

3 JUILLET 1996. - Arrêté royal portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

(M.B. 31-07-1996)

TITRE I. - Du Comité général.....	3
TITRE II. - De l'assurance soins de santé.....	4
CHAPITRE I. - Organes.....	4
Section I. - Du Conseil général de l'assurance soins de santé.....	4
Section II. - Du Comité de l'assurance.....	5
Section IIbis. - (Du Conseil scientifique.).....	6
Section III. - Des Commissions de conventions. ...	8
Section IV. - Des Commissions nationales médico-mutualiste et dento-mutualiste.....	10
Section V. - De la Commission chargée de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations et de la conclusion des accords concernant le forfait.	11
Section VI. - commission de contrôle budgétaire.....	12
Section VII. - Des Conseils techniques.....	12
Section VIII. - Des conseils techniques médical et dentaire.....	16
Section IX. - Des commissions de profils.....	17
Section X. - Des conseils d'agrément.....	20
Section XI. - Du Collège des médecins-directeurs.....	25
Section XII. - Du Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle.....	26
Section XIII. - (Du Collège national des médecins et des collèges locaux).....	26
Section XIV. - Organes d'accréditation.....	28
Section XV. - Commission de remboursement des médicaments ".	37
Section XVbis. - Commission d'avis en cas d'intervention temporaire pour l'utilisation d'un médicament	39
Section XVI. - Commission de Remboursement des Implants et Dispositifs médicaux invasifs.....	40
CHAPITRE II. - Du champ d'application.....	42
Section I. - Des personnes à charge de bénéficiaires.....	42
Section II. - Des orphelins.....	46
Section III. - (Titulaires visés à l'article 32, premier alinéa, 12° à 15° et 22° de la loi coordonnée).....	46

CHAPITRE III. - Des conditions d'octroi des prestations.....	47
Section I. - Dispositions particulières concernant l'ouverture du droit aux prestations de santé.	47
Section II. - Du stage pour le droit aux soins de santé.....	48
Section III. - Dispositions particulières relatives au maintien du droit aux prestations de santé.	49
Section IV. - (Cotisation personnelle des titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 12°, 14°, 15°, 21° et 22° de la loi coordonnée.)	49
Section IVbis. Cotisations dues par les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 6°bis et 11°quater de la loi coordonnée.....	51
Section V. - De l'intervention dans les frais de rééducation fonctionnelle.....	51
Section VI. - De l'intervention dans les frais de déplacement afférents à la rééducation fonctionnelle.....	52
Section VII. - De l'intervention dans les frais de rééducation professionnelle.....	53
Section VIII. - De l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière.....	53
Section IX. - Règles particulières relatives à l'intervention de l'assurance dans les prestations de biologie clinique, effectuées pour les bénéficiaires hospitalisés.....	62
Section X. - Règles particulières relatives à l'intervention de l'assurance dans les prestations de biologie clinique, effectuées pour les bénéficiaires non hospitalisés.....	62
CHAPITRE IV. - De l'inscription des auxiliaires paramédicaux.....	62
Section I. - (De l'inscription des praticiens de l'art infirmier.).....	62
Section II. - (De la communication des listes des kinésithérapeutes, des praticiens de l'art infirmier et des auxiliaires paramédicaux aux organismes assureurs.)	63
CHAPITRE IVBIS. - Obligation de paiement lors de l'usage de la carte d'identité sociale.....	63
CHAPITRE V. - De la publicité de la réglementation de l'assurance, des listes des personnes agréées et des personnes et établissements hospitaliers ayant adhéré à une convention ou à un accord.....	63
CHAPITRE VI. - (Notifications et mentions en exécution de la charte de l'assuré social.).....	63
TITRE III. - De l'assurance indemnités et de l'assurance maternité.....	64

CHAPITRE I. - Organes.....	64
Section I. - Du Comité de gestion du Service des indemnités.	64
Section Ibis. - Comité de gestion pour les ouvriers mineurs.	65
Section II. - Du Conseil médical de l'invalidité. ...	66
Section III. - Du Conseil technique intermutualiste.....	70
Section IV. - (Insérée par) Du Conseil technique médical.	71
CHAPITRE II. - Du champ d'application.	72
CHAPITRE III. - Des conditions d'octroi des prestations.	72
Section I. - Du stage pour le droit aux indemnités.	72
Section II. - De la dispense et de la réduction du stage pour le droit aux indemnités	74
Section III. - Des modalités de stage en cas de passage d'un secteur de l'assurance indemnités à un autre.	76
Section IV. - Du maintien des droits des travailleurs saisonniers, des travailleurs intermittents et des travailleurs à temps partiel.	77
Section IVbis. - Disposition commune aux sections I à IV et à l'article 224, § 1er.....	77
Section V. - Des droits des titulaires qui peuvent prétendre à la pension d'invalidité au titre de la législation sur le régime de retraite des ouvriers mineurs pendant les six derniers mois de l'incapacité primaire.	77
Section VI. - Du taux des indemnités d'incapacité de travail, de montant maximum et du montant minimum de l'indemnité d'invalidité.	78
Section VIbis. (inséré par AR 1998-07-10/36, art. 2, En vigueur : 01-10-1998) De l'allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne.....	79
Section VIter. - Réadaptation professionnelle.	80
Section VII. - (Des taux et des conditions d'octroi de l'indemnité de maternité pendant la période de protection de la maternité visée aux articles 114 et 115 de la loi coordonnée.).....	80
Section VIIbis. - (Des taux et des conditions d'octroi de l'indemnité de maternité pendant la période de protection de la maternité visée à l'article 114bis de la loi coordonnée.)	81
Section VIII. - De la prolongation de la période de repos postnatal.	82
Section IX. - Du congé de maternité converti en cas de décès ou d'hospitalisation de la mère	83
Section IXbis- Du congé de paternité ou de naissance.....	84
Section IXter- Du congé d'adoption.	84
Section IXquater. - Pauses d'allaitement.	84
Section X. - Du travailleur régulier.....	84
Section XI. - Du travailleur ayant personne à charge.....	86
Section XII. - Du travailleur sans personne à charge auquel une indemnité plus élevée peut être accordée pour perte de revenu unique.	88
Section XIII. - De l'incidence du placement familial sur la qualité de travailleur ayant personne à charge.	89
Section XIV. - Du refus des indemnités.	89
Section XV. - De la réduction des indemnités.	89
Section XVbis. - De la renonciation au droit des indemnités	92
Section XVI. - De l'adaptation du montant des indemnités et du montant maximum de la rémunération visé à l'article 212.....	92
Section XVIbis- Adaptation du montant des indemnités d'invalidité au coefficient de revalorisation.....	92
Section XVIter. - De l'octroi d'une prime de rattrapage.	93
Section XVII.	94
Section XVIII. - Des conditions particulières d'ouverture du droit aux indemnités incapacité de travail.....	94
Section XIX. - Dispositions monétaires en matière de cumul des indemnités et de prestations dues par l'étranger.....	95
CHAPITRE IV. - (Notification ou communication des décisions en exécution de la charte de l'assuré social.)	96
Section 1. - (Décisions de nature médicale.)	96
Section 2. - (Décisions de nature administrative.)	96
CHAPITRE V. - Dispositions prises en exécution de l'article 101 de la loi coordonnée	97
TITRE IV. - Dispositions communes.	97
CHAPITRE I. - Du champ d'application.	97
Section I. - Du chômage contrôlé.....	97
Section II. - De l'assurance continuée.....	98
CHAPITRE II. - Des conditions d'octroi des prestations.	102

Section I. - Des modalités d'inscription et d'affiliation à un organisme assureur.	102
Section II. - Des mutations.	103
Section III. - Des documents de cotisation et des documents permettant d'établir la qualité de titulaire.	105
Section IV. - De la remise des documents de cotisation.	110
Section V. - De la valeur minimum des documents de cotisation pour les secteurs soins de santé et indemnités.	110
Section Vbis. - (insérée par AR 1998-11-18/34, art. 1, En vigueur : 01-01-1999#) Des règles relatives à l'EURO.	113
Section VI. - Des prestations fournies en dehors du territoire national.	113
Section VII. - De l'octroi des prestations en cas de dommage couvert par une autre législation.	116
CHAPITRE III. - (Notification et communication des décisions en exécution de la charte de l'assuré social.)	116
TITRE IVbis. - Du Fonds des accidents médicaux.	117
TITRE V. - Du contrôle et du contentieux.	118
CHAPITRE I. - Du contrôle médical.	118
Section I. - Du Comité du (Service d'évaluation et de contrôle médicaux).	118
Section II. - Des contestations entre les médecins-conseils et les médecins-inspecteurs.	118
Section III. - Des commissions d'appel.	119
Section IIIbis. - Chambres de recours.	119
Section IV. - De la publicité des décisions d'interdiction d'intervention de l'assurance.	119
CHAPITRE II. - Du contrôle administratif.	119
Section I. - Du Comité du Service du contrôle administratif.	119
Section II. - Des sanctions applicables aux organismes assureurs et aux offices de tarification.	119
Section III. - De la récupération des prestations payées indûment.	119
...br(2012-09-30/19Art. 3272012-09-30/192013-11-13/06Section IV. Art. 328Art. 329CHAPITRE III. Art. 330TITRE VI. CHAPITRE I. Art. 3312014-05-27/06Art. 3322014-05-27/06Art. 3332014-05-27/06Art. 3342014-05-27/06CHAPITRE II. Art. 335Art. 3362014-05-27/06Art. 337Art. 338Art. 339Art. 3402013-11-22/24CHAPITRE III. Art. 341CHAPITRE IV.	

Art. 342Art. 3432014-05-27/06Art. 3442014-05-27/06CHAPITRE V. Art. 345CHAPITRE VI. Art. 346Art. 347Art. 348Art. 349Art. 350Art. 3512007-12-20/492009-05-11/05Art. 351bis2010-02-01/09Art. 352Art. 353CHAPITRE VII. Art. 354Art. 355Art. 356ANNEXE.	121
--	------------

TITRE I. - Du Comité général.

Article 1. Le Comité général est composé:

- 1° d'un président;
- 2° de deux vice-présidents nommer parmi les membres visés aux 3°, 4°, 5° ci-dessous;
- 3° de cinq membres effectifs et de cinq membres suppléants, nommés parmi les candidats présentés par les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs et par les organisations représentatives des travailleurs indépendants en nombre double de celui des mandats à attribuer;
- 4° de cinq membres effectifs et de cinq membres suppléants, nommés parmi les candidats présentés par les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés, en nombre double de celui des mandats à attribuer;
- 5° de cinq membres effectifs et de cinq membres suppléants, nommés parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer.

Si le président n'est pas nommé parmi les membres visés à l'alinéa 1er, 3°, 4° et 5°, il n'a pas droit de vote.

Le président, les vice-présidents et les membres sont nommés pour un terme de 6 ans. Leur mandat peut être renouvelé.

Il est pourvu immédiatement au remplacement de tout membre qui aura cessé de faire partie du Comité général avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre ainsi désigné achève le mandat de celui qu'il remplace.

Un membre suppléant ne siège qu'en cas d'absence d'un membre effectif de son groupe.

Art. 2. Le Comité général se réunit sur convocation de son président soit à son initiative, soit à la requête du Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions, nommé ci-après le Ministre, soit à la demande de trois membres au moins, formulée par écrit et mentionnant l'objet de la réunion; dans tous les cas, la convocation mentionne l'objet de la réunion.

Lorsque le Comité général est invité à se réunir à la requête du Ministre, la réunion a lieu dans les huit jours de la requête.

Art. 3. Le siège du Comité général est valablement constitué si au moins la moitié de ses membres sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote, compte non tenu des abstentions. En cas de parité de voix, la proposition est rejetée.

Art. 4. Le président et les vice-présidents du Comité général sont habilités à signer l'un ou l'autre, conjointement avec l'Administrateur général de l'Institut national d'assurance maladie invalidité, nommé ci-après l'Institut, ou son remplaçant les actes qui engagent l'Institut, autres que ceux qui ont trait à la gestion journalière ou qui émanent de mandataires spéciaux.

TITRE II. - De l'assurance soins de santé.

CHAPITRE I. - Organes.

Section I. - Du Conseil général de l'assurance soins de santé.

Art. 5. § 1. Le Conseil général de l'assurance soins de santé est composé:

1° d'un président;

2° de deux vice-présidents à nommer parmi les membres visés aux 3°, 4°, 5° et 6°, conformément aux règles en matière de présentation prévues par le règlement d'ordre intérieur du Conseil général;

3° de cinq membres (effectifs et de cinq membres suppléants) représentant l'autorité, nommés conformément aux dispositions de l'article 15, alinéa 1er, a), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, nommée ci-après la loi coordonnée;

4° de cinq membres effectifs et de cinq membres suppléants, nommés parmi les candidats présentés par les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs et par les organisations représentatives des travailleurs indépendants en nombre double de celui des mandats à attribuer;

5° de cinq membres effectifs et de cinq membres suppléants, nommés parmi les candidats présentés par les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés en nombre double de celui des mandats à attribuer;

6° de cinq membres effectifs et de cinq membres suppléants, nommés parmi les candidats présentés

par les organismes assureurs en nombre double de celui des mandats à attribuer.

7° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants (dont respectivement deux médecins spécialistes et deux médecins généralistes), trois représentants des gestionnaires des établissements de soins et un praticien de l'art infirmier, nommés parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles en nombre double de celui des mandats à attribuer sur des listes établies par les organisations représentées dans les commissions visées aux sections III et IV du présent chapitre.

§ 2. (Le président, les vice-présidents et les membres, visés au § 1er, 4°, 5°, 6° et 7° sont nommés pour un terme de quatre ans. Leur mandat est renouvelable.)

§ 3. (...)

§ 4. Il est pourvu immédiatement au remplacement de tout membre qui aura cessé de faire partie du Conseil général avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre ainsi désigné achève le mandat de celui qu'il remplace.

§ 5. Un membre suppléant ne siège qu'en cas d'absence d'un membre effectif de son groupe.

Art. 6. Le Conseil général se réunit sur convocation de son président, soit à son initiative, soit à la requête du Ministre, soit à la demande de trois membres au moins, formulée par écrit et mentionnant l'objet de la réunion; dans tous les cas, la convocation mentionne l'objet de la réunion.

Lorsque le Conseil général est invité à se réunir à la requête du Ministre, la réunion a lieu dans les huit jours de la requête.

Art. 7. Le siège du Conseil général est valablement constitué si au moins la moitié de ses membres sont présents.

Sauf pour l'application des dispositions de l'article 16, § 3, de la loi coordonnée, les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote, compte non tenu des abstentions. En cas de parité de voix, la proposition est rejetée.

Art. 8. Le président et les vice-présidents du Comité général sont habilités à signer l'un ou l'autre, conjointement avec le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé ou son remplaçant, les actes pris sur la base de l'article 16, § 1er, 1°, 3°, 4°, 7° et 9° de la loi coordonnée.

Art. 9. Dans les trois mois suivant la communication des rapports visés à l'article 16, § 1er, 6° de la loi coordonnée, le Conseil général fait rapport au

Ministre sur les mesures que le Conseil général a décidé de prendre ou qu'il propose au Ministre.

Section II. - Du Comité de l'assurance.

Art. 10. § 1er. Le Comité de l'assurance est composé:

1° d'un président;

2° de deux vice-présidents;

3° de vingt et un membres effectifs et vingt et un membres suppléants, nommés parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

4° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants dont respectivement sept médecins et un praticien de l'art dentaire nommés parmi les candidats présentés en nombre double de celui des mandats à conférer, sur des listes établies par les organisations professionnelles représentatives; (parmi les membres effectifs qui représentent les médecins figurent quatre médecins généralistes et trois médecins spécialistes et parmi les membres suppléants qui représentent les médecins figurent trois médecins généralistes et quatre médecins spécialistes.)

5° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, pharmaciens, nommés parmi les candidats présentés en nombre double de celui des mandats à attribuer, sur des listes établies par les organisations professionnelles représentatives.

Parmi les membres effectifs ou suppléants doivent figurer obligatoirement un pharmacien d'officine, un pharmacien hospitalier et un pharmacien biologiste;

6° de cinq membres effectifs et de cinq membres suppléants nommés parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des gestionnaires d'établissements hospitaliers, des services et institutions visés à l'article 34, 11°, 12°, 13° et 18°, de la loi coordonnée, et des établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

7° de six membres effectifs et de six membres suppléants, dont respectivement un praticien de l'art infirmier, un kinésithérapeute, un logopède, un opticien, un fournisseur de prothèses et appareils, un fournisseur d'implants nommés parmi les candidats présentés en nombre double de celui des mandats à conférer, sur des listes établies par les organisations professionnelles représentatives;

8° de six membres effectifs et de six membres suppléants dont respectivement trois membres

nommés parmi les candidats présentés par les organisations représentatives des employeurs et par les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs indépendants en nombre double de celui des mandats à attribuer et trois membres choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives des travailleurs salariés en nombre double de celui des mandats à attribuer; ils ont voix consultative.

§ 2. Les membres visés au 4°, 5°, 6° et 7° du § 1er, sont présentés en nombre double de celui des mandats à attribuer, sur des listes établies par les organisations professionnelles représentées aux commissions chargées de conclure les accords et conventions visés aux sections III et IV de ce chapitre. A défaut de telles organisations, les membres seront désignés par Nous, parmi les dispensateurs de soins ayant la qualification professionnelle requise.

§ 3. Un membre suppléant ne siège qu'en cas d'absence d'un membre effectif de son groupe.

§ 4. Le président a voix délibérative lorsqu'il est nommé parmi les membres visés au § 1er, 3° à 7°.

§ 5. Les deux vice-présidents sont nommés parmi les membres visés au § 1er, 3° à 7° conformément aux règles en matière de présentation prévues par le règlement d'ordre intérieur du Comité de l'assurance.

§ 6. Le Comité de l'assurance se réunit sur convocation de son président soit à son initiative, soit à la requête du Ministre, soit à la demande de trois membres au moins, formulée par écrit et mentionnant l'objet de la réunion; dans tous les cas, la convocation mentionne l'objet de la réunion.

Lorsque le Comité de l'assurance est invité à se réunir à la requête du Ministre, la réunion a lieu dans les huit jours de la requête.

§ 7. Le siège du Comité de l'assurance est valablement constitué si au moins la moitié des membres du groupe composé par les représentants des organismes assureurs et du groupe composé par les représentants des dispensateurs de soins, sont présents.

(Les décisions sont prises à la majorité des deux tiers des membres présents ayant voix délibérative, sans tenir compte des abstentions.)

Lorsque ce quorum n'est pas atteint, mais que la majorité des membres présents ayant voix délibérative est obtenue, le président soumet au vote les mêmes propositions lors de la réunion suivante.

Si la majorité visée à l'alinéa précédent est à nouveau obtenue, les décisions sont acquises.)

§ 8. Lorsque le Comité de l'assurance est saisi d'une proposition ou d'un avis par une des commissions de conventions ou d'accords visées à l'article 26 de la loi coordonnée et estime devoir y apporter une modification, la proposition ou l'avis est renvoyé, avant toute décision définitive, pour nouvel examen à cette commission de conventions ou d'accords.

§ 9. Le président, les vice-présidents et les membres du Comité de l'assurance sont nommés pour un terme de (quatre ans). Leur mandat peut être renouvelé.

§ 10. Il est pourvu immédiatement au remplacement de tout membre qui aura cessé de faire partie du Comité de l'assurance avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre ainsi désigné achève le mandat de celui qu'il remplace.

Section IIbis. - (Du Conseil scientifique.)

Art. 10bis. Le Conseil scientifique visé à l'article 19 de la loi coordonnée comprend les sections suivantes :

1° une Section " Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments ";

2°

Art. 10ter. Les membres des sections du Conseil scientifique, le président de la section scientifique de l'Observatoire des maladies chroniques et les membres des sections de l'Observatoire sont nommés pour une période de quatre ans. Le président de la section consultative de l'Observatoire des maladies chroniques est nommé pour une période de deux ans.

Art. 10quater. Le secrétariat des sections du Conseil scientifique et des sections de l'Observatoire des maladies chroniques est assuré par des membres du personnel du Service des Soins de santé désignés par le fonctionnaire dirigeant dudit service.

Art. 10quinquies. Les sections du Conseil scientifique et les sections de l'Observatoire des maladies chroniques rédigent leur règlement d'ordre intérieur et le soumettent pour approbation au Comité de l'assurance.

Art. 10sexies. Le Comité d'évaluation visé à l'article 10bis, 1°, a pour missions :

a) de formuler un avis sur l'enregistrement, la collecte et l'utilisation des données statistiques se rapportant à la prescription des spécialités pharmaceutiques remboursables; en particulier, il formule un avis sur les conditions, définies par Nous, selon lesquelles les organismes assureurs reçoivent et rendent anonymes les données susceptibles d'identifier les patients. ...

b) de définir et d'appliquer une méthodologie d'évaluation des données ainsi recueillies et ce, en vue de fournir à chaque médecin-prescripteur des informations lui permettant de situer utilement son comportement de prescription, en regard de celui de ses confrères;

c) d'organiser périodiquement et au moins deux fois par an, des réunions de consensus destinées à évaluer la pratique médicale en matière de médicament dans un secteur déterminé et à formuler des recommandations à l'usage de tous les médecins-prescripteurs;

d) de formuler des directives concernant l'organisation de peer review, tant au plan local qu'entre les médecins susceptibles de prescrire les mêmes types de médicaments;

e) de communiquer, selon la forme qu'il détermine, un rapport annuel d'activités aux ministres qui ont respectivement les Affaires sociales et la Santé publique dans leurs attributions, au Conseil général, au Comité de l'assurance ainsi qu'à la Commission du médicament. Ce rapport peut comprendre des propositions relatives aux modalités de remboursement, en ce compris les conditions d'intervention des médecins-conseils des organismes assureurs.

(f) de définir les indicateurs et les seuils visés à l'article 73, §§ 2 et 3, de la même loi.)

g) d'assurer l'accompagnement de la concertation pharmaco-thérapeutique visée à l'article 36decies de la Loi.

Art. 10septies. Le Comité visé à l'article 10bis, 1° est composé :

1° d'un président, choisi en son sein;

2° de sept membres, docteurs en médecine choisis parmi les candidats présentés par les universités belges, chaque université ayant droit à un membre;

3° de neuf membres, docteurs en médecine ou pharmaciens, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs en nombre double de celui des mandats à attribuer; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs;

4° de onze membres, docteurs en médecine, (dont six médecins généralistes), présentés par les organisations professionnelles représentatives du corps médical en nombre double de celui des mandats à attribuer;

5° de quatre membres, docteurs en médecine, présentés par les sociétés scientifiques, dont deux généralistes et deux spécialistes;

6° de quatre membres pharmaciens, présentés par les organisations professionnelles représentatives des pharmaciens d'officine et les pharmaciens hospitaliers;

7° de deux membres dentistes, présentés par les organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire.

Art. 10octies. La section consultative de l'Observatoire des maladies chroniques se compose de :

1° un président, nommé de manière alternative parmi les membres visés sous 2° et 3°;

2° douze membres effectifs et douze membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs; afin de déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs; chaque organisme assureur a au moins droit à un mandat de membre effectif et un mandat de membre suppléant;

3° douze membres effectifs et douze membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives des associations pour l'aide aux malades chroniques, parmi lesquels six membres effectifs et six membres suppléants présentés par l'ASBL Vlaams Patiëntenplatform, cinq membres effectifs et cinq membres suppléants présentés par l'ASBL Ligue des Usagers des Services de Santé et un membre effectif et un membre suppléant présentés par l'ASBL Patienten Rat

Art. 10octies/1. La section consultative de l'Observatoire des maladies chroniques se réunit sur convocation de son président, soit à son initiative, soit à la requête du Ministre, soit à la demande d'au moins trois membres, formulée par écrit et mentionnant l'objet de la réunion. La convocation mentionne dans tous les cas l'objet de la réunion. Lorsque la section est invitée à se réunir à la requête du Ministre, la réunion a lieu dans les huit jours de la requête.

Art. 10octies/2. La section consultative de l'Observatoire des maladies chroniques siège valablement si au moins la moitié des membres de chaque groupe est présent.

Les décisions sont prises à la simple majorité des membres participant au vote; il n'est pas tenu compte des abstentions. En cas de parité des voix, la proposition est rejetée.

Dans le cas où les membres ne sont, lors d'un vote, pas présents en nombre égal au sein des deux groupes visés à l'article 10octies, alinéa 1er, 2° et 3°, le ou les membre(s) le(s) plus jeune(s) du groupe en surnombre s'abstien(nen)t afin de rétablir la parité.

Art. 10nonies. La section scientifique de l'Observatoire des maladies chroniques se compose :

1° d'un président;

2° de sept membres, médecins, choisis parmi les candidats proposés par les universités belges, chaque université ayant droit à un mandat;

3° de neuf membres, qui représentent les dispensateurs de soins, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives représentées au Comité de l'assurance, dont quatre médecins, deux généralistes et deux spécialistes, deux pharmaciens et trois représentants des auxiliaires paramédicaux;

4° de neuf membres, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chaque organisme assureur ayant droit au moins à un mandat;

5° de deux membres, désignés, respectivement par les ministres qui ont les Affaires sociales et la Santé publique dans leurs attributions.

Les membres désignent les personnes qui peuvent les remplacer dans l'exercice de leur mandat, compte tenu de la nature des matières traitées.

6° sept membres, médecins généralistes, choisis parmi les candidats proposés par les universités belges, chaque université ayant droit à un mandat;

7° deux membres, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des maisons de repos et de soins, des maisons de repos pour personnes âgées et des centres de soins de jour;

8° quatre membres, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art infirmier.

Sur proposition ou après avis du Comité, le Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions peut créer des groupes de travail chargés de formuler des propositions relatives à une ou à un groupe de pathologies spécifiques. Des représentants des communautés ou des régions peuvent également participer à ces groupes de travail.

Art. 10nonies/1. Les sections de l'Observatoire des maladies chroniques délibèrent conjointement pour l'établissement du rapport visé à l'article 19 de la loi. Elles délibèrent également conjointement, soit à la requête du président de l'une des sections, soit à la requête du Ministre, soit à la demande écrite d'au moins trois membres de l'une des sections. La convocation est faite par le président et elle indique dans tous les cas l'objet de la réunion. Lorsque les sections sont invitées à se réunir conjointement à la requête du Ministre, la réunion a lieu dans les huit jours de la requête.

La présidence des réunions conjointes est chaque fois assurée pour une période de deux ans à tour de rôle par le président de chaque section. Les réunions conjointes sont valables s'il est satisfait aux quorums de présence applicables pour chacune des deux sections. Les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote; il n'est pas tenu compte des abstentions. En cas de parité des voix, la proposition est rejetée.

Section III. - Des Commissions de conventions.

A. Des conventions avec les pharmaciens.

Art. 11. La Commission est composée:

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations professionnelles représentatives de pharmaciens (et par celles des pharmaciens hospitaliers);

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

B. (Des conventions avec les maisons de repos et de soins, les maisons de repos pour personnes âgées et les centres de soins de jour).

Art. 12. La Commissions est composée:

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations représentatives (des maisons de repos et de soins, des maisons de repos pour personnes âgées et des centres de soins de jour, visées) à l'article 34, 11° et 12° de la loi coordonnée;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentations des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs

respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

C. Des conventions avec les maisons de soins psychiatriques.

Art. 13. La Commission est composée:

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations représentatives des maisons de soins psychiatriques;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentativité des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

D. Des conventions avec les établissements hospitaliers.

Art. 14. La Commission est composée:

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les associations représentatives d'établissements hospitaliers;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

E. Des conventions avec les représentants des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques.

Art. 15. La Commission est composée:

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations représentatives des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentativité des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

F. Des conventions avec les sages-femmes

Art. 16. La Commission est composée:

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations professionnelles représentatives de sages-femmes;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

G. Des conventions avec les praticiens de l'art infirmier.

Art. 17. La Commission est composée:

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art infirmier;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

H. Des conventions avec les kinésithérapeutes.

Art. 18. La Commission est composée:

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations professionnelles représentatives de kinésithérapeutes;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

Hbis. Des conventions avec les logopèdes.

Art. 18bis. La Commission est composée :

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations professionnelles représentatives de logopèdes;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

I. Des conventions avec les opticiens.

Art. 19. La Commission est composée:

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations professionnelles représentatives d'opticiens;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

J. Des conventions avec les orthopédistes.

Art. 20. La Commission est composée:

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations professionnelles représentatives d'orthopédistes;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

K. Des conventions avec les audiciens.

Art. 21. La Commission est composée:

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations professionnelles représentatives de d'audiciens;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

L. Des conventions avec les bandagistes.

Art. 22. La Commission est composée:

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations professionnelles représentatives de bandagistes;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

M. Des conventions avec les fournisseurs d'implants.

Art. 23. La Commission est composée:

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations professionnelles représentatives des fournisseurs d'implants;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

N. Dispositions communes.

Art. 24. Il est pourvu immédiatement au remplacement du membre qui a cessé de faire partie d'une commission.

Art. 25. Un membre suppléant ne siège qu'en l'absence d'un membre effectif de son groupe.

Art. 26. Les commissions se réunissent sur convocation de leur président soit à son initiative, soit à la requête du Comité de l'assurance, soit à la demande de trois membres au moins formulée par écrit et mentionnant l'objet de la réunion; dans tous les cas la convocation mentionne l'objet de la réunion.

Art. 27. Le siège d'une commission est valablement constitué lorsqu'il réunit au moins cinq membres de chaque groupe.

Les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote, compte non tenu des abstentions. Toutefois, la conclusion finale de la convention n'est acquise que si le vote réunit six voix au moins dans chacun des deux groupes, les abstentions n'étant pas admises.

Dans le cas où, au moment d'un vote, les membres ne sont pas présents en nombre égal dans chacun des deux groupes, le ou les plus jeunes membres de la partie en surnombre sont tenus de s'abstenir pour rétablir la parité.

Art. 28. Le texte de toute convention conclue est communiqué, dans les trois jours, au Comité de l'assurance par le président, qui fait rapport à la plus prochaine séance dudit Comité.

Il en est de même pour les propositions visées à l'article 26, alinéa 2, de la loi coordonnée pour autant qu'il n'existe pas de conseil technique compétent; s'il existe un conseil technique compétent, ces propositions doivent être communiquées, dans les trois jours, audit conseil technique par le président

qui fait rapport à la plus prochaine séance dudit conseil technique.

Section IV. - Des Commissions nationales médico-mutualiste et dento-mutualiste.

A. De la Commission nationale médico-mutualiste.

Art. 29. La Commission nationale médico-mutualiste est composée :

1° de six membres effectifs et de six membres suppléants, médecins généralistes, (désignés) par les organisations représentatives du corps médical, (...);

2° de six membres effectifs et de six membres suppléants, médecins spécialistes, (désignés) par les organisations représentatives du corps médical, (...);

3° de douze membres effectifs et de douze membres suppléants, (désignés) par les organismes assureurs (...).

(Pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif, et à un mandat de membre suppléant.)

B. De la Commission nationale dento-mutualiste.

Art. 30. La Commission nationale dento-mutualiste est composée:

1° de dix membres effectifs et de dix membres suppléants, (désignés) par les organisations représentatives des praticiens de l'art dentaire, (...);

2° de dix membres effectifs et de dix membres suppléants, (désignés) par les organismes assureurs (...).

(Pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif, et à un mandat de membre suppléant.)

C. Dispositions communes aux Commissions nationales médico-mutualiste et dento-mutualiste.

Art. 31. (Les membres des Commissions nationales médico-mutualiste et dento-mutualiste sont (désignés en fonction des résultats des élections organisées en exécution de l'article 211 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994).)

Il est pourvu dans les trois mois au remplacement de tout membre qui a cessé de faire partie de sa commission avant la date normale d'expiration de son

mandat. Le nouveau membre achève le mandat du membre qu'il remplace.

Section V. - De la Commission chargée de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations et de la conclusion des accords concernant le forfait.

Art. 32. § 1er. La Commission chargée de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations et de la conclusion des accords concernant le forfait, lorsqu'elle rend l'avis visé à l'article 52, § 1er, alinéa 3, de la loi coordonnée ou lorsqu'elle est chargée de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations, est composée :

1° de neuf membres désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat;

2° de neuf membres désignés par les organisations représentatives des maisons médicales proportionnellement au nombre de bénéficiaires inscrits dans les maisons médicales qu'elles représentent; une fédération est représentative lorsque les maisons médicales qu'elle représente comptent au moins 10 % de bénéficiaires inscrits par rapport au total des bénéficiaires inscrits dans le système forfaitaire le 30 juin de l'année précédente. Toute fédération qui démontre qu'elle atteint le pourcentage requis peut faire la demande de sa représentation au sein de la Commission par l'intermédiaire d'une demande écrite adressée au président avant le 15 janvier. Chaque année, le président répartit les sièges en application du présent point, et ce pour la première réunion de l'année.

Dans cette section, on entend par " maison médicale " un dispensateur de soins ou un groupe de dispensateurs de soins qui dispensent des prestations de santé qui sont payées selon les règles établies en application de l'article 52, § 1er, de la loi coordonnée.

§ 2. Lorsque la Commission est chargée de la conclusion des accords concernant le forfait, elle est composée :

1° d'un représentant par organisme assureur parmi les membres visés au § 1er, 1° ;

2° des dispensateurs de soins visés par l'accord ou de leur représentant s'il s'agit d'une personne morale.

Art. 33. Lorsqu'il s'agit de l'avis visé à l'article 52, § 1er, alinéa 3, de la loi coordonnée ou de l'application

de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations, la Commission se réunit valablement lorsqu'au moins 6 membres, visés à l'article 32, § 1er, 1° et 6 membres, visés à l'article 32, § 1er, 2°, sont présents.

La Commission se réunit sur convocation du président. La convocation mentionne le sujet de la réunion.

Art. 34. Chaque membre assiste à la réunion, sauf en cas d'absence justifiée. S'il est empêché, le membre peut en aviser le président et lui communiquer le nom de son remplaçant occasionnel.

Art. 35. Pour exécuter sa mission, la Commission, composée conformément à l'article 32, § 1er, peut faire appel à des experts dont elle fixe la tâche. Pour la préparation de ses travaux, elle peut également instituer une commission technique qui doit être composée d'au moins trois personnes désignées parmi les membres visés à l'article 32, § 1er, 1°, et d'au moins trois personnes désignées parmi les membres visés à l'article 32, § 1er, 2°.

Art. 36. Les décisions relatives à l'avis visé à l'article 52, § 1er, alinéa 3, de la loi coordonnée ou à l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations doivent être approuvées à la majorité des deux tiers des membres visés à l'article 32, § 1er, 1°, et à la majorité des deux tiers des membres visés à l'article 32, § 1er, 2°.

Art. 37. § 1er. La demande de conclusion d'un accord est adressée par écrit au président de la Commission.

§ 2. Le projet d'accord approuvé par le demandeur est soumis à l'approbation de la Commission composée conformément à l'article 32, § 2.

Le projet d'accord est présenté par écrit ou par courrier électronique aux membres visés à l'article 32, § 2, 1°.

