

La règle interprétative précitée produit ses effets le 1er octobre 2020.

Moniteur belge

03.12.2020

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

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 25

Question

Les prestations suivantes peuvent-elles être attestées à l’occasion de la prestation 228270-228281 “Oesophagectomie ou gastro-oesophagectomie thoracique ou thoraco-abdominale, en un temps avec reconstitution de la continuité”?

155212-155223 : Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228012-228023 de la nomenclature, par voie endoscopique

155234-155245 : Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228012-228023 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Réponse

Oui, les prestations 155212-155223 et 155234-155245 peuvent être attestées à l’occasion de la prestation 228270-228281 “Oesophagectomie ou gastro-oesophagectomie thoracique ou thoraco-abdominale, en un temps avec reconstitution de la continuité”.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 26

Question

Les prestations suivantes peuvent-elles être attestées à l’occasion de la prestation 228292-228303 “Oesophagectomie subtotale jusqu’au niveau de la crosse aortique, avec reconstitution de la continuité”?

155293-155304 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228174-228185 de la nomenclature, par voie endoscopique

155315-155326 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228174-228185 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Réponse

Oui, les prestations 155293-155304 et 155315-155326 peuvent être attestées à l’occasion de la prestation 228292-228303 “Oesophagectomie subtotale jusqu’au niveau de la crosse aortique, avec reconstitution de la continuité”.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 27

Question

Les prestations suivantes peuvent-elles être attestées à l'occasion de la prestation 228314-228325 "Oesophagectomie ou gastro-oesophagectomie thoracique ou thoraco-abdominale, en un temps avec reconstitution de la continuité et évidement ganglionnaire étendu"?

155256-155260 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228233-228244 de la nomenclature, par voie endoscopique

155271-155282 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228233-228244 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Réponse

Oui, les prestations 155256-155260 et 155271-155282 peuvent être attestées à l'occasion de la prestation 228314-228325 "Oesophagectomie ou gastro-oesophagectomie thoracique ou thoraco-abdominale, en un temps avec reconstitution de la continuité et évidement ganglionnaire étendu".

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 28

Question

Les prestations suivantes peuvent-elles être attestées à l'occasion de la prestation 228336-228340 "Oesophagectomie subtotale jusqu'au niveau de la crosse aortique, avec reconstitution de la continuité et évidement ganglionnaire étendu"?

155330-155341 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228255-228266 de la nomenclature, par voie endoscopique

155352-155363 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228255-228266 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Réponse

Oui, les prestations 155330-155341 et 155352-155363 peuvent être attestées à l'occasion de la prestation 228336-228340 "Oesophagectomie subtotale jusqu'au niveau de la crosse aortique, avec reconstitution de la continuité et évidement ganglionnaire étendu".

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 29

Question

Les prestations suivantes peuvent-elles être attestée à l'occasion de la prestation 242830-242841 "Duodénopancréatectomie"?

156936-156940 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242012-242023 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

156951-156962 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242012-242023 de la nomenclature, par voie endoscopique

Réponse

Oui, les prestations 156936-156940 et 156951-156962 peuvent être attestées à l'occasion de la prestation 242830-242841 "Duodénopancréatectomie".

REGLE INTERPRETATIVE 30

Question

La prestation suivante peut-elle être attestée à l'occasion de la prestation 242852-242863 "Hémi-pancréatectomie gauche avec anastomose jéjunale de la tranche de section ou pancréatectomie quasi totale (95 p.c.)"?

156973-156984 : Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242034-242045 de la nomenclature, par voie endoscopique

Réponse

Oui, la prestation 156973-156984 peut être attestée à l'occasion de la prestation 242852-242863 "Hémi-pancréatectomie gauche avec anastomose jéjunale de la tranche de section ou pancréatectomie quasi totale (95 p.c.)"

REGLE INTERPRETATIVE 31

Question

Les prestations suivantes peuvent-elles être attestées à l'occasion des prestations 242874-242885 "Hémi-pancréatectomie gauche", 242896-242900 "Enucléation d'une tumeur du pancréas" et/ou 242911-242922 "Ablation d'un séquestre pancréatique"?

156892-156903 : Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242056-242060 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

156914-156925 : Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242056-242060 de la nomenclature, par voie endoscopique

Réponse

Oui, les prestations 156892-156903 et 156914-156925 peuvent être attestées à l'occasion de la prestation 242874-242885 "Hémi-pancréatectomie gauche", 242896-242900 "Enucléation d'une tumeur du pancréas" et/ou 242911-242922 "Ablation d'un séquestre pancréatique".

La suppression des règles interprétatives 25, 26, 27, 28, 29, 30 et 31 entre en vigueur le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

Moniteur belge

16.12.2020

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

REGLE INTERPRETATIVE 24

Question

Dans notre hôpital psychiatrique il y a des patients qui, lors des jours où ils sont absents, veulent consulter le psychiatre.

Les jours où ils sont absents, une absence dans un but thérapeutique est attestée. Je pense qu'à ce moment on peut considérer ces patients comme ambulatoires. Est-ce que le psychiatre peut attester le code de consultation 102960 pendant l'absence dans un but thérapeutique du patient ?

Réponse

Pendant l'absence dans un but thérapeutique le médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie peut attester un honoraire de disponibilité :

597704 Honoraire de disponibilité pendant les absences dans un but thérapeutique du patient admis dans un service A, K et T d'un hôpital psychiatrique C 3

L'honoraire de disponibilité peut être porté en compte par le médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie qui effectue la surveillance du patient pendant son admission quand le patient est absent dans le cadre d'un congé thérapeutique planifié.

La prestation 597704 peut être portée en compte à partir du deuxième mois d'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique avec un maximum de trois jours par mois-calendrier et vingt-et-un jours par année-calendrier.

La prestation 597704 ne peut pas être portée en compte après la sortie du patient de l'hôpital psychiatrique.

Lors de l'introduction de cette prestation, il a été explicitement mentionné que l'attestation de prestations ambulatoires n'était pas autorisée pour le médecin spécialiste en psychiatre ou en neuropsychiatrie pendant l'absence dans un but thérapeutique. Une consultation ne peut donc pas être attestée.

D'autres prestataires peuvent cependant être consultés.

La règle interprétative précitée produit ses effets le 1er mai 2003.

9. Avis et protocole

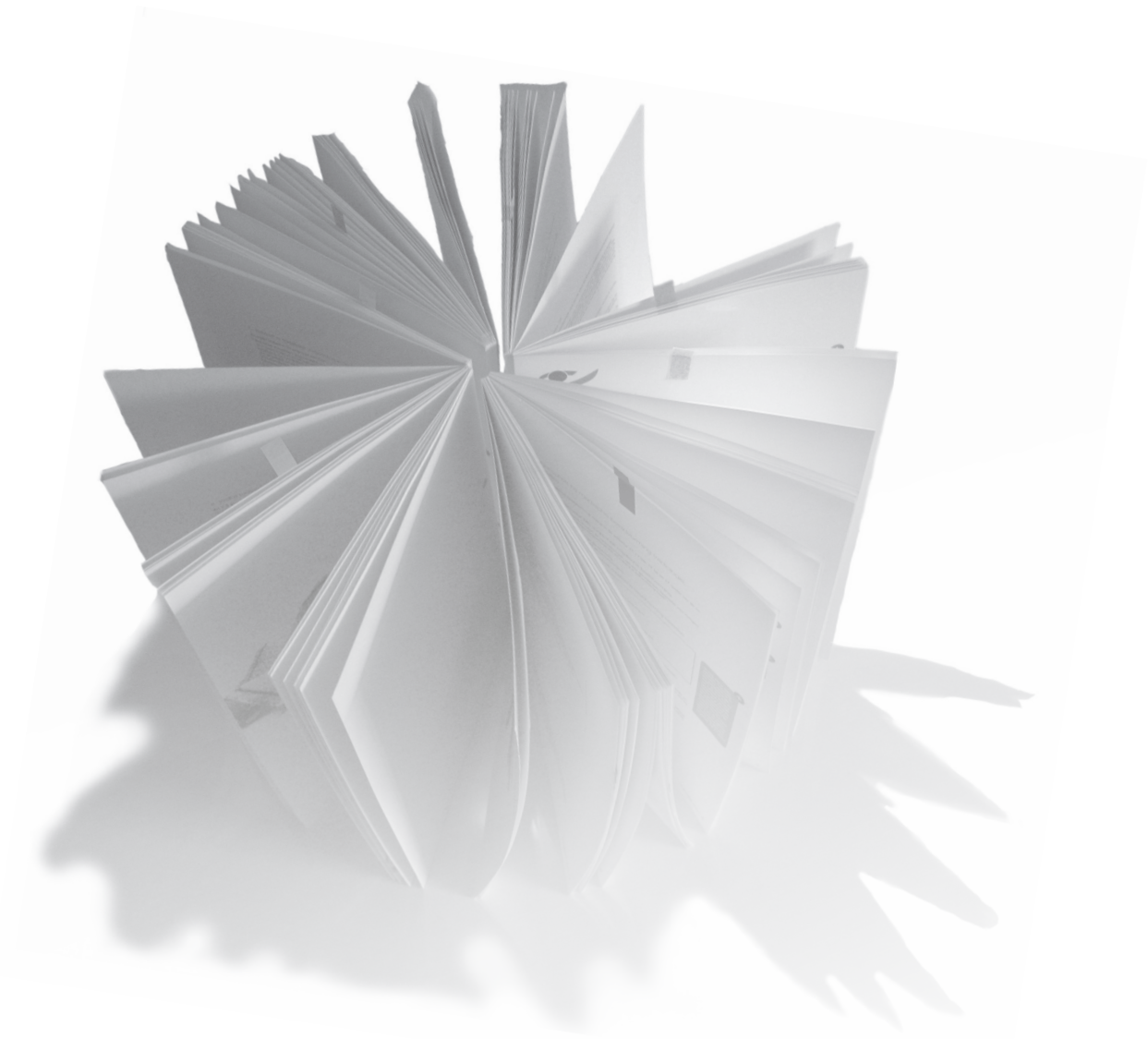
Moniteur belge	Date	Titre
02.07.2020	26.06.2020	Avenant T/2018*quater* à la convention nationale entre les orthopédistes et les organismes assureurs

Résumé des modifications

Un troisième avenant à la convention entre les orthopédistes et les organismes assureurs a été conclu pour financer une partie des modifications des articles 27 et 29 de la nomenclature.

Le remboursement de la prestation 697071-697082 (orthèse de cheville pour rupture totale du tendon d'Achille ou fracture de la cheville) de l'article 29 de la nomenclature est diminué de 31,61%. Cette diminution du remboursement est obtenue en diminuant la valeur T de cette prestation. Les suppléments sur cette prestation sont interdits de telle sorte que la différence entre le remboursement actuel et le nouveau remboursement inférieur ne soit jamais à charge des bénéficiaires.

2e Partie
Jurisprudence



I. Cour du travail d'Anvers, section Hasselt, 16 février 2021

Évaluation de l'incapacité de travail - Article 100, § 1er, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 - Impossibilité d'exercer un emploi à temps plein - Le travailleur à temps partiel peut disposer d'une capacité de gain suffisante - Expertise - Valeur probante de l'avis de l'expert

L'intéressée a déclaré en l'espèce ne plus être en mesure d'exercer un emploi à temps plein.

Néanmoins, la discussion ne porte pas sur le fait de savoir si l'intéressée est capable d'exercer une activité de travail à temps plein, mais bien si elle est en incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1er, de la loi du 14 juillet 1994. En vertu dudit article, il faut une réduction de la capacité de gain d'au moins deux tiers.

En l'occurrence, il n'y a pas eu une telle réduction de la capacité de gain. En atteste le fait que l'intéressée est en incapacité d'exercer un emploi à temps plein. L'exercice d'un emploi à temps partiel ou d'une activité dont les contraintes physiques sont limitées correspond au maintien de la capacité de gain.

Un expert a été préposé pour parvenir à un avis impartial sur le degré d'incapacité de travail de l'assurée. La valeur probante de son avis, dont la Cour du travail établit qu'il a été dûment élaboré, est supérieure à celle des pièces avancées par les deux parties.

Pour garantir une expertise de qualité et recevable, il n'est pas nécessaire d'effectuer d'autres examens physiques, dans la mesure où l'expert a tenu compte des rapports qui lui ont été soumis et des plaintes physiques qui y figuraient.

R.G. 20014/CT/296
… c./INAMI

...

3. Beoordeling

1.

Het voorwerp van het geschil betreft in essentie de vraag of de beslissing van 16 januari 2014 van het RIZIV rechtmatig is. Het RIZIV beslist daarin om … vanaf 23 januari 2014 niet langer als arbeidsongeschikt te erkennen in de zin van artikel 100, § 1 van de Gecoördineerde Ziektewet.

De gerechtsdeskundige … komt in zijn definitief deskundigenverslag van 5 oktober 2015 tot het volgende besluit:

"(/) Deze vrouw kent weliswaar een aantal atypische klachten van vermoeidheid en gegeneraliseerde spierpijnen in combinatie met een deconditionering, doch deze zijn niet van die aard dat een arbeidsongeschiktheid conform artikel 100 § 1 dient voorzien te worden vanaf 23 januari 2014."

Vooraleer tot deze besluitvorming te komen, heeft de gerechtsdeskundige … onderzocht. Hij heeft zijn onderzoeksbevindingen toegelicht, met een gemotiveerde detailbespreking van de bij … bestaande medische problematiek.

Het besluit van de gerechtsdeskundige op basis daarvan luidt:

"… is een 42 – jarige vrouw die afstudeerde als publiciteitsfotografe en nadien enkele tewerkstellingen kende. Haar laatste arbeidssituatie was van 2007 tot 2012 bij de … te Hasselt waarbij ze na langdurige afwezigheid ontslagen werd in 2013.
***Op somatisch vlak**: zijn er atypische klachten van gegeneraliseerde spierpijnen en vermoeidheid die tot de tentatieve diagnose van CVS en fibromyalgie hebben geleid.*
***Op sociaal vlak**: is er een poging gebeurd om haar terug op de arbeidsmarkt in te schakelen met GTB, doch ze werd "niet toeleidbaar" verklaard, wat betekent dat ze 2 jaar de kans krijgt om zich opnieuw te profileren op de arbeidsmarkt zonder verlies van uitkering.*
***Op psychologisch/psychiatrisch vlak**: zijn er weinig aanknopingspunten tenzij dan slaapstoornissen. Vanuit een klinisch psychiatrische invalshoek zijn er argumenten om een persoonlijkheidsdisfunctioneren te weerhouden, doch dit werd tot op heden weinig geëxploreerd."*
(verslag van de deskundige, dossier van de rechtspleging)

De advocaat van … heeft met een brief van 11 september 2015 opmerkingen van … op het voorlopig verslag overgemaakt aan de deskundige (bijlage bij het deskundigenverslag).

Deze opmerkingen zijn door gerechtsdeskundige … beantwoord:
"Mijn antwoord is dat dr. … voorbijgaat aan de gelezen verslagen met name van hemzelf waarbij hij melding maakt van een "late stage Lyme disease" waar hij onmiddellijk een meer dan 66 % werkonbekwaamheid aan koppelt. Ook dr. … toont niet aan wat het probleem feitelijk is naar arbeidsrehabilitatie toe.

Ik meen dat de rechtbank zelf beslist welke expert wordt aangesteld in deze materie en ik ben het dan ook niet eens met dr. … dat de expert in zijn voorontwerp voornamelijk de nadruk heeft gelegd op een psychiatrische problematiek.
Ik maak ook melding van het verslag van dr. … de dato 16 januari 2014, het attest de dato 28 november 2014.
Ik meen dat mijn benadering een goede balans maakt tussen enerzijds somatische dan wel sociale maar ook psychologische en psychiatrische aspecten.
Op geen enkele manier zijn de stukken overtuigend naar de noodzaak van de toepassing van artikel 100 § 1 en dit vanaf 23 januari 2014.
Ik meen dat ik voldoende geantwoord heb op de bemerkingen van dr. … en ga over naar het definitief besluit."

2.

… betwist de bevindingen van de gerechtsdeskundige.

Zij merkt in de eerste plaats op dat het arbeidshof niet gebonden is door het advies van de deskundige. Dat is zonder meer correct maar doet op zich geen afbreuk aan de waarde van het advies dat deskundige … heeft afgeleverd.

Het arbeidshof heeft deze deskundige aangesteld om een onpartijdig advies te verkrijgen over de graad van arbeidsongeschiktheid van …. De bewijswaarde van dit advies, waarvan het arbeidshof vaststelt dat het op deugdelijke wijze is opgesteld, is hoger dan deze van de stukken die beide partijen naar voren brengen, en met name dan de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid door de behandelende artsen van … of deze die zij raadpleegde enerzijds en door het RIZIV anderzijds.

3.

… verwijst daarnaast naar de opmerkingen die dr. … maakte op het voorlopig advies van de deskundige. De deskundige heeft deze opmerkingen beantwoord (zie hierboven).

Zij werpt voorts op dat met het besluit van de deskundige geen rekening kan worden gehouden omdat deze geen fysiek onderzoek heeft gedaan maar enkel een psychiatrisch onderzoek.

Voor de verwijzing naar fysieke problemen verwijst zij hoofdzakelijk naar verslagen die reeds aan de deskundige waren voorgelegd, en met name een verslag van dr. … van 7 november 2014 en één van dr. … van 28 november 2014. De deskundige heeft blijkens zijn adres kennnis genomen van deze verslagen en daarmee rekening gehouden bij de vorming van zijn advies. Hij neemt in zijn verslag een samenvatting op van de besluiten uit deze verslagen. Hetzelfde geldt overigens voor de verslagen van deze artsen van 16 januari 2014 en 15 februari 2014 (stukken 1 en 2 van …).

Opdat sprake zou zijn van een deugdelijk en bruikbaar deskundigenonderzoek, is het niet noodzakelijk dat opnieuw fysieke onderzoeken worden uitgevoerd. De deskundige heeft rekening gehouden met de verslagen die hem zijn voorgelegd en met de daarin opgenomen fysieke klachten. In zijn finale besluit vermeldt hij overigens de “atypische klachten van vermoeidheid en gegeneraliseerde spierpijnen in combinatie met een deconditionering”, waaruit blijkt dat hij deze fysieke klachten erkent. Zijn advies is evenwel dat deze niet van die aard zijn dat een arbeidsongeschiktheid conform artikel 100 §1 van de Gecoördineerde Ziektewet voorligt. Dr. … en dr. … hebben daarover een andere medische opinie. De deskundige werd precies aangesteld om daarover zijn onpartijdig advies te geven.