La date à laquelle le projet d'accord est présenté aux membres visés à l'article 32, § 2, 1° est communiqué au demandeur et à la Commission composée conformément à l'article 32, § 1er.

§ 3. Les décisions en vue de préparer la conclusion des accords doivent obtenir l'approbation d'une part des personnes visées à l'article 32, § 2, 2°, et d'autre part de la majorité des deux tiers des membres, représentants des organismes assureurs, visés à l'article 32, § 2, 1°.

Les membres qui représentent les organismes assureurs sont réputés approuver l'accord si, dans un délai de dix jours à compter de la réception du projet

d'accord, ils ne forment pas d'objection auprès du président de la Commission ou auprès d'un autre collaborateur du Service des soins de santé, désigné par le fonctionnaire dirigeant.

Art. 38. Si l'accord est approuvé à la majorité des deux tiers des membres, représentants des organismes assureurs, visés à l'article 32, § 2, 1°, il est signé au nom des organismes assureurs par le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé et par les personnes visées à l'article 32, § 2, 2°.

Art. 39. Si l'accord n'est pas approuvé à la majorité des deux tiers des membres, représentants des organismes assureurs, visés à l'article 32, § 2, 1°, le projet d'accord est soumis à la Commission comme visé à l'article 32, § 1er.

Art. 40. Le texte de l'accord est communiqué dans les quinze jours au Comité de l'assurance par le président de la Commission, qui lui fait rapport à la plus prochaine séance.

Section VI. - commission de contrôle budgétaire.

Art. 41. Les membres de la Commission de contrôle budgétaire sont nommés pour un terme de (quatre ans). Le mandat des membres sortants peut être renouvelé.

Il est pourvu immédiatement au remplacement de tout membre qui aura cessé de faire partie de la Commission avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre achève le mandat du membre qu'il remplace.

Un membre suppléant ne siège qu'en cas d'absence d'un membre effectif de son groupe.

Art. 42. La présidence de la Commission est assumée par le conseiller budgétaire et financier visé à l'article 190 de la loi coordonnée.

Si celui-ci n'a pas été désigné ou est empêché, la présidence de la Commission est assumée par le doyen d'âge des membres visés à l'article 17, alinéa 2, 5° de la loi coordonnée.

Art. 43. La Commission se réunit sur convocation de son président, soit à son initiative, soit à la requête du Ministre, soit à la demande du Conseil général, soit à la demande du Comité de l'assurance, soit à la demande d'au moins trois de ses membres; dans tous les cas, la convocation mentionne l'objet de la réunion.

Art. 44. Le siège de la Commission est valablement constitué si au moins la moitié de ses membres sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote, compte non tenu des abstentions.

Art. 45. La Commission établit son règlement d'ordre intérieur et le soumet pour approbation au Conseil général.

Art. 46. Les fonctions de secrétaire et de secrétaire adjoint sont assumées par des agents du Service des soins de santé, désignés par le fonctionnaire dirigeant dudit service.

Section VII. - Des Conseils techniques.

A. du Conseil technique pharmaceutique.

Art. 47. Le Conseil technique pharmaceutique institué en vertu de l'article 27 de la loi coordonnée est composé:

1° du président;

2° de six membres effectifs et de six membres suppléants, pharmaciens, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer, chaque organisme assureur ayant droit à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;

3° de cinq membres effectifs et de cinq membres suppléants, pharmaciens, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives du Corps pharmaceutique, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

4° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, pharmaciens, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des pharmaciens hospitaliers, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

5° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, docteurs en médecine, choisis parmi les candidats présentés par des organisations représentatives (des médecins choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des médecins), en nombre double de celui des mandats à attribuer (le membre suppléant est un médecin généraliste si le membre effectif est un médecin spécialiste et le membre suppléant est un médecin spécialiste si le membre effectif est un médecin généraliste;)

6° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, pharmaciens, désignés par le Ministre;

7° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, pharmaciens, désignés par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

B. Du Conseil technique de la kinésithérapie.

Art. 48. Le Conseil technique de la kinésithérapie, institué en vertu de l'article 27 de la loi coordonnée, est composé:

1° du président;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, de kinésithérapeutes ou docteurs en médecine, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs en nombre double de celui des mandats à attribuer; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chaque organisme assureur ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;

3° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, kinésithérapeutes, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives des kinésithérapeutes en nombre double de celui des mandats à attribuer; chaque organisation présente au moins un membre effectif enseignant la kinésithérapie;

4° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, kinésithérapeutes, choisis en raison de leur compétence dans le domaine de la kinésithérapie;

5° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, kinésithérapeutes ou docteurs en médecine, désignés par le Ministre;

6° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

C. Du Conseil technique de l'hospitalisation.

Art. 49. Le Conseil technique de l'hospitalisation institué en vertu de l'article 27 de la loi coordonnée est composé:

1° du président;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs en nombre double de celui des mandats à attribuer; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chaque organisme assureur ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;

3° de six membres effectifs et de six membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les associations hospitalières représentatives, en nombre double de celui des mandats à attribuer, un au moins de ces candidats devant assurer la représentation d'un hôpital universitaire;

4° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des pharmaciens hospitaliers;

5° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre;

6° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

D. Conseil technique des moyens diagnostiques et du matériel de soins.

Art. 50. § 1er. Le Conseil technique des moyens diagnostiques et du matériel de soins, instauré en vertu de l'article 27 de la loi coordonnée, est composé :

1° du président et d'un président suppléant;

2° de sept membres effectifs et de sept membres suppléants, médecins ou pharmaciens, choisis parmi les candidats proposés par les organismes assureurs sur une double liste; afin d'arrêter la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte du nombre de leurs adhérents respectifs; tout organisme assureur a au moins droit à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;

3° de sept membres effectifs et de sept membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les facultés de médecine des universités de Belgique; chaque université a droit à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;

(4° de quatre membres effectifs et de quatre membres suppléants, pharmaciens, dont deux choisis parmi les candidats présentés par les associations professionnelles représentatives du corps des pharmaciens sur une double liste et deux choisis parmi les candidats présentés par les associations professionnelles représentatives des pharmaciens hospitaliers sur une double liste;)

5° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, médecins, choisis parmi les candidats qui sont présentés par les associations professionnelles représentatives du corps des médecins sur une double liste;

6° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats qui sont présentés par les organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art infirmier sur une double liste;

7° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre ayant les Affaires sociales dans ses attributions;

8° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions;

9° d'un représentant du Service du contrôle médical de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. La fonction est endossée par un membre du personnel du Service du contrôle médical, désigné par le fonctionnaire dirigeant de ce Service.

§ 2. Les membres visés au § 1er, 7°, 8° et 9° n'ont pas de droit de vote.

E.

Art. 51.

(F. Du conseil technique des bandages, des orthèses et prothèses.)

Art. 51bis. § 1er. Il est institué auprès du Service des soins de santé et des Commissions de conventions entre les organismes assureurs et les bandagistes d'une part, et les organismes assureurs et les orthopédistes d'autre part, un Conseil technique des bandages, des orthèses et prothèses composé :

1° du président et du président suppléant;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs en nombre double de celui des mandats à attribuer, pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs, chaque organisme assureur ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;

3° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les associations professionnelles de bandagistes, orthopédistes et d'orthésistes-techniciens chausseurs représentatives, en nombre double de celui des mandats à attribuer, dont au moins un membre effectif et un membre suppléant travaillant comme pharmacien d'officine, ainsi qu'un membre effectif et un membre suppléant travaillant comme pharmacien hospitalier;

4° de quatre membres effectifs et de quatre membres suppléants, possédant une compétence spéciale en matière de technologie et de confection des produits, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs;

5° de quatre membres effectifs et de quatre membres suppléants possédant une compétence spéciale en matière de technologie et de confection des produits, choisis parmi les candidats présentés par les associations professionnelles visées sous le 3°;

6° de quatre membres effectifs et de quatre membres suppléants, compétents pour la prescription des prestations visées aux articles 27, 28, § 8, 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, choisis parmi les candidats présentés par les associations professionnelles représentatives du Corps médical;

7° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre des Affaires sociales;

8° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions;

9° d'un délégué du Ministre des Affaires économiques;

10° d'un délégué du Ministre de l'Emploi et du Travail.

§ 2. Les membres repris sous le § 1er, 7° à 10° n'ont pas voix délibérative.

G. Du Conseil technique des voiturettes.

Art. 51ter. § 1er. Il est institué auprès du Service des soins de santé un Conseil technique des voiturettes composé :

1° du président;

2° de cinq membres effectifs et de cinq membres suppléants, possédant une compétence particulière en matière de technologie et de confection des produits, choisis par le Ministre parmi les candidats disposant d'un mandat académique dans une université belge, enseignant dans une école dispensant un enseignement supérieur de gradué en orthopédie ou exerçant une fonction dans un établissement de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle;

3° de sept membres effectifs et de sept membres suppléants, possédant une compétence particulière en matière de technologie et de confection des produits, désignés par les organismes assureurs; chaque organisme assureur a droit à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;

4° de sept membres effectifs et sept de membres suppléants, désignés par les associations professionnelles représentatives des bandagistes;

5° de quatre membres effectifs et de quatre membres suppléants, compétents pour la prescription des prestations visées à l'article 28, § 8, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière

d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, désignés par les associations professionnelles représentatives du corps médical;

6° de quatre membres effectifs et de quatre membres suppléants, possédant une compétence particulière en matière de technologie et de confection des produits, désignés par l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées, le " Dienststelle für Personen mit Behinderung ", le " Vlaams fonds voor sociale integratie van personen met een handicap " et le Service bruxellois francophone des personnes handicapées; chaque fonds a droit à un mandat de membre effectif et à un mandant de membre suppléant;

7° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, désignés par les associations professionnelles représentatives de l'industrie;

8° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, désignés par le Conseil supérieur national des personnes handicapées.

§ 2. Les membres repris sous le § 1er, 7° et 8° n'ont pas voix délibérative.

H. Conseil technique des radio-isotopes

Art. 51quater. § 1er. Le Conseil technique des radio-isotopes, instituée en vertu de l'article 27 de la loi coordonnée, est composé :

1° du président et d'un président suppléant;

2° de sept membres effectifs et de sept membres suppléants, médecins ou pharmaciens, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer, chaque organisme assureur ayant droit à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;

3° de sept membres effectifs et de sept membres suppléants, médecins-spécialiste en radiothérapie ou médecins-spécialiste en médecine nucléaire ou pharmaciens hospitaliers reconnus conforme aux dispositions de l'article 47 de l'arrêté royal du 20 juillet 2001 portant règlement général de la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants, choisis parmi les candidats présentés par les facultés de médecine des universités belges, en nombre double de celui des mandats à attribuer, chaque université ayant droit à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant. Au moins un de ces représentants doit être un pharmacien hospitalier;

4° (de six membres effectifs et de six membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des médecins, en nombre double des mandats à attribuer;)

5° (abrogé)

6° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des pharmaciens hospitaliers, en nombre double des mandats à attribuer;

7° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, choisis parmi les candidats présentés par l'Agence Nationale de Contrôle Nucléaire, en nombre double des mandats à attribuer;

8° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, présentés par la Confédération nationale des établissements hospitaliers, en nombre double des mandats à attribuer;

9° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre ayant les Affaires sociales dans ses attributions;

10° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions;

11° d'un représentant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance soins de santé et indemnités. La fonction est endossée par un membre du personnel du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, désigné par le fonctionnaire dirigeant de ce Service.

§ 2. Les membres visés au § 1er, 7°, 8°, 9°, 10° et 11° n'ont pas voix délibérative.

(I. Dispositions communes au Conseil technique pharmaceutique, au Conseil technique de la kinésithérapie, au Conseil technique de l'hospitalisation, au Conseil technique des moyens diagnostiques et du matériel de soins, au Conseil technique des implants, ..., des orthèses et prothèses, au Conseil technique des voitures et au Conseil technique des radio-isotopes)

Art. 52. Les membres des conseils techniques institués auprès du Service des soins de santé sont nommés pour un terme de six ans. Leur mandat est renouvelable pour moitié tous les trois ans.

Cependant, par dérogation aux dispositions de l'alinéa 1er, les membres du conseil technique pharmaceutique, du conseil technique de la kinésithérapie, du conseil technique des moyens diagnostiques et du matériel de soins et du conseil

technique des bandages, des orthèses et prothèses sont nommés pour un terme de quatre ans.

Le mandat des membres sortants peut être renouvelé. Il est pourvu dans les trois mois au remplacement de tout membre qui a cessé de faire partie de son conseil avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre achève le mandat du membre qu'il remplace.

Art. 53. Un membre suppléant ne siège qu'en l'absence d'un membre effectif. Il peut toutefois assister sans voix délibérative aux séances pour y apporter ses compétences. En cas d'empêchement du président, il est remplacé par un président suppléant, désigné par le Roi, sur proposition du Comité de l'assurance. Le président suppléant peut toujours assister aux séances dans lesquelles siège le président.

Art. 54. Les présidents et présidents suppléants n'ont pas droit de vote; seuls les membres des conseils techniques ont voix délibérative, à l'exception de ceux désignés respectivement par le Ministre qui a les affaires sociales et le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions. (...).

Art. 55. Le siège des conseils techniques est valablement constitué si au moins la moitié de leurs membres sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote, compte non tenu des abstentions. En cas de parité de voix la proposition est rejetée.

Lorsqu'un problème de nomenclature a été examiné à l'initiative des organisations professionnelles, le résultat du vote intervenu doit être communiqué au Comité de l'assurance quel que soit ce résultat, et cette communication doit faire mention de la proposition initiale des organisations professionnelles.

Art. 56. Les propositions ou avis des conseils techniques sont communiqués par leur président à la commission de conventions ou d'accords correspondante.

Art. 57. Les conseils techniques se réunissent sur convocation de leur président, soit à son initiative, soit à la requête du Comité de l'assurance, soit à la demande de trois membres au moins formulée par écrit et mentionnant l'objet de la réunion; dans tous les cas la convocation mentionne l'objet de la réunion.

Art. 58. Les fonctions de secrétaire, et de secrétaire-adjoint des conseils techniques sont assumées par des agents du Service des soins de santé, désignés par le fonctionnaire dirigeant dudit service.

Art. 59. Chacun de ces conseils techniques établit son règlement d'ordre intérieur qui est soumis à l'approbation du Roi.

Section VIII. - Des conseils techniques médical et dentaire.

A. Du Conseil technique médical.

Art. 60. Le Conseil technique médical est composé:

1° du président;

2° de sept membres effectifs et de sept membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les facultés de médecine des universités de Belgique, chaque université ayant droit à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;

3° de onze membres effectifs et de onze membres suppléants, (dont sept médecins spécialistes et quatre médecins généralistes) choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives du corps médical;

4° de neuf membres effectifs et de neuf membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chaque organisme assureur ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

En cas d'empêchement du président, celui-ci est remplacé par un président suppléant, docteur en médecine, membre du Comité de l'assurance, nommé par le Roi sur proposition du Conseil technique médical.

B. Du Conseil technique dentaire.

Art. 61. Le Conseil technique dentaire est composé:

1° du président;

2° de six membres effectifs et de six membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les facultés de médecine des universités de Belgique, chaque université ayant droit à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;

3° de dix membres effectifs et de dix membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire;

4° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chaque organisme

assureur ayant droit au moins, à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

En cas d'empêchement du président, celui-ci est remplacé par un président suppléant, praticien de l'art dentaire, membre du Comité de l'assurance, nommé par le Roi sur proposition du Conseil technique dentaire.

C. Dispositions communes aux conseils techniques médical et dentaire.

Art. 62. Les membres des conseils techniques médical et dentaire sont nommés pour un terme de quatre ans.

Il est pourvu dans les trois mois au remplacement de tout membre qui a cessé de faire partie de son conseil avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre achève le mandat du membre qu'il remplace.

Art. 63. Les conseils techniques médical et dentaire se réunissent sur convocation de leur président, soit à son initiative, soit à la requête du Comité de l'assurance, soit à la demande de trois membres au moins, formulée par écrit et mentionnant l'objet de la réunion; dans tous les cas la convocation mentionne l'objet de la réunion.

Section IX. - Des commissions de profils.

Art. 64. Il est institué auprès du Service des soins de santé des commissions de profils pour:

- 1° les prestations des kinésithérapeutes;
- 2° les prestations des praticiens de l'art infirmier;
- 3° les prestations des praticiens de l'art dentaire;
- 4° les prestations et les prescriptions des médecins de médecine générale;
- 5° les prestations et les prescriptions des médecins spécialistes, autres que ceux visés sous 6°;
- 6° les prestations des médecins spécialistes en biologie clinique, médecine nucléaire ou anatomie-pathologie, des pharmaciensbiologistes et des licenciés en sciences agréés par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions pour effectuer des prestations de biologie clinique;
- 7° les prestations effectuées au sein des établissements hospitaliers et les journées d'entretien.

Art. 65. § 1er. La commission de profils des prestations des kinésithérapeutes est composée:

- 1° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par

les organisations professionnelles représentatives des kinésithérapeutes, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

- 2° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, (dont un médecin généraliste et un médecin spécialiste) choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des médecins, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

- 3° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

- 4° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs, les organisations représentatives des travailleurs indépendants et les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

Les quatre membres effectifs et les quatre membres suppléants, mentionnés sous 3° et 4°, doivent être, respectivement, deux médecins et deux kinésithérapeutes.

§ 2. La commission de profils des prestations des praticiens de l'art infirmier est composée:

- 1° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art infirmier, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

- 2° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, (dont un médecin généraliste et un médecin spécialiste) choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des médecins, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

- 3° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentes par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

- 4° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs, les organisations représentatives des travailleurs indépendants et les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

Les quatre membres effectifs et les quatre membres suppléants, mentionnés sous 3° et 4°, doivent être, respectivement, deux médecins et deux praticiens de l'art infirmier.

§ 3. La Commission de profils des prestations des praticiens de l'art dentaire est composée:

1° de quatre membres effectifs et de quatre membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

2° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

3° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs, les organisations représentatives des travailleurs indépendants et les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

Tous les membres effectifs et suppléants doivent être des praticiens de l'art dentaire.

§ 4. La commission de profils des prestations et des prescriptions des médecins de médecine générale est composée:

1° de cinq membres effectifs et de cinq membres suppléants, (médecins généralistes) choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des médecins, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

2° de trois membres effectifs et de trois membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureur, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

3° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs, les organisations représentatives des travailleurs indépendants et les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

Tous les membres effectifs et suppléants doivent être des médecins.

§ 5. La commission de profils des prestations et des prescriptions des médecins spécialistes, autres que ceux visés au § 6, est composée:

1° de cinq membres effectifs et de cinq membres suppléants, (médecins spécialistes) choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des médecins, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

2° de trois membres effectifs et de trois membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

3° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs, les organisations représentatives des travailleurs indépendants et les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

Tous les membres effectifs et suppléants doivent être des médecins.

§ 6. La commission de profils des prestations des médecins spécialistes en biologie clinique, médecine nucléaire ou anatomopathologie, des pharmaciens-biologistes et des licenciés en sciences agrées par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions pour effectuer des prestations de biologie clinique est composée:

1° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des pharmaciens-biologistes, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

2° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, (médecins spécialistes) choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des médecins, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

3° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

4° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs, les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs indépendants et les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

Les quatre membres effectifs et les quatre membres suppléants, mentionnés sous 3° et 4°, doivent être,

respectivement, deux médecins et deux pharmaciens-biologistes.

§ 7. La commission de profils pour les prestations effectuées au sein des établissements hospitaliers et les journées d'entretien est composée:

1° de six membres effectifs et de six membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les associations hospitalières représentatives, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

2° de trois membres effectifs et de trois membres suppléants, (médecins spécialistes) choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des médecins, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

3° de trois membres effectifs et de trois membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

4° de trois membres effectifs et de trois membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs, les organisations représentatives des travailleurs indépendants et les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés, en nombre double des mandats à attribuer.

Lorsqu'un problème ayant trait aux auxiliaires paramédicaux est examiné par cette commission de profils, le président peut à tout moment faire appel au représentant de la discipline concernée, siégeant au Comité de l'assurance.

Art. 66. Le médecin-directeur général du Service du contrôle médical et le directeur général du Service des soins de santé ou leur délégué, assistent de droit aux séances des commissions de profils, sans voix délibérative.

Le secrétaire général du Ministre de la Santé publique ou son délégué, assiste de droit aux séances de la commission de profils pour les prestations effectuées au sein des établissements hospitaliers et pour les journées d'entretien, sans voix délibérative.

Le secrétariat des différentes commissions de profils est assuré par le Service des soins de santé.

Lors des réunions des commissions, chaque membre peut se faire assister par un conseil; celui-ci ne doit pas être désigné nominativement et n'a pas voix délibérative.

Art. 67. § 1er. (Les membres des commissions de profils sont nommés pour un terme de quatre ans.)

Le mandat expire tous les trois ans pour la moitié des membres. Lors du premier renouvellement, les membres sortants sont désignés par tirage au sort.

Le mandat des membres sortants peut être renouvelé.

Il est pourvu dans les trois mois au remplacement de tout membre qui a cessé de faire partie de la commission de profils avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre ainsi désigné achève le mandat de celui qu'il remplace.

Un membre suppléant ne siège qu'en l'absence d'un membre effectif.

§ 2. Chaque commission de profils a deux présidents: un de rôle linguistique francophone et un de rôle linguistique néerlandophone. Un président appartient au groupe composé des représentants des dispensateurs, l'autre appartient au groupe représentant les organismes assureurs et les partenaires sociaux.

Le Roi désigne les présidents parmi les membres de chaque commission de profils, sur proposition de celle-ci.

Les présidents président les séances à tour de rôle, à commencer par le plus âgé. Toutefois, pour la partie des débats à laquelle assiste le dispensateur dont le dossier est examiné, la séance est présidée par le président du même rôle linguistique que celui de ce dispensateur ou, à défaut, par le membre le plus âgé appartenant au même rôle linguistique que ce dispensateur.

En cas d'absence des deux présidents, la séance est présidée par le membre le plus âgé.

§ 3. Chaque commission de profils est convoquée par la personne appelée, conformément au § 2, à présider la séance, soit d'initiative, soit à la demande, de trois membres au moins, formulée par écrit et mentionnant l'objet de la réunion, soit à la requête du Comité de l'assurance. La convocation qui, dans tous les cas, comporte l'ordre du jour de la séance, est adressée aux membres par les soins du Secrétariat de la commission.

§ 4. Le siège de chaque commission de profils est valablement constitué si au moins la moitié de ses membres sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote, compte non tenu des abstentions. En cas de parité de voix, la proposition est rejetée.

§ 5. Chaque commission de profils est tenue de transmettre annuellement au Comité de l'assurance un rapport de ses activités.

Art. 68. Les commissions de profils ont pour mission l'évaluation individuelle des profils. A cet effet, elles sont habilitées à:

1° prendre connaissance des tableaux statistiques par dispensateur, par prescripteur ou par établissement hospitalier;

2° examiner la fiabilité de ces données, éventuellement en interrogeant les intéressés par écrit ou verbalement sur convocation;

3° transmettre, le cas échéant, ces données aux instances compétentes;

4° mener une action préventive et éducative à l'égard des dispensateurs et/ou prescripteurs induisant des dépenses importantes.

Section X. - Des conseils d'agrément.

A. Du conseil d'agrément des kinésithérapeutes. (abrogé)

Art. 69. (abrogé)

Art. 70. (abrogé)

Art. 71. (abrogé)

Art. 72. (abrogé)

Art. 73. (abrogé)

Art. 74. (abrogé)

Art. 75. (abrogé)

Art. 76. (abrogé)

Art. 77. (abrogé)

B. Du conseil d'agrément des orthopédistes.

Art. 78. Le conseil d'agrément des orthopédistes est composé:

1° du président;

2° de six membres effectifs et de six membres suppléants, choisis par le Ministre parmi les candidats présentés par les organisations représentatives des orthopédistes, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

3° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre;

4° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

Art. 79. Le conseil d'agrément des orthopédistes a pour mission de (procéder à) l'agrément des personnes qu'il reconnaît compétentes pour fournir aux bénéficiaires de l'assurance les prothèses et appareils orthopédiques qui, dans la nomenclature des prestations de santé susvisée, relèvent de la compétence des orthopédistes.

Les demandes d'agrément sont adressées au Service des soins de santé; celui-ci les transmet au conseil d'agrément.

Art. 80. (§ 1er. Pour les prestations relatives à l'orthopédie et aux semelles orthopédiques, visées à l'article 29 de la nomenclature des prestations de santé, peuvent être agréées les personnes qui :

a) Soit ont suivi une formation théorique et pratique d'orthopédiste pendant cinq ans;

b) Soit sont titulaires d'un diplôme de bachelier en orthopédie, et qui ont complété leur formation pratique dans ces matières pendant au moins deux ans dans un atelier répondant aux normes fixées en vertu de l'article 80bis.

Les dispensateurs agréés pour les prestations relatives à l'orthopédie et aux semelles orthopédiques peuvent être agréés pour les prothèses dans la mesure où leur formation comprend ces matières.

§ 2. Pour les prestations relatives aux prothèses, visées à l'article 29 de la nomenclature des prestations de santé, peuvent être agréées les personnes qui :

a) Soit ont suivi une formation théorique et pratique de prothésiste pendant cinq ans;

b) Soit sont titulaires d'un diplôme de bachelier en orthopédie et qui ont complété leur formation pratique dans ces matières pendant deux ans au moins dans un atelier répondant aux normes fixées en vertu de l'article 80bis.

Les dispensateurs agréés pour les prestations relatives aux prothèses peuvent être agréés pour l'orthopédie et les semelles orthopédiques dans la mesure où leur formation comprend ces matières.

§ 3. Pour les prestations relatives aux chaussures orthopédiques et aux semelles, visées à l'article 29 de la nomenclature des prestations de santé, peuvent être agréées les personnes qui :

a) Soit ont suivi une formation théorique et pratique d'orthopédiste pendant cinq années et demie au moins;

b) soit sont titulaires d'un certificat délivré par les Classes Moyennes, et qui ont suivi pendant cinq années et demie au moins une formation pratique dans ces matières;

c) soit sont titulaires d'un diplôme de bachelier en orthopédie et qui ont complété leur formation pratique dans ces matières pendant deux ans au moins dans un atelier répondant aux normes fixées en vertu de l'article 80bis.

Les candidats aux agréments visés aux §§ 1er à 3 doivent satisfaire à un examen de compétence technique organisé par le Conseil; le programme de cet examen est fixé par Nous après avis du Conseil.)

(§ 4. Pour pouvoir être agréées, les personnes précitées s'engagent, dans une déclaration sur l'honneur :

1° a) à ne fournir les articles que sur prescription médicale et en fonction des objectifs de cette prescription et conformément à ceux-ci;

b) à respecter les délais fixés dans la nomenclature en ce qui concerne la validité de la prescription et la délivrance des produits;

2° a) à fournir des articles correspondant aux critères minimums de fabrication définis dans la nomenclature des prestations de santé;

b) à essayer les articles manufactures au moins une fois avant la finition de l'article à délivrer;

c) à appliquer au patient, lors de la fourniture, tant les articles manufacturés que les autres articles et à procéder, si nécessaire aux adaptations techniques;

d) à fournir toutes les indications relatives au placement, à l'utilisation et à l'entretien de l'article;

e) à exécuter elle-même la fourniture;

3° à disposer de l'installation et de l'outillage nécessaires à la confection sur mesure;

4° à ne pas offrir en vente, ni fournir les articles sur les marchés, foires commerciales ou autres lieux publics, ni par colportage, ni par l'intermédiaire de personnes non inscrites sur les listes des orthopédistes agréés établies par le Conseil d'agrément des orthopédistes;

5° à exercer sa profession au(x) siège(s) de l'entreprise enregistré(s) par le Conseil d'agrément.

Cependant, lorsque le bénéficiaire détenteur d'une prescription médicale et se trouvant dans

l'impossibilité de se déplacer ou éprouvant des difficultés graves à le faire, fait appel à l'orthopédiste, celui-ci pourra se rendre à sa résidence.)

Art. 80bis. Seules les personnes disposant de l'installation et de l'outillage prévus à l'article 80, § 4, 3°, dans un atelier répondant aux normes fixées par un règlement du Comité de l'assurance, ont le droit d'effectuer des prestations sur mesure.

Art. 81. L'agrément est maintenu aux personnes qui, au 1er septembre 1983, sont agréées en qualité d'orthopédiste.

Cet agrément ne porte cependant que sur les prestations pour lesquelles ces personnes ont été reconnues compétentes.

Ces personnes peuvent obtenir une extension de leur compétence lorsqu'après avoir suivi une formation théorique et pratique appropriée, elle se soumettent à un examen de compétence technique dont le programme est fixé par Nous, après avis du conseil.

C. Du conseil d'agrément des bandagistes.

Art. 82. Le conseil d'agrément des bandagistes est composé:

1° du président;

2° de six membres effectifs et de six membres suppléants, choisis par le Ministre, parmi les candidats présentés par les organisations représentatives des bandagistes, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

3° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre;

4° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

Art. 83. Le conseil d'agrément des bandagistes a pour mission de (procéder à) l'agrément des personnes qu'il reconnaît compétentes pour fournir aux bénéficiaires de l'assurance les bandages qui, dans la nomenclature des prestations de santé susvisée, relèvent de la compétence des bandagistes.

Les demandes d'agrément sont adressées au Service des soins de santé; celui-ci les transmet au conseil d'agrément.

Art. 84. § 1er. (Pour les prestations relatives à la bandagisterie visées aux articles 27 a) de la nomenclature des prestations de santé, peuvent être agréées les personnes qui :

a) soit ont suivi une formation théorique et pratique de bandagiste pendant trois années et demie au moins;

b) soit sont titulaires d'un diplôme de bachelier en orthopédie, et qui ont complété pendant deux ans une formation pratique dans ces matières dans un atelier répondant aux normes fixées en vertu de l'article 84bis.

Les candidats à l'agrément susvisé doivent satisfaire à un examen de compétence technique organisé par le Conseil; le programme de cet examen est fixé par Nous.)

§ 2. Pour les prestations relatives à l'appareillage pour anus artificiel, à l'urinal ambulateur et à la canule trachéale, peuvent être (agréés) les pharmaciens qui ont reçu une formation appropriée pendant 6 mois. Toutefois, les pharmaciens titulaires du diplôme de pharmacien hospitalier délivré par une université agréée par l'Etat sont reconnus compétents pour ces prestations.

(§ 3. Pour pouvoir être agréées, les personnes précitées s'engagent, dans une déclaration sur l'honneur :

1° a) à ne fournir les articles que sur prescription médicale et en fonction des objectifs de cette prescription et conformément à ceux-ci;

b) à respecter les délais fixés dans la nomenclature en ce qui concerne la validité de la prescription et la délivrance des produits;

2° a) à fournir des articles correspondant aux critères minimums de fabrication définis dans la nomenclature des prestations de santé;

b) à essayer les articles fabriqués sur mesure au moins une fois avant la finition de l'article à délivrer;

c) appliquer au patient, lors de la fourniture, tant les articles fabriqués sur mesure que les autres articles;

d) à fournir toutes les indications relatives au placement, à l'utilisation et à l'entretien de l'article;

e) à exécuter elle-même la fourniture;

3° à disposer de l'installation et de l'outillage nécessaires à la confection sur mesure;

4° à ne pas offrir en vente, ni fournir les articles sur les marchés, foires commerciales ou autres lieux publics, ni par colportage, ni par l'intermédiaire de personnes non inscrites sur les listes des bandagistes agréés établies par le Conseil d'agrément des bandagistes pour la fourniture des prestations prévues à l'article 27, § 1er, de la nomenclature des prestations de santé;

5° à exercer sa profession au(x) siège(s) de l'entreprise enregistré(s) par le Conseil d'agrément.

Cependant, lorsque le bénéficiaire détenteur d'une prescription médicale et se trouvant dans l'impossibilité de se déplacer ou éprouvant des difficultés graves à le faire, fait appel au bandagiste, il pourra se rendre à sa résidence.)

Art. 84bis. Seules les personnes disposant de l'installation et de l'outillage prévus à l'article 84, § 3, 3°, dans un atelier répondant aux normes fixées par un règlement du Comité de l'assurance, ont le droit d'effectuer des prestations sur mesure.

Art. 85. § 1er. (Pour les prestations relatives aux voiturettes visées à l'article 28, § 8 de la nomenclature des prestations de santé, peuvent être agréées les personnes qui :

a) soit ont suivi une formation théorique et pratique appropriée pendant deux ans au moins;

b) soit sont titulaires d'un diplôme de bachelier en orthopédie, et qui ont complété pendant deux ans une formation pratique dans ces matières dans un atelier répondant aux normes fixées en vertu de l'article 85bis.

Les candidats à l'agrément susvisé doivent satisfaire à un examen de compétence technique organisé par le Conseil; le programme de cet examen est fixé par Nous.)

(§ 2. Pour pouvoir être agréées, les personnes précitées s'engagent, dans une déclaration sur l'honneur :

1° a) à ne fournir les articles que sur prescription médicale et en fonction des objectifs de cette prescription et conformément à ceux-ci;

b) à respecter les délais fixés dans la nomenclature en ce qui concerne la validité de la prescription et la délivrance des produits;

2° a) à fournir des articles correspondant aux critères minimums de fabrication définis dans la nomenclature des prestations de santé;

b) sur la base de ses constatations, après avoir vu le bénéficiaire, à établir un devis et à motiver la ou les prestations et les accessoires éventuels;

c) à essayer les articles au bénéficiaire lors de la fourniture;

d) à fournir toutes les indications relatives au placement, à l'utilisation et à l'entretien de l'article à délivrer;

e) à exécuter elle-même la fourniture au bénéficiaire et à contresigner les documents;

f) à informer le bénéficiaire que si, à sa demande, la fourniture a lieu avant la notification de la décision négative du médecin-conseil, le coût des fournitures et des accessoires éventuels est à sa charge;

3° à disposer de l'installation nécessaire et de l'outillage permettant l'adaptation des prestations et l'exécution de petites réparations

4° à ne pas offrir en vente, ni fournir les articles sur les marchés, foires commerciales ou autres lieux publics, ni par colportage, ni par l'intermédiaire de personnes non inscrites sur les listes des bandagistes agréés établies par le Conseil d'agrément des bandagistes pour la fourniture des prestations prévues à l'article 28, § 8, 1°, de la nomenclature des prestations de santé. "

5° à exercer sa profession au(x) siège(s) de l'entreprise enregistré(s) par le Conseil d'agrément.

Cependant, lorsque le bénéficiaire détenteur d'une prescription médicale et se trouvant dans l'impossibilité de se déplacer ou éprouvant des difficultés graves à le faire, fait appel au bandagiste, il pourra se rendre à sa résidence.)

Art. 85bis. Seules les personnes disposant de l'installation et de l'outillage prévus à l'article 85, § 2, 3°, dans un atelier répondant aux normes fixées par un règlement du Comité de l'assurance, ont le droit d'effectuer des prestations sur mesure.