Het arbeidshof stelt vast en is van oordeel dat de gerechtsdeskundige op accurate, gedetailleerde en gemotiveerde wijze zijn onderzoeksbevindingen in een definitief deskundigenverslag kenbaar heeft gemaakt, en dat het gaat om een voor het arbeidshof aanvaardbaar en bruikbaar deskundigenverslag dat als dienende adviesverlening in aanmerking kan worden genomen.

Er is geen reden om een aanvullend onderzoek te bevelen.

… dient aldus voldoende elementen aan te tonen die de bevindingen van de gerechtsdeskundige weerleggen, of die minstens ernstige twijfel doen ontstaan over die bevindingen.

Het arbeidshof oordeelt dat … geen dergelijke elementen aantoont.

4.

… voert aan dat zij niet in staat is om fysiek belastende activiteiten uit te voeren, meer bepaald een voltijdse job. Dit zou blijken uit de door de deskundige gekende verslagen van dr. … en … en het latere verslag van dr. … dat na het deskundigenverslag is neergelegd.

De discussie is echter niet of … in staat is om een voltijdse job uit te oefenen. De vraag is of zij arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 100 §1 van de Gecoördineerde Ziektewet. Overeenkomstig artikel 100, §1 van deze wet wordt als arbeidsongeschikt erkend, de werknemer die alle werkzaamheid heeft onderbroken als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen waarvan erkend wordt dat ze haar vermogen tot verdienen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door haar werkzaamheid in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen zij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die zij heeft uitgeoefend of zou kunnen uitoefenen hebben uit hoofde van haar beroepsopleiding.

Er moet dus een vermindering zijn van het verdienvermogen met minstens twee derden. Uit de onmogelijkheid om een voltijdse job uit te voeren, blijkt nog geen dergelijke vermindering van het verdienvermogen. Het uitoefenen van een deeltijdse job of een job met een beperkte lichamelijke belasting, komt overeen met een behoud van een verdienvermogen. Nergens blijkt uit dat dit verdienvermogen met twee derden verminderd was in het geval van ….

5.

Naast het onderzoeken van een ergospirometrie legt … enkel een verslag neer van dr. … van 31 oktober 2016 als stuk dat is opgesteld na het deskundigenverslag. Dit verslag van dr. … doet niet twijfelen aan de bevindingen van de deskundige dat er geen arbeidsongeschiktheid is in de zin van artikel 100, §1 van de Gecoördineerde Ziektewet. Het bevat geen daarmee strijdige bevindingen;

Dr. … besluit, na een opsomming van enkele testresultaten.

"Met deze waarden is het moeilijk om fysieke belastende (professionele) activiteiten uit te voeren.
Door haar gebrekkige concentratie ten gevolge van neurocognitieve stoornissen is dit onmogelijk in een fulltime job."
(stuk 7 van …)

Dr. … attesteert dus evenmin een arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde Ziektewet. Uit zijn conclusie blijkt dat … niet voltijds kan werken en geen fysiek belastende activiteiten kan uitvoeren. Fysiek niet belastend werk en/of een deeltijdse activiteit sluit hij niet uit. Zijn verslag bevat geen elementen waaruit een vermindering van het verdienvermogen met minstens twee derden kan worden afgeleid.

Besluit

De attesten en verslagen die … neerlegt, weerleggen de bevindingen van de deskundige niet. Zij doen evenmin twijfel rijzen over deze bevindingen. De deskundige leverde een deugdelijk verslag af. Er is dan ook geen aanleiding voor het bevelen van een aanvullend onderzoek.

Het arbeidshof volgt het advies van de gerechtsdeskundige.

Het arbeidshof besluit dat … vanaf 23 januari 2014 niet arbeidsongeschikt was in de zin van artikel 100, §1 van de gecoördineerde Ziektewet, en dat de beslissing van het RIZIV van 16 januari 2014 rechtmatig en correct is.

De eerste rechters kwamen tot hetzelfde besluit.

Het hoger beroep is ongegrond.

BESLISSING

Het arbeidshof,

Werkt het arrest van 28 mei 2015 verder uit.

Verklaart het hoger beroep ongegrond.

…

II. Tribunal du travail de Gand, division. Courtrai, le 13 janvier 2021

Force majeure - Valeur probante - Moyen de preuve

La force majeure implique une impossibilité effective d'exécuter ou de remplir une obligation donnée. Cette impossibilité ne doit pas être absolue ; le fait que l'exécution soit devenue raisonnablement impossible suffit. L'exécution d'une obligation donnée, devenue plus difficile ou plus coûteuse, sans être impossible en soi, n'est pas constitutive de force majeure.
Il faut que l'impossibilité découle d'une circonstance ou d'un événement dont le débiteur de cette obligation ne peut être tenu responsable. C'est à lui qu'incombe, dès lors, la charge de la preuve.

Il n'y a pas d'impossibilité lorsque l'obligation qu'il allait falloir souscrire était connue au préalable. Il s'agissait en l'espèce d'un traitement de suivi dont le caractère urgent n'avait pas été établi. L'autorisation préalable du médecin-conseil de la mutualité a ainsi pu être obtenue en vue de l'octroi de l'intervention.

La preuve en droit implique que le juge dispose d'un degré raisonnable de certitude quant à l'existence des faits allégués. Lorsque la loi n'établit pas de moyen spécial de preuve, le juge apprécie souverainement en fait la valeur probante des éléments de la cause qui lui sont régulièrement soumis.

La valeur probante d'un moyen de preuve est la crédibilité que le juge peut y accorder selon sa propre conviction. La question de savoir si certains faits sont avérés ou non est une question de fait. Il est loisible au juge de ne pas accorder crédit à certaines déclarations et de fonder sa conviction sur d'autres éléments qui lui sont soumis et qui lui donnent suffisamment de présomptions convaincantes, même si d'autres données de la cause prouvent le contraire.

R.G. 19/831/A
… c./ O.A. et INAMI

…

3. Beoordeling door de rechtbank

De Rechtbank is van oordeel dat de vordering van de heer … ontvankelijk maar ongegrond is.

De rechtbank komt tot deze beoordeling op grond van volgende motieven.

...

3.2. Beoordeling van de gegrondheid

1.
Artikel 294 §1 van het K.B. van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 bepaalt dat:

"§1. Bij toepassing van artikel 136, §1, van de gecoördineerde wet worden de buitenlandse verleende geneeskundige verstrekkingen toegekend:

(…)

14° aan de rechthebbende die in een andere lidstaat van de Europese Unie of een Staat behorend tot de Europese Economische Ruimte geplande geneeskundige verstrekkingen ontvangt waarvoor de adviserend arts een voorafgaande toestemming heeft verleend.
De voorafgaande toestemming van de adviserend arts is vereist voor geneeskundige verstrekkingen die:
a) deel uitmaken van een planningsbeleid dat tot doel heeft een toereikende en permanente toegang tot een evenwichtig aanbod van hoogwaardige behandelingen in België te waarborgen of berust op het streven om de kosten te beheersen en elke verspilling van financiële, technische en menselijke middelen zoveel mogelijk te voorkomen, en
(i) een opname van minimum één nacht in een verplegingsinrichting vereisen, of
(ii) het gebruik van zeer gespecialiseerde en kostenintensieve medische infrastructuur of apparatuur vereisen;
b) een bijzonder risico voor de patiënt of de bevolking inhouden;
c) worden verstrekt door een zorgverlener die in het bepaalde geval aanleiding zou kunnen geven tot ernstige en specifieke bezorgdheid over de kwaliteit of veiligheid van de zorg, met uitzondering van gezondheidszorg die valt onder uniale wetgeving waarbij een minimaal veiligheids- en kwaliteitsniveau in de gehele Unie wordt gewaarborgd.
De onder a) van het vorige lid bedoelde geneeskundige verstrekkingen worden door de Minister vastgesteld.
De lijst met deze geneeskundige verstrekkingen wordt bekendgemaakt op de website van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.
Onverminderd de situaties, vermeld onder a) tot en met c) van het tweede lid, mag de voorafgaande toestemming niet geweigerd worden als de behandeling niet kan worden verleend binnen een termijn die, gelet op de gezondheidstoestand van de rechthebbende op dat moment, de voorgeschiedenis en het te verwachten ziekteverloop, medisch verantwoord is op het tijdstip waarop het verzoek om een voorafgaande toestemming is ingediend of opnieuw is ingediend.

De voorafgaande toestemming wordt geweigerd:
a) indien uit een klinische beoordeling met redelijke zekerheid blijkt dat de rechthebbende zal worden blootgesteld aan een veiligheidsrisico dat, gelet op de mogelijke baten van de gewenste grensoverschrijdende geneeskundige verstrekkingen, niet als aanvaardbaar kan worden aangemerkt;
b) indien met redelijke zekerheid vaststaat dat de bevolking zal worden blootgesteld aan een aanzienlijk veiligheidsrisico als gevolg van de betrokken geneeskundige verstrekkingen;
c) indien die geneeskundige verstrekkingen worden verstrekt door een zorgverlener die aanleiding geeft tot ernstige en specifieke bezorgdheid in verband met de inachtneming van normen en richtsnoeren inzake zorgkwaliteit en veiligheid van de patiënt, met inbegrip van normen inzake toezicht, ongeacht of die normen en richtsnoeren bij wettelijke of bestuursrechtelijke bepaling zijn vastgesteld dan wel door middel van erkenningssystemen in de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt.
d) indien de behandeling op 's lands grondgebied kan worden verleend binnen een termijn die, gelet op de gezondheidstoestand van de rechthebbende op dat moment en het te verwachten ziekteverloop, medisch verantwoord is.

(…)

§ 2/1. De schriftelijke aanvraag voor een voorafgaande toestemming voor geneeskundige verstrekkingen in het buitenland wordt door de rechthebbende bij de adviserend arts van zijn verzekeringsinstelling ingediend met een ter post aangetekende brief of op gelijk welke andere manier die toelaat de datum van indiening met zekerheid vast te stellen. De aanvraag is ondertekend door de rechthebbende zelf of door zijn wettelijke vertegenwoordiger.
Bij de aanvraag wordt een omstandig medisch verslag gevoegd van een arts-specialist, die gespecialiseerd is in de behandeling van de desbetreffende aandoening en wettelijk gemachtigd is om de geneeskunde in een lidstaat van de Europese Unie of een Staat behorend tot de Europese Economische Ruimte uit te oefenen, en dat de adviserend arts moet toelaten zich een oordeel te vormen. De adviserend arts kan desgevallend een bijkomend advies vragen van een arts-specialist, die gespecialiseerd is in de behandeling van de desbetreffende aandoening en gemachtigd is om de geneeskunde in België uit te oefenen.

§ 2/2. Bij de behandeling van de aanvraag voor een voorafgaande toestemming houdt de adviserend arts rekening met:
a) de specifieke gezondheidstoestand van de rechthebbende,
b) de dringendheid en individuele omstandigheden.

De adviserend arts reageert binnen de 45 kalenderdagen op de ingediende aanvraag en brengt de verzekerde hiervan schriftelijk op de hoogte. Die reactie kan de volgende beslissingen inhouden:
- *de aanvraag wordt goedgekeurd;*
- *de aanvraag wordt afgekeurd met opgave van een grondige motivering;*
- *de aanvraag is onvolledig of vergt bijkomende informatie. In dit geval brengt de adviserend arts de rechthebbende hiervan op de hoogte en vraagt hij om bijkomende informatie. Indien nodig kan de adviserend arts de rechthebbende oproepen voor een medisch onderzoek.*

(…)"

2.
De heer … erkent dat hij op de hoogte was van het feit dat hij een voorafgaande toelating van de medisch adviseur van zijn ziekenfonds nodig had om tussenkomst te kunnen bekomen.
Evenmin betwist hij dat de behandeling in het buitenland van 24 juli 2019 tot 28 juli 2019 *de facto* is doorgegaan zonder dat hij op dat ogenblik over de vereiste toelating beschikte.

Toch meent hij dat de bestreden beslissing moet worden vernietigd om reden dat er sprake zou zijn van overmacht. Hij meent ook dat hem retro-actief toelating dient te worden verleend.

3.

Het staat derhalve in ieder geval vast dat de heer … een medische behandeling met hospitalisatie in Nederland heeft ondergaan van 24 juli 2019 tot 28 juli, zonder dat hij op dat ogenblik reeds de toelating daarvoor bekwam van de medisch adviseur van tweede verweerster. Dat aldus niet is voldaan aan het hierboven geciteerde artikel 294, §1, 14° van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, staat aldus buiten kijf.

4.

De heer … is evenwel van oordeel dat dit louter te wijten is aan overmacht aan zijn zijde.

De heer … beroept zich aldus op overmacht om aan zijn wettelijke verplichting bedoeld in artikel 294 §1 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 (het vooraf vragen van toestemming aan de adviserend arts van zijn ziekenfonds) te voldoen.

5.

Opdat er sprake zou zijn van overmacht, moet er in de eerste plaats sprake zijn van een effectieve onmogelijkheid om een bepaalde verplichting uit te voeren of na te komen.

Niet vereist is dat de onmogelijkheid tot het nakomen van een bepaalde verplichting absoluut is. Een relatieve onmogelijkheid, het feit dat in alle redelijkheid de uitvoering onmogelijk is geworden, volstaat. Het loutere feit dat de uitvoering van een bepaalde verbintenis moeilijker of duurder wordt, maar op zich niet onmogelijk, volstaat echter niet om van overmacht te kunnen spreken.

In de tweede plaats moet die onmogelijkheid het gevolg zijn van een omstandigheid of gebeurtenis die niet toerekenbaar is aan de schuldenaar van die verplichting.

Aangezien elke partij in beginsel dient te bewijzen wat zij aanvoert, rust de bewijslast van overmacht om zijn administratieve verplichtingen te voldoen, op de heer ….

6.

Bewijzen in rechte houdt in dat de rechter een redelijke mate van zekerheid wordt verschaft over het bestaan van de aangevoerde feiten. Indien de wet geen bijzonder bewijsmiddel voorschrijft, zoals hier het geval is, beoordeelt de rechter in feite en derhalve op onaantastbare wijze de bewijswaarde van de hem regelmatig voorgelegde gegevens van de zaak (bv. Cass. 17.12.1980, Arr. Cass. 1980-81, 442).

De bewijswaarde van een bewijsmiddel is de geloofwaardigheid die de rechter eraan kan hechten volgens zijn eigen overtuiging. De vraag of bepaalde feiten al dan niet bewezen zijn, is een feitenkwestie (zie o.m. Cass. 10.11.1983, Arr. Cass. 1983-84, 296; Cass. 08.05.1980, Arr. Cass. 1979-80, 1127).

Het staat de rechtbank vrij om geen geloof te hechten aan bepaalde verklaringen en zijn overtuiging te gronden op andere hem voorgelegde gegevens die volgens hem afdoende vermoedens opleveren, ook wanneer andere gegevens in de zaak op het tegendeel wijzen (vgl. Cass. 23.01.2008, Arr. Cass. 2008, nr. 53).

7.

De Rechtbank stelt vast dat de heer … in zijn verzoekschrift een eigen verklaring bijbrengt, waarin hij zijn visie dat hij in de volstrekte onmogelijkheid verkeerde om zijn administratieve verplichtingen, met name toestemming vragen aan de medisch adviseur, te voldoen, als volgt uiteenzet:

“Eind 5/19 had ik een afspraak bij de orthopedist in Nederland. Er werd een scan van m’n rug gemaakt en zij zag dat er een holte met vocht was verschenen in m’n rug. Dit werd gemeld aan de afdeling neurochirurgie en de neurochirurg was meteen langsgekomen om te prikken voor een onderzoek van het bloed. Na 6 uur wachten kwam de neurochirurg melden dat ik een ontsteking van het bloed had. Ik mocht naar huis gaan, maar hij zei dat indien ik symptomen als hoofdpijn, koorts vertoonde, ik meteen moest bellen naar het ziekenhuis.

In juli kreeg ik opeens erge hoofdpijn en koorts die maar niet wegging. Door mijn ernstige situatie belde ik aanvankelijk m’n huisarts om op huisbezoek langs te komen. Hij heeft mij ciprofloxocine voorgeschreven, maar zei dat indien mijn situatie met antibiotica na een paar dagen niet verbeterde, ik meteen naar de spoed in Nederland moest bellen. Omdat ik me na de kuur nog steeds heel erg slecht voelde en koorts en hoofdpijn had, heb ik naar de spoedafdeling in Nederland gebeld en hebben ze mij gemeld om te komen. We kwamen daar ’s avonds aan. Eens gearriveerd, werd er bij mij een lichaamstemperatuur van 38,3° C geregistreerd en hebben de artsen mij op de spoedafdeling gelegd waarna verschillende onderzoeken werden gedaan. De volgende dag kwam mij neurochirurg Dr. B.S. Harhanghi zeggen dat hij mij zou opereren om het vocht te verwijderen, maar aangezien hij na 2 dagen weg zou zijn, dit na z’n terugkeer moest gebeuren en hij ons op de hoogte zou stellen van z’n terugkeer. Hierna werden wij ontslagen uit het ziekenhuis. Wij waren in het ziekenhuis van 24 juli tot 28 juli. De dokter heeft na de operatie in maart ons ook gemeld dat bij verdere problemen wij door hem en in het ziekenhuis in Rotterdam moesten behandeld worden.”

De heer … brengt ook een verklaring de dato 14 april 2020 bij van zijn huisarts waarin deze akteert dat hij op 18 juli 2019 bij de heer … "op huisbezoek is geweest omdat hij toen serieus ziek was" en een medisch opnameverslag van de behandelend arts in Nederland de dato 31 juli 2019.

8.

De Rechtbank stelt vast dat uit geen van deze verklaringen blijkt dat de heer … in alle redelijkheid beschouwd daadwerkelijk in de onmogelijkheid verkeerde om voorafgaandelijk aan de behandeling toestemming te vragen aan de medisch adviseur van zijn ziekenfonds.

Vooreerst moet worden vastgesteld dat de heer … kennelijk al in mei 2019 in kennis werd gesteld van het feit dat een mogelijke vervolgbehandeling zich opdrong, naar aanleiding van een medische complicatie die zich op dat moment al manifesteerde (ongeacht de verdere evolutie van deze complicatie). Hij wist dus op dat moment goed dat hij nog geen toelating had tot een eventuele heropname, terwijl hij tegelijk aangeeft dat hij wist dat die wel absoluut vereist was om tussenkomst te kunnen bekomen.

Daarnaast toont de heer … niet aan dat hij tussen 18 april 2019, datum waarop hij wist dat een vervolgbehandeling zich opdrong (minstens een medisch consult zich opdrong waarop een behandeling voor de verslechtering van zijn medische toestand zou worden besproken), en de hospitalisatie in Nederland van 24 juli 2018 tot 28 juli 2018, enige poging zou hebben ondernomen om met spoed de toestemming van de medisch adviseur te verkrijgen. Ook na de consultatie van de behandelend arts in Nederland heeft hij er niet voor gekozen de operatie alsnog kort uit te stellen, in afwachting van deze toestemming. Het tijdsverloop maakt op zichzelf al duidelijk dat van een spoedopname in het ziekenhuis in Nederland nochtans geen sprake was. De heer … wachtte immers nog een week na het huisbezoek van zijn huisarts om naar het ziekenhuis in Nederland af te reizen.

9.

De Rechtbank is van oordeel dat deze feitelijkheden gekwalificeerd dienen te worden als een bewuste keuze van de heer … en niet als een overmachtssituatie. Hij wist of diende te weten dat daaraan de consequentie vasthing dat de behandeling en hospitalisatie aldus zou plaatsvinden zonder de vereiste voorafgaande goedkeuring en dat derhalve geen tussenkomst zou verleend worden.

OM DEZE REDENEN

DE RECHTBANK

Rechtsprekend op tegenspraak ten aanzien van eisende partij en tweede verwerende partij en in afwezigheid van eerste verwerende partij,

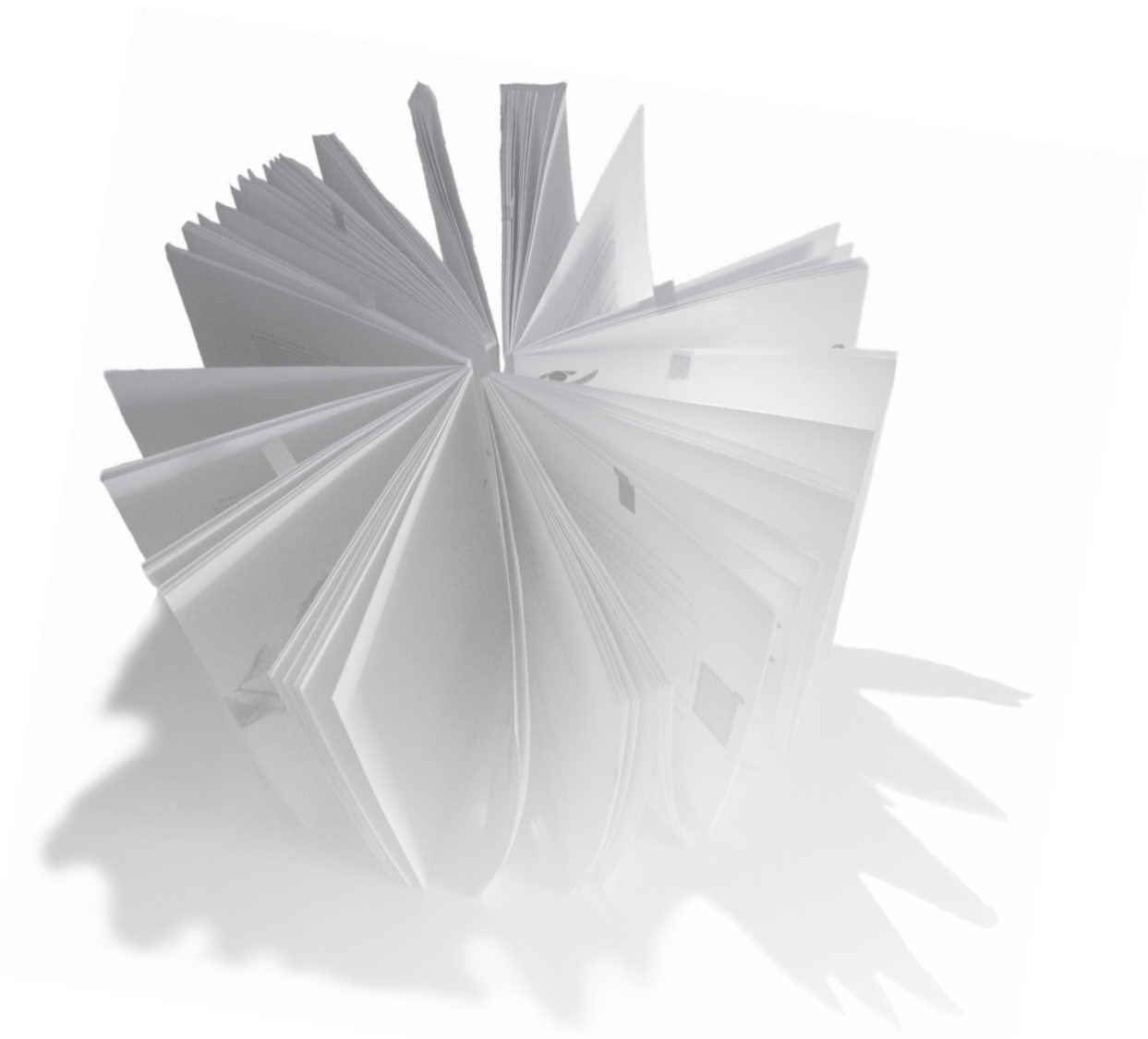
Op eensluidend advies van het openbaar ministerie,

Alle andere en strijdige conclusies van de hand wijzend,

Verklaart de vordering van de heer … ontvankelijk maar ongegrond,

…

3e Partie
Questions et réponses parlementaires



Falsification des certificats médicaux

Différents types d'"attestations médicales" - Nombre de signalements de fausses attestations – Mesures de sécurité – Plateforme eHealth – Projet Mult-eMediatt

Question n° 288 posée le 16 décembre 2020 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante TAQUIN[1]

Il semblerait que la problématique de la falsification de certificats médicaux signés à l'insu des médecins généralistes se serait accentuée.

La problématique n'est bien entendu pas neuve, mais semble s'exarcerber avec la crise sanitaire et la rédaction de certificats électroniques à distance. Malheureusement, cela peut remettre en cause la crédibilité de nos médecins et porter atteinte à la santé des fraudeurs ou de leurs victimes.

Il nous revient qu'une solution de certification serait bientôt mise en œuvre via la plateforme eHealth.

1. Combien de dossiers relatifs à la falsification de certificats médicaux ont été ouverts ces cinq dernières années ? Existe-t-il un cadastre précis ?

2. Actuellement, un système de sécurité est-il mis en place ?

3. Quelles sont les initiatives mises en œuvre à ce jour ? Quelles solutions comptez-vous apporter à court terme ?

4. Confirmez-vous qu'un processus de certification via la plateforme eHealth est en cours de réflexion ? En quoi consistera-t-il ? Dans quel délai sera-t-il opérationnel ?

Réponse :

1. Il existe différents types d' "attestations médicales" (entre autres les attestations de soins donnés, les certificats d'incapacité de travail, les prescriptions de médicaments ou de prestations, toutes autres sortes d'attestations médicales) qui ne sont pas toujours de la compétence directe de l'INAMI.

   C'est dernières années, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI a reçu les signalements suivants.

1. Bulletin n° 037, Chambre, session ordinaire 2020-2021, p. 133.

Tableau 1 : nombre de signalements de fausses attestations par an auprès du SECM 2015-2020

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Signalements de fausses attestations de soins donnés	1	1	4	1	1	1
ð dossiers SECM Signalements de fausses attestations d'incapacités de travail	1	3	0	1	2	1
ð transférés aux organismes assureurs Signalements de fausses prescriptions de médicaments			10-15 signalements par an			
ð éléments d'autres dossiers SECM						

D'autres signalements sont transférés aux instances compétentes dans le contexte des faux en écriture.

2. Les mesures de sécurité diffèrent en fonction du type d'attestation. Dans le cadre de la numérisation des différents types d'attestations, il y a lieu, outre la facilité pour les assurés et les dispensateurs de soins, de réduire la sensibilité à la fraude.

Medex a implémenté un flux sécurisé pour les certificats d'incapacité de travail (CIT) via la plateforme eHealth. Le flux papier reste cependant majoritaire.

Pour les attestations de soins donnés au format papier, des mesures spécifiques ont été prises avec SPEOS et les organismes assureurs procèdent à un blocage proactif en cas de fraude.

3. L'objectif de contrôle de la falsification des certificats par le patient n'est pas l'objectif principal du projet Mult-eMediatt. Néanmoins l'automatisation des certificats d'incapacité via un flux sécurisé mis en place par Mult-eMediatt aura un impact positif. Cependant il est important de noter que :

- le projet est actuellement sur base volontaire (autant du patient que les destinataires et le médecin généraliste)
- eHealth a opté pour une solution papier pour leur BCP "business continuous plan" (panne technique, etc.). Le papier sera donc toujours présent.

Pour les fausses prescriptions de certains médicaments, des solutions concrètes sont cherchées avec les acteurs concernés.

4. Le projet Mult-eMediatt en collaboration avec eHealth est un projet d'automatisation des certificats d'incapacité de travail via un flux sécurisé.

Voici les mesures de sécurité mise en place par eHealth :

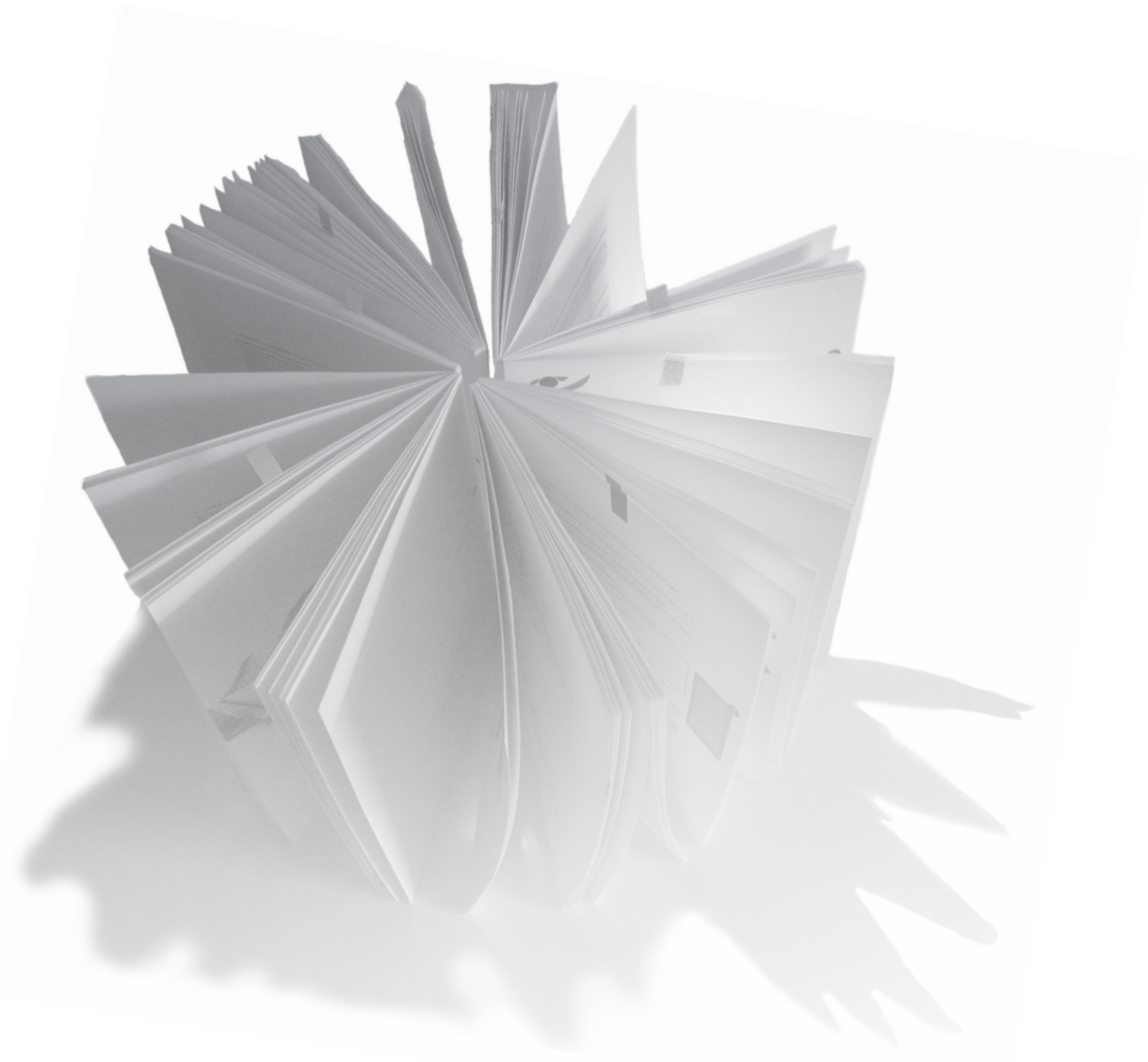
- le médecin est authentifié via un certificat eHealth
- les destinataires sont identifiés par eHealth
- l'envoi se fait sur e-box (sans diagnostic médical) ou ehealthBox (crypté et avec diagnostic)
- les software seront homologués par rapport au respect sur spécifications techniques par eHealth
- tous les participants doivent être GDPR *compliant*.

Au troisième trimestre 2021, la première itération de Mult-eMediatt sera mise en production. Il s'agit d'un scope réduit avec un nombre de destinataires limité afin de relancer le projet qui avait été gelé il y a deux ans. Ce scope se fera sur base volontaire autant pour le médecin généraliste que le patient.

Le scope de Mult-eMediatt au 3e trimestre 2021 ne couvre pas les certificats de quarantaine, ni les incapacités partielles, uniquement l'envoi par le médecin généraliste.

Enfin, je poursuivrai la concertation sur ce thème avec mes collègues des communautés et régions dans le cadre des divers organes de concertation compétents.

4e Partie
Directives de l'INAMI



I. L'octroi de l'indemnité de crise supplémentaire dans l'assurance indemnités en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

En vigueur à partir du 1er janvier 2021 jusqu'au 31 mars 2021

Le Moniteur belge du 23 septembre 2020 a publié l'arrêté royal du 15 septembre 2020 portant octroi, suite à la pandémie COVID-19, d'une indemnité de crise supplémentaire à certains travailleurs indépendants et conjoints aidants reconnus en incapacité de travail.

L'arrêté royal du 22 décembre 2020 modifiant l'arrêté royal du 15 septembre 2020 portant octroi, suite à la pandémie COVID-19, d'une indemnité de crise supplémentaire à certains travailleurs indépendants et conjoints aidants reconnus en incapacité de travail (publié au M.B. du 29.12.2020) *prolonge l'octroi de l'indemnité de crise supplémentaire jusqu'au* ***31 mars 2021*** *inclus.*

À la suite de la mesure spéciale de droit passerelle de crise introduite à la suite à la pandémie de COVID-19, qui accorde, sous certaines conditions, une allocation financière mensuelle de 1.291,69 EUR au titulaire sans personne à charge en cas de cessation de l'activité indépendante, cet arrêté royal prévoit l'octroi d'une indemnité de crise supplémentaire

- à certains titulaires cohabitants reconnus en incapacité de travail sans personne à charge, au plus tôt à partir du 1er mars 2020
- aux titulaires cohabitants reconnus en incapacité de travail sans personne à charge tenus de cesser "l'activité autorisée" pendant au moins sept jours civils consécutifs à partir du 1er mars 2020 au plus tôt.

Via l'octroi de l'indemnité de crise supplémentaire, le montant total journalier du revenu de remplacement dû à l'incapacité de travail de ces titulaires est égal au montant mensuel de l'allocation financière, évalué en jours ouvrables, visé à l'article 10, § 1er, premier alinéa, de la loi du 22 décembre 2016 instituant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants (soit le montant accordé au titulaire sans personne à charge : 49,68 EUR = 1.291,69 EUR / 26).

Cette indemnité de crise supplémentaire est accordée pour chaque jour où ces titulaires ont effectivement droit, le cas échéant, à l'indemnité d'incapacité primaire ou à l'indemnité d'invalidité.

Cela signifie qu'en cas d'incapacité de travail qui commence au plus tôt le 1er mars 2020 mais qui ne dure pas au moins huit jours, l'intéressé ne pourra pas bénéficier d'une indemnité de crise complémentaire (compte tenu de l'application de la *période de carence* dans une telle situation).

1. Groupe cible

Le groupe cible de la mesure comprend deux catégories de titulaires reconnus en incapacité de travail :

1.1. **Catégorie A :** l'incapacité de travail du titulaire cohabitant sans personne à charge à partir du 1er mars 2020 au plus tôt

Pour que l'assuré ait droit à l'indemnité de crise complémentaire, les conditions ***cumulatives suivantes*** doivent être remplies :

a) l'état d'incapacité de travail primaire de l'intéressé tel que reconnu par le médecin-conseil commence au plus tôt à partir du 1er mars 2020.

Remarques :

- en cas de *rechute en incapacité de travail primaire pour laquelle l'incapacité de travail initiale débute avant le 1er mars 2020*, l'intéressé n'a donc pas droit à l'indemnité de crise supplémentaire
- l'indemnité de crise supplémentaire n'est plus octroyée dés que la période d'invalidité débute (au plus tôt à partir du 01.03.2021).

b) l'intéressé a la qualité de titulaire visée à l'article 3, 1° ou 4°, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

Il s'agit donc des travailleurs indépendants et des conjoints aidants qui sont soumis au statut social des travailleurs indépendants et qui ont droit à des indemnités d'incapacité de travail.
Les assurés suivants ne peuvent prétendre à l'indemnité de crise complémentaire :

- les travailleurs indépendants admis à l'assurance continuée, dans les conditions prévues en vertu de la législation relative à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants
- les travailleurs indépendants bénéficiant du maintien des droits sociaux dans le cadre du droit passerelle, visé à l'article 3, 2°, de la loi du 22 décembre 2016 instituant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants
- les travailleurs indépendants qui interrompent complètement leur activité professionnelle et qui ne sont redevables d'aucune cotisation du fait de l'exercice de soins informels.

c) l'intéressé a la qualité de titulaire cohabitant sans personne à charge.
En d'autres termes, il ne remplit pas les conditions prévues aux articles 225, 226 et 226*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 et perçoit donc une indemnité d'incapacité primaire de 38,10 EUR.