Art. 86. L'agrément est maintenu aux personnes qui, au 1er septembre 1983, sont agréées en qualité de bandagiste.

Cet agrément ne porte cependant que sur les prestations pour lesquelles ces personnes ont été reconnues compétentes.

Ces personnes peuvent obtenir une extension de leur compétence lorsqu'après avoir subi une formation théorique et pratique appropriée, elle se soumettent à un examen technique dont le programme est fixé par Nous, après avis du conseil.

Cbis. Conditions d'agrément des ateliers dans lesquels plusieurs disciplines sont pratiquées par des orthopédistes et des bandagistes.

Art. 86bis. Lorsque, dans une entreprise, on pratique plusieurs disciplines, il suffit que cette entreprise dispose d'un seul atelier. L'atelier dans lequel les prestations

1° pour les prestations des articles 27, § 1, et 28, § 8, 1°, de la nomenclature des prestations de santé

susvisée : les normes visées aux articles 84bis et 85bis ;

2° pour les prestations des articles 27, § 1, et 29, § 1, de la nomenclature des prestations de santé susvisée : les normes visées aux articles 80bis et 84bis ;

3° pour les prestations des articles 28, § 8, 1°, et 29, § 1, de la nomenclature des prestations de santé susvisée : les normes visées aux articles 80bis et 85bis ;

4° pour les prestations des articles 27, § 1, 28, § 8, 1°, et 29, § 1, de la nomenclature des prestations de santé susvisée : les normes visées aux articles 80bis, 84bis et 85bis.

D. Du conseil d'agrément des fournisseurs d'implants.

Art. 87. Le conseil d'agrément des fournisseurs d'implants est composé:

1° du président;

2° de six membres effectifs et de six membres suppléants, choisis par le Ministre parmi les candidats présentés en nombre double de celui des mandats à attribuer, par les organisations représentatives des personnes agréées pour fournir des implants;

3° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre;

4° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

Art. 88. Le conseil d'agrément des fournisseurs d'implants a pour mission de (procéder à) l'agrément des personnes qu'il reconnaît compétentes pour fournir aux bénéficiaires de l'assurance les implants qui sont repris à la liste des appareils remboursables.

Les demandes d'agrément sont adressées au Service des soins de santé, celui-ci les transmet au conseil d'agrément.

Art. 89. § 1er. Sont reconnus compétents les pharmaciens titulaires du diplôme de pharmacien hospitalier délivré par une université agréée par l'Etat.

§ 2. Peuvent être (agréées) les personnes qui ont suivi une formation théorique et pratique appropriée pendant un an au moins et qui satisfont à un examen de compétence technique organisé par le conseil; le programme de cet examen est fixé par Nous, après avis du conseil.

§ 3. Conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 6 juin 1960 relatif à la fabrication, à la préparation et à la distribution en gros des médicaments et à leur dispensation, les pharmaciens d'officine sont agréés d'office pour la fourniture d'articles sous forme stérile.

§ 4. L'agrément peut être limité à la délivrance de prestations déterminées. Le certificat d'agrément comporte cette mention.

E.

Art. 90.

Art. 91.

Art. 92.

Art. 93. (Abrogé)

F. Du conseil d'agrément des opticiens.

Art. 94. Le conseil d'agrément des opticiens est composé:

1° du président;

2° de six membres effectifs et de six membres suppléants choisis par le Ministre parmi les candidats présentés par les organisations représentatives des opticiens, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

3° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre;

4° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

Art. 95. Le conseil d'agrément des opticiens a pour mission de (procéder à) l'agrément des personnes qu'il reconnaît compétentes pour fournir aux bénéficiaires de l'assurance les lunettes et prothèses de l'oeil qui, dans la nomenclature des prestations de santé susvisée, relèvent de la compétence des opticiens.

Les demandes d'agrément sont adressées au Service des soins de santé, celui-ci les transmet au conseil d'agrément.

Art. 96. § 1er. Sont reconnus compétents, les porteurs d'un des titres visés à l'article 18, 1° et 2° et à l'article 26bis, § 2, de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 relatif à la compétence professionnelle pour l'exercice des activités indépendantes relatives aux soins corporels, d'opticien, de technicien dentaire et d'entrepreneur de pompes funèbres.

§ 2. ...

Art. 97. Peuvent être (agréées) les personnes qui exercent la profession d'opticien, soit comme chef

d'entreprise, soit comme technicien au service d'un opticien depuis trois années au moins.

Le conseil apprécie les conditions de la formation et la qualification professionnelle des candidats et, le cas échéant, leur impose un examen de compétence technique qu'il organise; le programme de cet examen est fixé par le Roi, après avis du conseil d'agrément.

Art. 98. Les personnes qui ne répondent pas aux conditions énoncées à l'article 97, alinéa 1er, peuvent également être (agréées) à la condition qu'elles exercent leur profession comme chef d'entreprise ou comme technicien au service d'un opticien depuis une année au moins ou que, comme pharmacien, elles délivrent des lunettes et prothèses de l'oeil depuis au moins trois ans et que dans chaque cas elle satisfassent à un examen de compétence technique organisé par le conseil; le programme de cet examen est fixé par le Roi, après avis du conseil d'agrément.

Fbis.

Art. 98bis.

Art. 98ter.

Art. 98quater.

G. Des dispositions communes aux conseils d'agrément.

Art. 99. (§ 1.) Les membres des conseils d'agrément sont nommés pour un terme de 6 ans. Leur mandat est renouvelable par moitié tous les 3 ans.

Toutefois, le premier renouvellement du mandat des membres desdits conseils a eu lieu le 1er janvier 1967, les membres sortants étant désignés par tirage au sort.

Le mandat des membres sortants peut être renouvelé.

Il est pourvu dans les trois mois au remplacement de tout membre qui a cessé de faire partie de son conseil avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre ainsi désigné achève le mandat du membre qu'il remplace.

(§ 2. Cependant, les membres du Conseil d'agrément des kinésithérapeutes sont nommés pour un terme de quatre ans.

Le mandat des membres sortants peut être renouvelé.

Il est pourvu dans les trois mois au remplacement de tout membre qui a cessé de faire partie de son conseil avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre achève le mandat du membre qu'il remplace.)

Art. 100. Un membre suppléant ne siège qu'en l'absence d'un membre effectif.

En cas d'empêchement du président, il est remplacé par un président suppléant, nommé par le Roi, dans les conditions prévues à l'article 215, § 3, de la loi coordonnée.

Art. 101. Tous les membres des conseils d'agrément ont voix délibérative.

Art. 102. Les conseils d'agrément se réunissent sur convocation de leur président.

Le siège du conseil est valablement constitué si au moins la moitié de ses membres sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote, compte non tenu des abstentions. En cas de parité de voix, la proposition est rejetée.

Art. 103. Les fonctions de secrétaire et de secrétaire-adjoint des conseils d'agrément sont assumées par des agents du Service des soins de santé désignés par le fonctionnaire dirigeant dudit service.

Art. 104. L'agrément est maintenu à leur demande aux personnes qui, au 31 décembre 1963, sont agréées en application des dispositions de l'arrêté royal du 22 septembre 1955 organique de l'assurance maladie-invalidité.

Cet agrément ne porte toutefois que sur les prestations pour lesquelles ces personnes étaient reconnues compétentes, soit en application des tarifs de soins de santé précédemment en vigueur, soit suivant la mention du certificat d'agrément.

Ces personnes peuvent cependant solliciter la reconnaissance d'une extension de leur compétence en se soumettant à un examen technique dont le programme est fixé par le Roi, après avis du conseil d'agrément.

Art. 105. Toute personne agréée est tenue d'observer strictement les prescriptions des médecins.

Art. 106. (abroge)

Art. 106bis. Chacun de ces conseils agrément établit son règlement d'ordre intérieur qui est soumis à l'approbation du Comité de l'assurance.

Section XI. - Du Collège des médecins-directeurs.

Art. 107. Le Collège des médecins-directeurs institué en vertu de l'article 23 de la loi coordonnée, est composé:

1° d'un président, (...);

2° (de douze membres effectifs et de douze membres suppléants), docteurs en médecine, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chaque organisme assureur ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant; parmi ses candidats, chaque organisme assureur présente le médecin chargé de sa direction médicale;

3° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, docteurs en médecine, fonctionnaires du Service des soins de santé.

Art. 108. Les membres du Collège des médecins-directeurs sont nommés par le Roi pour un terme de six ans.

Le mandat des membres sortants peut être renouvelé.

Il est pourvu dans les trois mois au remplacement de tout membre qui a cessé de faire partie du Collège des médecins-directeurs avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre ainsi désigné achève le mandat de celui qu'il remplace.

Art. 109. Un membre suppléant ne siège qu'en l'absence d'un membre effectif.

En cas d'empêchement du président, il est remplacé par un président suppléant nommé par le Roi dans les conditions prévues à l'article 23, § 5, de la loi coordonnée.

Art. 110. Le siège du Collège des médecins-directeurs est valablement constitué si au moins la moitié de ses membres sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité simple des participants au vote, compte non tenu des abstentions. En cas de parité de voix, la voix du président est prépondérante.

Art. 110bis. Les missions du Collège des médecins-directeurs relatives à des interventions par l'assurance obligatoire soins de santé en faveur de (bénéficiaires) individuels sont de même (exécutées) valablement par un membre du Collège agissant individuellement pour les prestations visées aux articles 23, § 1er, ..., et 25, § 2, de la loi coordonnée à condition que cette compétence de décision ne soit pas exercée par un membre occupé par l'organisme assureur auquel le bénéficiaire intéressé est affilié ou inscrit. Le Collège veille, conformément à la procédure prévue dans son règlement d'ordre intérieur, à l'uniformité des décisions ainsi prises.

Art. 111. Le Collège des médecins-directeurs se réunit sur convocation de son président, soit à son initiative, soit à la requête du Comité de l'assurance, soit à la demande de trois membres au moins, formulée par écrit et mentionnant l'objet de la réunion; dans tous les cas la convocation mentionne l'objet de la réunion.

Art. 112. Les fonctions de secrétaire et de secrétaire-adjoint du Collège des médecins-directeurs sont assumées par les agents du Service des soins de santé, désignés par le fonctionnaire dirigeant dudit Service.

Art. 113. Le Collège des médecins-directeurs établit son règlement d'ordre intérieur qu'il soumet pour approbation au Comité de l'assurance.

Section XII. - Du Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle.

Art. 114. Le Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle visé à l'article 24, § 4, de la loi coordonnée se réunit sur convocation du président soit à son initiative, soit à la requête du Ministre, soit à la requête du Comité de l'assurance, soit à la requête du Collège des médecins-directeurs, soit à la demande de trois membres au moins, formulée par écrit; la convocation mentionne l'objet de la réunion.

Art. 115. Le président transmet les avis du Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle au Comité de l'assurance, après les avoir communiqués au Collège des médecins-directeurs, qui y ajoute ses remarques.

Art. 116. (Les membres du conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle sont nommés pour quatre ans. Le mandat des membres sortants peut être renouvelé.)

Il est pourvu dans les trois mois au remplacement de tout membre qui a cessé de faire partie du conseil avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre ainsi désigné achève le mandat du membre qu'il remplace.

Un membre suppléant ne siège qu'en l'absence d'un membre effectif.

Art. 117. Le siège du Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle est valablement constitué si au moins la moitié de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote, compte non tenu des abstentions. En cas de parité de voix, la proposition est rejetée.

Art. 118. Les fonctions de secrétaire et de secrétaire adjoint du Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle sont assumées par des agents du Service des soins de santé, désignés par le fonctionnaire dirigeant dudit service.

Art. 119. Le conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle établit son règlement d'ordre intérieur qu'il soumet pour approbation au Comité de l'assurance.

Section XIII. - (Du Collège national des médecins et des collèges locaux).

Art. 120. Un Collège national des médecins-conseils est institué auprès du Service des soins de santé. Ce collège a pour mission :

1° de rédiger un règlement d'ordre intérieur;

2° (d'assurer le suivi des décisions des médecins-conseils visées à l'article 153 du présent arrêté et à l'article 8, § 7, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé, et de leur constatations d'irrégularités.)

A cette fin, les médecins-conseils transmettent trimestriellement au collège par l'intermédiaire de leur direction médicale et selon les modalités fixées par ce collège, les informations statistiques se rapportant à leurs décisions et les constatations d'irrégularités.

Le collège procède à l'examen corporel des bénéficiaires lorsqu'il l'estime nécessaire et modifie éventuellement la décision prise par le médecin-conseil. La décision du collège ne peut avoir d'effet rétroactif. Elle reste valable pendant une période d'un an au maximum.

Cette décision est notifiée au bénéficiaire, à l'organisme assureur auprès duquel il est affilié ou inscrit et à l'institution où il est admis ou au praticien de l'art infirmier (association, cabinet de groupe, service de soins à domicile) dispensant les soins nécessaires dans le cadre des soins à domicile.

Le collège peut, s'il le juge utile, vérifier si dans une institution déterminée, les normes réglementaires en matière de présence du personnel qui sont fixées en vertu de l'article 37, § 12, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, sont respectées et si les soins couverts par (l'intervention visée au même article) sont effectivement dispensés. A cette fin, il peut demander audit personnel et à la direction de l'institution toute information qu'il juge utile pour l'exécution de cette mission;

3° de contrôler, notamment à l'aide de données statistiques, transmises à sa demande par les services ou les institutions visés à l'article 34, 11° et 12°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, la manière dont ceux-ci observent les dispositions légales et réglementaires concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

A la demande du fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé, le Collège national des médecins-conseils charge certains de ses membres d'effectuer une enquête sur place, afin de vérifier si les catégories de dépendance dans lesquelles sont classés les bénéficiaires hébergés répondent aux conditions fixées par les articles 150 et 151, et si l'institution applique les prescriptions fixées à l'article 152, § 4. Le Collège national fait rapport des résultats de cette enquête, dans les soixante jours qui suivent la demande susvisée, au fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé;

4° de (faire rapport des irrégularités relevées) aux organes intéressés, soit le Service du contrôle administratif pour la présence du personnel, le Service du contrôle médical pour l'exécution effective des prestations et (le Service des soins de santé pour les autres irrégularités constatées). Ces irrégularités sont collectées par le collège suivant les dispositions fixées au point 2°;

5° de transmettre, par l'intermédiaire des directions médicales, des informations supplémentaires aux médecins-conseils pour obtenir des contrôles plus ponctuels;

6° de faire annuellement rapport sur ses activités au fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé.

Art. 121. Le Collège national des médecins-conseils est composé (de treize membres effectifs et de treize membres suppléants), médecins-conseils choisis parmi les candidats proposés par les organismes assureurs sur une liste double de celle des mandats à pourvoir; pour fixer l'importance de la représentation des organismes assureurs, on tient compte de leur effectif respectif; chaque organisme assureur a droit à au moins un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant. Un membre suppléant ne peut siéger qu'en l'absence d'un membre effectif.

Les membres sont nommés par le Roi.

Le Collège désigne un président parmi ses membres.

Les membres du Collège national des médecins-conseils sont nommés pour six ans. Leur mandat est renouvelable par moitié tous les trois ans. Le mandat de la moitié des membres a été renouvelé pour la première fois le 1er janvier 1986 et les membres sortants ont été tirés au sort.

Le mandat des membres sortants est renouvelable.

Il est pourvu dans les trois mois au remplacement de chaque membre qui, avant l'expiration normale de son mandat, ne fait plus partie du Collège national des médecins-conseils. Le membre ainsi désigné achève le mandat de celui qu'il remplace.

Art. 122. (§ 1er.) Pour pouvoir valablement siéger, le Collège national des médecins-conseils doit réunir au moins la moitié des membres.

Tous les membres du Collège national ont voix délibérative. Les décisions sont prises à la majorité simple des membres qui participent au vote. S'il y a parité de voix, la proposition est rejetée.

(Alinéa 3 abrogé)

Les fonctions de secrétaire et de secrétaire adjoint du Collège national des médecins-conseils sont assumées par des membres du personnel du Service des soins de santé, désignés par le fonctionnaire dirigeant dudit service.

(§ 2. Pour exécuter les missions visées à l'article 120, 2°, 3° et 4°, le Collège national constitue des sections composées :

1° d'au moins deux de ses membres;

2° de médecins-conseils membres ou non-membres et/ou de praticiens de l'art infirmier et/ou de kinésithérapeutes, mandatés par les médecins-conseils en application de l'article 153, §§ 3 et 4, de la loi coordonnée, de sorte qu'au minimum trois organismes assureurs différents soient représentés dans l'ensemble de la section.

§ 3. Pour l'exécution des missions visées à l'article 120, 2°, 3° et 4°, le Collège national peut faire appel aux collèges locaux placés sous sa tutelle et composés :

1° d'un médecin-conseil responsable provincial, désigné par le Collège national sur proposition des organismes assureurs. Le Collège national peut désigner plusieurs responsables par province, qui assument cette tâche soit à tour de rôle, soit en fonction d'une répartition géographique;

2° d'au moins trois médecins-conseils et/ou de praticiens de l'art infirmier et/ou de kinésithérapeutes, mandatés par ces médecins en application de l'article 153, §§ 3 et 4, de la loi coordonnée, figurant sur une liste composée par le Collège national sur proposition des organismes assureurs.

Au minimum trois organismes assureurs différents sont représentés dans chaque collège local.)

§ 4. (L'examen corporel de chaque bénéficiaire est effectué par au moins deux membres des sections du Collège national ou des collèges locaux, qui prennent leur décision par consensus. En cas de désaccord entre ces deux membres, le bénéficiaire est réexaminé par l'ensemble des membres de la section ou du collège local. Les décisions prises sont notifiées au dispensateur de soins par envoi recommandé effectué, soit par un médecin-conseil membre du Collège national, soit par le médecin-conseil responsable provincial. Ils les communiquent au secrétariat du Collège national qui les transmet aux différents organismes assureurs pour exécution.)

(§ 5. Le détail des procédures à suivre par ces sections et ces collèges locaux pour l'accomplissement de leurs missions est fixé par le Collège national dans son règlement d'ordre intérieur visé à l'article 120, 1°.)

Section XIV. - Organes d'accréditation.

A. Organes d'accréditation pour médecins.

Art. 122bis. Sont institués auprès du Service des soins de santé :

- un Conseil national de la promotion de la qualité;
- un Groupe de direction de l'accréditation;
- un Conseil technique de l'accréditation;
- un Comité paritaire pour chaque spécialité de la médecine;
- une Commission d'Appel.

1. Le Conseil national de la promotion de la qualité.

Art. 122ter. § 1er. Le Conseil national de la promotion de la qualité se compose des quatre groupes suivants :

1° 6 membres effectifs et 6 membres suppléants médecins généralistes agréés ainsi que 6 membres effectifs et 6 membres suppléants médecins spécialistes;

2° 7 membres effectifs et 7 membres suppléants représentant les universités ainsi que 7 membres effectifs et 7 membres suppléants représentant les organisations scientifiques médicales;

3° 12 membres effectifs et 12 membres suppléants représentant les organismes assureurs;

4° 3 membres effectifs et 3 membres suppléants représentant le Ministre qui a les affaires sociales dans ses attributions ainsi que 3 membres effectifs et

3 membres suppléants représentant le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

Les groupes visés aux 2° et 3° ne comprennent que des médecins comme membres.

§ 2. Les membres du Conseil national de la promotion de la qualité sont nommés par le Roi :

1° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 1°, sur la proposition des organisations professionnelles représentatives des médecins;

2° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 2°, respectivement sur la proposition des universités et des organisations scientifiques médicales : concernant les universités, chaque université qui propose un cycle de formation complet en vue de l'obtention du diplôme de docteur en médecine a droit à un membre effectif et un membre suppléant;

3° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 3°, sur la proposition des organismes assureurs : chaque organisme assureur dispose au moins d'un membre effectif et d'un membre suppléant;

4° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 4°, sur la proposition respectivement du Ministre qui a les affaires sociales dans ses attributions et du Ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

Les membres sont nommés pour une période de quatre ans.

§ 3. Les membres du Conseil national de la promotion de la qualité choisissent un président parmi les membres du groupe visé au § 1er, 1° et trois vice-présidents parmi les trois autres groupes visés dans le § 1er, 2°, 3° et 4°. En cas d'empêchement du président, la séance est présidée à tour de rôle par un des trois vice-présidents.

§ 4. Le Conseil national de la promotion de la qualité :

1° gère, d'une part, le système d'évaluation "peer review", c'est-à-dire un système d'examen critique par des médecins, de la qualité de leurs prestations et notamment, lorsqu'il existe des critères objectifs ou basés sur un consensus scientifique pour une pratique acceptable et adéquate, une évaluation de leur performance par rapport à ces critères, et détermine d'autre part, à cette fin les sujets et prend les initiatives en matière de développement permanent de la qualité, sur la base d'informations, de propositions, de recommandations et de stimulants;

2° développe des recommandations pour une bonne utilisation du dossier médical global;

3° développe des recommandations en vue de promouvoir le travail en équipe et diverses associations;

(3°bis définit les recommandations de bonne pratique médicale visées à l'article 73, § 3, de la loi coordonnée, ainsi que les indicateurs visés à l'article 73, § 2, alinéa 1er, de cette même loi, et procure le feedback des données aux médecins et aux groupes locaux d'évaluation médicale;)

4° prend connaissance des travaux du Groupe de direction de l'accréditation visés à l'article 122quater;

5° fait part de ses travaux au Groupe de direction de l'accréditation.

Le Conseil national de la promotion de la qualité remplit les missions visées aux 4° et 5° en vue de la coordination du contenu des travaux.

§ 5. Le Conseil national de la promotion de la qualité arrête son règlement d'ordre intérieur sur la base des règles de fonctionnement suivantes :

1° le Conseil national de la promotion de la qualité siège valablement lorsque la moitié des membres ayant voix délibérative de chaque groupe dont il est fait mention au § 1er sont présents;

2° les décisions du Conseil national de la promotion de la qualité sont acquises si elles sont approuvées par la majorité des membres présents de (trois des quatre groupes visés au § 1er); seuls les membres effectifs et les membres suppléants qui remplacent les membres effectifs absents ont voix délibérative;

3° le Conseil national de la promotion de la qualité comprend un groupe de travail "médecine générale". Le Conseil national de la promotion de la qualité peut instituer d'autres groupes de travail;

4° lors de l'accomplissement de sa mission visée au § 4, 1°, le Conseil national de la promotion de la qualité peut faire appel sur le plan de la conception et de l'implémentation à des instances qu'il désigne à cet effet, en ce compris les comités paritaires visés aux articles 122sexies et 122septies;

5° le président convoque le Conseil national de la promotion de la qualité sans délai si au moins trois membres demandent par écrit de mettre à l'ordre du jour un sujet déterminé.

§ 6. L'instance qui assure le secrétariat, informe en même temps le Ministre qui a les affaires sociales dans ses attributions et le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions, de la situation et de l'état d'avancement des travaux du Conseil national de la promotion de la qualité. Les documents de travail et les avis émis par ce conseil de sa propre

initiative ou à la demande d'un ou des deux ministres sont chaque fois transmis aux deux ministres précités.

2. Le Groupe de direction de l'accréditation.

Art. 122quater. § 1er. Le Groupe de direction de l'accréditation se compose des trois groupes suivants :

1° 6 membres effectifs et 6 membres suppléants médecins généralistes agréés et 6 membres effectifs et 6 membres suppléants médecins spécialistes;

2° 7 membres effectifs et 7 membres suppléants représentant les universités ainsi que 7 membres effectifs et 7 membres suppléants représentant les organisations scientifiques médicales;

3° 12 membres effectifs et 12 membres suppléants représentant les organismes assureurs.

Un médecin, qui représente le Ministère de la Santé publique, fait partie du Groupe de direction de l'accréditation avec voix consultative.

§ 2. Les membres du Groupe de direction de l'accréditation sont nommés par le Roi :

1° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 1°, sur la proposition des organisations professionnelles représentatives des médecins;

2° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 2°, sur la proposition respectivement des universités et des organisations scientifiques médicales : concernant les universités, chaque université qui propose un cycle de formation complet en vue de l'obtention du diplôme de docteur en médecine a droit à un membre effectif et un membre suppléant;

3° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 3°, sur la proposition des organismes assureurs : pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs.

Les membres sont nommés pour une période de quatre ans.

§ 3. Le Groupe de direction de l'accréditation comporte une section pour la médecine générale et une pour la médecine spécialisée, un nombre minimum de membres communs du Groupe de direction siégeant tant dans une section que dans l'autre.

Les sections peuvent se réunir si le Groupe de direction de l'accréditation est d'avis que ses missions peuvent être mieux remplies ainsi.

§ 4. Le Groupe de l'accréditation choisit parmi ses membres un président et un coprésident, pour chacune des deux sections prévues au § 3. Le

président le plus âgé des deux sections préside le Groupe de direction de l'accréditation.

§ 5. Le Groupe de direction de l'accréditation :

1° gère l'exécution des conditions d'accréditation et des procédures;

2° gère le système de formation continue;

3° agrée les programmes de formation continue qui lui sont soumis par les comités paritaires ou décide, le cas échéant, de l'appréciation et de l'agrément des programmes si un comité paritaire ne formule pas de propositions ou ne peut pas prendre de décision au sens de l'article 122septies, § 6, 2°;

4° supervise et coordonne le fonctionnement des Comités paritaires concernant la formation continue;

5° informe le Conseil national de la promotion de la qualité de ses travaux;

6° prend connaissance des travaux du Conseil national de la promotion de la qualité, visés à l'article 122ter, § 4;

7° décide de l'accréditation des médecins individuels.

Les missions visées aux 5° et 6° sont remplies en vue de la coordination du contenu des travaux en particulier en ce qui concerne la gestion du système de formation continue visé au 2°.

§ 6. Le Groupe de direction de l'accréditation arrête son règlement d'ordre intérieur sur la base des règles de fonctionnement suivantes :

1° le Groupe de direction de l'accréditation siège valablement lorsque la moitié des membres ayant voix délibérative de chaque groupe mentionné au § 1er sont présents; si cette condition de présence n'est pas remplie pour chaque groupe, les points à l'agenda sont reportés à la réunion suivante, lors de laquelle il peut être décidé sans qu'il soit satisfait à la condition de présence;

2° les décisions du Groupe de direction de l'accréditation sont acquises si elles sont approuvées par la majorité des membres présents de chaque groupe; seuls les membres effectifs et les membres suppléants qui remplacent les membres effectifs absents ont voix délibérative;

3° le Groupe de direction de l'accréditation peut instituer des groupes de travail.

3. Le Conseil technique de l'accréditation.

Art. 122quinquies. § 1er. Le Conseil technique de l'accréditation est composé de membres du Groupe de direction de l'accréditation et compte chaque fois quatre membres effectifs et quatre membres

suppléants désignés par chaque groupe visé à l'article 122quater, § 1er.

§ 2. Les membres du Conseil technique de l'accréditation choisissent entre eux, à la majorité des voix, un président, un vice-président et un secrétaire, en veillant à ce que soient représentés chacun des trois groupes constitutifs.

§ 3. Le Conseil technique de l'accréditation donne des avis et élabore des propositions à propos de chaque demande que lui soumet le Groupe de direction de l'accréditation en ce qui concerne ses missions visées à l'article 122quater, § 5.

§ 4. Le Conseil technique de l'accréditation arrête son règlement d'ordre intérieur sur la base des règles de fonctionnement suivantes :

1° le Conseil technique de l'accréditation siège valablement lorsque la moitié au moins des membres effectifs ou suppléants sont présents et lorsqu'au moins chaque groupe est représenté. Les travaux sont dirigés par le Président ou, si celui-ci est empêché, par le vice-président. Lorsque le président et le vice-président sont absents, la réunion est présidée par le membre le plus âgé;

2° seul un membre effectif a droit de vote et un membre suppléant a le droit de vote si le membre effectif qu'il remplace n'est pas présent en séance. Les décisions sont en principe prises par consensus. Si l'on n'aboutit pas à un consensus, les opinions sont consignées par groupe dans un procès-verbal;

3° sur proposition unanime du président, du vice-président et du secrétaire ou sur la proposition de la majorité des membres avec accord du président, du vice-président et du secrétaire, et en vue du traitement de problèmes techniques spécifiques, le Conseil technique de l'accréditation peut convoquer toute personne qu'il estime être susceptible de lui fournir des informations utiles;

4° le Conseil technique de l'accréditation peut créer des groupes de travail en son sein et les charger de l'examen préalable d'un problème. Les trois groupes sont représentés dans chaque groupe de travail. Chaque groupe de travail est présidé par un membre du Conseil technique de l'accréditation désigné par le président, le vice-président et le secrétaire. Chaque groupe de travail peut entendre les experts qu'il souhaite avec l'accord du Conseil technique de l'accréditation.

4. Les Comités paritaires.

Art. 122sexies. Sont institués, auprès du Service des soins de santé, des comités paritaires pour :

- la médecine générale;
 - l'anesthésiologie-réanimation;
 - la chirurgie;
 - la neurochirurgie;
 - la chirurgie plastique;
 - la gynécologie et l'obstétrique;
 - l'ophtalmologie;
 - l'oto-rhino-laryngologie;
 - l'urologie;
 - l'orthopédie;
 - la stomatologie;
 - la dermato-vénérologie;
 - la médecine interne;
 - la pneumologie;
 - la gastro-entérologie;
 - la pédiatrie;
 - la cardiologie;
 - la neurologie;
 - la psychiatrie;
 - la rhumatologie;
 - la médecine physique;
 - la biologie clinique;
 - la radiodiagnostic;
 - la radiothérapie;
 - la médecine nucléaire;
 - l'anatomopathologie.
- (- médecine d'urgence et médecine aiguë;
- gériatrie;
 - oncologie médicale.)

Art. 122septies. § 1er. Le Comité paritaire pour la médecine générale est composé des deux groupes suivants :

- 1° vingt-quatre membres représentant les organisations professionnelles représentatives des médecins;
- 2° vingt-quatre membres représentant les universités, les organisations scientifiques médicales et les cercles de formation continue.

Tous les autres comités paritaires sont composés des deux groupes suivants :

1° douze membres effectifs et douze membres suppléants représentant les organisations professionnelles représentatives des médecins;

2° douze membres effectifs et douze membres suppléants représentant les universités, les organisations scientifiques médicales et les cercles de formation continue.

Les membres sont nommés pour une période de quatre ans.

§ 2. Le comité paritaire pour la médecine générale ne comprend que des médecins généralistes agréés comme membres; les autres comités paritaires ne comprennent que des médecins-spécialistes comme membres.

§ 3. Les membres des comités paritaires sont nommés par le Roi :

1° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, alinéa 1er, 1°, et § 1er, alinéa 2, 1°, sur la proposition des organisations professionnelles représentatives des médecins;

2° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, alinéa 1er, 2°, et § 1er, alinéa 2, 2°, sur la proposition des universités, des organisations scientifiques médicales et des cercles de formation continue.

§ 4. Les membres de chaque comité paritaire choisissent, parmi les membres des groupes visés au § 1er, un président, un vice-président et un secrétaire.

§ 5. Les comités paritaires, chacun en ce qui concerne sa spécialités :

1° soumettent les programmes de formation continue établis ou acceptés ainsi que leur évaluation à l'agrément du Groupe de direction de l'accréditation visé à l'article 122quater;

2° surveillent l'exécution de la formation continue, sous la supervision du Groupe de direction de l'accréditation;

3° exécutent, le cas échéant, la mission relative au système d'évaluation "peer review" défini à l'article 122ter, § 4, 1°, sous la supervision du Conseil national de la promotion de la qualité.

§ 6. Les comités paritaires arrêtent, en ce qui concerne leur mission visée au § 5, 1° et 2°, leur règlement d'ordre intérieur sur la base des règles de fonctionnement suivantes :

1° les comités paritaires siègent valablement lorsque la moitié des membres ayant voix délibérative de

chaque groupe mentionné au § 1er sont présents; si cette condition de présence n'est pas remplie pour chaque groupe, les points à l'agenda sont reportés à la réunion suivante, lors de laquelle il peut être décidé sans qu'il soit satisfait à la condition de présence;

2° les décisions des comités paritaires sont acquises si elles sont approuvées par la majorité des membres présents de chaque groupe; dans les comités paritaires visés au § 1er, alinéa 2, seuls les membres effectifs et les membres suppléants qui remplacent les membres effectifs absents ont voix délibérative;

3° chaque comité paritaire peut créer des groupes de travail, répartis éventuellement par région, et en désigner les membres : la composition de chaque groupe de travail est une émanation du Comité paritaire qui le crée.

5. La Commission d'appel.

Art. 122octies. § 1er. La Commission d'appel se compose des groupes suivants :

1° 4 membres effectifs et 4 membres suppléants représentant les organisations professionnelles représentatives des médecins;

2° 4 membres effectifs et 4 membres suppléants représentant les universités et les organisations scientifiques médicales;

3° 4 membres effectifs et 4 membres suppléants représentant les organismes assureurs.

Le groupe visé au 1° compte deux membres effectifs et deux membres suppléants médecins généralistes agréés ainsi que deux membres effectifs et deux membres suppléants médecins spécialistes.

Les membres de la Commission d'appel ne peuvent pas être membres de la Commission nationale médico-mutualiste ni du Groupe de direction de l'accréditation.

Les membres sont nommés pour une période de quatre ans.

§ 2. Les membres de la Commission d'appel sont nommés par le Roi :

1° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 1°, sur la proposition des organisations professionnelles représentatives des médecins;

2° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 2°, sur la proposition des universités et des organisations scientifiques médicales;

3° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 3°, sur la proposition des organismes assureurs.

§ 3. La Commission d'appel choisit un président parmi les membres d'un des groupes visés au § 1er et deux vice-présidents parmi des membres des deux autres groupes visés dans la même disposition. En cas d'empêchement du président, la séance est présidée à tour de rôle par un des deux vice-présidents.

§ 4. La Commission d'appel examine et statue sur le recours que les médecins individuels peuvent introduire auprès d'elle contre des décisions les concernant prises par le Groupe de direction de l'accréditation en exécution de sa mission visée à l'article 122quater, § 5, 7°.

§ 5. La Commission d'appel arrête son règlement d'ordre intérieur sur la base des règles de fonctionnement suivantes :

1° sous peine d'irrecevabilité, le recours est introduit auprès de la Commission d'appel, par lettre recommandée à la poste, dans les soixante jours à compter de la date de la notification de la décision du Groupe de direction de l'accréditation. Si le délai vient à échéance un samedi, un dimanche ou un jour férié légal, il est prolongé jusqu'au prochain jour ouvrable;

2° le recours comprend :

- tous les motifs et toutes les pièces invoqués à l'encontre de la décision;

- une copie de la notification de la décision;

3° la Commission d'appel se réunit valablement si quatre membres effectifs ou suppléants de chaque groupe mentionné au § 1er sont présents;

si la condition de présence visée au premier alinéa n'est pas remplie, les points inscrits à l'ordre du jour sont reportés à la séance suivante;

seuls les membres effectifs et les membres suppléants qui remplacent les membres effectifs absents ont voix délibérative;

4° toute la procédure devant la Commission d'appel se fait par écrit. La Commission d'appel examine toutes les pièces en séance. Elle délibère à huis clos et ses délibérations sont secrètes;

5° chaque recours recevable est soumis au vote. Un recours ne peut être déclaré fondé que si la majorité des membres de la Commission d'appel s'est prononcée en ce sens. Dans tous les autres cas le recours est non fondé.