1.2. **Catégorie B :** le titulaire reconnu en incapacité de travail sans personne à charge, qui n'appartient pas à la catégorie A précitée, a dû cesser son activité avec l'autorisation du médecin-conseil pendant au moins sept jours civils consécutifs à partir du 1er mars 2020 au plus tôt

Pour que l'assuré ait droit à l'indemnité de crise supplémentaire, les conditions ***cumulatives*** suivantes doivent être remplies :

a) l'intéressé a cessé l'activité exercée avec l'autorisation du médecin-conseil en vertu de l'article 23 ou de l'article 23*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 pendant au moins sept jours civils consécutifs à partir du 1er mars 2020 au plus tôt.

L'assuré doit toujours informer par écrit la mutualité de la cessation (et, le cas échéant, de la reprise) de cette activité autorisée.
La raison exacte de l'inactivité est sans importance (comme une aggravation de l'état de santé (que ce soit ou non suite à la pandémie de COVID-19), une cessation forcée suite à l'application de l'arrêté ministériel du 13.03.2020 et de tout autre arrêté ministériel ultérieur sur les mesures urgentes pour limiter la propagation du coronavirus COVID-19, une interruption suite à la pandémie de COVID-19 (raisons économiques) sans que cela soit obligatoire, etc.).

b) l'intéressé a la qualité de titulaire cohabitant sans personne à charge.
En d'autres termes, il ne remplit pas les conditions prévues aux articles 225, 226 et 226*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 et perçoit donc une indemnité d'incapacité primaire de 38,10 EUR ou une indemnité d'invalidité de 38,10 EUR (sans cessation de l'activité) ou de 42,60 EUR (avec cessation de l'activité) selon le cas.

Remarque : le droit à l'indemnité de crise supplémentaire d'un assuré appartenant à la catégorie A et devant interrompre l'activité autorisée pendant au moins sept jours civils consécutifs est maintenu. En effet, la condition de cessation de l'activité autorisée pendant au moins sept jours civils consécutifs ne s'applique pas dans une telle situation (puisque l'intéressé avait déjà droit à l'indemnité de crise supplémentaire avant la cessation).

2. Fixation du montant de l'indemnité de crise supplémentaire

Le montant journalier de l'indemnité de crise supplémentaire est égal à la différence entre 49,68 EUR et le montant de l'indemnité d'incapacité primaire (38,10 EUR) ou de l'indemnité d'invalidité (38,10 EUR (sans cessation de l'activité) ou 42,60 EUR (avec cessation de l'activité) auquel le titulaire a droit.

Le montant quotidien de l'indemnité de crise supplémentaire s'élève donc à :

- 49,68 EUR - 38,10 EUR = ***11,58 EUR*** (pour un titulaire reconnu en incapacité primaire ou un titulaire invalide percevant l'indemnité "sans cessation de l'activité")
- 49,68 EUR - 42,60 EUR = ***7,08 EUR*** (pour un titulaire invalide percevant l'indemnité "avec cessation de l'activité").

3. Application des règles (anti)cumul et des règles de déduction en raison d'une sanction

3.1. Règles anticumuls prévues dans l'arrêté royal du 15 septembre 2020 portant octroi, suite à la pandémie COVID-19, d'une indemnité de crise supplémentaire à certains travailleurs indépendants et conjoints aidants reconnus en incapacité de travail

L'arrêté royal du 15 septembre 2020 stipule lui-même que l'indemnité de crise supplémentaire n'est pas due pour la période pendant laquelle l'intéressé perçoit des allocations de chômage temporaires après la cessation de l'activité salariée avec l'autorisation du médecin-conseil.

3.2. Règles (anti)cumul et règles de déduction prévues dans l'arrêté royal du 20 juillet 1971

L'article 5 de l'arrêté royal du 15 septembre 2020 stipule que : *"Dans la mesure où il n'y est pas dérogé par les dispositions du présent arrêté, les dispositions du Titre Ier de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 qui concernent l'assurance indemnités, sont applicables à l'octroi de l'indemnité de crise supplémentaire visée à l'article 3".*

Compte tenu de cette disposition, par exemple les règles déterminant l'application d'une sanction ou les règles (anti)cumul énoncées, par exemple, à l'article 28 ou à l'article 29 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 *sont également pleinement applicables à l'indemnité de crise supplémentaire*.

Cela signifie donc que, dans le cadre du paiement rétroactif de l'indemnité de crise supplémentaire, un nouveau calcul devrait être effectué, le cas échéant, en tenant compte de la règle de cumul déjà appliquée au montant de l'indemnité d'incapacité primaire ou de l'indemnité d'invalidité.

3.2.1. APPLICATION DE LA SANCTION IMPLIQUANT UNE RÉDUCTION DE 10 % DU MONTANT DE L'INDEMNITÉ POUR DÉCLARATION TARDIVE D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (ART. 58*BIS* DE L'A.R. DU 20.07.1971)

Le montant de l'indemnité de crise supplémentaire est réduit de 10 %, comme le montant de l'indemnité d'incapacité primaire ou de l'indemnité d'invalidité.

3.2.2. APPLICATION DE L'ARTICLE 28 DE L'ARRÊTÉ ROYAL DU 20 JUILLET 1971

Si l'intéressé ne bénéficie pas d'une indemnité d'incapacité primaire ou d'une indemnité d'invalidité du fait de l'application de l'article 28, § 1er, alinéa 1er, ou § 2, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, l'octroi de l'indemnité de crise supplémentaire est également refusé.

3.2.3. APPLICATION DE L'ARTICLE 28*BIS* DE L'ARRÊTÉ ROYAL DU 20 JUILLET 1971

Principe :

revenu de remplacement découlant du travail autorisé visé à l'article 23 ou à l'article 23bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971
= revenu découlant directement du travail autorisé visé à l'article 23 ou à l'article 23bis.

=> Dans le cadre des règles de cumul visées à l'article 28*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, les revenus de remplacement découlant de l'activité autorisée sont pris en considération comme les revenus découlant directement de l'activité autorisée.

=> Pour le passage à une phase de cumul ultérieure visée à l'article 28*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, la période couverte par un revenu de remplacement est prise en considération comme une période de travail autorisé visé à l'article 23 ou à l'article 23*bis* de l'arrêté royal précité.

C'est une période assimilée à une période d'activité (rémunérée).

Exception :
L'indemnité de crise supplémentaire (visée à l'art. 28bis, § 5 de l'A.R. du 20.07.1971[1]) accordée suite à la cessation de l'activité pendant au moins 7 jours civils consécutifs à partir du 1er mars 2020 au plus tôt
≠ revenu découlant directement du travail autorisé visé à l'article 23 ou à l'article 23bis

1. Cf. l'A.R. du 22.11.2020 modifiant l'art. 28*bis* de l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants.

=> Cet avantage supplémentaire n'est pas pris en considération dans le cadre des règles de cumul visés à l'article 28*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

=> Cet avantage supplémentaire n'est pas non plus pris en considération pour le passage à une phase de cumul ultérieure visée à l'article 28*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

Ce n'est pas une période assimilée à une période d'activité (rémunérée).

3.2.4. APPLICATION DE L'ARTICLE 29 DE L'ARRÊTÉ ROYAL DU 20 JUILLET 1971

Pour l'application de la règle de la différence visée à l'article 29 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, la somme du montant de l'indemnité d'incapacité primaire ou de l'indemnité d'invalidité et du montant de l'indemnité de crise supplémentaire doit être réduite de l'avantage correspondant *par exemple à :*

- l'indemnité d'incapacité primaire (y compris l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire) ou l'indemnité d'invalidité octroyée dans le cadre du régime des travailleurs salariés
- les indemnités ou les rentes suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle
- les pensions de retraite, de repos ou d'ancienneté.

> Exemple 1 :

L'assuré a une double qualité (qualité de titulaire dans le régime des travailleurs salariés ET dans le régime des travailleurs indépendants). Sa rémunération perdue dans le cadre de son emploi en tant que travailleur salarié s'élève à 70,0000 EUR et il a la qualité de titulaire cohabitant sans personne à charge.

a) *Montant de l'indemnité d'incapacité de travail dans le régime des travailleurs salariés :*

- le montant de l'indemnité d'incapacité primaire est égal à 60 % de 70,0000 EUR = ***42,00 EUR***
- le montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire est de (10 % de 70,0000 EUR) + 5,63 EUR = 7,00 EUR + 5,63 EUR = 12,63 EUR
  compte tenu du minimum garanti de 61,22 EUR (61,22 EUR < rémunération perdue de l'intéressé), cette indemnité d'incapacité primaire supplémentaire est égale à ***19,22 EUR*** (= 61,22 EUR - 42,00 EUR).

b) *Montant de l'indemnité d'incapacité de travail dans le régime des travailleurs indépendants :*

- le montant de l'indemnité d'incapacité primaire est de ***38,10 EUR***
- le montant de l'indemnité de crise supplémentaire est de 49,68 EUR - 38,10 EUR : ***11,58 EUR***.

c) *Application de la règle de la différence visée à l'article 29, § 1er, 1°, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 :*

[38,10 EUR + 11,58 EUR] - [42,00 EUR + 19,22 EUR] = 49,68 EUR - 61,22 EUR = < ***0 EUR***
L'intéressé n'a donc pas droit à une indemnité du régime des travailleurs indépendants.

> Exemple 2 :

Un travailleur indépendant a la qualité de titulaire cohabitant sans personne à charge et perçoit une rente de 40 EUR par jour en raison d'un précédent accident du travail.

a) *Montant de l'indemnité d'incapacité de travail :*

- le montant de l'indemnité d'incapacité primaire est de ***38,10 EUR***
- le montant de l'indemnité de crise supplémentaire est de 49,68 EUR - 38,10 EUR = ***11,58 EUR.***

b) *Application de la règle de la différence visée à l'article 29, § 1er, 2°, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 :*

[38,10 EUR + 11,58 EUR] - [40,00 EUR] = 49,68 EUR - 40 EUR = ***9,68 EUR.***

4. Impact de l'octroi de l'indemnité de crise supplémentaire sur la vérification de la situation familiale du titulaire reconnu en incapacité de travail

Le montant de l'indemnité de crise supplémentaire (octroyée au titulaire cohabitant reconnu en incapacité de travail qui est lui-même reconnu en incapacité de travail dans le régime des travailleurs indépendants) n'est pas pris en compte pour la détermination de la situation familiale.

Cette neutralisation est explicitement prévue à l'article 225, § 3, alinéa 10, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.[2]

5. Impact de l'octroi de l'indemnité de crise supplémentaire sur la fixation des revenus du ménage dans le cadre des dossiers "article 22"

Le montant de l'indemnité de crise supplémentaire fait partie des revenus du ménage bruts imposables et doit donc être prise en considération pour la fixation des revenus du ménage dans le cadre des dossiers "article 22".[3]

Il faut tenir compte de la période couverte par ces indemnités de crise supplémentaires.

6. Retenue du précompte professionnel sur l'indemnité de crise supplémentaire

Un pourcentage **fixe** de retenue du précompte professionnel (11,11 %) est dû sur l'indemnité de crise supplémentaire (octroyée durant la période d'incapacité primaire).[4]

2. Cf. l'A.R. du 12.11.2020 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14.07.1994.
3. Cf. l'application du règlement du 17.03.1999 portant exécution de l'art. 22, § 2, a, de la loi du 11.04.1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social et du règlement du 12.02.2001 portant exécution de l'art. 22, § 2, a, de la loi du 11.04.1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social.
4. Cf. l'A.R. du 16.12.2020 modifiant, en matière de précompte professionnel, l'AR/CIR 92.

7. Fin de l'octroi de l'indemnité de crise supplémentaire

La réglementation actuelle ne prévoit pas d'accorder l'indemnité de crise supplémentaire (prévue dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants et des conjoints aidants) pour une période d'incapacité de travail après le 31 mars 2021.

8. Date de versement de l'indemnité de crise supplémentaire

Comme pour l'indemnité d'incapacité primaire (et l'indemnité d'invalidité), l'indemnité de crise supplémentaire est payée, au début de l'incapacité de travail, au plus tard à la fin du deuxième mois suivant le mois pendant lequel la déclaration d'incapacité de travail a été transmise au médecin-conseil de la mutualité. Par la suite, l'indemnité de crise supplémentaire est payée au plus tôt l'antépénultième jour ouvrable de chaque mois pour le mois en cours et, au plus tard, dans les cinq premiers jours de chaque mois pour le mois qui précède (cf. art. 34 de l'A.R. du 20.07.1971).

Circulaire O.A. n° 2021/7 - 480/12 du 6 janvier 2021.

II. L'octroi d'une indemnité d'incapacité primaire supplémentaire dans le régime des travailleurs salariés

En vigueur à partir du 1er janvier 2021 jusqu'au 31 mars 2021

La loi du 24 juin 2020 octroyant un complément temporaire aux indemnités d'incapacité primaire a été publiée au Moniteur belge du 2 juillet 2020.
La loi du 20 décembre 2020 portant des mesures de soutien temporaires en raison de la pandémie du COVID-19 (publiée au M.B. du 30.12.2020) modifie la loi précitée du 24 juin 2020. En particulier, il est prévu qu'à partir du **1er janvier 2021** la somme du montant de l'indemnité d'incapacité primaire et du montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire ne puisse pas excéder le montant de la rémunération perdue du travailleur.

Suite à la mesure particulière de chômage temporaire pour force majeure "COVID-19" prise dans l'assurance chômage, cette loi prévoit, sous certaines conditions, l'octroi, au plus tôt à partir du 1er mars 2020, d'une indemnité d'incapacité primaire supplémentaire à certains titulaires reconnus en incapacité de travail dont le montant de la rémunération perdue est inférieur à 132,9990 EUR.
Cette indemnité d'incapacité primaire supplémentaire est accordée pour chaque jour où les titulaires ont effectivement droit à l'indemnité d'incapacité primaire.

1. Groupe cible

Pour que l'assuré puisse prétendre à l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire, les conditions suivantes doivent être remplies ***cumulativement*** :

a) l'état d'incapacité de travail de l'intéressé, tel que reconnu par le médecin-conseil, commence au plus tôt le 1er mars 2020.

Remarques :

- en cas de *rechute en incapacité primaire* pour laquelle la date de début de l'incapacité de travail initiale est antérieure au 1er mars 2020, l'assuré n'ouvre donc *pas* de droit à l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire
- l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire n'est plus octroyée dès que la période d'invalidité débute (au plus tôt à partir du 01.03.2021).

b) l'assuré a la qualité de titulaire visée à l'article 86, § 1er, 1°, a) et b) de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou, en tant que chômeur contrôlé, a la qualité de travailleur à temps partiel avec maintien des droits visés à l'article 29, § 2, de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage ou de travailleur à temps partiel volontaire visé à l'article 104, § 1er ou § 1*bis*, de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 précité.

Il s'agit donc :

- des assurés qui, dans le cadre d'un emploi (contrat de travail ou assimilé), sont redevables de cotisations au secteur des indemnités (le cas échéant, cet emploi est combiné avec une composante chômage comme, par ex., l'octroi d'une allocation de garantie de revenus).

Remarque : un **apprenti** tel que déterminé en exécution de l'article 1, § 1er, alinéa 3, de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs ne paie pas de cotisations pour le secteur des indemnités avant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il atteint l'âge de 18 ans, mais peut également prétendre à l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire (= qualité de titulaire visée à l'art. 86, § 1er, 1°, a), 2e al., de la loi coordonnée du 14.07.1994).

- des assurés qui bénéficient d'une indemnité en raison de la résiliation du contrat de travail et en vertu de laquelle les cotisations nécessaires au secteur des indemnités sont retenues sur cette indemnité.

Remarque : pendant la période couverte par l'indemnité de rupture du contrat de travail, l'octroi de indemnité d'incapacité primaire complémentaire est bien entendu refusé – application de l'article 103, § 1er, 1° ou 3°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 (*cf. infra*).

- des assurées qui interrompent leur travail ou ne le reprennent pas, pour se reposer au plus tôt à partir du cinquième mois de grossesse.

L'octroi ou non de l'indemnité d'incapacité primaire complémentaire est déterminé par la qualité du titulaire *à la date du début de l'incapacité de travail.*
Un travailleur salarié ayant un contrat de travail à durée déterminée aura donc droit à l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire pendant toute la période d'incapacité de travail au cours de laquelle cette indemnité peut être accordée, même si ce contrat de travail venait à expirer pendant cette période.
En revanche, un assuré dont l'incapacité de travail commence dans les trente jours suivant la fin du contrat de travail (sans octroi d'une indemnité de rupture) et pour lequel, conformément à l'article 31 du règlement des indemnités du 16 avril 1997, l'indemnité d'incapacité est en principe calculée sur la rémunération perdue à laquelle l'intéressé avait droit le dernier jour du contrat de travail, n'aura *pas* droit à l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire.

c) la rémunération perdue sur la base de laquelle est calculée l'indemnité d'incapacité primaire est inférieure à 132,9990 EUR.

Remarque : aux fins de la vérification de ce plafond, il est *également* tenu compte, le cas échéant, de la rémunération perdue résultant de la composante chômage (cf. la situation du titulaire qui, en tant que chômeur contrôlé, a le statut (i) de travailleur salarié à temps partiel avec maintien des droits avec octroi d'une allocation de garantie de revenu ou (ii) de travailleur salarié à temps partiel volontaire qui a repris le travail (octroi d'une allocation de garantie de revenu ou réduction du nombre de demi-allocations). En d'autres termes, la rémunération perdue liée à la composante chômage est également prise en compte pour déterminer si la rémunération perdue (totale) est inférieure à 132,9990 EUR.

2. Détermination du montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire

Règle générale : le montant journalier de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire est fixé à 10 % de la rémunération perdue de l'intéressé, le montant obtenu étant majoré de 5,63 EUR.

> Exemple : la rémunération perdue d'un assuré X s'élève à 95,0000 EUR :

- le montant de l'indemnité d'incapacité primaire correspond à 60 % de 95,0000 EUR, soit 57,00 EUR
- le montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire correspond à (10 % de 95,0000 EUR) + 5,63 EUR, soit 9,50 EUR + 5,63 EUR = *15,13 EUR.*

Toutefois, dans le cas d'un assuré qui, en tant que chômeur contrôlé, a la qualité (i) de travailleur salarié à temps partiel avec maintien des droits pouvant prétendre à une allocation de garantie de revenu ou (ii) de travailleur salarié à temps partiel volontaire qui reprend le travail, ***seule*** *la rémunération perdue résultant de la composante emploi est prise en compte pour la détermination de la rémunération perdue sur la base de laquelle l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire est calculée.*

Plafonnement à un montant total de 79,80 EUR :

- toutefois, pour les titulaires visés à l'article 86, § 1er, 1°, a) et b), de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, dont la rémunération perdue est supérieure à 105,9523 EUR et inférieure à 132,9990 EUR, l'octroi de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire ne peut avoir pour effet que la somme du montant de l'indemnité d'incapacité primaire et du montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire dépasse 79,80 EUR.

=> En d'autres termes, le montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire est égal à la différence entre 79,80 EUR et le montant égal à 60 % de la rémunération perdue.

- toutefois, pour les titulaires qui, en tant que chômeurs contrôlés, ont le statut (i) d'un travailleur salarié à temps partiel avec maintien des droits ou (ii) d'un travailleur salarié à temps partiel volontaire qui a repris le travail *et dont la rémunération perdue résultant de la composante emploi* est supérieure à 105,9523 EUR et inférieure à 132,9990 EUR, l'octroi de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire ne peut avoir pour effet que la somme du montant de l'indemnité d'incapacité primaire et du montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire dépasse 79,80 EUR.

=> En d'autres termes, le montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire est égal à la différence entre 79,80 EUR et le montant égal à 60 % de la rémunération perdue *résultant de la composante emploi.*

3. Garantie d'un montant journalier minimum de 61,22 EUR

Si le titulaire ne reçoit pas 61,22 EUR par jour, malgré l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire accordée en plus de l'indemnité d'incapacité primaire (fixée à 60 % de la rémunération perdue) et sa rémunération perdue n'est pas inférieure au montant de 61,22 EUR (cf. *infra* p. 4), ce dernier montant est garanti. Dans une telle situation, l'assuré reçoit donc une *indemnité d'incapacité primaire supplémentaire majorée* égale à la différence entre 61,22 EUR et le montant égal à 60 % de la rémunération perdue.

> Exemple : la rémunération perdue d'un assuré X s'élève à 65,0000 EUR :

- le montant de l'indemnité d'incapacité primaire correspond à 60 % de 65,0000 EUR, soit 39,00 EUR
- le montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire correspond à (10 % de 65,0000 EUR) + 5,63 EUR, soit 6,50 EUR + 5,63 EUR = 12,13 EUR.

La somme du montant de l'indemnité d'incapacité primaire et du montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire (51,13 EUR = 39,00 EUR + 12,13 EUR) étant inférieure à 61,22 EUR, l'intéressé recevra une indemnité d'incapacité primaire supplémentaire majorée de *22,22 EUR* (61,22 EUR - 39,00 EUR).

! **Remarque :** pour les titulaires qui, en tant que chômeurs contrôlés, ont le statut (i) de travailleur salarié à temps partiel avec maintien des droits avec octroi d'une allocation de garantie de revenu ou (ii) de travailleur salarié à temps partiel volontaire qui a repris le travail, cette garantie tient compte du montant de l'indemnité d'incapacité primaire fixé à 60 % de la rémunération perdue résultant de la composante emploi ***et*** à 60 % de la rémunération perdue résultant de la composante chômage.

Il n'est donc ***pas*** tenu compte, dans le cadre de la composante chômage, du montant obtenu après application de la mesure d'alignement/de limitation applicable pendant les six premiers mois d'incapacité de travail conformément à l'article 87, alinéa 3, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Toutefois, ce montant minimal n'est pas garanti :

- si, au début de l'incapacité de travail, l'assuré se trouve dans une période d'interruption de carrière partielle et perçoit une allocation d'interruption et ce, pour le reste de la période d'interruption de la carrière partielle
- si l'assuré se trouve dans une situation telle que décrite à l'article 242, § 1er, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Il s'agit de plusieurs occupations et dans le cadre d'un emploi, par exemple l'octroi :
  - du salaire garanti (cf. par ex. (i) un emploi en tant qu'ouvrier et en tant qu'employé avec des périodes distinctes de salaire garanti ou (ii) un emploi en tant que membre du personnel statutaire et sur la base d'un contrat de travail),
  - d'une indemnité de rupture ;
  - …
- si l'assuré commence un nouvel emploi pendant la période couverte par une indemnité de rupture, et ce, pendant la période couverte par cette indemnité de rupture.

4. Plafonnement du montant total au montant de la rémunération perdue

Le montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire est plafonné si la somme du montant de l'indemnité d'incapacité primaire (= 60 % de la rémunération perdue, le cas échéant porté au montant minimum applicable– cf. *infra* p. 5) et du montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire, dépasse la rémunération perdue du travailleur.
Dans l'hypothèse d'un tel dépassement, le montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire est égal à la différence entre la rémunération perdue précitée et le montant de l'indemnité d'incapacité primaire égal à 60 % de la rémunération perdue, le cas échéant porté au montant minimum applicable.

> Exemple : la rémunération perdue d'un assuré X s'élève à 50,0000 EUR :

- le montant de l'indemnité d'incapacité primaire correspond à 60 % de 50,0000 EUR, soit 30,00 EUR
- le montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire correspond à (10 % de 50,0000 EUR) + 5,63 EUR, soit 5,00 EUR + 5,63 EUR = *10,63 EUR*

Étant donné que la somme du montant de l'indemnité d'incapacité primaire et du montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire (40,63 EUR = 30,00 EUR + 10,63 EUR) est inférieure à 50,00 EUR (la rémunération perdue de l'intéressé < 61,22 EUR), l'intéressé recevra une indemnité d'incapacité primaire supplémentaire majorée de *20 EUR* (50,00 EUR - 30,00 EUR).

Remarques :

- pour l'application de ce plafonnement, il est toujours tenu compte de la rémunération perdue qui a, le cas échéant, été adaptée conformément à l'article 4 de la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.
  La majoration ou la diminution est appliquée à partir du mois fixé à l'article 6, 3°, de la loi précitée du 2 août 1971
- si le montant minimum applicable de l'indemnité d'incapacité primaire (octroyé au plus tôt à partir du 5e mois d'incapacité primaire – cf. *infra* p. 5) était déjà égal à la rémunération perdue ou dépassait la rémunération perdue, l'intéressé n'aurait donc pas droit à l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire.

5. Période à partir du 1er jour du cinquième mois de l'incapacité primaire : impact de l'octroi d'une indemnité minimale comme indemnité d'incapacité primaire

À partir du premier jour du cinquième mois d'incapacité primaire, une indemnité minimale est garantie conformément à l'article 213/1 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (5e et 6e mois d'incapacité primaire) et à l'article 214 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (à partir du 1er jour du 7e mois d'incapacité primaire).

Pour l'instant, ces minima s'élèvent à :

a) *durant le cinquième et sixième mois d'incapacité primaire :* 49,68 EUR, le cas échéant limité à la rémunération perdue de l'assuré.

b) *à partir du premier jour du septième mois d'incapacité primaire :*

	Titulaire avec charge de famille	Titulaire isolé	Titulaire cohabitant
Travailleur régulier	62,08 EUR	49,68 EUR	42,60 EUR
Travailleur non-régulier	51,18 EUR	37,87 EUR	37,87 EUR

Dans ce cas, l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire est égale à:

[montant égal à 60 % du salaire perdu + montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire (comme déterminé avant l'octroi de l'indemnité minimale)] - montant de l'indemnité minimale applicable

> Exemples :

Exemple 1 (travailleur régulier isolé)

a) *Quatre premiers mois*

Le salaire perdu d'un assuré X s'élève à 65,0000 EUR :

- le montant de l'indemnité d'incapacité primaire correspond à 60 % de 65,0000 EUR = 39,0000 EUR = 39,00 EUR
- le montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire correspond à (10 % de 65,0000 EUR) + 5,63 EUR = 6,5000 EUR + 5,63 EUR = 12,1300 EUR = 12,13 EUR

Étant donné que la somme du montant de l'indemnité d'incapacité primaire et le montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire est inférieure à 61,22 EUR, l'intéressé reçoit une indemnité d'incapacité primaire supplémentaire majorée de *22,22 EUR* (61,22 EUR - 39,00 EUR).

b) *Cinquième et sixième mois*

Durant le cinquième et sixième mois d'incapacité de travail, l'intéressé peut prétendre à l'indemnité minimale (49,68 EUR).
L'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire est alors [39,00 EUR + 22,22 EUR] - 49,68 EUR = *11,54 EUR.*

c) *À partir du premier jour du septième mois*

À partir du premier jour du septième mois de l'incapacité de travail, l'intéressé peut prétendre à une indemnité minimale "travailleur régulier" comme titulaire isolé (49,68 EUR).
L'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire est [39,00 EUR + 22,22 EUR] - 49,68 EUR = *11,54 EUR.*

Exemple 2 (travailleur non-régulier cohabitant)

a) *Quatre premiers mois*

Le salaire perdu d'un assuré Y s'élève à 40,0000 EUR :

- le montant de l'indemnité d'incapacité primaire correspond à 60 % de 40,0000 EUR = 24,0000 EUR = 24,00 EUR
- le montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire correspond à (10 % de 40,0000 EUR) + 5,63 EUR = 4,0000 EUR + 5,63 EUR = 9,6300 EUR = 9,63 EUR

Étant donné que la somme du montant de l'indemnité d'incapacité primaire et le montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire (33,63 EUR = 24,00 EUR + 9,63 EUR) est inférieure à 40,00 EUR (la rémunération perdue de l'intéressé < 61,22 EUR), l'intéressé reçoit une indemnité d'incapacité primaire supplémentaire majorée de *16,00 EUR* (40,00 EUR - 24,00 EUR).

b) *Cinquième et sixième mois*

Durant le cinquième et sixième mois d'incapacité de travail, l'intéressé peut prétendre à l'indemnité minimale (40,00 EUR – limitation à la rémunération perdue).
L'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire est alors [24,00 EUR + 16,00 EUR] - 40,00 EUR = *0 EUR.*

c) *À partir du premier jour du septième mois*

À partir du premier jour du septième mois de l'incapacité de travail, l'intéressé peut prétendre à une indemnité minimale "travailleur non-régulier" comme titulaire cohabitant (37,87 EUR).

L'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire est alors [24,00 EUR + 16,00 EUR] - 37,87 EUR = *2,13 EUR*.

Exemple 3 (travailleur régulier avec charge de famille)

a) *Six premiers mois*

Le salaire perdu d'un assuré Z s'élève à 100,0000 EUR :

- le montant de l'indemnité d'incapacité primaire correspond à 60 % de 100,0000 EUR = 60,0000 EUR = 60,00 EUR
- le montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire correspond à (10 % de 100,0000 EUR) + 5,63 EUR = 10,0000 EUR + 5,63 EUR = 15,6300 EUR = *15,63 EUR.*

b) *À partir du premier jour du septième mois*

À partir du premier jour du septième mois de l'incapacité de travail, l'intéressé peut prétendre à une indemnité minimale "travailleur régulier" comme titulaire avec charge de famille (62,08 EUR).
L'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire est [60,00 EUR + 15,63 EUR] - 62,08 EUR = *13,55 EUR.*

6. Application des règles de cumul (ou anti-cumul) et des règles de déduction en raison d'une sanction

6.1. Régime anti-cumul déterminé dans la loi du 24 juin 2020 octroyant un complément temporaire aux indemnités d'incapacité primaire

La loi du 24 juin 2020 octroyant un complément temporaire aux indemnités d'incapacité primaire détermine que l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire est toutefois refusée pour la période d'incapacité de travail au cours de laquelle le travailleur perçoit effectivement un complément ou une avance à charge de l'employeur conformément à la convention collective de travail n° 12*bis* ou n° 13*bis*.

Cette période expire en principe (au plus tard) après les 30 premiers jours de l'incapacité primaire (sauf en cas de rechute (i) pour cause de la même affection - le solde du salaire garanti est encore dû conformément à la réglementation sur les contrats de travail ou (ii) pour cause d'une autre affection - une nouvelle période de salaire garanti commence alors effectivement conformément à la réglementation sur les contrats de travail).

Via la ZIMA 001, l'employeur ou son mandataire doit indiquer ces jours dans la période de référence avec le code nature du jour 2.7 ou 2.9.

6.2. Règles anti-cumul et règles de déduction déterminées dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou en exécution de cette loi coordonnée

L'article 7 de la loi du 24 juin 2020 précise que : *"Dans la mesure où il n'y est pas dérogé par les dispositions de la présente loi, les dispositions des titres Ier, II, IV, Vbis à X et XII de la loi coordonnée qui concernent l'assurance indemnités sont applicables en ce qui concerne l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire visée à l'article 3."*

Vu cette disposition, les règles qui déterminent par exemple l'application d'une sanction ou les règles (anti-)cumul qui sont décrites dans l'article 103 ou l'article 136, § 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou en exécution de l'article 104 ou 108, 3° de cette même loi coordonnée sont précisées davantage dans l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (cf. art. 230, 232 et 235 de cet A.R.), *s'appliquent aussi intégralement à l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire.*

6.2.1. APPLICATION DE LA SANCTION IMPLIQUANT UNE RÉDUCTION DE 10 % DU MONTANT DE L'INDEMNITÉ EN RAISON DE LA DÉCLARATION TARDIVE DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (ART. 9 DU RÈGLEMENT DES INDEMNITÉS DU 16.04.1997) OU EN RAISON DE LA DÉCLARATION TARDIVE DE LA REPRISE DU TRAVAIL PENDANT L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (ART. 230, § 2*BIS* DE L'A.R. DU 03.07.1996)

Le montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire est réduit de 10 %, tout comme le montant de l'indemnité d'incapacité primaire.

6.2.2. APPLICATION DE L'ARTICLE 230 DE L'ARRÊTÉ ROYAL DU 3 JUILLET 1996

=> En cas d'exercice d'une activité autorisée par lequel le titulaire relève, d'une manière ou d'une autre, du champ d'application de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs (règles de cumul visées à l'art. 230, § 1er de l'A.R. du 03.07.1996) : une éventuelle diminution du montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire en fonction de la fraction d'occupation précise de l'activité autorisée (dispense de 20 %) ;

=> En cas d'exercice d'une activité autorisée par lequel le titulaire ne relève pas, d'une manière ou d'une autre, du champ d'application de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs (règles de cumul visées à l'art. 230, § 1er*ter* de l'A.R. du 03.07.1996) : la phase concernée du régime de cumul est également applicable sur le montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire.

6.2.3. APPLICATION DE L'ARTICLE 232 DE L'ARRÊTÉ ROYAL DU 3 JUILLET 1996

La somme du montant de l'indemnité d'incapacité primaire et du montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire est en principe réduite du montant converti en jours ouvrables de l'allocation d'interruption.

6.2.4. APPLICATION DE L'ARTICLE 235 DE L'ARRÊTÉ ROYAL DU 3 JUILLET 1996

L'application du régime de cumul visé à l'article 235 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 implique que le titulaire a droit à un montant égal à la différence entre 150 % (charge de famille) ou 125 % (sans charge de famille) de l'indemnité pour incapacité de travail (= *indemnité d'incapacité de travail primaire + indemnité d'incapacité de travail primaire supplémentaire*), fixée pour le titulaire ayant des personnes à charge, et le montant de la pension ou de l'avantage en tenant lieu, évalué en jours ouvrables, sans pouvoir dépasser le montant journalier de l'indemnité (*indemnité d'incapacité primaire + indemnité d'incapacité primaire supplémentaire*) qui lui serait alloué s'il n'y avait pas de cumul.

6.2.5. APPLICATION DE L'ARTICLE 136, § 2, DE LA LOI COORDONNÉE DU 14 JUILLET 1994

Dans le cadre de l'application de l'article 136, § 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, la somme du montant de l'indemnité d'incapacité primaire et du montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire doit être réduite du montant de l'avantage qui couvre le même dommage.

> Exemple : la rémunération perdue d'un assuré X s'élève à 102,0000 EUR :

- le montant de l'indemnité d'incapacité primaire correspond à 60 % de 102,0000 EUR, soit 61,20 EUR
- le montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire correspond à (10 % de 102,0000 EUR) + 5,63 EUR, soit 10,20 EUR + 5,63 EUR = 15,83 EUR.

Situation A : montant de l'indemnité d'incapacité primaire > montant de l'indemnité qui couvre ce même dommage

L'intéressé a droit à une indemnité (qui couvre le même dommage) égale à 50 EUR par jour.
Le montant de l'indemnité d'incapacité primaire a donc été réduit à 11,20 EUR. L'intéressé peut encore prétendre à une indemnité d'incapacité primaire supplémentaire égale à 15,83 EUR.

Situation B : montant de l'indemnité d'incapacité primaire + montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire > montant de l'indemnité qui couvre ce même dommage
(où le montant de l'indemnité d'incapacité primaire < montant de l'indemnité qui couvre ce même dommage)

L'intéressé a droit à une indemnité (qui couvre le même dommage) égale à 65 EUR par jour.
Le montant de l'indemnité d'incapacité primaire a donc été réduit à 0 EUR.
L'intéressé peut encore prétendre à une indemnité d'incapacité primaire supplémentaire égale à 12,03 EUR (15,83 EUR - 3,80 EUR) - comptabilisation du solde de 3,80 EUR.

Situation C : montant de l'indemnité d'incapacité primaire + montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire < montant de l'indemnité qui couvre ce même dommage

L'intéressé a droit à une indemnité (qui couvre le même dommage) égale à 80 EUR par jour.
Le montant de l'indemnité d'incapacité primaire a donc été réduit à 0 EUR.
L'intéressé peut encore prétendre à une indemnité d'incapacité primaire supplémentaire égale à 0 EUR (15,83 EUR - 18,80 EUR) - comptabilisation du solde.