B. Organes accréditation pour praticiens de l'art dentaire

Art. 122octiessemel. Sont institués auprès du Service des soins de santé :

- un Groupe de direction Promotion de la qualité de l'art dentaire;

- une Commission d'évaluation de l'art dentaire;

- une Commission d'appel de l'art dentaire.

1. Le Groupe de direction Promotion de la qualité de l'art dentaire

Art. 122octiesbis. § 1er. Le Groupe de direction Promotion de la qualité de l'art dentaire, ci-après dénommé Groupe de direction, est composé de :

1° 6 membres effectifs et 6 membres suppléants, représentants des organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire;

2° 6 membres effectifs et 6 membres suppléants, représentants des organismes assureurs;

3° 6 membres effectifs et 6 membres suppléants, représentants des universités.

Les membres visés aux points 1° et 3° sont praticiens de l'art dentaire.

Un représentant du Service public fédéral Santé publique fait partie du Groupe de direction avec voix consultative.

§ 2. Les membres du Groupe de direction sont nommés par le Roi :

1° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 1°, sur proposition des organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire;

2° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 2°, sur proposition des organismes assureurs : il est tenu compte des effectifs respectifs des organismes assureurs pour fixer leur représentation;

3° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 3°, sur proposition des universités qui proposent un cycle de formation complet pour l'obtention du diplôme de dentiste.

Les membres sont nommés pour une période de quatre ans.

§ 3. Les membres du Groupe de direction choisissent un président parmi les membres du groupe visé au § 1er, 1°, et deux vice-présidents parmi les membres visés au § 1er, 2° et 3°. En cas d'empêchement du président, la séance est présidée à tour de rôle par un des deux vice-présidents.

§ 4. Le Groupe de direction :

1° gère l'exécution des conditions d'accréditation et des procédures sur la base des principes suivants :

a) formation complémentaire. Pour être accrédité et le rester, il importe de suivre chaque année un nombre minimum de formations complémentaires. Cette formation complémentaire se déroule par cycles de 5 ans. Toutes les activités de formation complémentaire sont réparties en sous domaines qui couvrent tout le domaine de l'art dentaire. Ces sous domaines sont fixés par le Groupe de direction et doivent être parcourus dans le courant du cycle de cinq ans. L'ampleur de cette formation complémentaire et sa valorisation sont déterminées à l'aide d'un système de points (unités d'accréditation);

b) évaluation intercollégiale de la pratique ou peer-review. La profession organise des rencontres-débat avec pour objectif d'améliorer la qualité des soins dispensés au patient par l'échange de connaissances pratiques et d'expériences entre confrères. Pour être accrédité et le rester, les praticiens de l'art dentaire doivent suivre chaque année un minimum de 2 sessions;

c) enregistrement de données. Pour être accrédité et le rester, le praticien de l'art dentaire doit être disposé à collaborer à l'enregistrement des données relatives à la pratique dentaire. Cet enregistrement de données consiste en une collecte de données ciblée, et donc limitée dans le temps, à laquelle ne sont associés par sujet qu'un nombre restreint de praticiens de l'art dentaire accrédités. Ces données ont pour but de développer des instruments visant à déterminer la politique concrète à mener en matière de santé buccodentaire au sein de la Commission nationale dento-mutualiste et du Conseil technique dentaire.

Le traitement des données et l'analyse des résultats sont effectués sous la responsabilité de l'INAMI;

d) seuil d'activité. Pour être accrédité et le rester, le praticien de l'art dentaire doit avoir effectué au moins 300 prestations sur une année civile dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire. Des conditions particulières concernant le seuil d'activité s'appliquent aux dentistes jeunes diplômés;

e) registre de pratique. Si l'accréditation s'effectue pour la première fois ou si les données de pratique ont changé, le praticien de l'art dentaire est tenu de communiquer certaines données sur sa pratique. N'entreront en ligne de compte pour l'accréditation que les praticiens de l'art dentaire qui travaillent dans une ou plusieurs pratiques légalement en ordre;

f) Répondre aux conditions générales quant à l'exercice de l'art dentaire en Belgique. Pour être accrédité et le rester, le praticien de l'art dentaire doit répondre aux conditions générales quant à l'exercice de l'art dentaire en Belgique, prévues par l'arrêté

royal du 1er juin 1934 réglementant l'exercice de l'art dentaire et l'arrêté ministériel du 29 mars 2002 fixant les critères d'agrément des praticiens de l'art dentaire porteurs du titre professionnel particulier de dentiste généraliste, ce qui inclut expressément l'obligation de participer à l'administration de soins de santé dans le cadre d'un service de garde répondant aux dispositions fixées à l'article 9 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967. La vérification se fait exclusivement sur la base des données visées par cette disposition pour tous les praticiens de l'art dentaire, que le SPF Santé publique communique à l'INAMI.

g) Radio-protection. Pour être accrédité et le rester, le praticien de l'art dentaire doit satisfaire au règlement concernant la protection contre le danger des rayonnements ionisants, repris dans l'arrêté royal du 20 juillet 2001 portant sur le règlement général de la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants. La vérification se fait exclusivement sur la base des données visées par cette disposition pour tous les praticiens de l'art dentaire, que l'Agence fédérale pour le contrôle nucléaire communique à l'INAMI.

2° agrée les organisateurs d'activités de formation complémentaire sur avis motivé de la Commission d'évaluation de l'art dentaire. Pour être agréé et le rester, l'organisateur d'activités de formation complémentaire doit satisfaire aux conditions suivantes :

a) l'organisateur d'activités de formation complémentaire ne peut pas avoir un caractère commercial. Ce qui signifie que les cours ne peuvent pas être organisés à des fins commerciales. Le Groupe de direction veille au respect de cette condition à l'aide de critères spécifiques déterminés par le Groupe de direction dans le Règlement de travail relatif aux organisateurs d'activités de formation complémentaire et de sessions de peer-review;

b) l'organisateur se charge de l'évaluation de l'activité de formation complémentaire et de l'enregistrement des participants conformément aux règles édictées par le Groupe de direction dans le Règlement de travail relatif aux organisateurs d'activités de formation complémentaire et de sessions de peer-review;

c) chaque organisateur accepte le Règlement de travail relatif aux organisateurs d'activités de formation complémentaire et de sessions de peer-review;

d) l'agrément d'organisateur expire automatiquement si un organisateur n'organise aucune activité dans le cadre de l'accréditation pendant une année civile;

3° agrée les organisateurs de sessions de peer-review. Pour être accrédité et le rester, l'organisateur de sessions de peer-review doit satisfaire aux conditions suivantes :

a) l'organisateur est un praticien de l'art dentaire qui était accrédité la deuxième année précédant sa demande;

b) l'organisateur assure, pour une période d'un an minimum, l'administration et l'organisation de sessions de peer-review, conformément aux règles édictées par le Groupe de direction dans le Règlement de travail relatif aux organisateurs d'activités de formation complémentaire et de sessions de peer-review;

c) chaque organisateur accepte le Règlement de travail relatif aux organisateurs d'activités de formation complémentaire et de sessions de peer-review;

4° veille en permanence au respect des conditions fixées pour un organisateur d'activités de formation complémentaire, cf. 2°, et pour un organisateur de sessions de peer-review, cf. 3°. Le non-respect de ces conditions peut être sanctionné par le Groupe de direction par un avertissement ou par une suspension en tant qu'organisateur de minimum 6 mois à maximum 5 ans. En cas de suspension, le Groupe de direction décide de la durée de la suspension et de son entrée en vigueur.

Si le Groupe de direction décide d'entamer des poursuites, il en informe l'organisateur concerné par courrier recommandé. Ce courrier renferme un extrait du procès-verbal approuvé de la réunion concernée, un aperçu des sanctions possibles et la demande de réagir par écrit dans un délai à déterminer par le Groupe de direction.

Après réception de la défense écrite de l'organisateur concerné ou si ce dernier n'a pas réagi dans les délais fixés par le Groupe de direction, ce dernier décide de la sanction éventuelle de l'organisateur et - en cas de sanction - de la nature de la sanction et de son entrée en vigueur.

Le Groupe de direction informe l'organisateur de sa décision par courrier recommandé. La notification renferme un extrait du procès-verbal approuvé des réunions concernées, une mention explicite de la sanction prononcée ainsi que l'entrée en vigueur de cette sanction et la possibilité d'introduire un recours devant le Conseil d'Etat;

5° fixe les conditions auxquelles doivent satisfaire les activités de formation complémentaire et agréé les activités de formation complémentaire sur avis motivé de la Commission d'évaluation de l'art dentaire.

Les activités de formation complémentaire organisées en Belgique peuvent être agréées par le Groupe de direction. L'organisateur doit pour ce faire introduire une demande préalable à l'aide d'un formulaire dont le modèle est déterminé par le Groupe de direction.

Les activités de formation complémentaire à l'étranger peuvent être agréées par le Groupe de direction. Le praticien de l'art dentaire doit pour ce faire introduire une demande préalable à l'aide d'un formulaire dont le modèle est déterminé par le Groupe de direction et envoyer ensuite un rapport personnel de l'activité en question;

6° accrédite les praticiens de l'art dentaire qui en font la demande et qui satisfont aux conditions requises.

Pour ce faire, le praticien de l'art dentaire doit, avant le 31 mars de chaque année, envoyer sa feuille de présence individuelle au Groupe de direction Promotion de la qualité de l'art dentaire, Avenue de Tervueren 211 à 1150 Bruxelles.

Après réception de la feuille de présence individuelle, le Groupe de direction décidera de l'accréditation individuelle.

Si le Groupe de direction n'accorde pas l'accréditation et que le praticien de l'art dentaire ne marque pas son accord sur cette décision, il peut interjeter appel de cette décision auprès de la Commission d'appel, conformément à la procédure prévue à l'article 122octies quater, § 5;

7° peut transmettre des propositions à la Commission nationale dento-mutualiste concernant la définition du contenu et l'utilisation d'un dossier dentaire.

§ 5. Le Groupe de direction arrête son règlement d'ordre intérieur sur la base des règles de fonctionnement suivantes :

1° le Groupe de direction siège valablement lorsque la moitié des membres ayant voix délibérative de chaque groupe mentionné au § 1er sont présents.

Si la condition de présence visée au précédent alinéa n'est pas remplie pour chaque groupe, les points inscrits à l'ordre du jour sont reportés à la séance suivante, lors de laquelle une décision pourra être prise, conformément au § 5, 2°, alinéa 3, sans que la condition de présence ait été satisfaite;

2° les décisions du Groupe de direction de l'accréditation sont acquises si elles sont approuvées par la majorité des membres présents de chaque

groupe. Seuls les membres effectifs et les membres suppléants qui remplacent les membres effectifs absents, et avec leur accord, ont voix délibérative;

Si une proposition n'obtient pas la majorité visée au précédent alinéa, une nouvelle proposition est soumise au vote.

Dans la situation visée au § 5, 1°, alinéa 2, les décisions sont acquises si elles sont approuvées par la majorité des membres présents de chaque groupe qui satisfait à la condition de présence visée au § 5, 1°, alinéa 1er.

2. La Commission d'évaluation de l'art dentaire

Art. 122octiester. § 1er. La Commission d'évaluation de l'art dentaire est composée de :

1° 2 membres effectifs et 2 membres suppléants, représentants des organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire;

2° 2 membres effectifs et 2 membres suppléants, représentants des organismes assureurs;

3° 2 membres effectifs et 2 membres suppléants, représentants des universités.

Les membres visés aux points 1° et 3° sont praticiens de l'art dentaire.

§ 2. Les membres de la Commission d'évaluation de l'art dentaire sont désignés par le Groupe de direction :

1° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 1°, sur proposition des organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire représentées au Groupe de direction;

2° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 2°, sur proposition des organismes assureurs représentés au Groupe de direction;

3° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 3°, sur proposition des universités qu'ils représentent.

§ 3. Les membres de la Commission d'évaluation de l'art dentaire choisissent un président et un vice-président parmi les membres du groupe visé au § 1er, 3°.

§ 4. La Commission d'évaluation de l'art dentaire :

1° avise le Groupe de direction de l'agrément d'un organisateur d'une activité de formation complémentaire, selon les conditions fixées par le Groupe de direction comme prévu à l'art. 122octies bis, § 4, 2°;

2° avise le Groupe de direction de l'agrément de chaque activité de formation complémentaire pour

laquelle un organisateur sollicite des unités d'accréditation, selon les conditions fixées par le Groupe de direction comme prévu à l'art. 122octies bis, § 4, 4°;

§ 5. Les avis de la Commission d'évaluation de l'art dentaire sont communiqués au Groupe de direction :

1° comme avis conforme si :

a) il y a un avis unanime des 3 fractions de la Commission d'évaluation de l'art dentaire;

b) il y a un avis unanime de deux des trois fractions, dont les universités.

2° comme avis partagé dans les autres cas.

Le Groupe de direction examinera l'avis partagé et le renverra éventuellement pour un deuxième traitement à la Commission d'évaluation.

3. La Commission d'appel de l'art dentaire

Art. 122octiesquater. § 1er. La Commission d'appel de l'art dentaire est composée de :

1° 2 membres effectifs et 2 membres suppléants, représentants des organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire;

2° 2 membres effectifs et 2 membres suppléants, représentants des organismes assureurs;

3° 2 membres effectifs et 2 membres suppléants, représentants des universités.

Les membres de la Commission d'appel ne peuvent pas être membres du Groupe de direction Promotion de la qualité ni de la Commission d'évaluation de l'art dentaire.

Les membres visés aux points 1° et 3° sont praticiens de l'art dentaire.

§ 2. Les membres de la Commission d'appel de l'art dentaire sont nommés par le Roi :

1° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 1°, sur proposition des organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire représentées au Groupe de direction;

2° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 2°, sur proposition des organismes assureurs représentés au Groupe de direction;

3° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 3°, sur proposition des universités qu'ils représentent.

§ 3. Les membres de la Commission d'appel de l'art dentaire choisissent un président parmi les membres des groupes visés au § 1er et deux vice-présidents parmi les membres des deux autres groupes visés

dans la même disposition. En cas d'empêchement du président, la séance est présidée à tour de rôle par un des deux vice-présidents.

§ 4. La Commission d'appel de l'art dentaire examine et statue sur le recours que les praticiens de l'art dentaire peuvent introduire auprès d'elle contre des décisions les concernant au sujet de leur accréditation individuel, prises par le Groupe de direction, en exécution de sa mission visée à l'article 122 octies bis, § 4.

§ 5. La Commission d'appel de l'art dentaire arrête son règlement d'ordre intérieur sur la base des règles de fonctionnement suivantes :

1° sous peine d'irrecevabilité, le recours est introduit auprès de la Commission d'appel, par lettre recommandée à la poste, dans les trente jours à compter de la date de la notification de la décision du Groupe de direction. Si le délai vient à échéance un samedi, un dimanche ou un jour férié légal, il est prolongé jusqu'au prochain jour ouvrable;

2° le recours comprend :

a) tous les motifs et toutes les pièces invoqués à l'encontre de la décision;

b) une copie de la notification de la décision;

3° la Commission d'appel de l'art dentaire se réunit valablement si deux membres effectifs ou suppléants de chaque groupe mentionné au § 1er sont présents;

Si la condition de présence visée au précédent alinéa n'est pas remplie, les points inscrits à l'ordre du jour sont reportés à la séance suivante;

Seuls les membres effectifs et les membres suppléants qui remplacent les membres effectifs absents ont voix délibérative;

4° la Commission d'appel de l'art dentaire examine toutes les pièces en séance. Elle délibère à huis clos et ses délibérations sont secrètes;

5° chaque recours recevable est soumis au vote. Un recours ne peut être déclaré fondé que si la majorité des membres de la Commission d'appel de l'art dentaire s'est prononcée en ce sens. Dans tous les autres cas, le recours est non fondé;

6° chaque décision est motivée;

7° le Président de la Commission d'appel de l'art dentaire veille à ce qu'une décision soit prise dans les nonante jours suivant l'introduction du recours.

Section XV. - Commission de remboursement des médicaments ".

Art. 122nonies. § 1er. La Commission est composée comme suit :

1° d'un président;

2° de deux vice-présidents, appartenants à des rôles linguistiques différents, nommés parmi les membres visés au 3°, ci-dessous;

3° sept membres effectifs et sept membres suppléants, médecins, pharmaciens ou personnes avec une compétence particulière en économie de la santé, proposés par le Ministre parmi les candidats disposant d'un mandat académique dans des Universités belges;

4° huit membres effectifs et huit membres suppléants, médecins, pharmaciens ou personnes avec une compétence particulière en économie de la santé, choisis parmi les candidats proposés par les organismes assureurs sur une double liste. Afin d'arrêter la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte du nombre de leurs adhérents respectifs; tout organisme assureur a au moins droit à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;

5° trois membres effectifs et trois membres suppléants, pharmaciens, dont deux choisis parmi les candidats présentes par les associations professionnelles représentatives du corps des pharmaciens sur une double liste et un choisi parmi les candidats présentés par les associations professionnelles représentatives des pharmaciens hospitaliers sur une double liste;

6° quatre membres effectifs et quatre membres suppléants, médecins, choisis parmi les candidats qui sont présentés par les associations professionnelles représentatives du corps des médecins sur une double liste;

7° (trois) membres effectifs et (trois) membres suppléants, choisis parmi les candidats qui sont présentés par les associations professionnelles représentatives de l'industrie du médicament sur une double liste;

8° un membre effectif et un membre suppléant, proposés par le Ministre ayant les Affaires sociales dans ses attributions;

9° un membre effectif et un membre suppléant, proposés par Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions;

10° un membre effectif et un membre suppléant, proposés par le Ministre ayant les Affaires économiques dans ses attributions;

(11° un membre effectif et un membre suppléant, représentant du Service du contrôle médical de l'Institut. La fonction est endossée par un membre du personnel du Service du contrôle médical, présenté par le fonctionnaire dirigeant de ce Service.)

§ 2. Les membres sont nommés par le Roi. Le président et les vice-présidents sont désignés par le Ministre

Le président n'a droit de vote que si il/elle est nommé parmi les membres ayant droit de vote.

§ 3. (Les membres de la Commission sont nommés pour une période renouvelable de quatre ans.

Le mandat prend fin lorsque les membres ont atteint l'âge de soixante-cinq ans accomplis et qu'ils n'exercent plus une activité professionnelle.

Le membre effectif qui met un terme à son mandat ou le perd est remplacé par son suppléant pour la durée de ce mandat et il est immédiatement pourvu au remplacement de ce suppléant pour la durée de ce mandat.)

(§ 4. Un membre suppléant peut assister aux réunions, sans droit de vote, au cas où le membre effectif pour lequel l'intéressé peut intervenir en tant que suppléant est également présent à la réunion.)

§ 5. En cas d'empêchement du président, il est remplacé par un des vice-présidents. (En cas d'empêchement des deux, la réunion est présidée par un membre désigné par le président)

Le membre qui n'assiste pas régulièrement aux séances est privé de son mandat. Ceci est le cas si un membre assiste à moins de la moitié des séances par année, dans le respect des conditions déterminées dans le règlement d'ordre intérieur visé à l'article 122duodecies relatives à la présence des membres effectifs et suppléants.

§ 6. (Au sein de la Commission, il est constitué un bureau, chargé de l'organisation des activités de la Commission et de l'entretien des relations entre les experts et la Commission.) Le bureau est composé du président, des vice-présidents et d'un membre de la Commission désigné par le Ministre parmi les membres de la Commission disposant du droit de vote.

(§ 7. Au sein de la Commission, il est constitué un groupe de travail permanent pour la forfaitarisation de l'intervention de l'assurance dans les hôpitaux, chargé de donner des avis relatifs à l'adaptation ou au

maintien de la liste des codes ATC reprise en annexe IV à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 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. Ces avis sont adoptés à une majorité simple et communiqués à la Commission, laquelle est présumée les accepter comme proposition sauf en cas de rejet ou d'adaptation motivés à une majorité des deux tiers.

Les membres du groupe de travail permanent sont désignés par le Ministre sur proposition de la Commission, parmi les membres de celle-ci ou en-dehors, suivant la répartition suivante :

a) membres ayant droit de vote :

1° deux membres disposant d'un mandat académique dans des Universités belges et qui justifient d'une connaissance spécialisée en pharmacologie;

2° trois pharmaciens hospitaliers;

3° trois médecins hospitaliers;

4° huit représentants des organismes assureurs;

b) membre ayant voix consultative : un représentant de l'industrie du médicament.

La présidence du groupe de travail est assurée par un des membres du groupe de travail, désigné par le Ministre, et le secrétariat, par un ou plusieurs fonctionnaires du service des soins de santé de l'Institutrice-président et de deux membres de la Commission. Ces membres sont désignés par le Ministre parmi les membres de la Commission disposant du droit de vote.

Art. 122decies. § 1er. Le secrétariat de la Commission est assuré par les fonctionnaires qui sont désignés au sein de l'unité de gestion des fournitures pharmaceutiques du Service des Soins de santé de l'Institut.

(§ 2. Le secrétariat prépare l'ordre du jour des réunions, dresse le compte rendu des propositions telles qu'elles sont acceptées et approuvées par la Commission et veille à la distribution des informations prévues par l'arrêté royal du 21 décembre 2001 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.)

En collaboration avec le bureau, il assure le fonctionnement de la Commission et veille au respect des délais qui lui sont imposés.

Art. 122undecies. Les assemblées de la Commission sont convoquées par le président, de sa propre initiative ou à la demande d'au moins trois membres, laquelle demande est adressée par écrit et mentionne l'objet de la réunion; l'ordre du jour de la réunion figure systématiquement dans la convocation.

Art. 122duodecies. La Commission établit un règlement d'ordre intérieur. Ce règlement est, après l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut, présenté à l'approbation du Ministre ayant les Affaires sociales dans ses attributions et est publié au Moniteur belge.

Art. 122terdecies. La Commission délibère valablement lorsque au moins douze membres ayant droit de vote sont présents.

Les propositions et avis sont adoptés à une majorité des deux tiers des membres présents habilités à voter. (Il n'est pas tenu compte des abstentions.)

Art. 122quaterdecies. § 1er. La Commission peut faire appel à des experts afin d'apprécier de manière critique, quant à leur qualité et à leur exhaustivité, les éléments des preuves scientifiques, cliniques, épidémiologiques et économique-sanitaires qui font partie des dossiers à traiter. Les experts ont une compétence particulière en évaluation scientifique, clinique et/ou économique de la santé des médicaments.

Ces experts seront éventuellement des membres du personnel de l'Institut. Les experts qui ne relèvent pas de l'effectif du personnel de l'Institut sont indemnisés, soit sur production de leurs états d'honoraires, soit forfaitairement, pour les activités et les rapports qui leur sont demandés. Le montant des indemnités est fixé chaque année par le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut, sur proposition de la Commission de remboursement des médicaments.

§ 2. Les experts sont tenus de respecter les modalités et les délais fixés pour le dépôt de leur rapport d'évaluation et de prendre part aux réunions auxquelles, le cas échéant, ils seraient convoqués. En cas de non-respect de cette disposition, les experts ne seront pas indemnisés, même pour les prestations déjà éventuellement effectuées.

Lorsqu'ils sont convoqués pour assister à des réunions de la Commission ou de groupes de travail de la Commission, les experts participent aux travaux avec voix consultative.

Art. 122quinquies-decies. § 1er. Les membres de la Commission, le secrétariat et les experts traitent de manière confidentielle tous les renseignements dont ils auraient connaissance dans le cadre de l'exercice

de leur mission. Ils sont tenus par le secret professionnel pour toutes les informations dont ils prennent connaissance à l'occasion de leur mandat.

§ 2. Les membres de la Commission et les experts transmettent au secrétariat une déclaration d'intérêts écrite, laquelle mentionne les intérêts et les liens directs ou indirects qu'ils peuvent entretenir avec l'industrie pharmaceutique. Ils s'engagent à communiquer immédiatement toute modification de ces intérêts ou de ces liens. Ces déclarations sont renouvelées chaque année et présentées au Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut. Le modèle de cette déclaration d'intérêt figure en annexe du présent arrêté.

Le bureau statue sur les éventuels conflits d'intérêts et décide, d'une part, de l'éventuelle participation aux délibérations et/ou au vote des membres de la Commission ayant des intérêts directs ou indirects dans le dossier examine et d'autre part, de l'opportunité de confier l'évaluation d'un dossier aux experts ayant des intérêts directs ou indirects dans le dossier examiné.

Les membres de la Commission et les experts perdent leur mandat s'il est constaté par le secrétariat qu'ils ont fourni une déclaration erronée. Ils sont auditionnés par la Commission au préalable.

Section XVbis. - Commission d'avis en cas d'intervention temporaire pour l'utilisation d'un médicament

Art. 122quinquies-decies/1. § 1er. La désignation des membres de la Commission d'avis en cas d'intervention temporaire pour l'utilisation d'un médicament est effectuée comme suit :

1° les deux membres représentant les organismes assureurs visés à l'article 25octies/1 § 2, alinéa 1er, 1°, de la loi coordonnée sont désignés par le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions sur proposition du Collège des médecins-directeurs;

2° les deux membres visés à l'article 25octies/1 § 2, alinéa 1er, 2°, de la loi coordonnée sont désignés par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions au sein de l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé, créée par la loi du 20 juillet 2006 relative à la création et au fonctionnement de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé;

3° les deux membres visés à l'article 25octies/1 § 2, alinéa 1er, 3°, de la loi coordonnée sont désignés par le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions sur proposition de la Commission de

remboursement des médicaments, l'un parmi les représentants des organismes assureurs qui siègent en son sein l'autre étant soit le président de la Commission de remboursement des médicaments, soit désigné parmi les experts qui travaillent dans une institution universitaire;

4° les deux membres du personnel de l'Institut travaillant respectivement auprès de la Commission de remboursement des médicaments et du Fonds Spécial de Solidarité visés à l'article 25octies/1 § 2, alinéa 1er, 6°, de la loi coordonnée sont désignés par le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions;

5° le membre du personnel de l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé visé à l'article 25octies/1 § 2, alinéa 1er, 7°, de la loi coordonnée est désigné par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions;

6° le représentant des associations professionnelles représentatives de l'industrie du médicament est désigné d'un commun accord par le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions et le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions sur proposition des associations professionnelles représentatives de l'industrie du médicament.

L'autorité qui désigne les membres visés aux 1° à 6° désigne pour chaque poste un membre effectif et un membre suppléant.

§ 2. Dès qu'il est informé qu'une demande de cohorte pourrait être introduite, le secrétariat de la Commission dresse une liste de trois experts ad hoc qui est approuvée par le président de la Commission.

Les experts ad hoc sont choisis en vertu de leurs compétences économiques ou médicales.

Lorsque la demande est effectivement introduite, le secrétariat demande aux experts repris sur la liste s'ils acceptent de participer aux travaux de la Commission.

Les experts qui acceptent de participer aux travaux de la Commission ont voix consultative.

Les experts sont tenus de respecter les délais fixés pour le dépôt de leur rapport d'évaluation et de prendre part aux réunions auxquelles, le cas échéant, ils seraient convoqués. En cas de non respect de cette disposition et sauf cas de force majeure, les experts ne seront pas indemnisés, même pour les prestations déjà éventuellement effectuées.

§ 3. Les membres de la Commission et les experts ad hoc transmettent au secrétariat une déclaration d'intérêts écrite, laquelle mentionne les intérêts et les

liens directs ou indirects qu'ils peuvent entretenir avec l'industrie du médicament. Ils s'engagent à communiquer immédiatement toute modification de ces intérêts ou de ces liens. Ces déclarations sont renouvelées chaque année.

Le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé statue sur les éventuels conflits d'intérêts et décide, d'une part, de l'éventuelle participation aux délibérations et/ou au vote des membres de la Commission ayant des intérêts directs ou indirects dans le dossier examiné et d'autre part, de l'opportunité de confier l'évaluation d'un dossier aux experts ad hoc ayant des intérêts directs ou indirects dans le dossier examiné.

L'autorité qui a désigné le membre peut le démettre s'il est constaté qu'il a fourni une déclaration erronée ou que ses intérêts ne sont plus conciliables avec l'exercice de la fonction.

Art. 122quinquies-decies/2. § 1er. La Commission est présidée par le président du Collège de médecins pour des médicaments orphelins visé à l'article 2 de l'arrêté royal du 8 juillet 2004 relatif au remboursement des médicaments orphelins.

En cas d'empêchement du président du Collège des médecins pour des médicaments orphelins visé à l'article 2 de l'arrêté royal du 8 juillet 2004 relatif au remboursement des médicaments orphelins, la présidence est assurée par le président de la Commission pour les médicaments à usage humain instaurée en vertu de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments.

En cas d'empêchement des deux, la réunion est présidée par le membre présent le plus âgé avec voix délibérative.

§ 2. Les membres effectifs et suppléants visés au § 1er de l'article 122quinquies-decies/1 sont désignés pour une période de 6 ans. Les mandats sont renouvelables.

§ 3. Un membre suppléant ne siège qu'en cas d'absence d'un membre effectif de son groupe.

§ 4. Le membre effectif qui met un terme à son mandat ou le perd est remplacé par son suppléant qui entame un nouveau mandat.

Il est immédiatement pourvu au remplacement de ce suppléant pour la durée de ce mandat.

§ 5. La Commission délibère valablement si plus de la moitié de ses membres ayant droit de vote sont présents.

Les propositions sont adoptées par la Commission si plus de la moitié de ses membres ont marqué leur accord sur la proposition.

§ 6. La Commission établit son règlement d'ordre intérieur. Ce règlement est présenté à l'approbation du ministre ayant les Affaires sociales dans ses attributions et du ministre ayant la Santé publique dans ses attributions et est publié au Moniteur belge.

Art. 122quinquies-decies/3. § 1. Het secretariaat van de Commissie wordt waargenomen door de personeelsleden van de Dienst voor geneeskundige verzorging die zijn aangewezen door de leidend ambtenaar van de voormelde dienst en door de personeelsleden van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten die daartoe zijn aangewezen door de minister bevoegd voor Volksgezondheid of zijn afgevaardigde.

§ 2. Het secretariaat bereidt de agenda van de vergaderingen voor, notuleert de voorstellen zoals die zijn aanvaard en goedgekeurd door de Commissie.

Het secretariaat verzekert de werking van de Commissie en waakt over het in acht nemen van de termijnen die haar zijn opgelegd

Section XVI. - Commission de Remboursement des Implants et Dispositifs médicaux invasifs

Art. 122sexdecies. § 1er. La Commission de Remboursement des Implants et Dispositifs médicaux invasifs, appelée ci-après la Commission, est composée comme suit :

1° sept membres effectifs et sept membres suppléants, médecins-spécialistes, pharmaciens détenteurs du diplôme de pharmacien hospitalier, personnes spécialisées en technique d'ingénierie biomédicale dans le domaine des dispositifs médicaux implantables et invasifs ou avec une compétence particulière en économie de la santé. Les membres sont choisis parmi les candidats proposés par les universités belges, parmi lesquels, aussi bien pour les membres effectifs que suppléants, minimum trois médecins spécialisés dans une discipline chirurgicale, minimum un pharmacien, détenteur du diplôme de pharmacien hospitalier et minimum une personne, spécialisée en technique d'ingénierie biomédicale dans le domaine des dispositifs médicaux implantables et invasifs. Le reste des membres, aussi bien effectifs que suppléants, sont médecin-spécialiste ou pharmacien, détenteur du diplôme de pharmacien hospitalier ou personne spécialisée en technique d'ingénierie biomédicale dans le domaine des dispositifs médicaux implantables et invasifs ou avec une compétence particulière en économie de la santé.

Chaque université présente un candidat membre effectif et un candidat membre suppléant. Chaque université a droit à au moins un mandat de membre effectif et un mandat de membre suppléant;

2° huit membres effectifs et huit membres suppléants, médecins, pharmaciens ou personnes avec une compétence particulière en économie de la santé ou en technique d'ingénierie biomédicale ou sciences biomédicales dans le domaine des dispositifs médicaux implantables et invasifs, choisis parmi les candidats proposés par les organismes assureurs sur une double liste;

3° trois membres effectifs et trois membres suppléants, pharmaciens, détenteurs du diplôme de pharmacien hospitalier, choisis parmi les candidats présentés par les associations professionnelles représentatives des pharmaciens hospitaliers sur une double liste;

4° trois membres effectifs et trois membres suppléants, médecins-spécialistes, choisis parmi les candidats qui sont présentés par les associations professionnelles représentatives du corps des médecins sur une double liste;

5° deux membres effectifs et deux membres suppléants choisis parmi les candidats présentés par les associations professionnelles représentatives des gestionnaires d'hôpitaux sur une liste double;

6° un membre effectif et un membre suppléant, choisis parmi les candidats présentés par les associations professionnelles représentatives des fabricants, importateurs et distributeurs d'implants et de dispositifs médicaux invasifs sur une double liste;

7° un membre effectif et un membre suppléant, présentés par le Ministre ayant les Affaires sociales dans ses attributions;

8° un membre effectif et un membre suppléant, présentés par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions;

9° un membre effectif et un membre suppléant, présentés par le Ministre ayant le Budget dans ses attributions;

10° un membre effectif et un membre suppléant, représentant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut. La fonction est endossée par un membre du personnel du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, présenté par le fonctionnaire dirigeant de ce Service.

§ 2. Les membres repris sous le § 1er, 5°, 6°, 7°, 8°, 9° et 10° n'ont pas voix délibérative.

§ 3. Le vice-président est désigné par le Ministre parmi les membres visés au § 1er, 1°.

§ 4. Les membres de la Commission sont nommés pour une période renouvelable de six ans. Leur mandat est renouvelé tous les trois ans par moitié. Le mandat des membres de la Commission est renouvelé pour la première fois trois ans après la date à laquelle les mandats ont été octroyés pour la première fois; les membres sortants sont désignés par tirage au sort. Le membre effectif qui met un terme à son mandat ou le perd est remplacé par son suppléant pour la durée de ce mandat et il est immédiatement pourvu au remplacement de ce suppléant pour la durée de ce mandat.

§ 5. Un membre suppléant, appartenant aux membres visés au § 1er, 1°, 2°, 3° et 4°, peut assister aux réunions, sans droit de vote, au cas où le membre effectif pour lequel l'intéressé peut intervenir en tant que suppléant est également présent à la réunion.

§ 6. En cas d'empêchement du président, il est remplacé par le vice-président. En cas d'empêchement des deux, la réunion est présidée par le membre présent le plus âgé avec voix délibérative.

Le membre qui n'assiste pas régulièrement aux séances est privé de son mandat. Ceci est le cas si un membre assiste à moins de la moitié des séances par année, dans le respect des conditions déterminées dans le règlement d'ordre intérieur visé à l'article 122novodecies relatives à la présence des membres effectifs et suppléants.

Art. 122septdecies. § 1er. Le secrétariat de la Commission est assuré par les fonctionnaires qui sont désignés au sein du Service des soins de santé de l'Institut.

§ 2. Le secrétariat prépare l'ordre du jour des réunions, dresse le compte rendu des propositions telles qu'elles sont acceptées et approuvées par la Commission.

Le secrétariat assure le fonctionnement de la Commission et veille au respect des délais qui lui sont imposés.

Art. 122octodecies. Les assemblées de la Commission sont convoquées par le président, de sa propre initiative ou à la demande d'au moins trois membres, laquelle demande est adressée par écrit et mentionne l'objet de la réunion; l'ordre du jour de la réunion figure systématiquement dans la convocation.

Art. 122novodecies. La Commission établit un règlement d'ordre intérieur. Ce règlement est, après l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut, présenté à l'approbation du Ministre ayant

les Affaires sociales dans ses attributions et est publié au Moniteur belge.

Art. 122vicies. La Commission délibère valablement lorsqu'au moins douze membres ayant droit de vote sont présents, dont au moins quatre membres des experts qui travaillent dans une institution universitaire, tels que visés à l'art. 122sexdecies, § 1, 1°, et au moins quatre membres des représentants des organismes assureurs, tels que visés à l'art. 122sexdecies, § 1, 2°.

Les propositions et avis sont adoptés à une majorité des deux tiers des membres présents habilités à voter. Il n'est pas tenu compte des abstentions.

Art. 122unvicies. § 1er. La Commission peut faire appel à des experts afin d'apprécier de manière critique, quant à leur qualité et à leur exhaustivité, les éléments des preuves scientifiques, cliniques, épidémiologiques et économique-sanitaires qui font partie des dossiers à traiter. Les experts ont une compétence particulière en évaluation scientifique, clinique et/ou économique de la santé des implants et dispositifs médicaux invasifs.

Ces experts seront éventuellement des membres du personnel de l'Institut. Les experts qui ne relèvent pas de l'effectif du personnel de l'Institut sont rémunérés soit sur production de leurs états d'honoraires, soit forfaitairement, pour les activités et les rapports qui leur sont demandés. Le montant des indemnités est fixé chaque année par le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut, sur proposition de la Commission de Remboursement des Implants et Dispositifs médicaux invasifs.

§ 2. Les experts sont tenus de respecter les délais fixés pour le dépôt de leur rapport d'évaluation et de prendre part aux réunions auxquelles, le cas échéant, ils seraient convoqués. En cas de non respect de cette disposition, les experts ne seront pas indemnisés, même pour les prestations déjà éventuellement effectuées.

Lorsqu'ils sont convoqués pour assister à des réunions de la Commission ou de groupes de travail de la Commission, les experts participent aux travaux avec voix consultative.

Art. 122duovicies. § 1er. Les membres de la Commission et le secrétariat traitent de manière confidentielle tous les renseignements dont ils auraient connaissance dans le cadre de l'exercice de leur mission.

§ 2. Les membres de la Commission transmettent au secrétariat une déclaration d'intérêts écrite, laquelle mentionne les intérêts et les liens directs ou indirects qu'ils peuvent entretenir avec l'industrie des

dispositifs médicaux implantables et invasifs. Ils s'engagent à communiquer immédiatement toute modification de ces intérêts ou de ces liens. Ces déclarations sont renouvelées chaque année et présentées au Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut.

Le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé statue sur les éventuels conflits d'intérêts et décide, d'une part, de l'éventuelle participation aux délibérations et/ou au vote des membres de la Commission ayant des intérêts directs ou indirects dans le dossier examiné et d'autre part, de l'opportunité de confier l'évaluation d'un dossier aux experts ayant des intérêts directs ou indirects dans le dossier examiné.

Les membres de la Commission perdent leur mandat s'il est constaté par le secrétariat qu'ils ont fourni une déclaration erronée. Ils sont auditionnés par la Commission au préalable.

CHAPITRE II. - Du champ d'application.

Section I. - Des personnes à charge de bénéficiaires.

Art. 123. La qualité de personne à charge d'un titulaire ou d'un travailleur, au sens de l'article 32 de la loi coordonnée, est attribuée aux personnes et dans les conditions déterminées par le présent article et par les articles 124, 125 et 127:

1. Le conjoint du ou de la titulaire, ou du travailleur ou de la travailleuse.

Le conjoint non divorcé, mais séparé de fait ou séparé de corps peut être personne à charge dans l'une des éventualités suivantes:

a) il assume l'entretien d'au moins un enfant considéré comme personne à charge. La qualité de personne à charge de cet enfant est appréciée, au sens du point 3, comme si le conjoint séparé de fait ou séparé de corps était lui-même titulaire;

b) (il a obtenu une pension alimentaire, soit par décision judiciaire, soit par acte notarié ou acte sous seing privé, déposé au greffe du tribunal en cas de procédure de divorce ou de séparation de corps et de biens par consentement mutuel;)

c) il est autorisé à percevoir des sommes dues par des tiers à son conjoint, en vertu de l'article 221 du Code civil;

d) il bénéficie d'une pension accordée en vertu d'une disposition légale, au conjoint séparé.

2. (La personne qui cohabite avec le titulaire ou avec le travailleur ou la travailleuse visé à l'article 32, alinéa premier, 19°, de la loi coordonnée.

Son inscription n'est pas possible lorsque le conjoint du titulaire ou du travailleur, visé à l'alinéa premier, a lui-même la qualité de personne à charge ou lorsque le conjoint, titulaire lui-même vit sous le même toit que le titulaire.

3. Les enfants énumérés ci-dessous, de moins de 25 ans :

a) les enfants et enfants adoptés du titulaire ou travailleur et ceux dans l'acte de naissance desquels le nom de celui-ci est mentionné;

b) les enfants et les enfants adoptés du conjoint du titulaire et ceux dans l'acte de naissance desquels le nom de ce conjoint est mentionné, lorsque le conjoint en assume l'entretien;

c) les enfants et enfants adoptés de la personne à charge du titulaire visée aux points deux ou quatre et ceux dans l'acte de naissance desquels le nom de cette personne est mentionné, lorsque cette personne en assume l'entretien;

d) les petits-enfants et arrière-petits-enfants du titulaire ou travailleur, de son conjoint ou de la personne visée aux points 2 et 4, lorsque ce titulaire ou travailleur assume l'entretien de ces enfants;

e) les enfants, petits-enfants et arrière-petits-enfants du conjoint du titulaire ou travailleur ou ceux de la personne visée aux points 2 et 4, au sens des dispositions reprises aux b), c) et d), dont ce titulaire ou travailleur assume l'entretien après le décès de ce conjoint ou de cette personne;

f) les enfants qui ont leur résidence principale en Belgique et qui ne sont pas visés aux points a) à e) inclus, dont le titulaire, son conjoint ou la personne visée aux points 2 et 4, assume l'entretien en lieu et place des père, mère ou autre personne auxquels incombe normalement cette charge. (La preuve de la résidence en Belgique résulte de l'information visée à l'article 3, alinéa 1er, 5°, de la loi du 8 août 1983 organisant un Registre national des personnes physiques, obtenue auprès du Registre national ou de tous moyens de preuve, délivrés par une autorité publique belge et reconnus comme tels par le fonctionnaire-dirigeant du Service du contrôle administratif.)

4. Les ascendants du titulaire ou travailleur ou de son conjoint et, le cas échéant, leurs beaux-pères et belles-mères.)

(Pour l'application du présent article, est censée assumer l'entretien de l'enfant la personne qui cohabite avec l'enfant. La preuve de cette cohabitation résulte de l'information visée à l'article 3, alinéa 1er, 5°, de la loi du 8 août 1983 organisant un Registre national des personnes physiques, obtenue auprès du Registre national. (En ce qui concerne les enfants qui ne sont pas inscrits au Registre national, la preuve de la cohabitation résulte également de tous moyens de preuve reconnus comme tels par le Fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif.))

Art. 124. § 1er. Ne peut toutefois être considérée comme personne à charge:

1° (La personne qui dispose d'un revenu, pension, rente, allocation ou indemnité en vertu d'une législation belge ou étrangère, pour autant qu'au cours d'un trimestre civil, le montant global de ces revenus soit supérieur à 1762,82 euros.

Ce montant est lié à l'indice-pivot 103,14 en vigueur le 1er juin 1999 (base 1996 = 100) et adapté aux fluctuations de l'indice des prix conformément aux dispositions 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.

Par revenus, il y a lieu d'entendre des revenus, tires d'une activité professionnelle, visés suivant le cas à l'article 23, § 1er, 1°, 2° ou 4°, ou à l'article 228, § 2, 3° et 4°, du Code des impôts sur les revenus 1992, même si elle est exercée par personne interposée, et toute activité analogue exercée dans un pays étranger ou au service d'une organisation internationale ou supranationale.

Pour l'application de cette disposition, il y a lieu de tenir compte d'un douzième du montant des avantages payés annuellement, tels que les primes, les participations aux bénéfices, le treizième mois, les gratifications, le double pécule ou les montants payés aux travailleurs en complément du double pécule, ainsi que le pécule de vacances ou le pécule complémentaire payé aux bénéficiaires d'une pension de retraite ou de survie. Le montant mensuel des revenus des travailleurs non salariés, visés à l'article 23, § 1er, 1° et 2°, du Code des impôts sur les revenus 1992 est, en outre, fictivement fixé à un douzième de 100/80 de la différence entre les bénéfices ou profits bruts et les charges professionnelles y afférentes. Le montant mensuel des revenus constitués par des

indemnités ou allocations visées ci-dessus, dont le montant est journalier et auxquelles le bénéficiaire peut prétendre pour tous les jours indemnisables d'un mois déterminé, est censé correspondre au montant journalier susvisé, multiplié par 26; s'il s'agit d'indemnités d'incapacité temporaire de travail, accordées en vertu des dispositions de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail ou des lois relatives à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles, coordonnées le 3 juin 1970, il y a lieu de multiplier le montant journalier précité par 30.

Pour l'application de cette disposition, il n'est pas tenu compte du complément d'ancienneté octroyé aux chômeurs âgés, ni de l'indemnité complémentaire aux allocations de chômage octroyée en vertu de la convention collective de travail n° 46 conclue au sein du Conseil national du travail et rendue obligatoire par l'arrêté royal du 10 mai 1990.

Le chômeur prouve qu'il bénéficie d'un complément d'ancienneté au moyen d'une attestation établie par la caisse de paiement des allocations de chômage; il prouve le bénéfice d'une indemnité complémentaire aux allocations de chômage au moyen d'une attestation établie par l'employeur chargé du paiement de cette indemnité.

Il n'est pas davantage tenu compte, pour l'application du présent article, de l'allocation complémentaire forfaitaire octroyée au chômeur occupé dans le cadre d'une agence locale pour l'emploi, en vertu de l'article 79 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage.

Il n'est pas davantage tenu compte d'une allocation qui est accordée pour compenser la perte ou la réduction d'autonomie.)

(Il n'est pas non plus tenu compte :

- des revenus professionnels provenant de l'activité indépendante de l'épouse dont le conjoint aidant est assujéti, en lieu et place de cette dernière, au statut social des travailleurs indépendants, en application de l'article 12 de l'arrêté royal du 19 décembre 1967 portant règlement général en exécution de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants;

- de la partie des revenus professionnels qui, en application de l'article 86 du Code des impôts sur les revenus 1992, est octroyée au conjoint aidant du titulaire travailleur indépendant visé à l'article 32, alinéa 1er, 1°bis de la loi coordonnée;

- des indemnités d'incapacité de travail octroyées au conjoint aidant du titulaire travailleur indépendant qui est uniquement assujéti aux secteurs indemnités

et assurance maternité de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, conformément à l'article 7bis, §§ 2 et 3, de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants.)

Il est dérogé à cette exclusion en faveur:

- des enfants visés à l'article 123, 3;

- (...)

- des personnes qui, à la date du 31 mars 1983, remplissent les conditions suivantes:

- a) être inscrites comme personne à charge;

- b) avoir atteint l'âge de 60 ou 65 ans selon qu'il s'agit d'une femme ou d'un homme;

- c) être bénéficiaires d'une allocation de handicapé accordée en vertu de la loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés, sur base d'un taux d'incapacité de 709 p. c. au moins; la réalisation de cette condition est prouvée par une attestation délivrée par le Service des handicapés du Ministère des Affaires sociales.

N'est pas considérée comme un revenu de remplacement la partie de la pension de retraite accordée légalement au conjoint en cas de séparation de fait résultant d'une mesure de protection prévue à l'article 2 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux.

2° (la personne qui a la qualité de titulaire visée à l'article 32, alinéa 1er, 1° à 16° (et 21°), de la loi coordonnée et peut prétendre aux prestations de santé sans paiement d'une cotisation personnelle.

Les titulaires, visés à l'article 32, alinéa 1er, 13°, 15° et 20°, qui, sans paiement de cotisations, ont droit à des prestations de santé, peuvent cependant choisir d'être inscrits comme personne à charge à condition de remplir les conditions fixées à cet effet et pour ce qui concerne les orphelins visés à l'article 32, alinéa 1er, 20°, sous les conditions définies à l'article 123, 3, d), e) et f). (De même, les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 7° à 11°ter et 16° peuvent choisir d'être inscrits comme personne à charge lorsqu'ils bénéficient d'une pension correspondant à une carrière professionnelle inférieure au tiers d'une carrière complète ou considérée comme telle.)

Les titulaires, qui, en cette qualité, ont droit à des interventions mais qui, conformément aux deux alinéas précédents, peuvent être considérés comme personnes à charge, ne peuvent recourir à cette possibilité qu'à partir de la date à laquelle le droit qu'ils font valoir en qualité de titulaire pourrait par

ailleurs être prolongé en vertu de l'article 123 de la loi coordonnée.)

3° la personne qui peut prétendre aux prestations de santé en vertu de son occupation dans un organisme national, international ou supranational de droit public qui organise lui-même un régime d'assurance soins de santé et indemnités dont son personnel fait obligatoirement partie ainsi que les personnes à sa charge, à moins qu'elles puissent prétendre à une qualité de personne à charge visée à la présente section, (...).

4° (...)

4° la personne qui a une activité indépendante dont la cessation n'a pas été communiquée à l'organisme assureur par la caisse libre d'assurances sociales pour indépendants ou par la Caisse nationale auxiliaire et qui, si elle était en ordre d'obligation de cotisations selon l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, aurait droit aux soins de santé sans paiement d'une cotisation complémentaire.

Les conjoints aidants qui tombent sous l'application de l'article 7bis, § 3, de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants et les personnes qui bénéficient de l'application de l'article 37, § 1er, de l'arrêté royal du 19 décembre 1967 portant règlement général en exécution de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants peuvent cependant choisir de s'inscrire comme personne à charge.

§ 2. Les personnes à charge d'un titulaire ou d'un travailleur, au sens de l'article 123, doivent faire partie de son ménage; elle ne remplissent cette condition que lorsqu'elles ont la même résidence principale au sens de l'article 3, alinéa 1er, 5°, de la loi du 8 août 1983 organisant un Registre national des personnes physiques, que le titulaire.

Il est fait exception à cette règle pour le conjoint séparé, visé à l'article 123, 1, et les enfants qui sont à charge du titulaire ou travailleur par application de l'article (123, 3). (Il est également fait exception à cette règle pour le conjoint visé à l'article 123, 1, qui a une autre résidence principale parce que, en vertu d'une disposition réglementaire, il existe dans le chef de ce conjoint ou du titulaire une obligation d'installer sa résidence principale à un endroit précis.)

La qualité de personne à charge ne se perd pas quand cette personne cesse temporairement de faire partie du ménage du titulaire ou travailleur.

La cessation de faire partie du ménage du titulaire ou travailleur est réputée temporaire:

- lorsqu'elle a une durée de trois mois au plus;

- pendant toute la durée de l'hospitalisation dans un établissement hospitalier agréé conformément à la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987;

- (pendant toute la durée du séjour dans un service ou une institution ou dans une maison de repos pour personnes âgées au sens de l'article 34, 12°, de la loi coordonnée précitée et pendant la durée du séjour dans une maison de soins psychiatrique, visée à l'article 34, 11°, de la loi coordonnée;)

- pendant toute la durée du séjour dans une maison de repos et de soins agréée en application de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins.

(alinéa supprimé)

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

Toutefois, par exception à l'alinéa précédent, l'acte de mariage peut faire preuve de la condition de cohabitation entre les époux, en attendant l'adaptation des données précitées du Registre national suite à la cohabitation, et pour autant que les époux en aient effectivement fait la demande auprès de leur administration communale.

Art. 125. Conformément à l'article 126 de la loi coordonnée, en cas de contestation entre des titulaires sur la question de savoir auprès duquel un enfant doit être inscrit comme personne à charge, l'enfant est inscrit par priorité comme personne à charge du titulaire le plus âgé.

Pour les titulaires qui ne vivent pas sous le même toit, l'enfant est inscrit par préférence comme personne à charge du titulaire qui cohabite avec lui.

Art. 126. § 1er. Le bénéficiaire qui, au 1er janvier 2008, maintient sa qualité de personne à charge reste inscrit en tant que personne à charge de la personne chez qui il était inscrit au 31 décembre 2007 sauf si l'inscription à charge d'un autre titulaire est demandée par écrit à l'organisme assureur de cet autre titulaire.

§ 2. Lorsqu'un enfant peut être inscrit en qualité d'enfant à charge de plusieurs titulaires, la demande visant à ce qu'il soit inscrit à charge d'un autre titulaire ne produit ses effets qu'au 1er janvier de l'année qui suit celle au cours de laquelle cette

demande a été introduite auprès de l'organisme assureur de cet autre titulaire.

Cependant, en cas de modification de la situation de l'enfant pendant la période se situant entre l'introduction de la demande susvisée et le 1er janvier de l'année suivant celle de l'introduction de la demande, la demande sort ses effets immédiatement dans le respect des dispositions réglementaires applicables.

Art. 127. Les personnes à charge, qui perdent leur qualité, peuvent continuer à bénéficier des prestations de santé jusqu'au 31 décembre de l'année suivant celle au cours de laquelle elles ont perdu ladite qualité.

Pour les personnes à charge, visées à l'article 205, § 1er, 3°, qui perdent cette qualité, la période, visée à l'alinéa 1er, peut, le cas échéant, être prolongée jusqu'à la fin des périodes y fixées.

La période, visée à l'alinéa premier, peut être prolongée également pour les personnes à charge, non visées à l'article 205, § 1er, 3°, qui perdent leur qualité de personne à charge, pour une période maximale de six mois comprise entre la fin ou l'interruption des études et l'obtention de la qualité de titulaire au sens des articles 32, alinéa 1er, 1°, 13°, 14° ou 15°, de la loi coordonnée.

Le maintien du bénéfice des prestations, tel qu'il est prévu dans cette disposition, n'est accordé que pour autant qu'il ne puisse exister de droit aux prestations au titre de titulaire au sens de l'article 32, alinéa 1er, 1° à 12°, 16° (, 20° et 21°), de la loi coordonnée précitée ou à titre de personne à charge. (...)

Section II. - Des orphelins.

Art. 128. (Par enfants de titulaires au sens de l'article 32, alinéa 1er, 20°, de la loi coordonnée, il faut entendre les enfants ou enfants adoptés d'un titulaire ou de la personne dans l'acte de naissance desquels le nom d'un titulaire est mentionné et dont ce titulaire était, au moment de son décès, le survivant de leurs père et mère ou leur seul parent naturel.)

Cette disposition est applicable alors même qu'au moment dudit décès les enfants auraient été personnes à charge d'un autre titulaire.

Section III. - (Titulaires visés à l'article 32, premier alinéa, 12° à 15° et 22° de la loi coordonnée)

Art. 128bis. Par titulaires visés à l'article 32, alinéa premier, 12°, de la loi coordonnée, il faut entendre les personnes visées à l'article 2, § 1er, 1°, 2°, 3°, 2) et 4°,

du décret du 4 août 1959 sur l'assurance relative aux soins de santé des agents et anciens agents administratifs et militaires, des magistrats et anciens magistrats de carrière et des anciens agents de l'ordre judiciaire, de la police judiciaire des parquets qui, au 31 décembre 1993, peuvent encore se prévaloir des obligations de l'Etat découlant de l'article 37, alinéa 3, de la loi du 28 décembre 1973 relative aux propositions budgétaires 1973-1974 et dont la preuve en est fournie par une attestation, conforme au modèle en annexe II de cet arrêté, délivrée par l'Administration des Pensions du Ministère des Finances.

Art. 128ter. Par titulaires visés à l'article 32, alinéa premier, 13°, de la loi coordonnée, il faut entendre les personnes qui ont leur résidence principale en Belgique et :

- soit ont atteint l'âge de quinze ans et avant l'âge de soixante-cinq ans ont été reconnues par un médecin inspecteur du Service du Contrôle médical comme étant incapables d'effectuer un travail lucratif pour une durée présumée d'au moins un an, en raison de lésions ou de troubles fonctionnels entraînant une réduction de la capacité de gain de deux tiers ou plus de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail.

Le médecin inspecteur fixe la durée de l'incapacité de travail et notifie sa décision à l'intéressé dans le mois suivant la date de l'examen.

Le médecin inspecteur procède à un nouvel examen dans les trente jours avant la fin de la période d'incapacité de travail reconnue précédemment.

Continuent d'être réputées incapables de travailler les personnes dont l'incapacité de travail a été reconnue jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans.

L'incapacité de travail est fixée sur demande écrite, adressée au fonctionnaire dirigeant du Service du Contrôle médical, par l'intéressé ou la personne qui est autorisée par la loi à agir pour lui;

- soit, en application de l'article 2, § 1er, de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations (aux personnes handicapées), possèdent la reconnaissance d'incapacité requise pour bénéficier du droit à l'allocation de remplacement visée dans cette disposition ou pour lesquelles est établie l'autonomie réduite requise en application de l'article 2 précité, § 2 ou § 3, pour bénéficier du droit à l'allocation d'intégration ou à l'allocation d'aide aux personnes âgées, visées dans ces dispositions;

- (soit ont atteint l'âge de 15 ans et, qui, en raison d'une incapacité physique ou mentale d'au moins 66 % satisfont aux conditions médicales pour ouvrir le droit

aux allocations familiales dont le montant est majoré conformément à l'article 47 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés) (ou à l'article 20 de l'arrêté royal du 8 avril 1976 établissant le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants.)

Art. 128quater. Pour être considérés comme étudiants fréquentant l'enseignement du troisième niveau auprès d'un établissement de cours du jour, tel que visé à l'article 32, alinéa premier, 14°, de la loi coordonnée, les étudiants concernés doivent être inscrits et suivre des cours dans un établissement de cours situé en Belgique (qui figure sur une liste établie par le Service du contrôle administratif, qui, à cet effet, collabore avec les autorités compétentes pour cet enseignement). Les étudiants, visés ici, conservent leur qualité à la fin de l'année scolaire jusqu'au début de l'année scolaire suivante.

Les établissements de cours précités remettent, aux étudiants, lors de leur inscription, un avis écrit dont le modèle est établi par le Service du Contrôle administratif et par lequel, les étudiants concernés sont avisés qu'en tant qu'étudiant fréquentant cet enseignement de troisième niveau, ils peuvent posséder la qualité de titulaire et peuvent comme tels, à condition de payer une cotisation et de remplir d'autres conditions d'octroi fixées par la loi coordonnée et ses arrêtés d'exécution, faire valoir leur droit à des interventions de l'assurance.

Art. 128quinquies. § 1er. Les personnes, énumérées ci-après, ne sont pas exclues du champ d'application de l'article 32, premier alinéa, 15°, de la loi coordonnée :

- les étrangers qui sont admis ou autorisés, de plein droit, à séjourner plus de trois mois dans le Royaume;
- les étrangers qui sont autorisés au séjour pour une durée illimitée ou établis dans le Royaume;
- les candidats réfugiés dont la demande a été déclarée recevable par l'Office des Etrangers ou par le Commissariat général aux Réfugiés et aux Apatrides;
- les personnes qui, en attendant leur inscription dans le Registre national des personnes physiques, établissent qu'elles ont effectué la déclaration, visée à l'article 7 de l'arrêté royal du 16 juillet 1992 relatif aux registres de la population et des étrangers, au moyen d'une attestation de l'Administration communale ou par tout autre moyen de preuve reconnu comme tel par le fonctionnaire dirigeant du Service du Contrôle administratif;

(- les enfants de moins de 18 ans au moment de l'arrivée en Belgique et les personnes qui les accompagnent dont il est établi qu'ils sont admis au

territoire belge à partir du 14 janvier 2009, pour la durée des soins, dans le cadre de l'opération organisée par le Gouvernement Belge d'évacuation d'enfants blessés dans les combats de Gaza. Les soins concernés sont intégralement pris en compte par l'assurance.)

§ 2. (supprimé)

Art. 128sexies. Pour les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 22°, de la loi coordonnée, les interventions des centres publics d'action sociale dans les frais de soins de santé ne sont pas considérées en la circonstance comme un régime d'assurance soins de santé. Une prise en charge matérielle de l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile ou d'une institution communautaire, telle que précisée par le Service du contrôle administratif, est également considérée comme n'étant pas un régime d'assurance soins de santé.

Le Service du contrôle administratif détermine les moyens de preuve de leur qualité de titulaire et ceux des situations qui leur permettent d'acquérir cette qualité.

CHAPITRE III. - Des conditions d'octroi des prestations.

Section I. - Dispositions particulières concernant l'ouverture du droit aux prestations de santé.

Art. 129. Pour les titulaires visés à l'article 32, premier alinéa, (1° à 16°, 20°, 21° et 22°), de la loi coordonnée précitée, le droit aux prestations de santé décrit au Titre III de la même loi coordonnée, s'ouvre à la date d'effet de l'inscription ou de l'affiliation en qualité de titulaire auprès d'un organisme assureur, au sens de l'article 252, et est maintenu jusqu'au 31 décembre de l'année civile qui suit celle au cours de laquelle le droit s'est ouvert.

Dans le cas où l'inscription ou l'affiliation doit être considérée comme une réinscription ou une réaffiliation au sens de l'article 252, dernier alinéa, le droit susvisé s'ouvre à la date d'effet de la réinscription ou de la réaffiliation, sauf s'il s'agit d'un titulaire tenu d'accomplir le stage prévu à l'article 130. Dans ce dernier cas, le droit aux prestations ne prend cours que le jour suivant l'accomplissement du stage et est maintenu jusqu'au 31 décembre de l'année civile qui suit celle au cours de laquelle le droit s'est ouvert. Les obligations de cotisation relatives au stage doivent être remplies au plus tard le 31 décembre de l'année qui suit celle au cours de laquelle le droit aux prestations a pu s'ouvrir après l'accomplissement du stage. Si le stage n'a pas été accompli et si le droit aux prestations ne peut être

accordé pour la période susvisée d'ouverture du droit, le droit aux prestations ne peut être accordé pour l'année suivante que dans les conditions reprises à l'article 131.

(Les titulaires dont le droit s'est ouvert en 2007 conformément à l'article 26 de l'arrêté royal du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses, tel qu'il était d'application au 31 décembre 2007, ont droit à l'intervention de l'assurance soins de santé pour l'ensemble des prestations énumérées à l'article 34.)

Section II. - Du stage pour le droit aux soins de santé.

Art. 130. § 1er. Les titulaires, dont l'inscription ou l'affiliation doit être considérée comme une réinscription ou une réaffiliation au sens de l'article 252, dernier alinéa et dont la validité de la précédente inscription est échue en raison du non-respect des obligations en matière de cotisations personnelles qui sont fixées en ce qui concerne le droit aux interventions, doivent accomplir un stage de six mois qui débute à la date d'effet de la réinscription ou de la réaffiliation.

Pour les titulaires visés à l'article 32, alinéa premier, 1°, de la loi coordonnée, les données, visées à l'article 277, néanmoins limitées à la durée du stage, doivent être transmises selon la procédure exposée dans l'article précité, dans le mois suivant la fin du stage.

Dans le mois suivant la fin du stage, les instances ou les personnes qui délivrent, aux titulaires concernés, les documents de cotisation visés à l'article 276, § 1er, remettent aux titulaires qui ne sont pas visés au précédent alinéa, un document comportant les mêmes données que ces documents de cotisation, néanmoins limitées à la durée du stage.

Le titulaire remet à son organisme assureur, dans les deux mois suivant la fin du stage, le document visé au précédent alinéa ou le bon de cotisation papier qu'il reçoit, le cas échéant, en application de l'article 277, § 1er.

Sur la base des données ou des documents mentionnés ci-avant, l'organisme assureur vérifie si la valeur minimum, fixée pour la période du stage, est atteinte dans le cadre de l'assurance soins de santé, et le cas échéant, de l'assurance indemnités; il réclame éventuellement un complément de cotisation, suivant les règles indiquées à l'article 290. Pour ce faire, il se

base sur la moitié de la rémunération annuelle minimum ainsi que sur le dénominateur 120.

Le stage est accompli si la valeur minimum est atteinte dans le cadre de l'assurance soins de santé.

(alinéa 7 supprimé)

§ 2. Les dispositions du § 1er ne s'appliquent cependant pas aux :

1. personnes qui, dans les six mois précédant leur réaffiliation ou réinscription, pouvaient bénéficier d'interventions pour soins de santé à charge des pouvoirs publics belges;

2. personnes qui, dans les six mois précédant leur réaffiliation ou réinscription, étaient bénéficiaires d'un régime d'assurance soins de santé organisé par un Etat de l'Espace économique européen ou un Etat avec lequel la Belgique a conclu une convention en matière de sécurité sociale relatives à la totalisation des périodes d'assurance;

3. personnes ayant leur résidence principale en Belgique et qui, dans les six mois précédant leur réaffiliation ou réinscription, tombent sous l'application d'un statut d'un organisme de droit international ou européen, établi en Belgique ou par lequel elles sont employées en Belgique, qui prévoit une intervention dans le coût des soins de santé;

4. personnes qui, au cours des six mois précédant leur réaffiliation ou réinscription, se trouvaient à l'étranger pour l'accomplissement d'une mission pour le compte de leur employeur ou de leur autorité religieuse;

5. les titulaires dont on reconnaît qu'ils se trouvent dans une situation digne d'intérêt, qui est reconnue comme telle par l'organisme assureur et, ensuite, par le Fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif, les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 13° de la loi coordonnée, les enfants handicapés dont l'incapacité physique ou mentale d'au moins 66 % est constatée par un médecin de la Direction générale Personnes handicapées du Service public fédéral Sécurité sociale, ainsi que les personnes qui démontrent qu'elles bénéficient d'un des avantages suivants :

a) le revenu d'intégration institué par la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale;

b) le secours totalement ou partiellement pris en charge par l'Etat fédéral sur la base des articles 4 et 5 de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale;

c) la garantie de revenus aux personnes âgées instituée par la loi du 22 mars 2001;

d) le revenu garanti aux personnes âgées institué par la loi du 1er avril 1969, ainsi que le maintien du droit à la majoration de la rente;

e) une allocation octroyée à une personne handicapée en application de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées;

6. personnes qui ont la qualité de titulaire au sens de l'article 32, alinéa premier, (7° à 11°ter), 16° et 20°, de la loi coordonnée précitée.

Pour l'application des points 5 et 6, la personne doit bénéficier de l'avantage ou se trouver dans la situation à la date de la demande de réinscription ou dans les six mois à compter de la date à laquelle la réinscription prend effect.

Section III. - Dispositions particulières relatives au maintien du droit aux prestations de santé.

Art. 131. (§ 1er.) Une fois que le droit susvisé aux prestations a été ouvert de la façon définie à l'article 129, l'octroi ultérieur du droit, qui est soumis aux conditions fixées à l'article 123 de la loi coordonnée, est également subordonné à la condition que la qualité de titulaire visée à l'article 32, premier alinéa, (1° à 16°, 20°, 21° et 22°), de la loi coordonnée existât encore au cours du dernier trimestre de l'année de référence ou dans le courant de l'année civile suivante.

Le droit précité ne peut être octroyé que s'il a été satisfait aux obligations de cotisation en rapport avec l'année de référence et ce, au plus tard le 31 décembre de l'année pour laquelle ce droit peut être octroyé.

(Par dérogation à l'alinéa 1er, le droit aux soins de santé est prolongé à partir du premier jour du trimestre civil au cours duquel une qualité de titulaire est à nouveau acquise pour autant que cette qualité soit acquise au cours de la durée de validité d'une inscription déjà existante et pour autant que l'obligation de cotisation afférente à l'année de référence ait été respectée. Ce droit est ainsi prolongé jusqu'à la fin de l'année en cours.)

(§ 2. Le droit peut également être prolongé pour l'année 2008 s'il existait au cours du dernier trimestre 2006 ou dans le courant de 2007 une qualité de titulaire en vertu de l'arrêté royal du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses, tel qu'il

était d'application au 31 décembre 2007, et s'il a été satisfait aux obligations de cotisation en rapport avec l'année 2006, imposées par le même arrêté pour prolonger le droit.)

(§ 3. De même, le droit peut également être prolongé pour l'année 2009 s'il existait au cours du dernier trimestre 2007 ou dans le courant de 2008 une qualité de titulaire en vertu de l'arrêté royal du 29 décembre 1997 susvisé et s'il a été satisfait aux obligations de cotisation en rapport avec l'année 2007, imposées par le même arrêté pour prolonger le droit.)

Section IV. - (Cotisation personnelle des titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 12°, 14°, 15°, 21° et 22° de la loi coordonnée.)

Art. 132. (abrogé)

Art. 133. Le titulaire, visé à l'article 32, alinéa premier, 14°, de la loi coordonnée, est redevable d'une cotisation trimestrielle de (43,11 EUR).

Cette cotisation est due pour chaque trimestre pendant lequel la qualité de titulaire précitée existe et ce, dès le trimestre au cours duquel la qualité de titulaire précitée a été acquise.

(Le montant de cette cotisation est lié à l'indice 104,06 (base 1996 = 100) des prix à la consommation atteint le 31 octobre 1999.) Le montant est adapté au 1er janvier de chaque année au taux atteint par l'indice des prix à la consommation le 31 octobre de l'année précédente. (...).

Art. 134. Le titulaire visé à l'article 32, alinéa 1er, 15°, de la loi coordonnée est redevable d'une cotisation trimestrielle de (508,53 EUR).

Cette cotisation est due pour chaque trimestre pendant lequel la qualité précitée existe et ce, dès le trimestre au cours duquel la qualité précitée a été acquise.

Le montant visé à l'alinéa 1er est réduit à 254,26 EUR lorsque le titulaire fournit la preuve que le montant annuel global des revenus de son ménage, fixé conformément aux dispositions de l'article 27 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est inférieur à 25. 285,14 EUR.

Le montant précité de (25 285,14 EUR), (lié à l'indice-pivot 103,14 (base 1996 = 100)), est adapté à l'évolution de l'indice-pivot des prix à la consommation de la même manière que les plafonds de revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée

de l'assurance, du secteur public et privé, comme prévu à l'arrêté royal

Le montant visé à l'alinéa 1er est réduit à (43,11 EUR) lorsque le titulaire fournit la preuve que le montant annuel global des revenus de son ménage, fixé conformément aux dispositions de l'article 27 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 précité, est inférieur au montant visé à l'article 21 du même arrêté, est inférieur au montant visé à l'article 17) du même arrêté.