7. Impact de l'octroi de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire sur la vérification de la situation familiale du titulaire reconnu en incapacité de travail (art. 225, § 3 de l'A.R. du 03.07.1996)

Le montant de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire (octroyée à la personne qui cohabite avec le titulaire reconnu en incapacité de travail et qui est reconnue en incapacité de travail dans le régime des travailleurs salariés) n'est pas pris en considération pour la fixation de la situation familiale.

Cette neutralisation est explicitement prévue à l'article 225, § 3, alinéa 9 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.[1]

8. Impact de l'octroi de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire sur la fixation des revenus du ménage dans le cadre des dossiers "article 22"

L'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire fait partie des revenus du ménage bruts imposables et doit donc être prise en considération pour la fixation des revenus du ménage dans le cadre des dossiers "article 22"[2].

Il faut tenir compte de la période couverte par ces indemnités d'incapacité primaire supplémentaires.

1. cf. l'A.R. du 12.11.2020 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14.07.1994.
2. cf. l'application du règlement du 17.03.1999 portant exécution de l'art. 22, § 2, a, de la loi du 11.04.1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social et du règlement du 12.02.2001 portant exécution de l'art. 22, § 2, a, de la loi du 11.04.1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social.

9. Retenue du précompte professionnel sur l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire

Un pourcentage **fixe** de précompte professionnel est dû sur l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire (suivant le cas, 11,11 % ou 10,09 %, en fonction de la qualité de l'assuré au moment de son entrée en incapacité de travail).[3]

10. Fin de l'octroi de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire

L'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire n'est plus octroyée pour la période d'incapacité de travail qui se situe après la date de fin d'application des mesures spécifiques prises dans le secteur du chômage pour augmenter le montant de l'allocation de chômage temporaire en cas de chômage temporaire pour force majeure suite à la crise de la COVID-19.

Compte tenu de la réglementation actuelle[4], l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire ne sera plus octroyée pour une période qui court à partir du **1er avril 2021**.

11. Date de paiement de l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire

Comme l'indemnité d'incapacité primaire, l'indemnité d'incapacité primaire supplémentaire est payée pour la première fois dans les trente jours qui suivent la réception de la déclaration d'incapacité de travail et par la suite, au plus tard dans les cinq premiers jours du mois, pour le mois précédent (cf. art. 20, § 1er du règlement des indemnités du 16.04.1997).

Circulaire O.A. n° 2021/13 – 404/60 du 12 janvier 2021.

3. cf. l'A.R. du 16.12.2020 modifiant, en matière de précompte professionnel, l'AR/CIR 92.
4. cf. art. 5 et 6 de l'A.R. du 30.03.2020 visant à adapter les procédures dans le cadre du chômage temporaire dû au virus COVID-19 et à modifier l'art. 10 de l'A.R. du 06.05.2019 modifiant les art. 27, 51, 52*bis*, 58, 58/3 et 63 de l'A.R. du 25.11.1991 portant réglementation du chômage et insérant les art. 36*sexies*, 63*bis* et 124*bis* dans le même arrêté.

III. L'indemnisation du congé de paternité ou de naissance dans le régime des travailleurs salariés

La **loi du 10 août 2001** relative à la conciliation entre l'emploi et la qualité de vie (publiée au M.B. le 15.09.2001) a instauré un congé de paternité pour les travailleurs liés par un contrat de travail (art. 30, § 2, de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail).
Ces dispositions sont entrées en vigueur le 1er juillet 2002.

La **loi du 13 avril 2011** modifiant, en ce qui concerne les coparents, la législation afférente au congé de paternité (publiée au M.B. le 10.05.2011) a élargi, sous certaines conditions, à compter du 20 mai 2011, le droit au "congé de paternité" à un droit pour le coparent ("congé de naissance").

La **loi-programme du 20 décembre 2020** (publiée au M.B. le 30.12.2020) a porté le droit au congé de paternité ou de naissance de dix jours à :

- quinze jours pour les naissances qui ont lieu à partir du 1er janvier 2021
- vingt jours pour les naissances qui ont lieu à partir du 1er janvier 2023.

L'arrêté royal du 10 janvier 2021 modifiant l'article 223*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (publié au M.B. le 18.01.2021) apporte, dans ce cadre, les adaptations nécessaires à l'article 223*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 susvisé.

Le règlement du 20 janvier 2021 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 (publié au M.B. le 24.02.2021) adapte le règlement des indemnités du 16 avril 1997 à la suite des modifications précitées.

La présente circulaire explique le congé de paternité ou de naissance pour les travailleurs salariés et précise les mesures d'exécution dans le cadre du secteur des indemnités.
L'explication concerne en premier lieu le droit au congé de paternité ou de naissance visé à l'article 30, § 2, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, donc le droit au congé de paternité ou de naissance pour les travailleurs liés par un contrat de travail. Toutefois, elle concerne également les titulaires non liés par un contrat de travail dans l'assurance indemnités et maternité qui travaillent dans des circonstances similaires et peuvent bénéficier, sur la base de la réglementation du travail qui leur est applicable, de ce type de congé *aux mêmes conditions* que les assurés liés par un contrat de travail au sens de la loi du 3 juillet 1978 susvisée.

I. Congé de paternité ou de naissance - Droit du travail

I.1. Durée de la période du congé de paternité ou de naissance

La durée du congé de paternité ou de naissance s'élève à :

- **dix jours** au maximum pour les naissances qui ont lieu avant le 1er janvier 2021
- **quinze jours** au maximum pour les naissances qui ont lieu à partir du 1er janvier 2021
- **vingt jours** au maximum pour les naissances qui ont lieu à partir du 1er janvier 2023.

L'intéressé ne peut prendre des jours de congé de paternité ou de naissance que durant les jours pendant lesquels il aurait travaillé normalement suivant son régime de travail (*cf. infra*, I.2).

Un travailleur à temps partiel (notion uniforme) peut également prétendre à dix (15 ou 20) jours de congé de paternité ou de naissance. Le nombre moyen d'heures de travail par semaine du travailleur (facteur Q - notion uniforme) n'a, en d'autres mots, pas d'impact à cet égard.

Le nombre moyen de jours de travail par semaine (régime de travail – notion uniforme) a par contre un impact à cet égard.
Pour les travailleurs à temps plein dont les prestations hebdomadaires sont réparties sur le week-end, la durée du congé de paternité ou de naissance est en effet limitée au nombre de jours correspondant aux nombre de semaines de congé de paternité ou de naissance qu'un travailleur dont les prestations de travail sont réparties sur 5 jours par semaine peut prendre (*cf. infra*, I.5).
De manière générale, les 2, 3 et 4 semaines de congé de paternité ou de naissance correspondent ainsi à 10, 15 et 20 jours pour un travailleur dont les prestations sont réparties sur 5 jours par semaine et à 4, 6 et 8 jours pour un travailleur dont les prestations sont réparties sur 2 jours par semaine.
L'employeur rémunère, de manière générale, les 3 premiers jours ; ce qui correspond à 1,2 jour (3/10 des 4 jours de congé, 3/15 des 6 jours de congé et 3/20 des 8 jours de congé) pour un travailleur dont les prestations sont réparties sur 2 jours par semaine. Le Roi peut en outre fixer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, des modalités particulières en ce qui concerne le droit au congé de paternité ou de naissance à l'égard de certains travailleurs salariés qui ne sont pas engagés dans un régime de travail étalé sur cinq jours par semaine (cf. art. 30, § 3, de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail)[1]. Cette disposition n'a toutefois pas encore été mise en œuvre.

En cas de changement d'employeur pendant la période de 4 mois à compter du jour de l'accouchement, (le Service public fédéral Emploi, Travail, Concertation sociale nous a communiqué que) le travailleur ne pourra pas revendiquer auprès de son nouvel employeur les jours de congés de paternité ou de naissance qu'il a déjà épuisé chez son ancien employeur mais pourra toutefois encore épuiser le solde des jours de congé de paternité ou de naissance auxquels il a droit chez son nouvel employeur (10, 15 ou 20 jours à répartir sur les occupations exercées **successivement** chez A puis chez B). L'octroi du droit au congé de paternité ou de naissance étant associé à un événement unique, à savoir la naissance d'un enfant, ce droit au congé devrait, de manière générale, n'être accordé qu'une seule fois.
En cas d'occupations (à temps partiel) ***simultanées*** *chez deux employeurs différents*, (le Service public fédéral Emploi, Travail, Concertation sociale nous a communiqué que) le travailleur pourra par contre invoquer la formulation générale de l'article 30, § 2, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, pour revendiquer, à l'égard de chaque employeur, un droit à dix (15 ou 20) jours de congé de paternité ou de naissance (10, 15 ou 20 jours pris dans le cadre de l'occupation exercée à temps partiel chez A et 10, 15 ou 20 jours pris dans le cadre de l'occupation à temps partiel chez B).

1. La loi-programme du 02.08.2002 a modifié à cet égard les dispositions de l'art. 30, § 3, de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail.

I.2. Délai dans lequel le congé de paternité ou de naissance doit être pris

Le congé de paternité ou de naissance doit être pris **dans les quatre mois à compter du jour de l'accouchement**. Le jour de l'accouchement est compris dans la période de quatre mois. Les dix (15 ou 20) jours peuvent être pris en une seule fois ou être répartis.

Les jours de congé de paternité ou de naissance ne peuvent être pris que durant les jours pendant lesquels le travailleur aurait normalement travaillé conformément à son régime de travail.

Lorsque l'exécution du contrat de travail a déjà été suspendue pour une raison autre que le congé de paternité ou de naissance, la personne concernée ne peut prétendre à un congé de paternité ou de naissance pendant cette période de suspension.

> Exemple :

Un employé à temps plein (qui travaille du lundi au vendredi) est reconnu en incapacité de travail du 1er janvier 2021 au 31 août 2021 inclus. Son épouse accouche le 15 mars 2021. Étant donné que la période de quatre mois à compter de la date de l'accouchement s'inscrit entièrement dans une période pendant laquelle l'exécution du contrat de travail était déjà suspendue (pour cause d'incapacité de travail), la personne concernée ne peut pas prendre de congé de paternité et ne peut par conséquent prétendre à des indemnités de congé de paternité.

I.3. Bénéficiaires du congé de paternité ou de naissance

Il existe un **système de classement** pour prendre les dix (15 ou 20) jours de congé suite à la naissance d'un enfant.

En principe, *un seul* travailleur peut prendre le congé de paternité ou de naissance pour un même enfant dans l'ordre de priorité suivant :

1) *le travailleur du côté duquel la filiation est établie*

Si la filiation du côté du père ou de la coparente ("co-mère") est établie, seul ce(tte) travailleur(se) peut prétendre à un congé de paternité ou de naissance.
Peu importe que le père ou la coparente prenne ou non les dix (15 ou 20) jours de congé de paternité ou de naissance.

L'existence ou l'inexistence d'un lien de filiation du côté du père ou de la coparente ("co-mère") doit être évaluée au moment où le coparent souhaite prendre le congé de naissance (c.-à-d. au moment où la demande est introduite). Si, à ce moment, toutes les conditions d'octroi dans le chef du coparent sont remplies, il peut prétendre au congé de naissance, même si le père biologique devait reconnaître ultérieurement l'enfant, sauf en cas de mauvaise foi de la mère ou du coparent (par ex., lorsqu'il peut être démontré que la mère ou le coparent savait que le lien de filiation du côté du père serait encore établi par la reconnaissance).
En l'absence de lien de filiation du côté du père ou de la coparente, le droit au congé de paternité ou de naissance revient ensuite :

2) *au travailleur qui est marié avec la mère au moment de la naissance*

3) *au travailleur qui cohabite légalement avec la mère (chez laquelle l'enfant a sa résidence principale) et qui n'est pas uni par un lien de parenté entraînant une prohibition de mariage dont il ne peut être dispensé par le Roi*

4) *au travailleur qui, pendant une période ininterrompue de trois ans précédant la naissance, cohabite de manière permanente et affective avec la mère (chez laquelle l'enfant a sa résidence principale) et qui n'est pas uni par un lien de parenté entraînant une prohibition de mariage dont il ne peut être dispensé par le Roi.*

Il s'agit d'une période de cohabitation de minimum trois ans *précédant la naissance*, à savoir au moins une période de trois ans calculée de date à date et donc pas trois années civiles, par exemple la mère et le coparent d'un enfant né le 15 mars 2021 doivent au moins avoir cohabité de façon permanente depuis le 15 mars 2018.

Remarque : la deuxième situation susmentionnée (en particulier le travailleur qui est marié avec la mère au moment de la naissance) est devenue davantage théorique le 1er janvier 2015 depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 mai 2014 portant établissement de la filiation de la coparente (vu la présomption de coparenté à l'égard de l'épouse de la mère).

I.4. Indemnité de congé de paternité ou de naissance

Pour les trois premiers jours d'absence, le travailleur reçoit son salaire normal (cf. art. 30, § 2, de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail).
Pour les jours suivants, l'intéressé a droit à une indemnité versée par sa mutualité (cf. art. 223*bis* de l'A.R. du 03.07.1996) :

- au maximum **7 jours** pour les naissances avant le 1er janvier 2021
- au maximum **12 jours** pour les naissances à partir du 1er janvier 2021
- au maximum **17 jours** pour les naissances à partir du 1er janvier 2023.

I.5. Congé de paternité ou de naissance pris par un travailleur de week-end

Pour les travailleurs de week-end (régime de travail de 2 jours par semaine - 24h/24h) employés en application d'une convention collective de travail conclue sur la base de la convention collective de travail n° 42, au Conseil national du travail le 2 juin 1987 concernant l'introduction de nouveaux régimes de travail dans les entreprises, le régime suivant a été élaboré :

Pour les naissances avant le 1er janvier 2021 :

- 1,2 jour est rémunéré par l'employeur (4 jours x 3/10 jours)
- 2,8 jours sont rémunérés par la mutualité (4 jours x 7/10 jours).

Pour les naissances à partir du 1er janvier 2021 :

- 1,2 jour est rémunéré par l'employeur (6 jours x 3/15 jours)
- 4,8 jours sont rémunérés par la mutualité (6 jours x 12/15 jours).

Pour les naissances à partir du 1er janvier 2023 :

- 1,2 jour est rémunéré par l'employeur (8 jours x 3/20 jours)
- 6,8 jours sont rémunérés par la mutualité (8 jours x 17/20 jours).

I.6. Congé de paternité ou de naissance et naissance multiple

Dans le cas d'une naissance multiple, les jours de congé de paternité ou de naissance ne sont accordés qu'une seule fois.

I.7. Congé de paternité ou de naissance si l'enfant naît sans vie

Un titulaire peut seulement prendre un congé de paternité ou de naissance à condition que la mère ait "accouché". Il est question d'accouchement dès que un enfant vient au monde vivant (viable), quelle que soit la durée de la grossesse.

Si l'enfant est par contre mort-né, l'octroi des indemnités de congé de paternité ou de naissance est seulement possible, à l'occasion d'un droit au congé de paternité ou de naissance, en cas de grossesse d'une durée d'au moins 180 jours.[2]

I.8. Interdiction de cumul avec d'autres risques

I.8.1. REPOS DE MATERNITÉ ET CONGÉ DE NAISSANCE

Le droit au congé de maternité exclut, pour un même parent, le droit au congé de naissance (c'est expressément stipulé).

Une mère qui prend un repos de maternité ne peut jamais prendre, comme "coparente", de congé de naissance pour le même enfant.

I.8.2. CONGÉ DE MATERNITÉ CONVERTI ET CONGÉ DE PATERNITÉ OU DE NAISSANCE

Le travailleur qui, en application de l'article 39, alinéa 6, de la loi sur le travail du 16 mars 1971, prend le congé de maternité converti, n'a plus droit au congé de paternité ou de naissance.

Toutefois, si l'intéressé avait précédemment pris des jours de congé de paternité ou de naissance, ces jours sont maintenus.

I.8.3. CONGÉ D'ADOPTION ET DE NAISSANCE

Le droit au congé de naissance est déduit du droit au congé d'adoption (c'est expressément stipulé). Le congé d'adoption prime donc sur le congé de naissance.

Cela signifie *concrètement* qu'un coparent qui a opté pour l'adoption de l'enfant du partenaire et, dans ce cadre, exerce le droit au congé d'adoption, ne peut plus exercer par la suite le droit au congé de naissance.

Si l'intéressé a pris totalement ou non les jours de congé de naissance et souhaite ensuite prendre un congé d'adoption, la période de congé d'adoption sera diminuée des jours de congé de naissance qui ont été pris.
Comme le congé d'adoption ne peut être pris que par semaine ou par multiple de semaines (il doit s'agir d'une période ininterrompue) et que le congé de naissance peut être réparti sur un ou plusieurs jours, le congé d'adoption doit être diminué :

- d'une semaine pour un coparent qui a déjà pris entre un et cinq jours de congé de naissance
- de deux semaines pour un coparent qui a déjà pris entre six et dix jours de congé de naissance
- de trois semaines pour un coparent qui a déjà pris entre onze et quinze jours de congé de naissance
- de quatre semaines pour un coparent qui a déjà pris entre seize et vingt jours de congé de naissance.

2. Suivant l'application par analogie de la règle qui vaut en cas de repos de maternité : l'art. 39, al. 2, de la loi sur le travail du 16.03.1971 ("Lorsque la travailleuse accouche d'un enfant sans vie, l'interruption du travail est accordée à condition que la grossesse ait duré un minimum de 180 jours à dater de la conception") et l'art. 114, al. 4, de la loi coordonnée le 14.07.1994 ("Lorsque la titulaire accouche d'un enfant sans vie, les al. 1er à 3 s'appliquent, pour autant que la grossesse ait duré un minimum de 180 jours à dater de la conception.").

II. Congé de paternité ou congé de naissance et secteur des indemnités

II.1. Conditions relatives à la qualité de titulaire et conditions d'assurabilité

II.1.1. NOTION DE TRAVAILLEUR

a) L'intéressé ne peut prétendre aux indemnités de congé de paternité ou de naissance qu'à condition qu'il soit toujours lié par un contrat de travail (ou qu'il travaille dans des conditions similaires).
Le travailleur qui reçoit une indemnité pour rupture du contrat de travail ne peut cependant pas prétendre aux indemnités.
Il doit par conséquent s'agir d'un titulaire visé à l'article 86, § 1er, 1°, a), de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, à l'exception du travailleur qui bénéficie d'une indemnité pour rupture du contrat de travail visée à l'article susmentionné.

Un chômeur contrôlé ne peut donc en principe pas prétendre à des indemnités de congé de paternité ou de naissance.

Exception : le travailleur à temps partiel volontaire et le travailleur à temps partiel avec maintien des droits, tels que visés dans la réglementation chômage (il s'agit également de chômeurs contrôlés), peuvent par contre prendre du congé de paternité ou de naissance vu qu'ils sont liés par un contrat de travail.

b) Un membre du personnel contractuel dans la fonction publique peut également prétendre au congé de paternité ou de naissance. Si ce membre du personnel, à la suite du régime de congé qui lui est applicable, a droit à la rémunération pour plus de trois jours, il a uniquement droit aux indemnités pour le congé de paternité ou de naissance pour le solde du congé (en application de l'art. 103, § 1er, 1°, de la loi coordonnée du 14.07.1994).

II.1.2. CONDITIONS D'ASSURABILITÉ

Il ne suffit pas que l'assuré social soit lié par un contrat de travail (ou travaille dans des circonstances similaires). Les conditions d'assurabilité en vigueur doivent également être remplies dans le cadre de l'assurance maternité.
En ce qui concerne en particulier le *stage d'attente*, la personne concernée doit donc accomplir un stage d'attente de ***six*** mois au cours duquel elle doit apporter la preuve de 120 jours de travail ou assimilés (travailleur à temps plein) ou 400 heures de travail ou assimilées (travailleur à temps partiel) et les conditions relatives au montant du salaire à justifier doivent être remplies.

Remarque : les jours couverts par une indemnité accordée pendant le congé de paternité ou le congé de naissance sont assimilés à des jours de travail dans le cadre du contrôle des conditions d'assurabilité.

II.2. Procédure d'obtention des indemnités de congé de paternité ou de congé de naissance

(art. 10 et art. 52*sexies*, § 1er, du règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, § 1er, 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994)

L'intéressé doit introduire une demande auprès de sa mutualité. Aucune formalité spécifique n'est requise en l'espèce.

Les pièces justificatives suivantes doivent être jointes à cette demande :

Pièce justificative à joindre par le travailleur salarié du côté duquel la filiation est établie :

- un extrait d'acte de naissance (qui permet en particulier à la mutualité de contrôler s'il existe un lien de filiation légal du côté du père ou de la co-mère).

[Pièces justificatives à joindre par le coparent qui est marié avec la mère biologique de l'enfant :

- un extrait d'acte de naissance (qui permet en particulier à la mutualité de contrôler s'il n'existe pas de lien de filiation légal du côté du père ou de la co-mère)
- une déclaration sur l'honneur signée par l'assuré dans laquelle il confirme remplir les conditions pour prétendre audit congé en vertu de l'ordre de priorité fixé à l'article 30, § 2, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail.

La mutualité peut, par voie de consultation des données du Registre national des personnes physiques, contrôler si la mère et le coparent sont effectivement mariés.]

Pièces justificatives à joindre par le coparent qui cohabite légalement avec la mère biologique de l'enfant :

- un extrait d'acte de naissance (qui permet en particulier à la mutualité de contrôler s'il n'existe pas de lien de filiation légal du côté du père ou de la co-mère)
- une déclaration sur l'honneur signée par l'assuré dans laquelle il confirme remplir les conditions pour prétendre audit congé en vertu de l'ordre de priorité fixé à l'article 30, § 2, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail et qu'il n'est pas uni avec la mère par un lien de parenté entraînant une prohibition de mariage dont ils ne peuvent être dispensés par le Roi.

La mutualité peut, par voie de consultation des données du Registre national des personnes physiques, contrôler les conditions restantes :

- si la mère et le coparent cohabitent effectivement légalement
- si l'enfant a été inscrit à la même adresse que celle de la mère et du coparent.

Pièces justificatives à joindre par le coparent qui cohabite de fait avec la mère biologique de l'enfant :

- un extrait d'acte de naissance (qui permet en particulier à la mutualité de contrôler s'il n'existe pas de lien de filiation légal du côté du père ou de la co-mère)
- une déclaration sur l'honneur signée par l'assuré dans laquelle il confirme remplir les conditions pour prétendre audit congé en vertu de l'ordre de priorité fixé à l'article 30, § 2, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail et qu'il n'est pas uni avec la mère par un lien de parenté entraînant une prohibition du mariage dont ils ne peuvent être dispensés par le Roi.

La mutualité peut, par voie de consultation des données du Registre national des personnes physiques, contrôler les conditions restantes :

- si la mère et le coparent cohabitent effectivement pendant une période ininterrompue d'au moins trois ans précédant la naissance de l'enfant (le caractère affectif de cette cohabitation peut uniquement être démontré par voie de déclaration sur l'honneur)
- si l'enfant a été inscrit à la même adresse que celle de la mère et du coparent.

Remarque : si l'**enfant naît sans vie**, l'intéressé doit fournir à la mutualité un acte d'un enfant sans vie. Un acte d'enfant né sans vie peut aussi être établi, à la demande, en cas de grossesse de moins de 180 jours, plus particulièrement si la grossesse a une durée de 140 à 179 jours (suivant l'art. 58, § 2, du C.civ.). La mutualité doit donc toujours procéder à une vérification de la durée de la grossesse mentionnée sur l'acte d'un enfant né sans vie (mention obligatoire) avant d'accorder les indemnités. En cas de maternité d'une durée de 140 à 179 jours, l'intéressé n'ouvre en effet pas de droit aux indemnités de congé de paternité ou de naissance.

Après réception de la demande, la mutualité transmet à l'intéressé la feuille de renseignements *(volet à compléter par le titulaire)*. Il convient de renvoyer cette feuille de renseignements complétée et signée à la mutualité.
L'employeur (ou son mandataire) doit faire le nécessaire en ce qui concerne le *volet à compléter par l'employeur* (*cf. infra*, II.4).

II.3. Calcul du montant de l'indemnité de congé de paternité ou de naissance

(art. 223*bis* de l'A.R. du 03.07.1996)

L'indemnité de congé de paternité ou d'adoption s'élève à 82 % de la rémunération perdue de l'intéressé. Le plafond salarial maximum est d'application (art. 87, al. 1er, de la loi coordonnée du 14.07.1994 et art. 212 de l'A.R. du 03.07.1996).

L'article 52*quinquies* du règlement des indemnités du 16 avril 1997 stipule que la rémunération perdue est déterminée en application des articles 23 à 28 du règlement.

Les articles 23 à 28 du règlement précité doivent être combinés aux règles décrites aux articles 2 et 3 de l'arrêté royal du 10 juin 2001 établissant la notion uniforme de "rémunération journalière moyenne".

En application de l'article 2 de l'arrêté royal précité du 10 juin 2001, est prise en considération comme rémunération journalière moyenne, lorsque le travailleur prend son congé de paternité ou d'adoption (de façon étalée), la rémunération journalière moyenne :

- *à laquelle le travailleur peut prétendre au moment où le risque,* qui donne lieu à l'octroi de l'indemnité, *se produit* (plus précisément, le 1er jour du congé de paternité ou de naissance) si l'intéressé n'a **pas d'occupation stable**

- *à laquelle le travailleur a pu prétendre le dernier jour du deuxième trimestre précédant le trimestre où le risque*, qui donne lieu à l'octroi de l'indemnité, *se produit* en cas d'**occupation stable** (l'occupation en question est demeurée stable à partir de ce dernier jour du 2e trimestre précité jusqu'à la date de début du congé de paternité ou de naissance).

Remarques :

1) Pour le travailleur intérimaire et le travailleur saisonnier, la rémunération perdue est déterminée conformément à l'article 27 du règlement, *sans que soit appliqué à cette rémunération le coefficient de réduction fixé sur la base de cette disposition.*

2) Si le travailleur - en cas de changement d'employeur - prend le solde du congé de paternité ou de naissance dans le cadre de l'emploi chez l'employeur précédent, il n'est pas tenu compte, pour le calcul des indemnités, de la rémunération journalière moyenne issue de l'emploi chez l'autre employeur. Compte tenu des dispositions de l'arrêté royal du 10 juin 2001 établissant la notion uniforme de "rémunération journalière moyenne", seule la rémunération journalière moyenne issue du contrat de travail auquel l'intéressé est lié *au début du congé de paternité ou de naissance* est en effet pertinente pour le calcul de l'indemnité du congé de paternité ou de naissance.

Pour déterminer la rémunération journalière moyenne, il n'est cependant pas tenu compte du nombre de jours ouvrables (semaine de 6 jours) que compte la période de congé de paternité ou de naissance mais bien du nombre moyen de jours au cours desquels l'intéressé aurait normalement travaillé au début du congé (régime de travail).

=>Limitation de l'indemnisation journalière en fonction du plafond salarial journalier

Le plafond salarial journalier étant applicable, le montant de l'indemnité journalière doit, le cas échéant, être limité au montant maximum de l'indemnité journalière.

Le montant maximum de l'indemnité journalière s'élève à 82 % du plafond salarial journalier. Celui-ci est exprimé dans un régime de 6 jours par semaine (146,9772 EUR à partir du 01.03.2020). Il doit, si nécessaire, être converti en fonction du régime de travail de l'intéressé au début du congé de paternité ou de naissance (x 6 jours / nombre moyen de jours de travail du régime de travail de l'intéressé) :

- en fonction d'une semaine de six jours de travail, le montant maximal de l'indemnité journalière de congé de paternité ou de naissance s'élève à 120,5213 EUR (congé de paternité ou de naissance débutant à partir du 01.03.2020)
- en fonction d'une semaine de 5 jours de travail, le montant maximal de l'indemnité journalière de congé de paternité ou de naissance s'élève à s'élève 144,6256 EUR (congé de paternité ou de naissance débutant à partir du 01.03.2020)
- en fonction d'une semaine de 2 jours de travail, le montant maximal de l'indemnité journalière de congé de paternité ou de naissance s'élève à s'élève 361,5639 EUR (congé de paternité ou de naissance débutant à partir du 01.03.2020)
- … (*cf. infra*, II.3.1).

=>Limitation de l'indemnisation totale en fonction d'un régime de 5 jours de travail par semaine

Le montant total des indemnités à octroyer pour le congé de paternité ou de naissance ne peut en outre pas être supérieur au montant total maximal de toutes les indemnités journalières du congé de paternité ou de naissance auquel un travailleur peut prétendre dans un régime de travail de 5 jours par semaine, à savoir :

- le montant maximal total des 7 indemnités (en cas d'une naissance avant le 01.01.2021)
- le montant maximal total des 12 indemnités (en cas d'une naissance à partir du 01.01.2021 jusqu'au 31.12.2022)
- le montant maximal total des 17 indemnités (en cas de naissance à partir du 01.01.2023).

> Exemples :

Pour les congés de paternité ou de naissance débutant à partir du 1er mars 2020, le montant maximal de l'indemnité journalière de congé de paternité ou de naissance s'élève, en fonction d'une semaine de 5 jours, à 144,6256 EUR :

- en cas de naissance fin 2020, le montant total maximal de toutes les indemnités journalières du congé de paternité ou de naissance ne peut pas être supérieur à 1.012,41 EUR (7 jours x 144,63 EUR par jour)
- en cas de naissance début 2021, le montant total maximal de toutes les indemnités journalières du congé de paternité ou de naissance ne peut pas être supérieur à 1.735,56 EUR (12 jours x 144,63 EUR par jour).

II.3.1. SITUATIONS GÉNÉRALES

II.3.1.1. Employé payé forfaitairement mensuellement

- l'intéressé **travaille à temps plein** (5 jours par semaine) et gagne un salaire mensuel forfaitaire de 3.500 EUR :

  Rémunération perdue : $\frac{3.500 \text{ EUR} \times 12}{(52 \times 5)}$ = 161,5385 EUR

  Montant de l'indemnité : 161,5385 EUR x 82 % = 132,4616 EUR = 132,46 EUR

  Montant inférieur à l'indemnité maximum : 120,5213 EUR x (6/5) = 144,6256 EUR > 132,4616 EUR

- l'intéressé travaille à temps plein (5 jours par semaine) et gagne un salaire mensuel forfaitaire de 5.000 EUR :
  Rémunération perdue : $\frac{5.000 \text{ EUR} \times 12}{(52 \times 5)}$ = 230,7692 EUR

  Montant de l'indemnité : 230,7692 EUR x 82 % = 189,2307 EUR à limiter à 144,6256 EUR.

II.3.1.2. Ouvrier avec régime de travail hebdomadaire

- l'intéressé travaille à temps plein (semaine de 5 jours) et gagne un salaire brut hebdomadaire de 500 EUR :

  Rémunération perdue : 500 EUR / 5 = 100 EUR

  Montant de l'indemnité : 100 EUR x 82 % = 82 EUR

  Montant inférieur à l'indemnité maximum : 120,5213 EUR x (6/5) = 144,6256 EUR > 82 EUR

- l'intéressé travaille deux jours par semaine et gagne un salaire brut hebdomadaire de 1.000 EUR :

  Rémunération perdue : 1.000 EUR / 2 = 500 EUR

  Montant de l'indemnité : 500 EUR x 82 % = 410 EUR.

Mais à limiter à : 120,5213 EUR x (6/2) = 361,5639 EUR.

S'il s'agit d'un travailleur du week-end qui ne prend que 4 ou 6 jours de congé de paternité ou de naissance, le montant total des indemnités (2,8 ou 4,8 indemnités) ne dépasse pas le montant total maximal de toutes les indemnités journalières du congé de paternité ou de naissance auquel un travailleur peut prétendre dans un régime de travail de 5 jours par semaine.

II.3.1.3. Travailleur salarié avec salaire annuel fixe

- l'intéressé est un travailleur salarié avec salaire annuel de 28.800 EUR. L'intéressé travaille 4 jours par semaine :

  Rémunération perdue : $\frac{28.800 \text{ EUR}}{(52 \times 4)} = 138,4615 \text{ EUR}$

  Indemnité : 138,4615 EUR x 82 % = 113,5384 EUR = 113,54 EUR

  Indemnité inférieure au montant maximum: $\frac{120,5213 \text{ EUR} \times 312}{(52 \times 4)} = 180,7820 \text{ EUR} >$

  113,5384 EUR

II.3.1.4. Travailleur avec deux occupations

- Le travailleur travaille chez *l'employeur A* à temps partiel (5 demi-jours par semaine) et gagne un salaire mensuel forfaitaire de 1.541,30 EUR :

  Salaire perdu : $\frac{1.541,30 \text{ EUR} \times 12}{(52 \times 5)} = 71,1369 \text{ EUR}$

  Indemnités: 71,1369 EUR x 82 % = 58,33 EUR

  Montant plus bas que l'indemnité maximale : 120,5213 EUR x (6/5) = 144,6256 EUR > 58,33 EUR

- L'intéressé travaille chez *l'employeur B* à temps partiel (19 h par sem. – 5 demi-jours par sem.) et a un salaire horaire de 14,50 EUR :

  Salaire perdu: (14,50 EUR x 19) / 5 = 55,1000 EUR

  Indemnités: 55,1000 EUR x 82 % = 45,18 EUR

  Montant plus bas que l'indemnité maximale : 120,5213 EUR x (6/5) = 144,6256 EUR > 45,18 EUR.

S'il prend 15 jours de congé de paternité ou de naissance dans le cadre de chaque occupation, l'intéressé a donc droit à (58,33 EUR x 12) + (45,18 EUR x 12) = 699,96 EUR + 542,16 EUR = 1.242,12 EUR d'indemnités. Ce montant total est plus bas que le montant total maximal de toutes les indemnités de congé de paternité ou de naissance auxquelles le travailleur pourrait prétendre dans un régime de travail de 5 jours par semaine.

II.3.2. SITUATIONS PARTICULIÈRES

II.3.2.1. Travailleur salarié qui a repris une activité comme travailleur salarié avec l'autorisation du médecin-conseil

(art. 100, § 2, de la loi coordonnée du 14.07.1994 et art. 230 de l'A.R. du 03.07.1996)

L'intéressé est lié par un contrat de travail qui fixe les conditions et le volume de l'activité. En fonction de ce contrat de travail, l'intéressé a droit à trois jours de congé de paternité ou de naissance payés par l'employeur et à sept (12 ou 17) jours à charge de la mutualité.

Les indemnités de congé de paternité ou de naissance sont calculées sur la base du salaire de l'activité autorisée. Le montant des indemnités de congé de paternité ou de naissance doit également être pris en compte comme "revenu professionnel" pour l'application de l'article 230, § 1er, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Dans ce contexte, il faut entendre par "revenu professionnel", tout revenu tel que visé à l'article 17, § 1er, 5° ou à l'article 23, § 1er, 4°, du code des impôts sur les revenus 1992 qu'un titulaire acquiert par l'exercice d'une activité personnelle, *ainsi que toute indemnité*, rétribution ou rente *qui lui est accordée en raison de la perte de ce revenu.*

> Exemple :

L'intéressé a été reconnu comme étant incapable de travailler à partir du 1er octobre 2020 et peut prétendre à une indemnité d'incapacité de travail s'élevant à ***78,46 EUR.***

Cf. *le montant du salaire mensuel forfaitaire pour un mois normal de travail à temps plein* (38 h par sem. (factor S)) : 3.400 EUR.
Montant de l'indemnité d'incapacité de travail : (3.400 EUR / 26) = 130,7692 EUR x 60 % = 78,4615 EUR.

Il a repris une activité autorisée comme employé à mi-temps le 1er février 2021 (19 h par sem. (facteur Q) - 5 demi-jours par semaine). Le salaire mensuel forfaitaire pour un mois normal de travail à temps partiel s'élève à 1.700 EUR. Son épouse a accouché le 7 mars 2021. L'intéressé prend 15 jours de congé de paternité à partir du 8 mars 2021 jusqu'au 12 mars 2021 inclus (5 jours), à partir du 15 mars 2021 jusqu'au 19 mars 2021 inclus (5 jours) et à partir du 22 mars 2021 jusqu'au 26 mars 2021 inclus (5 jours). Les trois premiers jours, à partir du 8 mars 2021 jusqu'au 10 mars 2021 inclus, sont payés par l'employeur.