(Le titulaire, visé à l'article 32, alinéa 1er, 15° susmentionné, est dispensé du paiement de la cotisation s'il fournit la preuve que le montant annuel global des revenus de son ménage, fixé conformément aux dispositions de l'article 27 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 précité, n'est pas supérieur au montant (pour une personne qui cohabite avec une famille qui est à sa charge, visé à l'article 14, § 1er, 3°) de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale. Ce montant est indexé conformément aux modalités applicables dans le cadre de la loi du 26 mai 2002 susvisée.)

La preuve visée aux alinéas 3, 5 et 6 est fournie par la signature d'une déclaration sur l'honneur, telle que reproduite à l'annexe 2 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 précité); l'exactitude de la déclaration est vérifiée par le Service du contrôle administratif, selon les modalités fixées par ledit Service. Les titulaires visés dans les alinéas précités sont tenus d'informer dans les trente jours leur organisme assureur de toute modification qui entraîne une augmentation des revenus, à l'exception d'une modification des données informatiques, visées par l'article 3, alinéa 1er, de la loi du 8 août 1983 réglant le Registre national des personnes physiques, pour autant qu'ils aient communiqué cette modification à l'administration communale compétente. L'organisme assureur tiendra constamment compte de toute modification dans la composition du ménage des titulaires précités. Au moyen des données ainsi obtenues, la diminution accordée du montant de la cotisation sera réexaminée et éventuellement retirée le premier jour du deuxième trimestre suivant celui au cours duquel une des modifications a eu lieu.

Les dispositions des articles 21 et 25 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 précité concernant l'augmentation du plafond et des revenus dont il faut tenir compte, sont également d'application pour la fixation des plafonds et des revenus qui doivent être pris en considération pour l'application du présent article.

Le titulaire visé à l'article 32, alinéa 1er, 15°, de la loi coordonnée, qui a droit à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi, est

dispensé du paiement des cotisations. Le titulaire précité bénéficie de cette dispense de paiement de cotisations aussi longtemps qu'il est au bénéfice de l'intervention majorée de l'assurance.

(Le montant des cotisations déterminées dans le présent article est lié à l'indice 104,06 (base 1996 = 100) des prix à la consommation atteint le 31 octobre 1999.) Le 1er janvier de chaque année, il est adapté au taux de l'indice des prix à la consommation du 31 octobre de l'année précédente.

Art. 135. Une retenue de (29,33 EUR), par trimestre, est opérée sur la pension des titulaires visés à l'article 32, premier alinéa, 12°, de la loi coordonnée. Cette retenue est faite par le Ministère des Finances et le produit est versé à l'Institut national d'Assurance maladie-invalidité. Les titulaires susvisés, qui ne bénéficient pas d'une telle pension, doivent payer, à leur mutualité ou l'Office régional, une cotisation trimestrielle de (29,33 EUR).

(Le montant de la retenue ou de la cotisation visée à l'alinéa 1er est lié à l'indice 104,06 (base 1996 = 100) des prix à la consommation atteint le 31 octobre 1999.) Il est adapté au 1er janvier de chaque année au taux atteint par l'indice des prix à la consommation le 31 octobre de l'année précédente. (...).

Art. 136. La personne qui a la qualité de titulaire visée à l'article 32, alinéa 1er, 22°, de la loi coordonnée peut prétendre aux prestations de santé sans paiement d'une cotisation personnelle.

Art. 136bis. Le titulaire visé à l'article 32, alinéa 1er, 21°, de la loi coordonnée est redevable d'une cotisation trimestrielle qui s'élève à 65,12 EUR. Ce montant est ramené à 18,62 EUR pour les titulaires ayant atteint l'âge de 65 ans. Ce montant est applicable à partir du trimestre au cours duquel ils ont atteint cet âge.

Ces montants sont liés à l'indice 104,06 (base 1996 = 100) des prix à la consommation atteint le 31 octobre 1999. Ces montants sont adaptés le 1er janvier de chaque année, au taux atteint par l'indice des prix à la consommation le 31 octobre de l'année précédente.

Sont cependant dispensés du paiement de toute cotisation, les titulaires susvisés qui ont droit à un des avantages spécifiés à l'article 37, § 19, 1°, 2° ou 3°, de la loi coordonnée. Les titulaires susmentionnés jouissent de la dispense de paiement de cotisations aux mêmes conditions et pour la même période que celles qui, conformément aux articles 6 à 9 de l'arrêté du 1er avril 2007 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, et instaurant le statut OMNIO, s'appliquent pour l'octroi du droit à une intervention majorée de l'assurance en cas de droit à l'un des avantages susmentionnés.

La cotisation est due pour chaque trimestre au cours duquel la qualité susvisée de titulaire existe et à partir du trimestre au cours duquel cette qualité a été acquise. La cotisation n'est cependant pas due pendant la période au cours de laquelle le titulaire est envoyé à l'étranger par l'autorité religieuse dont il dépend.

Section IVbis. Cotisations dues par les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 6°bis et 11°quater de la loi coordonnée.

Art. 136ter. Le titulaire visé à l'article 32, alinéa 1er, 6°bis, de la loi coordonnée doit, outre l'accomplissement de l'obligation de cotisation en vue de préserver ses droits à la pension pour la période en cause, prouver le paiement d'une cotisation annuelle calculée comme suit :

- 7,66 p. c. sur la partie du revenu de référence, au sens de l'article 11 de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, qui n'excède pas le montant repris à l'article 12, § 1er, alinéa 1er, 1°, du même arrêté, étant entendu que ce revenu est présumé atteindre le montant visé à l'article 12, § 1er, alinéa 2, du même arrêté si le revenu de référence n'atteint pas ce montant; et

- 4,94 p. c. sur la partie dudit revenu de référence, visée à l'article 12, § 1er, alinéa 1er, 2°, de l'arrêté royal n° 38 précité.

Pour le calcul de cette cotisation, les montants visés à l'article 12 de l'arrêté royal n° 38 précité sont indexés conformément à l'article 14 du même arrêté.

Art. 136quater. Le titulaire visé à l'article 32, alinéa 1er, 11°quater, de la loi coordonnée doit, outre l'accomplissement de l'obligation de cotisation en vue de préserver ses droits à la pension pour la période en cause, prouver le paiement d'une cotisation annuelle calculée comme suit :

- 7,66 p. c. sur le montant visé à l'article 12, § 1er, alinéa 2, de l'arrêté royal n° 38 précité.

Pour le calcul de cette cotisation, les montants visés à l'article 12 de l'arrêté royal n° 38 précité sont indexés conformément à l'article 14 du même arrêté.

Section V. - De l'intervention dans les frais de rééducation fonctionnelle.

Art. 137. Les prestations de rééducation fonctionnelle sont, dans les conditions définies par les programmes de rééducation admis par le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil, celles prévues aux conventions visées à l'article 22, 6°, de la loi coordonnée et aux conditions qui y sont fixées ou les prestations prévues par la nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle arrêtée en application de l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi coordonnée.

Art. 138. L'intervention dans le coût des prestations de rééducation fonctionnelle est subordonnée à l'autorisation préalable :

1° du Collège des médecins-directeurs pour les prestations prévues aux conventions visées à l'article 22, 6°, de la loi coordonnée, sauf pour les prestations prévues aux conventions visées au 2°, b) à g) ;

2° du médecin-conseil :

a) pour les prestations prévues à la nomenclature établie en application de l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi coordonnée, à moins que ladite nomenclature ne subordonne l'intervention à l'autorisation préalable du Collège des médecins-directeurs;

b) pour les prestations prévues dans les conventions de rééducation en matière d'autosurveillance à domicile de la glycémie chez des patients diabétiques et en matière d'oxygénothérapie de longue durée à domicile pour insuffisance respiratoire chronique grave;

c) pour les prestations prévues dans les conventions de rééducation en matière de surveillance respiratoire et cardiorespiratoire à domicile des nourrissons menacés de mort subite;

d) les conventions de rééducation visées à l'article 22, 6°, de la loi coordonnée, conclues après le 1er juillet 1995 et relatives soit à la rééducation de bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé pour lesquels au moment de la prise en charge la gravité des troubles de langage, de la parole ou de la voix requiert une rééducation multidisciplinaire intensive, soit à la rééducation de bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé n'ayant pas atteint leur dix-neuvième anniversaire, dont au moment de la prise en charge la gravité des troubles mentaux ou des troubles du comportement requiert une rééducation multidisciplinaire intensive;

e) pour les prestations prévues dans les conventions de rééducation locomotrice et neurologique;

f) à partir du 1er octobre 2005 pour les prestations dans le cadre des mini conventions de rééducation fonctionnelle afin de rembourser l'évaluation multidisciplinaire dans le cadre de l'article 28, § 8, de la nomenclature des prestations de santé publié en annexe de l'arrêté royal de 14 septembre 1984;

g) pour les prestations non visées aux points b) à f) et prévues dans les conventions de rééducation fonctionnelle qui sont entrées en vigueur depuis plus de 2 ans au moment de l'introduction de la demande visée à l'article 139.

Art. 139. Les demandes d'intervention sont introduites par le bénéficiaire de l'assurance soins de santé auprès du médecin-conseil de la mutualité, de l'office régional de l'organisme assureur ou de la Caisse des soins de santé de la Société nationale des chemins de fer belges auprès duquel il est affilié ou inscrit.

Les demandes doivent être établies au moyen d'un formulaire conforme au modèle approuvé par le Comité de l'assurance.

Art. 140. § 1er. Le médecin-conseil transmet sans délai les demandes concernant les prestations visées à l'article 138, 1°, accompagnées de son avis par l'intermédiaire du médecin-directeur de l'organisme assureur, au Collège des médecins-directeurs.

§ 2. En ce qui concerne les prestations visées à l'article 138, 2°, le médecin-conseil notifie sa décision au bénéficiaire et, le cas échéant, au dispensateur de soins.

Toute décision de refus est motivée.

Art. 141. Le Collège des médecins-directeurs examine sur rapport du Service des soins de santé les demandes transmises par le médecin-conseil. Les décisions sont communiquées par le président à la direction des organismes assureurs intéressés, laquelle en informe à son tour le bénéficiaire et, le cas échéant, le centre de rééducation.

Tout décision de refus est motivée.

Art. 142. § 1er. En cas d'accord, le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil détermine pour chaque cas un programme de rééducation fonctionnelle comportant notamment la nature, le nombre, le rythme et la durée des prestations accordées ainsi que la dénomination de l'établissement et les autres conditions de lieu.

§ 2. Le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil fixe, dans chaque cas particulier, la date à partir de laquelle l'intervention est accordée.

Sauf dispositions contraires, l'intervention est refusée pour les prestations effectuées plus de trente jours avant la date de réception de la demande par le médecin-conseil.

§ 3. L'organisme assureur est chargé du paiement de l'intervention dans le coût des prestations approuvées par le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil.

§ 4. (L'organisme assureur est tenu) de transmettre au Collège des médecins-directeurs tous les six mois, conformément aux modalités fixées par le Comité de l'assurance sur proposition du Collège des médecins-directeurs, une liste avec, par prestation, les décisions prises par ses médecins-conseils en vertu des articles 138, 2°, et 145, § 4.) ntionnant le nombre et la nature des refus et le nombre et la nature des décisions favorables prises.

Art. 143. Le Collège des médecins-directeurs peut ordonner des enquêtes par des praticiens de l'art infirmier ou tous autres agents qualifiés du Service des soins de santé et demander toute information complémentaire au médecin-conseil.

En vue de l'octroi des prestations visées à l'article 138, 1°, le Collège des médecins-directeurs peut, en outre, charger le médecin-conseil d'effectuer un examen médical du bénéficiaire.

Le médecin-conseil peut en tout temps ordonner une enquête par le service social de l'organisme assureur ou effectuer un examen médical du bénéficiaire.

Art. 144. Les demandes de prolongation d'un programme de rééducation sont introduites et traitées selon les dispositions de cette section.

Section VI. - De l'intervention dans les frais de déplacement afférents à la rééducation fonctionnelle.

Art. 145. § 1er. Le Ministre fixe les conditions et les modalités selon lesquelles une intervention peut être accordée dans les frais de déplacement engagés conformément aux décisions prises par le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil.

§ 2. Le bénéficiaire qui estime pouvoir prétendre à l'intervention dans les frais de déplacement qu'il a, pour obtenir des prestations de rééducation fonctionnelle introduit à cet effet une demande auprès du médecin-conseil de la mutualité, de l'office régional ou de la Caisse des soins de santé de la Société nationale des chemins de fer belges, auprès duquel ou de laquelle il est affilié ou inscrit.

La demande est introduite accompagnée de la demande visée à l'article 139.

§ 3. Le médecin-conseil transmet les demandes relatives aux frais de déplacement afférents aux prestations visées à l'article 138, 1°, accompagnées de son avis, sans délai au Collège des médecins-directeurs par intermédiaire du médecin-directeur de l'organisme assureur.

§ 4. En ce qui concerne les frais de déplacement afférents aux prestations visées à l'article 138, 2°, le médecin-conseil notifie sa décision au bénéficiaire.

Toute décision de refus est motivée.

§ 5. Le Collège des médecins-directeurs examine sur rapport du Service des soins de santé les demandes visées au § 3. Les décisions sont communiquées par le président à la direction médicale des organismes assureurs intéressés, laquelle en informe à son tour le bénéficiaire.

Toute décisions de refus est motivée.

§ 6. L'organisme assureur est chargé du paiement éventuel de l'intervention.

Section VII. - De l'intervention dans les frais de rééducation professionnelle.

Art. 146.

Section VIII. - De l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière.

Art. 147. § 1er. Les prestations visées à l'article 34, 11°, de la loi coordonnée comprennent:

1° les soins dispensés par les praticiens de l'art infirmier;

2° dans les maisons de repos et de soins et les centres de soins de jour : les prestations de kinésithérapie et de logopédie effectuées par les dispensateurs de soins qualifiés à cet effet;

3° dans les maisons de soins psychiatriques : les prestations de kinésithérapie et de logopédie effectuées par les dispensateurs de soins qualifiés à cet effet, à l'exception des prestations de kinésithérapie qui ne sont pas comprises dans le cadre du traitement psychiatrique et qui sont prescrites par un médecin traitant autre que le médecin spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie;

4° l'assistance dans les actes de la vie journalière et tout acte de réactivation ... et intégration sociale, y compris l'ergothérapie;

5° dans les maisons de repos et de soins et dans les centres de soins de jour les produits et le matériel

destinés à prévenir les maladies nosocomiales, ainsi que les produits suivants :

- les désinfectants (à l'exception des désinfectants à usage gynécologique, à usage buccal et à usage ophtalmique) qui ne sont pas remboursables en exécution de l'Annexe I, chapitre Ier à IV, de l'arrêté royal du 17 mars 1997 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et produits assimilés;

- les pansements non imprégnés;

- les compresses stériles qui ne sont pas remboursables en exécution de l'Annexe I, chapitre V, de l'arrêté royal précité du 17 mars 1997;

- le matériel d'injection sous-cutanée et/ou intramusculaire (à l'exception des seringues à insuline).

Une liste détaillée de ces produits est établie par le Comité de l'assurance sur proposition de la commission de conventions visée à l'article 12;

6° les prestations médicales effectuées par des psychiatres et neuropsychiatres dans les maisons de soins psychiatriques ainsi que le montant C2A tel que visé dans l'article 2, 3), b) de l'arrêté royal du 10 décembre 1990 fixant les règles pour la fixation du prix d'hébergement pour les personnes admises dans des maisons de soins psychiatriques.

7° dans les maisons de repos et de soins, les missions du médecin coordinateur et conseiller, définies à l'annexe 1, point B, 3, h), de l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins ou comme centre de soins de jour;

8° la formation et la sensibilisation du personnel aux soins palliatifs et la formation complémentaire du personnel en matière de démence dans les maisons de repos et de soins.

9° dans les maisons de repos et de soins et les maisons de soins psychiatriques, une intervention partielle dans le coût de la gestion et de la transmission des données;

10° le complément fonctionnel pour l'infirmière en chef en maison de repos et de soins et le complément de fonction pour l'infirmière en chef et le paramédical en chef ayant au moins 18 ans d'ancienneté dans les maisons de repos et de soins et les maisons de soins psychiatriques;

11° dans les maisons de repos et de soins : une intervention destinée à encourager l'utilisation de moyens de soins supplémentaires;

12° dans les maisons de repos et de soins reprises à l'annexe 3 du protocole du 24 mai 2004, conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, concernant la politique de santé à mener à l'égard des patients en état végétatif persistant : à partir du 1er juillet 2004, une intervention destinée à financer des investissements en gros matériel de soins. La liste de ce matériel de soins est établie par le Comité de l'assurance sur proposition de la commission de conventions visée à l'article 12;

13° dans les maisons de repos et de soins hébergeant une moyenne de 25 patients classés dans la catégorie de dépendance C visée à l'article 150 en raison de leur dépendance psychique (catégorie Cd) : le financement d'une personne de référence pour la démence;

14° ...

§ 2. Les prestations visées à l'article 34, 12°, de la loi coordonnée comprennent:

1° les soins dispensés par les praticiens de l'art infirmier;

2° les prestations de logopédie effectuées par des dispensateurs de soins qualifiés à cet effet;

3° l'assistance dans les actes de la vie journalière et tout acte de réactivation ... et intégration sociale, y compris l'ergothérapie;

4° les produits et le matériel destinés à prévenir les maladies nosocomiales, ainsi que les produits suivants :

- les désinfectants (à l'exception des désinfectants à usage gynécologique, à usage buccal et à usage ophtalmique) qui ne sont pas remboursables en exécution de l'Annexe I, chapitre Ier à IV, de l'arrêté royal précité du 17 mars 1997;

- les pansements non imprégnés;

- les compresses stériles qui ne sont pas remboursables en exécution de l'Annexe I, chapitre V, de l'arrêté royal précité du 17 mars 1997;

- le matériel d'injection sous-cutanée et/ou intramusculaire (à l'exception des seringues à insuline).

Une liste détaillée de ces produits est établie par le Comité de l'assurance sur proposition de la commission de conventions visée à l'article 12.

5° la formation et la sensibilisation du personnel aux soins palliatifs dans les institutions qui comportent une section bénéficiant d'un agrément spécial "maison de repos et de soins" et dans les institutions qui comptent, par rapport au nombre total de lits agréés,

40 % ou plus de patients classés dans les catégories de dépendance B ou C visées à l'article 150, et qui hébergent en outre au moins 25 patients classés dans les catégories de dépendance B ou C visées à l'article 150 ainsi que la formation complémentaire du personnel dans le domaine de la démence dans les institutions qui comportent une section qui a reçu un agrément spécial "maisons de repos et de soins", et dans les institutions qui hébergent en moyenne au moins 15 patients classés dans la catégorie de dépendance C visée à l'article 150 en raison de leur dépendance psychique (catégorie Cd).

6° une intervention partielle dans le coût de la gestion et de la transmission des données;

7° une intervention destinée à encourager l'utilisation de moyens de soins supplémentaires;

8° le complément de fonction pour les paramédicaux en chef et les coordinateurs infirmiers ayant au moins 18 ans d'ancienneté;

9° un financement supplémentaire pour le court séjour;

10° le financement d'une personne de référence pour la démence dans les institutions hébergeant une moyenne de 25 patients classés dans la catégorie de dépendance C visée à l'article 150 en raison de leur dépendance psychique (catégorie Cd);

11° ...

§ 3. L'intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations visées à l'article 34, 11° et 12°, de la loi coordonnée consiste en une allocation journalière appelée allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière.

Art. 148. En ce qui concerne les maisons de repos et de soins, l'allocation visée à l'article 147, § 3, est accordée (à l'institution pour le bénéficiaire qui) :

1° ne nécessite plus de surveillance médicale journalière, ni de traitement médical spécialisé permanent, mais qui d'autre part est fortement tributaire à la fois de soins et de l'assistance de tierces personnes pour les actes essentiels de la vie journalière.

2° est soigné par un service ou est admis dans une institution agréée en application de l'article 5 de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de soins et qui a conclu une convention visée à l'article 47 de la loi coordonnée.

Jusqu'à la date déterminée par le Roi en exécution de l'article 5, § 4, alinéa 1er, de la loi précitée du 27 juin 1978, les institutions, à l'exception de celles qui en

sont exemptées par l'arrêté d'exécution, doivent en outre fournir la preuve visée à l'article 5, § 4, alinéa 2 de la même loi;

3° satisfait aux critères d'une des catégories de dépendance suivantes:

- catégorie B: y sont classés les bénéficiaires qui:

- sont dépendants physiquement:

ils sont dépendants pour se laver et s'habiller et ils sont dépendants pour (les transferts et déplacements) et/ou aller à la toilette;

- sont dépendants psychiquement:

ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace et ils sont dépendant pour se laver et/ou s'habiller;

- catégorie C : y sont classés les bénéficiaires qui :

- sont dépendants physiquement : ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et aller à la toilette et ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger;

- sont dépendants psychiquement (catégorie Cd) :

ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, ils sont dépendants pour incontinence, et ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger,

ou il s'agit de bénéficiaires pour lesquels le diagnostic de démence est établi ou confirmé à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence, ayant fait l'objet d'un rapport écrit, effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie, et qui sont dépendants pour se laver et s'habiller, sont dépendants pour incontinence, et sont dépendants pour les transferts et déplacements, et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger.

- catégorie D : y sont classés les bénéficiaires pour lesquels le diagnostic de démence est établi ou confirmé à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence, ayant fait l'objet d'un rapport écrit, effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.

(L'allocation visée à l'article 147, § 3, est également accordée aux maisons de repos et de soins reprises à l'annexe 3 du protocole du 24 mai 2004, conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, concernant la politique de santé à mener à l'égard des patients en état végétatif persistant, pour le bénéficiaire qui, suite à un accident aigu (traumatisme crânien sévère, arrêt cardiaque, rupture vasculaire...), suivi d'un

coma dont les techniques d'éveil n'ont pu améliorer la situation, a été classé dans la catégorie de dépendance " Cc ", c'est-à-dire qui :

- soit est en état neurovégétatif persistant, à savoir :

1. ne témoigne d'aucune conscience de soi-même ou de l'environnement et est dans l'incapacité d'interagir avec les autres;

2. ne donne aucune réponse maintenue reproductible dirigée volontaire à des stimuli visuels, auditifs, tactiles ou douloureux;

3. ne manifeste aucune forme de langage, que cela soit au niveau de la compréhension ou de l'expression;

4. peut avoir une ouverture occasionnelle, spontanée des yeux, a des mouvements oculaires possibles, pas nécessairement en poursuite;

5. peut présenter un éveil (vigilance sans conscience) intermittent démontré par la présence de cycles de veille/sommeil;

6. a des fonctions hypothalamiques ou tronculaires suffisamment préservées pour permettre une survie avec des soins médicaux et de nursing;

7. n'a pas de réponse émotionnelle aux injonctions verbales;

8. présente une incontinence urinaire et fécale;

9. présente une relative préservation des réflexes crâniens et spinaux,

et cela depuis au moins trois mois;

- soit est en état pauci-relationnel (EPR), lequel diffère de l'état neurovégétatif dans la mesure où le sujet manifeste une certaine conscience de lui-même et de son environnement. Il peut parfois être capable d'un geste orienté ou de répondre à quelques stimuli par des pleurs ou des rires, des oui ou non par gestes ou articulation. La présence constante d'un seul de ces signes permet de classer le sujet comme EPR. La dépendance reste totale, avec des déficiences corticales inexplorables, des déficits sensoriels et moteurs massifs.)

Art. 148bis. En ce qui concerne les centres de soins de jour, l'allocation visée à l'article 147, § 3, est accordée à l'institution pour le bénéficiaire qui :

1° est tributaire à la fois de soins et de l'assistance de tierces personnes pour certains actes de la vie journalière;

2° est admis pendant au moins six heures par jour dans une institution agréée par l'autorité compétente et qui a conclu une convention visée à l'article 47 de la loi coordonnée;

3° satisfait aux critères de dépendance suivants :

- soit il est dépendant physiquement : il est dépendant pour se laver et s'habiller, et il est dépendant pour se déplacer et/ou pour aller à la toilette (catégorie F);

- soit il est dépendant psychiquement : il est désorienté dans le temps et dans l'espace et il est dépendant pour se laver et/ou s'habiller (catégorie Fd);

- soit il s'agit d'un bénéficiaire qui a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie, ayant fait l'objet d'un rapport écrit (catégorie D).

L'allocation visée à l'article 147, § 3, est également accordée aux centres de soins de jour pour les bénéficiaires qui, quel que soit leur âge :

1° souffrent d'une maladie grave, progressive et mortelle dans une phase avancée ou terminale, quelle que soit leur espérance de vie;

2° ont des besoins physiques, psychiques, sociaux et spirituels importants nécessitant un engagement soutenu et long et qui justifient des soins à domicile réguliers;

3° séjournent à domicile et ont l'intention de continuer à séjourner à domicile;

4° ont fait l'objet, en raison de leur(s) affection(s) irréversible(s), au cours des 3 derniers mois :

- d'au moins un séjour hospitalier (séjour classique ou hospitalisation de jour);

- de soins à domicile, de soins de kinésithérapie et/ou d'une prise en charge par une équipe multidisciplinaire d'accompagnement;

5° sont adressés au centre par leur médecin traitant;

ou qui répondent aux conditions visées à l'article 3 de l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 149. En ce qui concerne les maisons de soins psychiatriques, l'allocation visée à l'article 147, § 3, est accordée (à l'institution pour le bénéficiaire qui):

1° est fortement tributaire à la fois de soins et de l'assistance de tierces personnes pour les actes essentiels de la vie journalière;

2° satisfait à un des critères suivants pour être admis dans une maison de soins psychiatriques:

- soit être patient psychiatrique présentant un trouble psychiatrique chronique stabilisé, étant entendu qu'il:

- ne requiert pas de traitement hospitalier;

- n'entre pas en ligne de compte pour une admission en maison de repos et de soins étant donné son état psychiatrique;

- n'entre pas en ligne de compte pour l'habitation protégée;

- ne nécessite pas une surveillance psychiatrique non interrompue;

- nécessite un accompagnement continu;

- soit être handicapé mental, étant entendu qu'il:

- ne requiert pas de traitement hospitalier;

- n'entre pas en ligne de compte pour l'habitation protégée;

- n'entre pas en ligne de compte pour une admission dans une institution médico-pédagogique;

- ne nécessite pas une surveillance psychiatrique non interrompue;

- nécessite un accompagnement continu;

3° est soigné par un service ou est admis dans une institution agréée en application de l'article 5 de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de soins et qui a conclu une convention visée à l'article 47 de la loi coordonnée.

Jusqu'à la date déterminée par le Roi en exécution de l'article 5, § 4, alinéa 1er, de la loi précitée du 27 juin 1978, les institutions, à l'exception de celles qui en sont exemptées par l'arrêté d'exécution, doivent en outre fournir la preuve visée à l'article 5, § 4, alinéa 2, de la même loi.

Art. 150. En ce qui concerne les institutions visées à l'article 34, 12° de la loi coordonnée, l'allocation visée à l'article 147, § 3, est accordée (à l'institution (qui a conclu une convention visée à l'article 47 de la loi coordonnée) pour le bénéficiaire qui) satisfait aux critères d'une des catégories de dépendance suivantes:

- catégorie 0: y sont classés les bénéficiaires qui sont totalement indépendants physiquement et qui ne sont pas déments;

- catégorie A: y sont classés les bénéficiaires qui:

- sont dépendants physiquement: ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller;

- sont dépendants psychiquement: ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace et ils sont entièrement indépendants physiquement;

- catégorie B: y sont classés les bénéficiaires qui:

- sont dépendants physiquement: (ils sont dépendants pour se laver et s'habiller et ils sont dépendants pour (les transferts et déplacements) et/ou aller à la toilette);

- sont dépendants psychiquement: ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace et ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller;

- - catégorie C : y sont classés les bénéficiaires qui :

- sont dépendants physiquement : ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et aller à la toilette et ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger;

- sont dépendants psychiquement (catégorie Cd) :

ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, ils sont dépendants pour incontinence, et ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger,

ou il s'agit de bénéficiaires pour lesquels le diagnostic de démence est établi ou confirmé à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence, ayant fait l'objet d'un rapport écrit, effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie, et qui sont dépendants pour se laver et s'habiller, sont dépendants pour incontinence, et sont dépendants pour les transferts et déplacements, et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger.

- catégorie D : y sont classés les bénéficiaires pour lesquels le diagnostic de démence est établi ou confirmé à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence, ayant fait l'objet d'un rapport écrit, effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.

Art. 151. § 1er. (Pour l'application des dispositions des articles 148, 148bis et 150, un bénéficiaire est considéré comme dépendant physiquement lorsqu'il obtient un score de '3" ou '4" pour un ou plusieurs des critères énoncés ci-dessous :

a) Se laver :

(1) Est capable de se laver complètement sans aucune aide;

(2) A besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture;

(3) A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture;

(4) Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

b) S'habiller :

(1) Est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide;

(2) A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets);

(3) A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture;

(4) Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

c) Transfert et déplacements :

(1) Est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s) ni aide de tiers;

(2) Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...);

(3) A absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements;

(4) Est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer.

d) (d) Aller à la toilette :

(1) est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer;

(2) a besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer;

(3) a besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer;

(4) a besoin d'aide pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer.)

e) Continence :

(1) Est continent pour les urines et les selles;

(2) Est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris);

(3) Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles;

(4) Est incontinent pour les urines et les selles.

f) Manger :

(1) Est capable de manger et de boire seul;

(2) A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire;

(3) A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit;

(4) Le patient est totalement dépendant pour manger et boire.)

§ 2. Pour l'application des dispositions (des articles 148, 148bis et 150), un bénéficiaire est considéré comme dépendant psychiquement lorsqu'il obtient (un score de "3" ou "4") pour le critère concerné énoncé ci-dessous:

a) Orientation dans le temps:

(1) pas de problème;

(2) de temps en temps, rarement des problèmes;

(3) des problèmes presque chaque jour;

((4) totalement désorienté ou impossible à évaluer.)

b) Orientation dans l'espace:

(1) pas de problème;

(2) de temps en temps, rarement des problèmes;

(3) des problèmes presque chaque jour;

((4) totalement désorienté ou impossible à évaluer.)

Art. 152. § 1er. Pour le bénéficiaire admis dans une maison de soins psychiatriques, la demande d'obtention d'une allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est introduite dans les (sept jours) suivant la date d'admission par le service ou institution responsable des soins, auprès de l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit. Le cachet de la poste fait foi pour la date de la demande.

Cette demande doit être accompagnée d'un certificat médical établi par le médecin traitant, d'où il ressort que le bénéficiaire remplit les critères visés à l'article 149 et d'une attestation d'un service ou d'une institution visés à l'article 34, 11°, de la loi coordonnée d'où il ressort que celui-ci est responsable des soins dispensés au bénéficiaire

La demande est introduite au moyen d'un formulaire établi par le Comité de l'assurance sur proposition de la commission de conventions visée à l'article 13.

§ 2. (...)

§ 3. Pour le bénéficiaire admis dans une maison de repos et de soins ou dans une institution visée à l'article 34, 12°, de la loi coordonnée (...), la demande d'obtention d'une allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est introduite dans les sept jours suivant la date d'admission par le service ou institution responsable des soins, auprès de l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit. Le cachet de la poste fait foi pour la date de la demande.

(La demande doit être accompagnée d'une échelle d'évaluation complétée par le praticien de l'art infirmier qui a eu la possibilité d'observer le bénéficiaire dans l'exécution des actes de la vie journalière, ou par le médecin traitant. La demande pour un bénéficiaire classé dans la catégorie D ne peut être introduite que si la date où le diagnostic de démence a été posé est mentionnée dans le dossier de soins visé au § 4.)

Le départ du bénéficiaire de l'institution ou son décès est notifié dans les sept jours à l'organisme assureur par l'institution.

(Alinéa 4 abrogé)

La demande visée à l'alinéa 1er et la notification visée à l'alinéa 3 sont introduites au moyen d'un formulaire établi par le Comité de l'assurance sur proposition de la commission de conventions visée à l'article 12.

L'échelle d'évaluation (visée à l'alinéa 2 est introduite) au moyen d'un formulaire établi par le Comité de l'assurance sur proposition du Collège national visé à l'article 120.

(Pour le bénéficiaire classé dans la catégorie de dépendance Cc visée à l'article 148, dernier alinéa, la demande visée à l'alinéa 1er doit seulement être accompagnée d'un rapport médical, attestant que le bénéficiaire répond aux critères de cette catégorie de dépendance, établi par l'un des centres hospitaliers d'expertise repris à l'annexe 2 du protocole du 24 mai 2004 précité. Pour le bénéficiaire déjà hébergé en maison de repos et de soins, ce rapport peut être rédigé par le médecin du centre d'expertise sur la base d'un rapport médical documenté établi par le médecin traitant.

Par dérogation à l'article 153, § 2, pour le bénéficiaire classé dans la catégorie de dépendance Cc, la demande visée à l'alinéa 1er et le rapport médical qui l'accompagne peuvent être introduits dans les quinze jours qui suivent le jour de l'admission. En outre, ce rapport médical ne doit être transmis au médecin-conseil de l'organisme assureur que lors de la

première admission d'un bénéficiaire classé dans la catégorie de dépendance Cc, et ne doit donc pas être introduit en cas de réadmission après une sortie de plus d'un mois, (...), si ce bénéficiaire reste classé dans la même catégorie.)

§ 4. Les services ou institutions (autres qu'un centre de soins de jour) qui hébergent des bénéficiaires classés dans la catégorie de dépendance A, B, C, Cd, Cc ou D doivent tenir un dossier de soins par bénéficiaire.

Ce dossier de soins individuel doit comporter au moins les données suivantes:

a) le plan de soins et d'assistance dans les actes de vie journalière, établi par la personne responsable des soins dans l'institution, qui précise la contribution des différents catégories de personnel prévu pour l'intervention forfaitaire. Ce plan est évalué et adapté au moins une fois par mois en fonction de l'évolution du degré de dépendance par rapport aux soins.

b) Lorsqu'il s'agit de bénéficiaires désorientés dans le temps et dans l'espace, une énumération précise des troubles perturbateurs du comportement:

1. difficultés d'expression;
2. dérangement verbal;
3. perte des notions de bienséance;
4. comportement agité;
5. comportement destructeur;
6. perturbations du comportement nocturne;

c) pour les actes techniques effectués par le personnel infirmier et paramédical prévu pour l'intervention forfaitaire: les prescriptions médicales, la nature et la fréquence des actes techniques et l'identité de la personne qui les a dispensés.

d) si le bénéficiaire est classé dans la catégorie D : la date du bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.

Art. 153. § 1er. S'il s'agit d'un bénéficiaire admis dans une maison de soins psychiatriques, le médecin-conseil vérifie s'il satisfait aux conditions visées à l'article 149. A cette fin, il peut soumettre le bénéficiaire à un examen corporel et demander au médecin traitant de lui fournir tous les renseignements médicaux qu'il juge nécessaire.

(Le médecin-conseil notifie sa décision au service responsable des soins dispensés au bénéficiaire ou à l'institution où le bénéficiaire est admis, au plus tard le quinzième jour de la réception de la demande. Il

envoie en même temps une copie de cette notification au bénéficiaire et à l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit.)

En cas d'approbation de la demande, le médecin-conseil fixe la période pour laquelle l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est accordée. Cette période prend cours au plus tôt le jour de l'admission si la demande a été introduite dans les (sept jours) suivant le jour de l'admission. Le cas échéant, une prolongation de cette période peut être demandée selon la procédure décrite à l'article 152 par le service ou l'institution responsable des soins dispensés au bénéficiaire.

§ 2. (S'il s'agit d'un bénéficiaire admis dans une maison de repos et de soins ou dans une institution visée à l'article 34, 12°, de la loi coordonnée, la demande visée à l'article 152, § 3, est considérée comme approuvée lorsque l'organisme assureur notifie à l'institution où le bénéficiaire est admis un engagement de paiement ou s'il ne lui a pas notifié, au plus tard le quinzième jour de la réception de la demande, une décision motivée de refus de paiement ou une demande de renseignements complémentaires.

(L'approbation tacite ou expresse de la demande susvisée prend cours au plus tôt le jour de l'admission si la demande est introduite dans les sept jours qui suivent le jour de l'admission, ou le jour de l'introduction de la demande dans le cas contraire. Le cachet de la poste fait foi pour la date de la demande.

Une demande de révision de la catégorie de dépendance, fixée sur la base de la demande introduite par l'institution, ou de la décision du médecin-conseil visée à l'alinéa 6, ou de la décision prise par une section du Collège national ou par un collège local, visés à l'article 122, §§ 2 et 3, peut être introduite selon la procédure décrite à l'article 152, § 3, lorsque la situation du bénéficiaire évolue de telle sorte qu'une autre catégorie de dépendance pourrait être prise en considération. Si cette demande de révision est introduite en raison d'une aggravation du degré de dépendance, elle doit toujours être fondée sur une indication médicale ou relative à l'art infirmier étayée par un rapport circonstancié, dont le modèle est établi par le Comité de l'assurance sur proposition du Collège national visé à l'article 120, à envoyer sous pli fermé à l'intention du médecin-conseil. Ce rapport est signé :

- par un médecin si la demande de révision est introduite dans les six mois qui suivent la décision du médecin-conseil visée à l'alinéa 6, ou une décision de modification prise par une section du Collège national ou un collège local, visés à l'article 122, §§ 2 et 3;

- par un médecin ou par un praticien de l'art infirmier qui a eu la possibilité d'observer le bénéficiaire dans l'exécution des actes de la vie journalière, si la demande de révision est introduite après une demande antérieure ou plus de six mois après l'une des décisions susvisées.

La demande de révision est introduite auprès de l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit dans les sept jours qui suivent le jour à partir duquel la révision est sollicitée. Le cachet de la poste fait foi pour la date de la demande.

En cas de réadmission d'un bénéficiaire dans l'institution après une absence ne dépassant pas trente jours, la demande visée à l'article 152, § 3 ne doit pas être accompagnée de l'échelle d'évaluation visée au même article, et ne doit pas être suivie d'un nouvel engagement de paiement de la part de l'organisme assureur, pour autant que le bénéficiaire reste classé dans la même catégorie de dépendance qu'avant son départ.)

Le médecin-conseil peut modifier à tout moment la catégorie de dépendance fixée sur la base des demandes (visées aux alinéas 1er et 3), soit après un examen physique, soit sur la base d'un rapport établi à cet effet après un examen sur place par un auxiliaire paramédical, à tout le moins praticien de l'art infirmier, mandaté par lui en application de l'article 153, alinéa 4, de la loi coordonnée. Cette décision doit être motivée et entre en vigueur à la date indiquée par le médecin-conseil dans la notification de cette décision à l'institution où le bénéficiaire est admis, date qui ne peut être antérieure à la date d'envoi de cette notification. Le cachet de la poste fait foi pour la date d'envoi de la notification.

Le médecin-conseil et l'auxiliaire paramédical, à tout le moins praticien de l'art infirmier, qu'il a mandaté peuvent, pour l'exécution de leur mission, consulter le dossier de soins individuel du bénéficiaire visé à l'article 152, § 4. Le médecin-conseil peut également demander au médecin traitant de lui communiquer toute information médicale qu'il juge nécessaire.)

S'il s'agit d'un bénéficiaire classé dans la catégorie D, chaque fois qu'il serait susceptible de changer de catégorie sur la seule base des critères physiques de l'échelle d'évaluation, l'institution doit transmettre une échelle d'évaluation adaptée à son organisme assureur. La communication de cette information à l'organisme assureur ne porte aucun préjudice au fait que le bénéficiaire reste classé dans la catégorie D lorsqu'il l'est sur base d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en

psychiatrie, sauf s'il s'agit d'un bénéficiaire classé dans la catégorie Cd.

§ 3. (Par dérogation aux dispositions des §§ 1 et 2, si le service ou l'institution, autre qu'un centre de soins de jour, visé) à l'article 34, 11° et 12°, de la loi coordonnée responsable des soins dispensés au bénéficiaire est agréé avec effet rétroactif, (l'organisme assureur peut), pour autant que la demande visée à l'article 152 ait été introduite dans les trente jours suivant la date de la signature de l'adhésion du service ou de l'institution à la convention visée à l'article 47 de la loi coordonnée, faire débiter la période pour laquelle l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est accordée, avec effet rétroactif à une date qui ne peut cependant être antérieure à celle de la prise en cours de l'adhésion du service ou de l'institution à la convention précitée.

(Par dérogation aux dispositions des §§ 1er et 2, le médecin-conseil peut faire débiter avec effet rétroactif la période pour laquelle l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est accordée si l'agrément de l'institution est modifié, ou en cas de modification de l'assurabilité du bénéficiaire, ou si l'institution n'a pu introduire sa demande dans les délais prescrits pour des raisons de force majeure, pour autant que l'institution apporte des éléments de preuve suffisants à l'appui de sa demande de dérogation. Ne peuvent être retenus comme raisons de force majeure les problèmes de personnel et d'organisation rencontrés par l'institution lorsque ces problèmes ne découlent pas de circonstances exceptionnelles et imprévisibles.)

(§ 4. Les médecins-conseils, à la suite de l'exécution de leur mission prévue dans le présent article, font rapport à leur direction médicale en signalant notamment comment ils ont pris leur décision (...), quels sont les scores qui figurent dans les échelles d'évaluation jointes aux demandes d'intervention et, en cas de modification, quels sont les scores sur lesquels se base leur propre décision. De plus, le cas échéant, ils doivent signaler les irrégularités qu'ils ont constatées relativement :

- au fait que les soins couverts par l'intervention forfaitaire, notamment ceux prévus dans le dossier de soins individuel du bénéficiaire visé à l'article 152, § 4, n'ont pas été effectivement dispensés, ou que la continuité des soins n'est pas suffisamment assurée;

- à la surévaluation des scores dans plusieurs échelles d'évaluation jointes aux demandes d'intervention.)

Art. 153bis. § 1er. Pour le bénéficiaire admis dans un centre de soins de jour et qui satisfait aux critères

de dépendance visés à l'article 148bis, la demande d'obtention de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, visée à l'article 147, § 3, est introduite dans les sept jours suivant la date d'admission par l'institution responsable des soins, auprès de l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit. Le cachet de la poste fait foi pour la date de la demande.

La demande doit être accompagnée d'une échelle d'évaluation qui doit être complétée par un praticien de l'art infirmier qui a eu la possibilité d'observer le bénéficiaire dans l'exécution des actes de la vie journalière ou par le médecin traitant. La demande pour un bénéficiaire classé dans la catégorie D ne peut être introduite que si la date du diagnostic visé à l'article 148bis, 3°, troisième tiret, est indiquée dans le dossier de soins visé au § 5.

La demande visée à l'alinéa 1er est introduite au moyen d'un formulaire établi par le Comité de l'assurance sur proposition de la Commission de conventions visée à l'article 12.

L'échelle d'évaluation visée à l'alinéa 2 est introduite au moyen d'un formulaire établi par le Comité de l'assurance sur proposition du Collège national visé à l'article 120.

§ 2. Le médecin-conseil vérifie si le bénéficiaire admis dans un centre de soins de jour satisfait aux conditions visées à l'article 148bis. A cette fin, il peut soumettre le bénéficiaire à un examen physique, demander au médecin traitant de lui fournir tous les renseignements médicaux qu'il juge nécessaire, et consulter le registre de présence de l'institution visé au § 4 comme le dossier de soins individuel du bénéficiaire visé au § 5.

(La demande visée au § 1er est considérée comme approuvée lorsque l'organisme assureur notifie à l'institution où le bénéficiaire est admis un engagement de paiement ou s'il ne lui a pas notifié, au plus tard le quinzième jour de la réception de la demande, une décision motivée de refus de paiement ou une demande de renseignements complémentaires.)

En cas d'approbation tacite ou expresse (...) de la demande visée au § 1er, la période pour laquelle l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est accordée ne peut excéder une durée d'un an. Cette période prend cours au plus tôt le jour de l'admission si la demande a été introduite dans les sept jours suivant le jour de l'admission, ou le jour de la réception de la demande dans le cas contraire. Le cas échéant, une prolongation de cette période peut être demandée selon la procédure décrite

au § 1er par l'institution responsable des soins dispensés au bénéficiaire.

Le médecin-conseil peut révoquer à tout moment (l'approbation) tacite ou expresse de la demande susvisée. Cette décision doit être motivée et ne peut avoir d'effet rétroactif.

S'il s'agit d'un bénéficiaire classé dans la catégorie D, chaque fois qu'il serait susceptible de changer de catégorie sur la seule base des critères physiques de l'échelle d'évaluation, l'institution doit transmettre à son organisme assureur une échelle d'évaluation adaptée. La communication de cette information à l'organisme assureur ne porte aucun préjudice au fait que le bénéficiaire peut rester classé dans la catégorie D sur base d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.

§ 3. (Un patient qui réside dans une maison de repos et de soins ou dans une institution visée à l'article 34, alinéa 1er, 12°, de la loi coordonnée, bénéficiant ou non d'une intervention de l'assurance soins de santé, ne peut prétendre à l'intervention visée à l'article 147, § 3, dans un centre de soins de jour. De même, l'obtention, par un bénéficiaire admis dans un centre de soins de jour, d'une allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière exclut qu'il puisse bénéficier de toute autre intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 11° et 12°, de la loi coordonnée. En revanche, l'obtention de cette allocation ne fait pas obstacle à l'intervention de l'assurance soins de santé dans le coût des prestations visées à (l'article 34, alinéa 1er, 1°, b) et c), 7°bis et 13° de la même loi), à condition que ces prestations aient lieu en dehors des heures durant lesquelles le bénéficiaire est admis dans un centre de soins de jour.)

§ 4. Les centres de soins de jour doivent tenir un registre de présence comportant, pour chaque jour d'ouverture, le nom des bénéficiaires admis, l'heure de leur entrée et celle de leur sortie. Ce registre doit être clôturé chaque jour à 13 heures en ce qui concerne le nombre de bénéficiaires admis et l'heure de leur entrée, et complété en fin de journée pour l'heure de leur sortie.

Ces registres de présence ne peuvent comporter de feuilles volantes ni des passages en blanc, des ratures ou des surcharges. Ils doivent pouvoir être consultés à tout moment, soit par les médecins-conseils ou par les auxiliaires paramédicaux délégués par eux en application de l'article 153, alinéa 4, de la loi coordonnée, soit par les fonctionnaires de l'Institut national d'Assurance maladie-invalidité, et doivent

être conservés dans l'institution pendant une période de cinq ans après leur clôture.

§ 5. Les centres de soins de jour doivent tenir un dossier de soins par bénéficiaire.

Ce dossier de soins individuel doit comporter au moins les données suivantes :

a) le plan de soins et d'assistance dans les actes de la vie journalière, établi par la personne responsable des soins dans l'institution, qui précise la contribution des différentes catégories de personnel prévu pour l'intervention forfaitaire. S'il s'agit d'un bénéficiaire pris en charge dans le cadre des soins à domicile, ce plan doit être établi après consultation du praticien de l'art infirmier qui dispense ses soins au domicile du bénéficiaire. Ce plan est évalué et adapté régulièrement, et à tout le moins lors de chaque demande de prolongation de la période visée au § 2, alinéa 3, en fonction de l'évolution du degré de dépendance du bénéficiaire par rapport aux soins;

b) pour les actes techniques effectués par le personnel infirmier et paramédical prévu pour l'intervention forfaitaire : les prescriptions médicales, la nature et la fréquence des actes techniques, et l'identité de la personne qui les a dispensés;

c) si le bénéficiaire est classé dans la catégorie D : la date du bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.

§ 6. Par dérogation aux dispositions du § 2, si le centre de soins de jour responsable des soins dispensés au bénéficiaire est agréé avec effet rétroactif, (l'organisme assureur peut), pour autant que la demande visée au § 1er ait été introduite dans les trente jours suivant la date de la signature de l'adhésion de l'institution à la convention visée à l'article 47 de la loi coordonnée, faire débiter la période pour laquelle l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est accordée, avec effet rétroactif à une date qui ne peut cependant être antérieure à celle de la prise en cours de l'adhésion de l'institution à la convention précitée.

Section IX. - Règles particulières relatives à l'intervention de l'assurance dans les prestations de biologie clinique, effectuées pour les bénéficiaires hospitalisés.

Art. 154. Les prestations de biologie clinique visées aux articles 3, 18, § 2, e) et 24 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, à

l'exception des prestations n° 591091-591102, 591113-591124, 591135-591146 (...), sont pour les trois-quarts remboursées sur base d'un honoraire forfaitaire établi conformément aux dispositions du titre III, chapitre V, sections VII et XI de la loi coordonnée. Les honoraires forfaitaires se substituent à 75 p. c. des honoraires tels qu'ils ont été fixés pour les prestations concernées conformément aux dispositions de l'article 50 de la loi coordonnée.

Section X. - Règles particulières relatives à l'intervention de l'assurance dans les prestations de biologie clinique, effectuées pour les bénéficiaires non hospitalisés.

Art. 155. Hormis les prestations énumérées comme exceptions dans l'arrêté royal du 31 janvier 1977 déterminant les prestations de biologie clinique visées à l'article 63 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, au cas où ces prestations sont effectuées dans un laboratoire qui n'est pas agréé en vertu de l'arrêté royal du 29 mai 1989 relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions, les prestations de biologie clinique visées aux articles 3, § 1er, A, II, B et C, I, 18, § 2, B e) et 24, § 1er, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités sont pour (75) p. c. remboursés sur base des honoraires forfaitaires établis conformément aux dispositions de l'article 60, § 2, de la loi coordonnée. Les honoraires forfaitaires se substituent à (75) p. c. des honoraires tels qu'ils ont été fixés pour les prestations concernées conformément aux dispositions de l'article 50 de la loi coordonnée.

CHAPITRE IV. - De l'inscription des auxiliaires paramédicaux.

Section I. - (De l'inscription des praticiens de l'art infirmier.)

Art. 156. (Les personnes porteuses d'un diplôme de praticien de l'art infirmier, de soigneuse ou de garde-malade, doivent demander leur inscription au Service des soins de santé de l'INAMI sur la liste prévue à l'article 127, § 1er, b, de la loi coordonnée.)

Elles joignent à leur demande la copie, certifiée conforme à l'original, de leur diplôme.

Art. 157. Les personnes porteuses d'un des diplômes cités à l'article 156, qui au 31 décembre 1963, sont agréées en application des dispositions de l'arrêté

royal du 22 septembre 1955 organique de l'assurance maladie-invalidité, sont dispensées de la formalité prescrite à l'article 156.

Art. 158. Le Service des soins de santé établit la liste des praticiens de l'art infirmier, qu'il inscrit sous les conditions visées aux articles 156 et 157.

Section II. - (De la communication des listes des kinésithérapeutes, des praticiens de l'art infirmier et des auxiliaires paramédicaux aux organismes assureurs.)

Art. 159. (Le Service des soins de santé communique, sans délai, aux organismes assureurs la liste des praticiens de l'art infirmier ainsi que les listes visées à l'article 215, § 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 instituant et organisant un régime obligatoire d'assurance soins de santé et indemnités.)

Ces listes font mention des nouvelles inscriptions et de toutes modifications aux listes précédentes.

CHAPITRE IVBIS. - Obligation de paiement lors de l'usage de la carte d'identité sociale.

Art. 159bis.

Art. 159ter.

CHAPITRE V. - De la publicité de la réglementation de l'assurance, des listes des personnes agréées et des personnes et établissements hospitaliers ayant adhéré à une convention ou à un accord.

Art. 160. Les organismes assureurs sont tenus:

1° de tenir à la disposition des bénéficiaires dans leurs sièges locaux, régionaux et nationaux:

a) un exemplaire tenu à jour de la loi coordonnée, des arrêtés et règlements d'exécution de la loi coordonnée et des circulaires émanant de l'Institut;

b) un exemplaire complet et tenu à jour de la liste visée à l'article 22, 7°, de la loi coordonnée;

c) un exemplaire complet et tenu à jour de la liste des personnes et des établissements hospitaliers ayant adhéré à une convention ainsi que des médecins et praticiens de l'art de guérir qui sont réputés avoir adhéré à l'accord que les concerne.

La documentation visée ci-dessus doit être disponible pendant les heures d'ouverture des locaux de manière telle qu'elle puisse être consultée facilement et sa présence doit être signalée dans les locaux accessibles au public par un avis très lisible apposé à un endroit apparent;

2° de faire parvenir, au moins une fois par an, aux bénéficiaires visés (à l'article 32) de la loi coordonnée, sauf ceux visés au (17°) de l'article 32, alinéa 1er, un extrait de la liste visée au 1°, c) ci-dessus. Cet extrait doit au moins comporter d'une part, le nom des personnes qui ont un centre d'activité dans la commune du domicile du bénéficiaire ou dans les communes limitrophes, et d'autre part, la dénomination des établissements hospitaliers situés dans l'arrondissement administratif de la commune du bénéficiaire.

La communication de cet extrait doit se faire dans les deux mois qui suivent la communication des listes par le Service des soins de santé aux organismes assureurs, soit par une remise ou un envoi individuels, soit par publication dans un périodique mutualiste adressé aux bénéficiaires précités.

Dans les deux cas, la communication comporte la recommandation de conserver soigneusement l'extrait en cause et l'indication de la possibilité de consulter les listes complètes pour tout le pays dans les locaux de l'organisme assureur.

Toute décision visée à l'article 311, concernant une des personnes ou établissements repris sur l'extrait adressé au bénéficiaire, lui est communiquée dans les quinze jours à dater de la réception de l'information par le (Service du contrôle médicale).

CHAPITRE VI. - (Notifications et mentions en exécution de la charte de l'assuré social.)

Art. 160bis. Sous réserve des dispositions de l'article 160ter, la notification, visée à l'article 7 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la " charte " de l'assuré social, n'est pas requise pour les décisions d'octroi d'interventions en matière de soins de santé. Ces décisions sont également exemptées des obligations prévues à l'article 14.

Pour le paiement des interventions en matière de soins de santé aux guichets des organismes assureurs, une quittance est délivrée, qui contient les mentions fixées par le Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions, après avis du Comité du Service du Contrôle administratif.

Pour le paiement des interventions en matière de soins de santé, effectué par compte bancaire ou compte chèque postal, une quittance est envoyée une fois par trimestre aux bénéficiaires, par lettre ordinaire, qui contient les mentions fixées par le Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions, après avis du Comité du Service du Contrôle administratif.

Art. 160ter. Les décisions d'octroi d'interventions en matière de soins de santé, prises par le Collège des Médecins-directeurs, par le Conseil technique dentaire ou par le Collège national des Médecins-conseils, sont notifiées par l'organisme assureur à l'intéressé par lettre ordinaire. Ces décisions sont motivées et contiennent les mentions visées à l'article 14, 5° et 6°, de la loi précitée du 11 avril 1995.

Art. 160quater. La notification, visée à l'article 7 de la loi du 11 avril 1995 n'est pas exigée pour la décision relative à l'ouverture du droit aux interventions de l'assurance soins de santé ou à la prolongation de ce droit, dont il est question aux articles 122 et 123 de la loi coordonnée. La décision est communiquée au bénéficiaire par l'envoi, par lettre ordinaire, de la carte d'assurance visée à l'article 253, conjointement avec des explications à propos des mentions qui figurent sur la carte. La communication contient également les mentions visées à l'article 14, 5° et 6°, de la loi précitée du 11 avril 1995.

Art. 160quinquies. Les décisions de refus ou de refus partiel d'une intervention en matière de soins de santé, basées sur une appréciation médicale requise explicitement par la loi coordonnée ou par ses arrêtés d'exécution, à la suite d'une demande écrite, signée par le bénéficiaire ou son représentant légal, sont notifiées à l'intéressé par lettre ordinaire qui contient les mentions dont question à l'article 14 de la loi précitée du 11 avril 1995.

Il ne faut pas notifier les autres décisions de refus d'une intervention en matière de soins de santé, à la suite d'une demande écrite, signée par le bénéficiaire ou son représentant légal, tel qu'il est prévu à l'article 7 de la loi précitée du 11 avril 1995. Ces décisions sont cependant communiquées à l'intéressé par lettre ordinaire, qui mentionne la faculté pour l'intéressé de demander une révision dans le délai de deux ans, conformément à l'article 174 de la loi coordonnée, ainsi que la faculté d'intenter un recours devant la juridiction compétente dans le même délai en cas de désaccord avec sa mutualité. En outre, les décisions reprennent également les mentions de l'article 14, 5° et 6°, de la loi précitée du 11 avril 1995.

Art. 160sexies. Lors d'un paiement par la voie financière, le formulaire de paiement mentionne au minimum une caractéristique d'identification de l'opération.

TITRE III. - De l'assurance indemnités et de l'assurance maternité.

CHAPITRE I. - Organes.

Section I. - Du Comité de gestion du Service des indemnités.

Art. 161. Le Comité de gestion du Service des indemnités est composé:

1° d'un président et de deux vice-présidents, nommés par le Roi parmi les membres visés aux 2°, 3° et 4° ci-dessous;

2° de sept membres effectifs et de trois membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives des employeurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

3° de sept membres effectifs et de trois membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives des travailleurs salariés, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

4° de six membres effectifs et de six membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer. Chaque organisme assureur a droit à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

Les membres du Comité de gestion sont nommés pour un terme de six ans. La validité du mandat expire tous les trois ans pour la moitié des membres de chacun des groupes représentés.

Toutefois, le premier renouvellement du mandat des membres a eu lieu le 1er janvier 1967, les membres sortants étant désignés par tirage au sort.

Le mandat des membres sortants peut être renouvelé.

Il est pourvu dans les trois mois au remplacement de tout membre qui aura cessé de faire partie du Comité de gestion avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre ainsi désigné achève le mandat de celui qu'il remplace.

Un membre suppléant ne siège qu'en cas d'absence d'un membre effectif de son groupe.

Art. 162. Le Comité de gestion se réunit sur convocation de son président, soit à son initiative, soit à la requête du Ministre, soit à la demande de trois membres au moins, formulée par écrit et mentionnant

l'objet de la réunion, dans tous les cas, la convocation mentionne l'objet de la réunion.

Lorsque le Comité de gestion est invité à se réunir à la requête du Ministre, la réunion a lieu dans les huit jours de la requête.

Art. 163. Le siège du Comité de gestion est valablement constitué si au moins la moitié de ses membres sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité simple des membres ayant voix délibérative et participant au vote, compte non tenu des abstentions. En cas de parité de voix la proposition est rejetée.

Lorsque les membres représentant d'une part, les travailleurs salariés et d'autre part, les employeurs ne sont pas présents en nombre égal au moment d'un vote sur les objets visés à l'article 80, 2°, de la loi coordonnée, le ou les plus jeunes membres de la partie en surnombre sont tenus de s'abstenir pour rétablir la parité.

Lorsqu'une proposition se rapportant à un des objets visés à l'alinéa précédent est rejetée contre l'avis unanime des représentants, soit des travailleurs salariés, soit des employeurs, le groupe favorable à la proposition peut demander que celle-ci soit soumise au Ministre; cette demande peut être formée au cours de la séance et actée au procès-verbal ou faite par écrit dans les huit jours de la séance. Elle est adressée au Ministre par le président du Comité de gestion.

Le Ministre statue et notifie sa décision dans les trente jours de la demande qui lui est faite, faute de quoi le rejet de la proposition est définitif.

Art. 164. Le président et les vice-présidents du Comité de gestion sont habilités à signer l'un ou l'autre, conjointement avec le fonctionnaire dirigeant du Service des indemnités ou son remplaçant, les actes qui engagent l'Institut, en ce qui concerne le Service des indemnités, autres que ceux qui ont trait à la gestion journalière ou qui émanent de mandataires spéciaux.

Art. 165. Le Comité de gestion du Service des indemnités fait, dans les trois mois qui suivent la communication des rapports visés aux articles 141, § 1er, alinéa 1er, 13), a) et 161, alinéa 1er, 3°, b), de la loi coordonnée, rapport au Ministre sur les mesures qu'il a décidé de prendre ou qu'il lui propose, à la suite des constatations faites par le Service du contrôle médical et le Service du contrôle administratif.

Art. 166. Le Comité de gestion du Service des indemnités fait part au Ministre, dans les trois mois qui suivent l'établissement de son rapport annuel, des

mesures qu'il propose ou qu'il a arrêtées en fonction des éléments de ce rapport.

Section Ibis. - Comité de gestion pour les ouvriers mineurs.

Art. 166bis. Le Comité de gestion pour les ouvriers mineurs est composé :

1° (d'un président nommé par le Roi);

2° de six membres, choisis sur des listes doubles, présentés par les organisations professionnelles représentatives des employeurs occupant des travailleurs assujettis au régime de sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés;

3° de six membres, choisis sur des listes doubles, présentés par les organisations professionnelles représentatives des travailleurs qui représentent les travailleurs assujettis au régime de sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés.

Assistent avec voix consultatives aux réunions du Comité de gestion :

1° (le commissaire du Gouvernement représentant le Ministre des Finances);

2° le commissaire du Gouvernement représentant le Ministre des Affaires sociales.

Les membres du Comité de gestion sont nommés pour un terme de six ans.

Le mandat des membres sortants peut être renouvelé.

Il est pourvu dans les trois mois au remplacement de tout membre qui aura cessé de faire partie du Comité de gestion avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre ainsi désigné achève le mandat de celui qu'il remplace.

Art. 166ter. Le Comité de gestion se réunit sur convocation de son président, soit à son initiative, soit à la requête du Ministre, soit à la demande de trois membres au moins, formulée par écrit et mentionnant l'objet de la réunion; dans tous les cas, la convocation mentionne l'objet de la réunion.

Lorsque le Comité de gestion est invité à se réunir à la requête du Ministre, la réunion a lieu dans les huit jours de la requête.

Art. 166quater. Le siège du Comité de gestion est valablement constitué si au moins la moitié des membres représentants les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité simple des membres ayant voix délibérative et participant au vote, compte non tenu des abstentions. En cas de parité de voix la proposition est rejetée.

Art. 166quinquies. Le président du Comité de gestion est habilité à signer, conjointement avec l'administrateur général de la Cellule administrative ou son remplaçant, les actes qui engagent l'Institut national d'Assurance maladie-invalidité, en ce qui concerne le régime de pension d'invalidité des ouvriers mineurs, autres que ceux qui ont trait à la gestion journalière ou qui émanent de mandataires spéciaux.

Art. 166sexies. Le Comité de gestion pour les ouvriers mineurs fait part au Ministre dans les trois mois qui suivent l'établissement de son rapport annuel, des mesures qu'il propose ou qu'il a arrêtés en fonction des éléments de ce rapport.

Section II. - Du Conseil médical de l'invalidité.

A. De la composition du Conseil médical de l'invalidité et du ressort des commissions régionales.

Art. 167. Le Conseil médical de l'invalidité comprend une Commission supérieure et des commissions régionales.

La Commission supérieure a son siège à Bruxelles.

Les commissions régionales sont au nombre de onze; elles ont chacune pour ressort le territoire d'une province, à l'exception toutefois de la région bilingue de Bruxelles-capitale.

(Le siège de chaque commission régionale dont le ressort coïncide avec le territoire d'une province est fixé au chef-lieu de la province de son ressort, à l'exception toutefois (de la commission régionale de la province du Brabant wallon dont le siège est situé à Bruxelles). Chaque commission régionale comprend des sections qui ont un siège et un ressort distincts.)

Une commission régionale, composée de deux sections, est instituée pour la région bilingue de Bruxelles-capitale. L'une de ces sections connaît des affaires traitées en langue française et l'autre section connaît des affaires traitées en langue néerlandaise. Le siège de cette commission régionale est situé à Bruxelles.

A tout moment, suivant les nécessités du service ou les possibilités de déplacement du titulaire, la transmission des dossier visée à l'article 170, 6°, peut être faite à toute section, indépendamment de son ressort, ainsi qu'à toute commission régionale d'une province limitrophe ou à une de ses sections.

(Les membres nommés auprès d'une commission régionale peuvent, suivant les nécessités du service, être invités par la Commission supérieure à siéger au sein de la commission régionale d'une autre province ou d'une de ses sections.)

B. De la Commission supérieure.

Art. 168. La Commission supérieure est composée:

1° de trois membres effectifs et de quatre membres suppléants, docteurs en médecine, représentants du Service des indemnités;

2° (de quatorze membres effectifs et de vingt-huit membres suppléants), docteurs en médecine, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs en nombre double de celui des mandats à attribuer; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;

3° (de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, docteurs en médecine, représentants du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.)

Le Roi désigne le président parmi les membres de la Commission supérieure, sur proposition de celle-ci.

Art. 169. Tous les membres de la Commission supérieure ont voix délibérative. En cas d'empêchement du président de la Commission supérieure, les membres présents désignent parmi eux un président de séance.

Art. 170. La Commission supérieure a pour mission:

1° d'établir, selon les modalités prévues par son règlement d'ordre intérieur, un rôle de présence de ses membres effectifs et suppléants, en vue de l'application des dispositions de l'article 171;

2° de déterminer le nombre de sections des commissions régionales et d'en fixer le siège et le ressort;

3° d'élaborer son règlement d'ordre intérieur ainsi que celui des commissions régionales;

4° de veiller au bon fonctionnement des commissions régionales, pour accomplir cette mission, elle peut déléguer un ou plusieurs de ses membres pour assister aux séances des commissions régionales et de leurs sections et faire rapport sur leur activité;

5° de se prononcer sur l'état d'invalidité des titulaires au sens de l'article 100 de la loi coordonnée, et d'en déterminer la durée, sans préjudice de l'application de l'article 94, alinéa 2, de la loi coordonnée, et de l'article 176;

6° de transmettre à la section de la commission régionale désignée par elle les dossiers se rapportant aux titulaires qu'elle juge devoir soumettre à un examen corporel;

7° de requérir le médecin-conseil d'établir et de lui transmettre d'urgence tout rapport qu'elle estime utile;

8° (de se prononcer, dans les conditions fixées à l'article 215bis, § 1er, sur les propositions du médecin-conseil tendant à reconnaître à un titulaire reconnu incapable de travailler, l'aide d'une tierce personne; elle peut, avant de prendre une décision, soit demander l'avis d'un de ses membres ou d'une section d'une commission régionale, soit inviter l'intéressé à comparaître devant elle, soit ordonner une enquête par un praticien de l'art infirmier, fonctionnaire du Service des indemnités, dans les cas où les renseignements demandés ne nécessitent pas l'intervention d'un médecin;)

9° d'émettre, conformément à l'article 82 de la loi coordonnée un avis au sujet des questions relatives à la période d'invalidité qui lui sont soumises, soit par le Ministre, soit par le Comité de gestion ou le fonctionnaire dirigeant du Service des indemnités, soit par des organismes assureurs; cet avis doit être émis dans le mois qui suit la date à laquelle il est sollicité;

10° de collaborer avec le Collège des médecins-directeurs visé à l'article 23 de la loi coordonnée, en lui signalant tout titulaire susceptible de bénéficier d'une rééducation fonctionnelle ... et en lui transmettant tous les renseignements qu'il demande pour l'exercice de sa mission;

11° de faire trimestriellement rapport au Comité de gestion du Service des indemnités sur le fonctionnement du Conseil médical de l'invalidité.

12° de se prononcer sur la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail de titulaires qui ont exercé un travail sans l'autorisation visée à l'article 100, § 2, de la loi coordonnée et qui, lors de l'examen médical visé à l'article 101, § 1er, alinéa 1er, de la loi coordonnée, se trouvent en période d'invalidité.

13° d'autoriser, sur proposition du médecin-conseil, la prise en charge par l'assurance indemnités, des programmes de réadaptation professionnelle, visés à l'article 215quater, en faveur des bénéficiaires de l'assurance indemnités;

14° d'autoriser, sur proposition du médecin-conseil, sous les conditions déterminées à l'article 215quinquies, la prise en charge par l'assurance indemnités des coûts relatifs à l'intégration effective

du bénéficiaire après un programme de réadaptation professionnelle;

15° de faire annuellement rapport au Comité de gestion du Service des indemnités sur ses activités visées aux 13° et 14.

Art. 171. (Les missions visées à l'article 170, 5°, 6°, 7° et 12°) sont de même exécutées valablement par un membre de la Commission supérieure agissant individuellement, à moins qu'elles ne concernent un cas dans lequel le dossier a été transmis à la Commission supérieure en application de l'article 184, alinéa 2, ou dans lequel le règlement d'ordre intérieur réserve la décision à la Commission supérieure.

C. Des commissions régionales et de leurs sections.

Art. 172. Chaque commission régionale est composée:

1° du médecin inspecteur principal chef de service du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de la province où la commission régionale a son siège ou de la région bilingue de Bruxelles-capitale;

2° de douze membres effectifs et de douze membres suppléants, docteurs en médecine, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit à au moins un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;

3° d'un médecin inspecteur du Service d'évaluation et de contrôle médicaux désigné par le médecin inspecteur-principal chef de service visé au 1°, pour chaque séance de la commission et de chacune des sections visées à l'article 167, alinéa 3.

La commission régionale est présidée par le membre visé à l'alinéa précédent, 1°.

Dans le cas mentionné à l'alinéa 1er, 3°, en cas d'empêchement du médecin-inspecteur du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, la Commission supérieure peut inviter, suivant les nécessités, un de ses membres, docteur en médecine, représentant du Service des indemnités, à siéger aux séances des commissions régionales ou des sections visées à l'article 167, alinéa 3.

Art. 173. Tous les membres de la commission régionale ont voix délibérative. En cas d'empêchement du président de la commission régionale, les membres présents désignent parmi eux un président de séance.