Montant de l'indemnité de congé de paternité :

$$\frac{1.700 \text{ EUR} \times 12}{52 \times 5} = 78,4615 \text{ EUR} \times 82\ \% = 64,3384 \text{ EUR} = 64,34 \text{ EUR}.$$

Montant de l'indemnité d'incapacité de travail pendant le congé de paternité :

Toutes les heures de congé de paternité reprises dans le cadre de l'activité autorisée (déclarées sous le code de prestation indicatif "52") constituent des heures assimilées pour le paiement de la fraction d'occupation (application de la règle de cumul visée à l'art. 230, § 1er, de l'A.R. du 03.07.1996). Elles doivent donc être prises en compte comme heures de travail prestées dans le cadre de l'activité autorisée.

Puisque l'intéressé a repris le travail à mi-temps (ou 50 %), ses indemnités sont réduites de 30 % (= la part de la fraction d'occupation dépassant 1/5e soit 20 %), 78,4615 EUR x 0,7 = 54,9231 EUR = ***54,92 EUR.***

Pour les jours de congé de paternité pris dans le cadre de l'exercice de l'activité autorisée, il peut cumuler les indemnités de congé de paternité avec les indemnités d'incapacité de travail (ex. : pour le jeudi 11.03.2021, il perçoit une indemnité d'incapacité de travail de 54,92 EUR ***et*** une indemnité de congé de paternité de 64,34 EUR).

II.3.2.2. Travailleur salarié volontaire à temps partiel et travailleur à temps partiel avec maintien de droits qui ont droit à l'allocation de garantie de revenus

Pour les jours de congé de paternité et de naissance pour lesquels l'intéressé maintient le droit à l'allocation de garantie de revenus, celui-ci peut uniquement prétendre à l'indemnité de congé de paternité ou de naissance calculée sur la base du salaire issu de son activité (cf. art. 242, § 2, de l'A.R. du 03.07.1996).

II.3.2.3. Travailleur qui a interrompu ou interrompt partiellement sa carrière professionnelle

Si le travailleur a au début du congé de paternité ou de naissance interrompu sa carrière professionnelle_partiellement, l'indemnité est calculée sur base de la rémunération journalière moyenne qui découle de l'occupation exercée durant cette interruption de carrière partielle (moyennant réduction des prestations de travail). Si l'intéressé prend encore des jours de congé de paternité ou de naissance après la fin de la période d'interruption partielle de carrière, il faut encore tenir compte de la rémunération journalière moyenne qui serait prise en considération si ses prestations de travail n'avait pas été diminuées (suivant l'application de l'art. 35 du règlement des indemnités du 16.04.1997).

Si la période d'interruption de carrière débute seulement après le début du congé de paternité ou de naissance, il faut diminuer les indemnités relatives aux jours de congé de paternité ou de naissance pris pendant cette interruption de carrière partielle à concurrence du montant de l'indemnité d'interruption converti en jour ouvrable (en application des art. 232 et 236 de l'A.R. du 03.07.1996).

II.3.2.4. Travailleur qui est aussi indépendant à titre complémentaire

Si le travailleur exerce aussi une activité comme travailleur indépendant à titre complémentaire, il n'existe pas d'interdiction formelle de continuer à exercer l'activité indépendante complémentaire les jours de congé de paternité ou de naissance. L'intéressé ne peut toutefois pas avoir l'intention de consacrer son congé de paternité ou de naissance à gonfler de manière importante le volume de son activité comme travailleur indépendant durant cette période (pas d'exercice d'une activité complémentaire pendant les heures de suspension de l'exécution du contrat de travail pour congé de paternité ou de naissance).

II.4. Feuille de renseignements indemnités - volet employeur (période de référence)

L'employeur doit (le cas échéant après une demande expresse de la mutualité) compléter le volet employeur de la feuille de renseignements indemnités (ZIMA 001).

Dans la **version électronique de la feuille de renseignements indemnités (ZIMA 001** – utilisation généralisée de la version électronique depuis le 01.07.2019), la période de référence correspond à la période complète couverte par le congé de paternité ou de naissance (donc tant la période payée par l'employeur que celle à charge de la mutualité).

Dans cette période de référence, tous les jours de congé de paternité ou de naissance pris doivent être mentionnés par le code applicable "nature du jour" :

- le code nature du jour 1 pour les trois premiers jours payés par l'employeur
- le code nature du jour 6.10 pour les sept (12 ou 17) jours maximums payés par la mutualité.

En ce qui concerne la **version papier de la feuille de renseignements indemnités**, l'employeur (ou son mandataire) doit mentionner dans la grille de la rubrique 16 de la feuille de renseignements les dix (15 ou 20) jours maximums de congé de paternité ou de naissance. Il faut d'abord mentionner les trois jours payés par l'employeur par le code "1". ensuite, il faut mentionner les autres jours par le code "6.10".
L'employeur ou son mandataire doit encore compléter les rubriques 7 à 15.
Sur la base des données complétées sous la rubrique 14, il est possible de déterminer le montant de la rémunération perdue servant au calcul de l'indemnité de congé de paternité ou de naissance.

Pour les *travailleurs du week-end (cf. supra, I.5.)*, la durée maximale du congé de paternité ou de naissance est plus limitée (4, 6 ou 8 jours au lieu de 10, 15 ou 20 jours). La période couverte par la rémunération de l'employeur est aussi plus courte : *1,2 jour* au lieu de 3 jours. Pour cette catégorie très spécifique de travailleurs, il a dès lors été prévu de communiquer le *seul premier jour du congé avec le code "1"* et les autres jours du congé avec le code "6.10".

Les données requises doivent être transmises à la fin du congé de paternité ou de naissance.

II.5. Mutation

En cas de mutation, la mutualité à laquelle l'intéressé est affilié le dernier jour du congé de paternité ou de naissance (mutation) paie les indemnités pour l'*ensemble* de la période de congé de paternité ou de naissance.

III. Entrée en vigueur

La présente circulaire produit ses effets à partir du 1er janvier 2021.

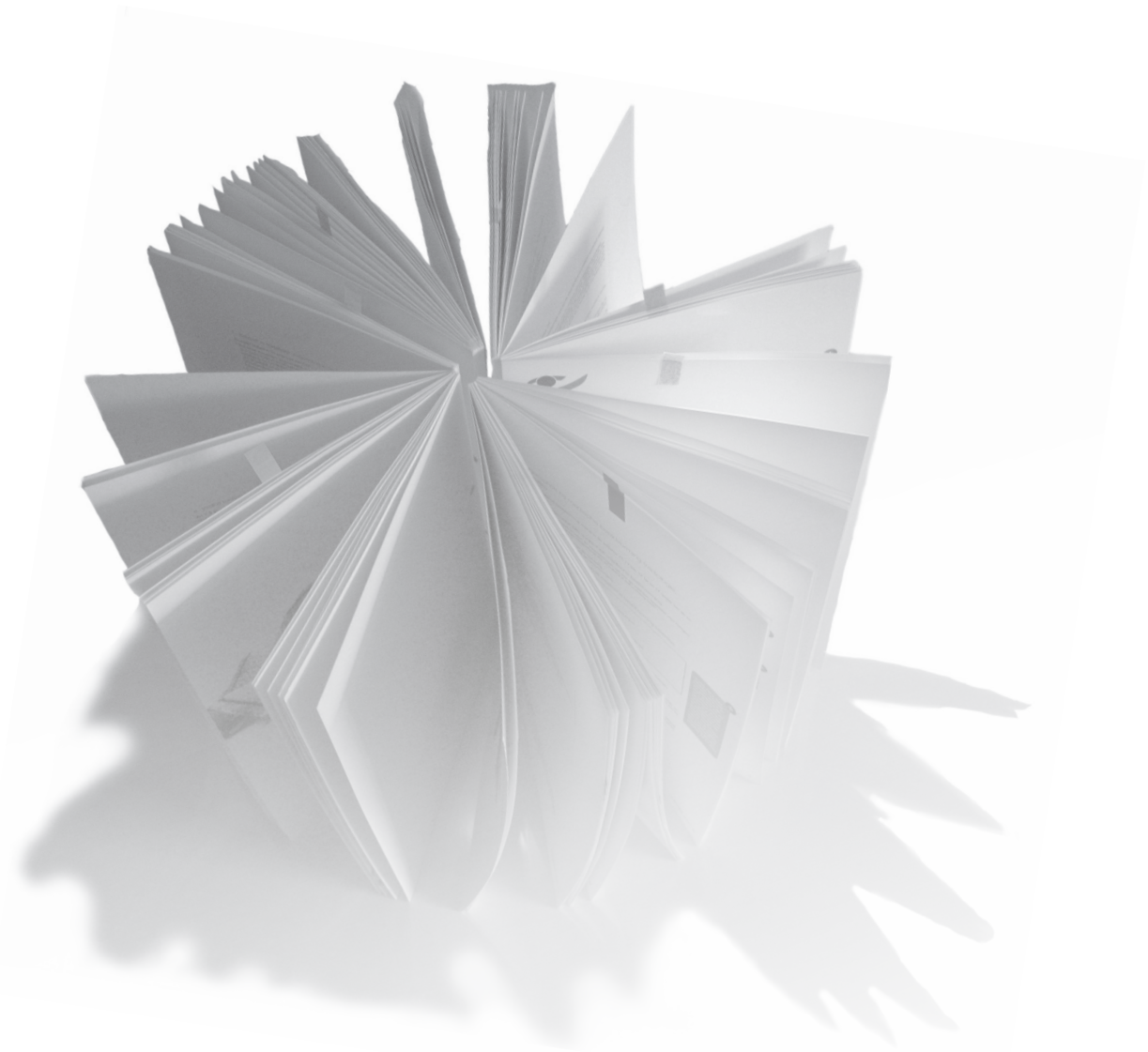
IV. Abrogation

La circulaire O.A. n° 2007/19[3] - 47*bis*/4 du 25 janvier 2007 est abrogée.

Circulaire O.A. n° 2021/99 - 47*bis*/15 du 22 mars 2021.

3. Publiée dans le B.I. n° 2017/1, p. 92.

5e Partie
Données de base



I. Maximum à facturer - Exercice 2021

En vigueur à partir du 1er janvier 2021.

I. Fixation des montants de référence des revenus pour l'exercice 2021

a) Calcul de l'indice corrigé

Moyenne des indices des prix 2020 : 109,59
---------- = ---------- = 1,0074
Moyenne des indices des prix 2019 : 108,78

b) Plafonds de revenus pour l'exercice 2021

de	0,00	à	19.420,20
de	19.420,21	à	29.854,92
de	29.854,93	à	40.289,68
de	40.289,69	à	50.289,65
dès	50.289,66		

II. Fixation des plafonds tickets modérateurs pour l'exercice 2021

Général

Exercice 2019	477,54	689,78	1.061,20	1.485,68	1.910,16
Exercice 2020	477,54	689,78	1.061,20	1.485,68	1.910,16
Exercice 2021	487,08	703,56	1.082,40	1.515,36	1.948,32

Réduction application maximum à facturer pour malades chroniques

Exercice 2019	106,12
Exercice 2020	106,12
Exercice 2021	108,24

III. Conditions d'octroi maximum à facturer malades chroniques exercice 2021

Total des interventions personnelles pour les prestations effectuées au cours de la deuxième année civile et au cours de l'année civile précédant l'année en cours :

Exercice 2020	477,54
Exercice 2019	477,54

Circulaire O.A. n° 2021/19 – 3998/51 du 14 janvier 2021.

II. Intervention majorée - Moyenne des plafonds de revenus pour l'année 2020

En vigueur à partir du 1er janvier 2021.

En application de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 – Moniteur belge du 29 janvier 2014 (2e éd.) relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée ne peuvent atteindre les plafonds de 15.986,16 EUR et 2.959,47 EUR (à l'indice pivot 114,97 base 2004=100). Ces montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation et à l'évolution du bien-être de la même manière que pour les pensions.

Moyenne des plafonds des revenus - Exercice antérieur (2020)	
Titulaires	**Personnes à charge**
19.892,01 EUR	3.682,55 EUR

Circulaire O.A. n° 2021/23 – 3991/328 du 15 janvier 2021.

III. Valeur minimale des documents de cotisation pour l'année 2021 - Calcul du complément de cotisation

En application de l'article 286 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la valeur minimale que les documents de cotisation doivent atteindre est fixée en fonction du revenu mensuel minimum moyen garanti par la convention collective de travail n° 43 conclue au sein du Conseil national du travail et rendue obligatoire par l'arrêté royal du 29 juillet 1988.

Pour le travailleur âgé de 21 ans et plus, la valeur minimale que les documents de cotisation doivent atteindre est égale à quatre fois le montant du revenu mensuel minimum moyen précité.

Pour les travailleurs de moins de 21 ans, ce salaire minimum atteint 3/4 du salaire pris en considération pour les travailleurs de 21 ans et plus.

La valeur minimale que le titulaire doit prouver est celle liée à la catégorie d'âge à laquelle il appartient au début de l'année civile, ou celle à laquelle il appartient au moment de son inscription, ou au moment de sa réinscription en situation d'accomplissement du délai d'attente pour le droit aux soins de santé tel que décrit à l'article 130 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Compte tenu du fait que le revenu mensuel minimum garanti, tel que fixé au sein du Conseil national du travail, a été adapté à l'indice au 1er mars 2020, et s'élève depuis cette date à 1.625,72 EUR, il convient de fixer comme suit les valeurs minimales des documents de cotisation pour l'année civile 2021 :

21 ans et plus	:	1.625,72 EUR x 4	= 6.502,88 EUR
moins de 21 ans	:	6.502,88 EUR x 3/4	= 4.877,16 EUR

Les rémunérations qui peuvent être prises en considération sont celles qui figurent sur les documents de cotisation. Elles ne peuvent pas être majorées de 8 %, parce qu'alors une double imputation du salaire aurait lieu pour la période des vacances annuelles. En effet, lorsque le salaire est majoré de 8 % (pour compenser le non-paiement de cotisations sur le pécule de vacances) et qu'un salaire forfaitaire est calculé pour les jours de vacances légales, le salaire est porté en compte deux fois pour ces jours.

Afin d'éviter cela, le calcul du complément de cotisation doit se faire sur la base du salaire figurant sur le bon de cotisation (à 100 %) et en calculant un salaire forfaitaire pour les jours assimilés.

Le complément de cotisation se calcule comme suit :

A. de la rémunération annuelle minimum, il y a lieu de déduire la rémunération indiquée sur les bons de cotisation ;

B. ensuite, pour les périodes énumérées à l'article 290, A, 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, on déduit le montant que l'on obtient en multipliant la rémunération annuelle minimum par une fraction dont le numérateur est constitué par le nombre de jours ouvrables de la période et dont le dénominateur est 240 ;

C. le montant du complément de cotisation est calculé en multipliant le montant obtenu, arrondi à **l'EUR** supérieur, par le taux des cotisations dues pour le secteur des soins de santé et, le cas échéant, pour le secteur des indemnités de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. ***Si ce montant est inférieur à 10,00 EUR , il n'y a pas lieu de réclamer de complément de cotisation.***

L'intégration des mineurs et assimilés dans le régime général de la sécurité sociale, prévue par la loi programme du 24 décembre 2002, titre II, chapitre 8, articles 149-167 (M.B. du 31.12.2002, pp. 58716 et 58717), a pour conséquence que des compléments de cotisation peuvent aussi être réclamés pour ces travailleurs.

Ci-dessous, vous trouverez un tableau comprenant les taux des cotisations de sécurité sociale en vigueur au 1er janvier 2017 destinées à l'assurance soins de santé et indemnités.
Nous signalons que pour le personnel statutaire du secteur public, uniquement le pourcentage pour l'assurance soins de santé est mentionné, puisque le personnel statutaire n'est pas soumis à l'assurance indemnités

Catégories	Cotisation globale	Quote-part de l'employeur	Quote-part du travailleur
Ouvriers et employés	10,85 %	6,15 %	4,70 %
Mineurs	8,85 %	5,15 %	3,70 %
Services publics	7,35 %	3,80 %	3,55 %

L'article 286, alinéa 3, de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996 stipule également que pour les handicapés mis au travail dans les ateliers protégés, les rémunérations annuelles à prendre en considération sont fixées à 80.400 FB ou 1.993,06 EUR (pour les personnes de 21 ans et plus), 64.800 FB ou 1.606,37 EUR (pour les 19 et 20 ans), 48.000 FB ou 1.189,90 EUR (pour les 17 et 18 ans) et 40.800 FB ou 1.011,42 EUR (pour les moins de 17 ans).
Ce sont des montants forfaitaires qui ne sont pas indexés.

En annexe, sont joints les tableaux[1] qui donnent un aperçu du calcul des compléments de cotisation afférents aux différences de rémunération à partir de 0,01 EUR.

Circulaire O.A. n° 2021/49 - 271/73 du 27 janvier 2021.

1. Non publiés ici.

IV. Intervention majorée de l'assurance (A.R. 15.01.2014) - Montants immunisés du revenu cadastral

L'arrêté royal du 15 janvier 2014 - Moniteur belge du 29 janvier 2014 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1er et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit l'immunisation des montants du revenu cadastral indexé de la maison d'habitation pour laquelle le titulaire peut prétendre à l'abattement forfaitaire de la maison d'habitation applicable en matière d'impôt des personnes physiques.

Les montants retenus s'élèvent respectivement à 743,68 EUR et 123,95 EUR pour le conjoint cohabitant et par personne à charge, ils doivent être indexés de la manière prévue à l'article 518 du code de l'impôt sur les revenus 1992 en les multipliant par le coefficient visé audit article 518. Un arrondi à l'EUR supérieur ou inférieur selon que le chiffre des centimes atteint ou non cinquante est ensuite réalisé.

Coefficient 1,8630 en 2021

Le montant pour 2021 est calculé sur base des instructions de la mécanographie du cadastre ; au départ du montant en EUR multiplication par le coefficient prévu et arrondissement normal à l'EUR.

Cela donne pour 2021 : 1.385 EUR

231 EUR

Circulaire O.A. n° 2021/63 - 3991/329 du 10 février 2021.

Comité de rédaction

Mme Caroline Lekane
Mme Caroline Marthus
Mme Céline Faufeder
Mme Nuray Özdemir
Mme Charlotte Lefebre
M. Jonathan Owczarek
Mme Mélissa François
Mme Marleen Stevens

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726