Art. 174. Les commissions régionales ont pour mission:

1° de constituer en leur sein les sections visées à l'article 175;

2° d'établir un rôle de présence des membres de leurs sections sans aucune distinction entre les membres effectifs et les membres suppléants;

3° de veiller au bon fonctionnement de leurs sections;

4° de répondre aux demandes d'avis qui leur sont adressées par la Commission supérieure.

Art. 175. Les sections des commissions régionales comprennent:

1° au moins deux membres appartenant au groupe visé à l'article 172, alinéa 1er, 2°, chacun étant présenté par un organisme assureur différent en vue de sa nomination comme membre de la commission régionale;

2° le membre visé à l'article 172, alinéa 1er, 3°.

Art. 176. Les sections des commissions régionales ont pour mission:

1° de procéder aux examens corporels demandés par la Commission supérieure ou par un membre de celle-ci;

2° d'établir pour chacun de ces examens corporels un rapport circonstancié tenant compte des différents critères d'appréciation fixés à l'article 100 de la loi coordonnée;

3° de prendre, en cause des titulaires qu'elles ont soumis à un examen corporel, l'une des décisions suivantes:

a) constater l'existence de l'état d'invalidité au sens de l'article 100 de la loi coordonnée, tout en donnant à la Commission supérieure, dans cette hypothèse, leur avis sur la durée de celui-ci;

b) constater la fin de cet état;

4° de constater, en cause des titulaires qui, bien que convoqués, n'ont pas comparu devant elles, l'existence de l'état d'invalidité et de donner à la Commission supérieure leur avis sur la durée de celui-ci, pour autant qu'elles aient été mises en possession d'éléments qu'elles jugent suffisants;

5° de transmettre à la Commission supérieure les décisions visées aux 3° et 4°, même si elles ont été prises en application de l'alinéa 2, les rapports d'enquêtes s'y rapportant ainsi qu'une copie de la notification faite au titulaire lorsqu'il s'agit de constater la fin de l'état d'incapacité de travail;

6° de déférer aux demandes d'avis que leur adresse la Commission supérieure.

Lorsque le titulaire doit être examiné à domicile, les missions visées à l'alinéa 1er, 1°, 2° et 3°, sont aussi exécutées valablement par un médecin, agissant individuellement, que la section désigne à cette fin parmi ses membres.

D. Des interventions des médecins-conseils et des médecins-inspecteurs relatives à l'état d'invalidité.

Art. 177. § 1er. 1° Entre la septième et la cinquième semaine précédant la date de début de la période d'invalidité, le médecin-conseil établit, à l'intention de la Commission supérieure, un rapport reprenant tous les éléments de nature à éclairer les membres de cette Commission sur l'opportunité de constater l'état d'invalidité au sens de l'article 100 de la loi coordonnée. Ce rapport contient l'avis du médecin-conseil.

Les décisions sont prises au vu de ce rapport, dans les quatre dernières semaines de la période d'incapacité primaire.

2° Au plus tard six semaines avant l'expiration de toute période pour laquelle le Conseil médical de l'invalidité a constaté l'état d'invalidité, le médecin-conseil établit un rapport circonstancié, contenant son avis sur l'opportunité de constater, pour une nouvelle période, l'état d'invalidité au sens de l'article 100 de la loi coordonnée.

Les décisions sont prises au vu des rapports susvisés, dans les quatre semaines précédant l'expiration de la période pour laquelle l'état d'invalidité a été reconnu.

3° Au cas où soit le médecin inspecteur soit le médecin-conseil constate la fin de l'état d'invalidité, ce dernier en avertit immédiatement la Commission supérieure au moyen d'un rapport reprenant les éléments de base de sa décision et en y joignant une copie de la notification faite au titulaire.

4° Indépendamment des rapports visés aux 1° à 3°, le médecin-conseil consigne dans des rapports complémentaires, qu'il transmet aussitôt qu'établis à la Commission supérieure, toutes observations susceptibles de modifier le pronostic inclus dans son précédent rapport quant à l'évolution de l'état d'invalidité d'un titulaire.

De plus, le médecin-conseil établit tout rapport estimé utile par la Commission supérieure ou par un de ses membres et le lui transmet d'urgence.

5° Lorsque l'état d'incapacité de travail reprend dans les trois mois qui suivent la fin d'une période d'invalidité, l'état d'invalidité peut être reconnu par le médecin-conseil pour une période maximale de quatorze jours à compter de la date de reprise dudit état d'incapacité de travail.

Si le médecin-conseil estime qu'il y a lieu de reconnaître l'état d'invalidité pour une période qui n'excède pas quatorze jours à compter de celui de la reprise de cet état, sa décision fixe simultanément la fin de l'état d'invalidité à l'expiration de la période reconnue. Le rapport, reprenant les éléments de base de sa décision, et une copie de la notification faite au titulaire, sont envoyés immédiatement à la Commission supérieure.

Si le médecin-conseil estime que la période d'incapacité de travail peut excéder quatorze jours, il établit un rapport reprenant tous les éléments de nature à éclairer la Commission supérieure sur l'opportunité de constater l'état d'invalidité pour une nouvelle période et lui transmet ce rapport.

Si le médecin-conseil décide de dénier la reprise de l'état d'incapacité de travail, il en avertit immédiatement la Commission supérieure, au moyen d'un rapport reprenant les éléments de base de sa décision et en y joignant une copie de sa notification au titulaire.

Les présentes dispositions s'appliquent également au médecin inspecteur qui examine le titulaire à la demande du médecin-conseil. Ce dernier est chargé de la transmission des documents destinés à la Commission supérieure.

6° Le médecin-conseil signale immédiatement à la Commission supérieure les noms des titulaires en état d'invalidité, lorsque ceux-ci ont spontanément repris le travail.

De même, l'organisme assureur signale immédiatement à la Commission supérieure tout événement de nature à modifier la situation administrative du titulaire.

7° Le médecin-conseil établit et transmet à la Commission supérieure les rapports visés à l'article 170, 8°, relatifs aux titulaires n'ayant personne à charge, qui ont besoin de l'aide d'une tierce personne, en cas d'incapacité de travail.

§ 2. Les rapports visés au § 1er, 1°, 2°, 4°, 6°, alinéa 1er, et 7°, sont adressés par les médecins-conseils à la direction médicale de leur organisme assureur; le médecin-directeur de cet organisme assureur les transmet à la Commission supérieure.

Les rapports visés au § 1er, 1° et 2°, doivent parvenir à la Commission supérieure au plus tard quatre semaines avant la date limite à laquelle la décision, sur base de ces rapports, doit intervenir.

Les rapports visés au § 1er, 3° et 5°, sont adressés à la Commission supérieure par les médecins-conseils

qui en communiquent simultanément une copie à la direction médicale de leur organisme assureur.

E. Des dispositions communes aux commissions du Conseil médical de l'invalidité.

Art. 178. Le secrétariat de la Commission supérieure, des commissions régionales et des sections des commissions régionales, est assumé par des agents désignés par le fonctionnaire dirigeant du Service des indemnités.

Art. 179. Lorsqu'un membre d'une commission fonctionnant au sein du Conseil médical de l'invalidité est empêché de siéger, il doit prendre toutes dispositions utiles pour pourvoir à son remplacement par un membre suppléant de la même commission. Pour les sections des commissions régionales, cette suppléance peut être exercée par un membre d'une autre section de la même commission régionale.

Art. 180. Un membre suppléant ne siège qu'en l'absence d'un membre effectif. Toutefois, à la Commission supérieure, lorsque les membres siègent en application de l'article 171, et dans les sections des commissions régionales, les membres effectifs et suppléants concourent indifféremment à assurer le fonctionnement de celles-ci.

Art. 181. La Commission supérieure et les commissions régionales siègent valablement si au moins la moitié des membres sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité simple. En cas de parité, la voix du président est prépondérante.

Art. 182. Les sections des commissions régionales siègent valablement lorsqu'au moins deux membres, autres que ceux présentés par l'organisme assureur auquel appartient le titulaire dont le cas doit être examiné, sont présents.

Art. 183. Lorsque la Commission supérieure ou un de ses membres demande de procéder à des examens, l'état d'incapacité de travail est censé reconnu jusqu'au moment où sera prise une décision tenant compte du résultat de ces examens.

Art. 184. Les décisions des sections des commissions régionales sont valables si elles ont été prises à l'unanimité, les membres qui ont été présentés par un organisme assureur déterminé devant s'abstenir de prendre part au vote lorsque celui-ci concerne un titulaire inscrit à cet organisme.

Lorsque l'unanimité n'est pas réalisée, la section de la commission régionale transmet le dossier, complété par un rapport motivé, à la Commission supérieure qui décide à la majorité simple.

Art. 185. Les décisions de la Commission supérieure et des sections des commissions régionales sont motivées.

Art. 186. Pour l'accomplissement des missions qui leur incombent, les membres du Conseil médical de l'invalidité peuvent exiger des organismes assureurs et de leurs médecins-conseils ainsi que des services de contrôle agréés visés à l'article 91 de la loi coordonnée, tous renseignements qu'ils jugent utiles.

Art. 187. Les membres de la Commission supérieure et des commissions régionales sont nommés pour un terme de six ans.

Le mandat des membres sortants peut être renouvelé.

Il est pourvu dans les trois mois au remplacement de tout membre qui a cessé de faire partie de la Commission supérieure et des commissions régionales avant la date normale d'expiration de son mandat.

Le nouveau membre ainsi désigné achève le mandat du membre qu'il remplace.

Les dispositions du présent article ne concernent pas les membres visés aux articles 168, 1° et 3°, et 172, 1° et 3°.

F. Des notifications.

Art. 188. La décision de la Commission supérieure ou d'un de ses membres constatant l'état d'invalidité est notifiée à l'organisme assureur, dans les conditions fixées par le règlement d'ordre intérieur.

Art. 189. La décision d'une section d'une commission régionale ou d'un de ses membres constatant l'état d'invalidité est notifiée à la Commission supérieure; celle-ci dispose de quinze jours ouvrables pour notifier sa décision, portant sur la fixation de la durée, à l'organisme assureur.

La décision d'une section d'une commission régionale ou d'un de ses membres, ou de la Commission supérieure en application de l'article 184, alinéa 2, constatant la fin de l'état d'invalidité, est notifiée au titulaire, à l'organisme assureur, au service administratif de la mutualité ou de l'Office régional et au médecin-conseil. Ces notifications sont faites dans les trois jours ouvrables qui suivent le jour de la décision

Art. 190. La décision du médecin-conseil ou du médecin inspecteur constatent la fin de l'état d'invalidité ou celle déniait la reprise de l'état d'incapacité de travail dans les trois mois suivant la fin d'une période d'invalidité, est notifiée au titulaire, à l'organisme assureur et au service administratif de la mutualité ou de l'Office régional.

Ces notifications sont faites:

1° lorsqu'il s'agit d'une constatation de la fin de l'état d'invalidité: dans les trois jours ouvrables qui suivent le jour de la décision;

2° lorsqu'il s'agit d'une décision visée à l'article 177, § 1er, 5°, alinéa 4: dans les cinq jours ouvrables qui suivent le jour de la réception du certificat ou de la déclaration d'incapacité de travail, ou de la notification d'incapacité de travail délivrée par l'Office national de l'emploi.

Art. 191. Les notifications aux titulaires, visées aux articles 189 et 190, sont faites contre récépissé. Toutefois, lorsqu'elles ont lieu par pli recommandé à la poste, elles sont réputées avoir été faites le premier jour qui suit la remise à la poste; les samedis, dimanches et jours fériés légaux ne sont pas comptés dans ce délai.

Art. 192. Les notifications, visées sous le point F, des décisions de la Commission supérieure ou d'un de ses membres, d'une section d'une commission régionale, du médecin-conseil et du médecin inspecteur doivent être conformes aux modèles établis par la Commission supérieure.

Les modèles des notifications destinées aux titulaires et se rapportant à des décisions leur déniait l'état d'invalidité ou constatant la fin de cet état, contiennent les indications nécessaires pour faire utilement recours aux juridictions visées à l'article 167 de la loi coordonnée.

Section III. - Du Conseil technique intermutualiste.

Art. 193. Le Conseil technique intermutualiste institué en vertu de l'article 83 de la loi coordonnée auprès du Service des indemnités est composé:

1. de trois membres effectifs et de trois membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives des employeurs en nombre double de celui des mandats à attribuer;

2. de trois membres effectifs et de trois membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives des travailleurs salariés en nombre double de celui des mandats à attribuer;

3. de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs en nombre double de celui des mandats à attribuer; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit

au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

Le président est désigné par le Roi parmi les membres du conseil.

Assistent de droit aux séances du conseil, les fonctionnaires dirigeants du Service des indemnités, du Service de contrôle médical et du Service du contrôle administratif.

Le président peut appeler en séance, pour y siéger en permanence ou occasionnellement, tout fonctionnaire du Service des indemnités ou des Services généraux dont la présence serait jugée utile.

Le secrétariat du conseil est assumé par un agent du Service des indemnités désigné par le fonctionnaire dirigeant dudit service.

Art. 194. Les membres du conseil sont nommés pour un terme de six ans. Leur mandat est renouvelable par moitié, tous les trois ans.

Toutefois, le premier renouvellement du mandat des membres du Conseil technique intermutualiste a eu lieu le 1er janvier 1967, les membres sortants étant désignés par tirage au sort.

Le mandat des membres sortants peut être renouvelé.

Il est pourvu dans les trois mois au remplacement de tout membre qui a cessé de faire partie du Conseil technique intermutualiste avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre ainsi désigné achève le mandat du membre qu'il remplace.

Art. 195. Un membre suppléant ne siège qu'en l'absence d'un membre effectif.

En cas d'empêchement du président, il est remplacé par un président suppléant nommé par le Roi parmi les membres du conseil.

Art. 196. Le conseil se réunit sur convocation de son président, soit à son initiative, soit à la requête du Comité de gestion du Service des indemnités, soit à la demande de trois membres au moins, formulée par écrit et mentionnant l'objet de la réunion; dans tous les cas, la convocation mentionne l'objet de la réunion.

Le siège du conseil est valablement constitué si au moins la moitié de ses membres sont présents.

Art. 197. Les avis émis par le Conseil technique intermutualiste sont communiqués par son président au Comité de gestion du Service des indemnités.

Art. 198. Le conseil établit son règlement d'ordre intérieur qu'il soumet pour approbation au Comité de gestion du Service des indemnités.

Section IV. - (Insérée par) Du Conseil technique médical.

Art. 198bis. Le Conseil technique médical institué en vertu de l'article 85 de la loi coordonnée, auprès du Service des Indemnités est composé :

1° de sept membres effectifs et de sept membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les facultés de médecine d'une université créée, subventionnée ou agréée par la Communauté compétente, en nombre double de celui des mandats à conférer; chaque université a droit à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, médecins, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs; en nombre double de celui des mandats à conférer, pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant-droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;

(3° de quatre membres effectifs et de quatre membres suppléants, représentants du Service des indemnités, dont la moitié au moins sont des médecins;)

4° de deux membres, médecins, fonctionnaires au Service du Contrôle médical;

5° de trois membres effectifs et de trois membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives des employeurs en nombre double de celui des mandats à conférer;

6° de trois membres effectifs et de trois membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives des travailleurs salariés en nombre double de celui des mandats à conférer.

Les membres représentant les organisations représentatives des employeurs et les membres représentant les organisations représentatives des travailleurs ont voix consultative.

Le président est nommé par le Roi, parmi les membres du Conseil.

Assiste de droit aux séances du Conseil, le fonctionnaire dirigeant du Service des Indemnités.

Le secrétariat du Conseil est assumé par un agent du Service des Indemnités désigné par le fonctionnaire dirigeant dudit service.

Art. 198ter. Les membres du Conseil sont nommés pour un terme de six ans.

Le mandat des membres sortants peut être renouvelé.

Il est pourvu dans les trois mois au renouvellement de tout membre qui a cessé de faire partie du Conseil technique médical avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre ainsi nommé achève le mandat du membre qu'il remplace.

Art. 198quater. Un membre suppléant ne siège qu'en l'absence d'un membre effectif.

En cas d'empêchement du président, il est remplacé par un vice-président nommé par le Roi parmi les membres du Conseil.

Art. 198quinquies. Le Conseil se réunit sur convocation de son président, soit à son initiative, soit à la requête du Comité de gestion du Service des Indemnités, soit à la requête du Conseil médical de l'invalidité, formulée par écrit et mentionnant l'objet de la réunion; dans tous les cas, la convocation mentionne l'objet de la réunion.

Le siège du Conseil est valablement constitué si la moitié au moins des membres visés à l'article 198bis, alinéa 1er, 1° à 4° sont présents.

Art. 198sexies. Les avis émis par le Conseil technique médical dans le cadre des missions qui lui sont attribuées par l'article 85, alinéa 1er, 1° et 3° de la loi coordonnée sont communiqués par son président au Comité de gestion du Service des Indemnités et au Conseil médical de l'invalidité

Les avis émis par le Conseil technique médical dans le cadre des missions qui lui sont attribuées par l'article 85, alinéa 1er, 2° de la loi coordonnée, sont communiqués au Conseil médical de l'invalidité.

Art. 198septies. Le Conseil établit son règlement d'ordre intérieur.

CHAPITRE II. - Du champ d'application.

Définition des travailleurs saisonniers, des travailleurs intermittents et des travailleurs à temps partiel, applicable dans le cadre de l'assurance indemnités.

Art. 199. Il faut entendre par travailleurs saisonniers, les travailleurs qui effectuent des périodes de travail dont la durée est limitée, soit en raison de la nature saisonnière du travail, soit parce que les entreprises qui les engagent sont obligées de recruter du personnel de renfort à certaines époques de l'année.

Art. 200. Il faut entendre par travailleurs intermittents:

1° les travailleurs temporaires et intérimaires telles que ces notions sont définies dans la loi du 24 juillet 1987 sur le travail temporaire, le travail intérimaire et la mise de travailleurs à la disposition d'utilisateurs;

2° les travailleurs à domicile, tels qu'ils sont définis à l'article 3, 4°, de l'arrêté royal du 28 novembre 1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, modifié par l'arrêté royal du 15 juin 1970.

Art. 201. (Abrogé)

Art. 202. Pour l'application de la loi coordonnée, sont considérés comme travailleurs saisonniers, comme travailleurs intermittents ou comme travailleurs à temps partiel, (les travailleurs visés aux articles 199 et 200 du présent arrêté et à l'article 10 de l'arrêté royal du 10 juin 2001 portant définition uniforme de notions relatives au temps de travail à l'usage de la sécurité sociale, en application de l'article 39 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions) qui, en dehors des périodes de travail visées à ces articles, d'une part, ne sont ni assujettis à l'assurance indemnités obligatoire, en vertu de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté royal du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, ni soumis à l'arrêté royal du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés, et d'autre part, ne remplissent pas les conditions d'admission au bénéfice des allocation de chômage ou renoncent volontairement à celles-ci.

CHAPITRE III. - Des conditions d'octroi des prestations.

Section I. - Du stage pour le droit aux indemnités.

Art. 203. Pour l'application de l'article 128, § 1er, de la loi coordonnée, les titulaires doivent totaliser, au cours d'une période de six mois, au moins cent vingt jours de travail, (...).

(Par dérogation à l'article 9, 2° de l'arrêté royal du 10 juin 2001 portant définition uniforme de notions relatives au temps de travail à l'usage de la sécurité sociale, en application de l'article 39 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions, les travailleurs occupés en exécution d'une convention collective de travail conclue sur base de la convention collective de travail numéro 42 conclue au sein du Conseil national du travail en date du 2 juin

1987 concernant l'introduction de nouveaux régimes de travail dans les entreprises et qui reçoivent une rémunération égale ou supérieure au montant du revenu mensuel minimum moyen garanti, sont censés effectuer des prestations de travail à temps plein.)

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa premier, les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel accomplissent leur stage s'ils ont accompli, au cours d'une période de six mois, quatre cents heures de travail. La période de référence est cependant prolongée jusqu'à un maximum de dix-huit mois pour les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel qui, en raison de leur régime de travail, se trouvent dans l'impossibilité d'accomplir leur stage dans les six mois.

Sont assimilés à des jours de travail pour l'application du même article:

1. les jours d'inactivité résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle entraînant une incapacité, telle qu'elle est définie à l'article 100 de la loi coordonnée;

2. les jours pour lesquels le titulaire bénéficie des prestations prévues en cas d'incapacité totale de travail, en vertu de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail ou en vertu des lois relatives à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles, coordonnées le 3 juin 1970;

(3. les jours de vacances légales;)

4. les jours de chômage involontaire contrôlés tels qu'ils sont définis à l'article 246;

5. les jours pendant lesquels le chômeur effectue, à l'intervention de l'Office national de l'emploi, un travail domestique pour mettre un terme à son chômage;

(6. les jours de grève;)

(7. les jours de lock-out;)

8. les jours non prestés pour lesquels l'employeur est tenu de payer une rémunération;

(9. les jours de repos compensatoire;)

(10. les jours d'absence sans maintien de la rémunération par suite de congé prophylactique;)

(10bis. les jours d'éloignement complet du travail en tant que mesure de protection de la maternité;)

(11. les jours pendant lesquels est exercée la fonction de juge social;)

12. les jours pendant lesquels le membre du personnel enseignant ou assimilé, engagé à titre temporaire, est considéré comme n'étant pas privé de rémunération parce que sa rémunération mensuelle était égale au dixième de la rémunération annuelle qui lui aurait été accordée s'il avait été engagé à titre définitif;

(13. les jours de congé pour raisons impérieuses sans maintien de la rémunération. L'assimilation est toutefois limitée à dix jours par an au maximum, que ceux-ci soient accordés en une ou plusieurs fois;)

(14. les jours de vacances et les jours fériés légaux des gardiens et gardiennes d'enfants sans accueil d'enfants, visés à l'article 27bis, § 3, alinéa 2, de l'arrêté royal du 28 novembre 1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.)

15. les jours de congé pour soins d'accueil, visés à l'article 30quater de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail;

16. les jours couverts par l'indemnité en compensation du licenciement visée à l'article 7, § 1er, alinéa 3, zf), de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs;

Pour les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel, les périodes d'inactivité visées à l'alinéa précédent, pour autant qu'elles coïncident avec des journées ou des périodes pendant lesquelles les travailleurs concernés auraient normalement travaillé, sont prises en compte à concurrence du nombre d'heures de travail qu'ils auraient accompli au cours de ces périodes.

(Pour les travailleurs à temps plein le nombre de jours à prendre en considération est obtenu selon la formule suivante :

$A/B \times C$, soit :

*A correspond au nombre de jours tels que visés aux alinéas précédents pour les périodes envisagées;

*B correspond au nombre de jours d'occupation prévu dans le régime de travail fixe ou, s'il ne s'agit pas d'un nombre fixe de jours par semaine, au nombre maximum de jours d'occupation de la personne de référence pour la période considérée;

*C correspond au nombre maximum de jours à prendre en considération pour une occupation de six jours par semaine pour la période considérée.

Si le résultat obtenu comporte une fraction, il est arrondi à l'unité supérieure.)

(Si les données relatives au temps de travail telles que visées au présent article sont communiquées de manière globale par trimestre au service compétent pour la perception des cotisations de sécurité sociale et si les prestations de travail ne peuvent pas être situées dans un trimestre, les prestations de travail qui sont situées dans le trimestre pendant lequel la période de référence prend cours et qui précèdent cette période, sont considérées comme étant situées dans cette période de référence.)

Art. 204. § 1er. Sans préjudice des dispositions de l'article 131 de la loi coordonnée, les titulaires visés à l'article 128, § 1er et les titulaires visés à l'article 128, § 2, alinéa 2, de la loi coordonnée qui ne remplissent pas les conditions de l'article 207, conservent le droit de bénéficier des prestations jusqu'à la fin du trimestre qui suit celui au cours duquel ils ont terminé le stage.

§ 2. Sans préjudice des dispositions de l'article 131 de la loi coordonnée, les titulaires dispensés de l'accomplissement du stage conformément à l'article 128, § 2, alinéa 1er, de la loi coordonnée conservent le droit au bénéfice des prestations jusqu'à la fin de la période qui prend cours le jour où ils ont acquis la qualité de titulaire et se termine à la fin du trimestre suivant.

Ce droit leur est maintenu:

1° pendant le premier trimestre qui suit la période définie à l'alinéa 1er, à condition que, pour le trimestre au cours duquel ils ont acquis la qualité de titulaire, ils aient rempli les conditions en matière de cotisation prévues à la section V du chapitre II du titre IV;

2° pendant le deuxième trimestre qui suit la période définie à l'alinéa 1er, à condition que pour cette même période, ils aient rempli les conditions en matière de cotisation prévues à la section V du chapitre II du titre IV.

Section II. - De la dispense et de la réduction du stage pour le droit aux indemnités

Art. 205. § 1er. Sont dispensés du stage pour le droit aux indemnités d'incapacité de travail ...:

1° les personnes visées par la loi et les arrêtés royaux suivants et dans les conditions qui y sont fixées:

a) loi du 28 juin 1960 relative à la sécurité sociale des personnes ayant effectué des services temporaires à l'armée;

b) arrêté royal du 28 novembre 1956 fixant, en ce qui concerne les anciens agents des chemins de fer belges

ou leurs veuves, assujettis à l'assurance obligatoire en cas de maladie ou d'invalidité, les conditions d'octroi des prestations;

c) arrêté royal du 11 janvier 1958 fixant, en ce qui concerne les anciens affiliés à la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins naviguant sous pavillon belge ou leurs veuves, assujettis à l'assurance obligatoire en cas de maladie ou d'invalidité, les conditions d'octroi des prestations;

d) arrêté royal du 15 avril 1958 fixant les conditions dans lesquelles les prestations de l'assurance maladie-invalidité sont accordées aux réfugiés de nationalité hongroise;

e) arrêté royal du 6 août 1962, dispensant certaines catégories de personnes ayant exercé leur activité professionnelle soit au Congo, soit au Ruanda-Urundi des conditions d'admission à l'assurance chômage et à l'assurance maladie invalidité;

(f) loi du 6 février 2003 relative à la démission volontaire accompagnée d'un programme personnalisé de reconversion professionnelle au bénéfice de certains militaires et portant des dispositions sociales;)

2° la personne qui, dans les trente jours suivant la fin (de l'accomplissement des obligations de milice), acquiert ou retrouve la qualité de titulaire au sens de l'article 86, § 1er, 1°, de la loi coordonnée;

3° les jeunes qui satisfont aux conditions suivantes :

1. a) soit ont terminé des études du cycle secondaire supérieur ou la troisième année d'études de l'enseignement secondaire technique, artistique ou professionnel, dans un établissement d'enseignement organisé, reconnu ou subventionné par une Communauté;

b) soit ont obtenu, pour les études visées sous a), un diplôme ou un certificat d'études devant le jury compétent d'une Communauté;

c) soit ont terminé un apprentissage prévu par la législation relative à la formation dans une profession indépendante;

d) soit répondent aux conditions de l'article 36, § 1er, alinéa 1er, 2°, f), g), h) ou j) de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage;

2. acquièrent la qualité de titulaire visée à l'article 86, § 1er, 1° a) ou c) de la loi coordonnée, au plus tard le lendemain de la période de treize mois qui suit la fin des études ou de l'apprentissage susvisés ou l'obtention d'un diplôme ou d'un certificat d'études devant le jury compétent d'une Communauté.

Si, après avoir terminé des études du cycle secondaire supérieur ou la troisième année d'études de l'enseignement secondaire technique, artistique ou professionnel, le jeune entame d'autres études, le délai visé à l'alinéa 1er, 2, prend cours le jour qui suit la fin des études qui ont été accomplies en dernier lieu ou le jour qui suit la cessation des études, lorsqu'il y a été mis fin prématurément.

Le délai, visé à l'alinéa 1er, 2, est prolongé :

a) de la durée des périodes visées à l'article 36, § 2, 2°, c), d) et e) de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage;

b) de la durée de la période pendant laquelle l'intéressé, du fait de l'accomplissement des obligations de milice, n'a pas été en mesure d'acquérir la qualité de titulaire visée à l'article 86, § 1er, 1°, a) ou c) de la loi coordonnée;

c) de la durée de la période pendant laquelle l'intéressé est incapable de travailler, se trouve dans une période de repos de maternité facultatif ou en congé de maternité converti au sens de la loi coordonnée;

d) de la durée de la période pendant laquelle l'intéressée se trouve dans une période de protection de la maternité visée à l'article 114bis de la loi coordonnée.

4° (la personne qui, dans les trente jours suivant la fin d'une période de détention préventive ou de privation de liberté, retrouve la qualité de titulaire au sens de l'article 86, § 1er, 1° de la loi coordonnée, ou se trouve en incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1er, de la loi coordonnée, pour autant qu'elle ait accompli le stage prévu à l'article 128 de la loi coordonnée, à moins qu'elle n'en ait été dispensée et qu'elle remplissait les conditions d'octroi des indemnités d'incapacité de travail au début de la période de détention préventive ou de privation de liberté;)

5° la personne qui, ayant participé d'une façon ininterrompue pendant une période de six mois à l'assurance prévue par la loi du 17 juillet 1963 relative à la sécurité sociale d'outre mer, a versé les cotisations prescrites par les articles 17 et 19 de la même loi et qui, dans les trente jours suivant la fin, soit de sa participation à cette assurance, soit de la période pendant laquelle elle a bénéficié des prestations de l'assurance soins de santé et indemnités prévue par cette loi, acquiert la qualité de titulaire définie à l'article 86, § 1er, 1°, a) ou c), de la loi coordonnée.

Si la personne a participé d'une façon ininterrompue pendant une période inférieure à six mois à

l'assurance prévue par la loi du 17 juillet 1963, la période couverte par les cotisations versées en vertu de ladite loi est assimilée à une période intervenant dans le calcul du stage visé à l'article 128 de la loi coordonnée. Toutefois, il n'y a lieu à cette totalisation que dans la mesure où il ne s'est pas écoulé un délai supérieur à trente jours entre la fin de la participation à la législation prévue par la loi du 17 juillet 1963, et l'acquisition de la qualité de titulaire définie à l'article 86, § 1er, 1°, a) ou c), de la loi coordonnée.

(6° la personne qui, dans la période de trente jours suivant la date à laquelle prend effet sa démission volontaire comme agent statutaire, acquiert la qualité de titulaire au sens de l'article 86, § 1er, 1°, a) ou c) de la loi coordonnée, pour autant qu'elle ait été employée pendant une période ininterrompue d'au moins six mois comme agent statutaire. Si elle a été employée pendant une période de moins de six mois en cette qualité, cette période est assimilée à une période, prise en considération pour le calcul du stage, prévu à l'article 128 de la loi coordonnée.)

§ 2. (...)

§ 3. Est dispensée du stage pour le droit aux indemnités d'incapacité de travail ... la personne qui, dans les trente jours suivant la fin de la période pendant laquelle elle a bénéficié de la pension de survie visée à l'article 21, § 1er, de l'arrêté royal n° 50 du 24 octobre 1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs salariés ou d'un avantage similaire octroyé en vertu d'une législation belge ou étrangère, retrouve la qualité de titulaire au sens de l'article 86, § 1er, 1°, de la loi coordonnée ou se trouve en état d'incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1er, de la loi coordonnée, pour autant qu'elle ait accompli le stage visé à l'article 128 de la loi coordonnée, ou en ait été dispensée et qu'elle eut la qualité précitée de titulaire jusqu'au jour précédant la prise de cours de la pension de survie.

§ 4. Pour l'octroi de l'indemnité de maternité visée à l'article 113 de la loi coordonnée ..., le stage prévu à l'article 128 de la loi coordonnée est réduit à trois mois comprenant au moins soixante (jours de travail ou assimilés) pour le titulaire qui, ayant cessé de se trouver dans une des situations visées à l'article 86, § 1er, de la loi coordonnée, après avoir accompli le stage visé ci-dessus ou en avoir été dispensé, se trouve à nouveau assujetti à la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté royal du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs ou à l'arrêté-loi du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés si, dans l'intervalle, il a été constamment membre effectif ou personne à

charge d'une mutualité, en qualité d'assuré libre, pour les prestations de maternité et de décès.

Les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel accomplissent le stage réduit s'ils totalisent au cours d'une période de trois mois deux cents (heures de travail ou assimilées). La période de référence est toutefois prolongée jusqu'à neuf mois au maximum pour les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel qui, en raison de leur régime de travail, se trouvent dans l'impossibilité d'accomplir leur stage réduit dans les trois mois.

§ 5. Pour l'octroi de l'indemnité d'incapacité de travail ..., le stage prévu à l'article 128 de la loi coordonnée est réduit à un mois comprenant au moins vingt (jours de travail ou assimilés) en faveur du titulaire qui, ayant cessé de se trouver dans une des situations visées à l'article 86, § 1er, de la loi coordonnée, après avoir accompli le stage visé ci-dessus ou en avoir été dispensé, se trouve à nouveau assujéti à la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs ou à l'arrêté-loi du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés, pour autant que l'interruption qui ne peut être fractionnée:

1° ait pour but, suivant une déclaration écrite du titulaire, de lui permettre de se consacrer à l'éducation d'un enfant vivant sous son toit, personne à charge soit du titulaire lui-même, soit de la personne à charge de laquelle ce titulaire a été inscrit pendant l'interruption susvisée, en application des dispositions de l'article 123, 1 et 2;

2° se situe dans la période de trois ans qui suit la date de la naissance de l'enfant.

La période de trois ans est doublée lorsque il s'agit d'un enfant bénéficiant de l'allocation supplémentaire pour enfants handicapés, octroyée en application de la législation relative aux allocations familiales pour travailleurs salariés ou de celle relative aux allocations familiales pour travailleurs indépendants.

Lorsqu'une nouvelle naissance survient avant la fin de l'interruption, celle-ci peut être prolongée, sans pouvoir dépasser respectivement les trois ou les six années suivant la date de cette nouvelle naissance.

Les travailleurs saisonnier, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel accomplissent le stage réduit s'ils totalisent, au cours d'une période d'un mois, soixante-sept (heures de travail ou assimilées). La période de référence est toutefois prolongée jusqu'à trois mois au maximum pour les travailleurs saisonniers, les travailleurs

intermittents et les travailleurs à temps partiel qui, en raison de leur régime de travail, se trouvent dans l'impossibilité d'accomplir leur stage réduit en un mois.

§ 6. (Pour la personne qui avait la qualité de titulaire au sens de l'article 86, § 1er, 1°, de la loi coordonnée jusqu'au trentième jour au moins avant l'accomplissement des obligations de milice et qui, au plus tard dans les trente jours suivant la fin de l'accomplissement des obligations de milice, se trouve en état d'incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1er, de la loi coordonnée, le stage est considéré comme accompli.

Lorsque la personne visée à l'alinéa précédent se trouve, dans les trente jours suivant le renvoi dans les foyers ou l'envoi en congé illimité, en un état d'incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1er, de la loi coordonnée, causé par un accident survenu ou une affection contractée pendant l'accomplissement des obligations de milice, le stage est considéré comme accompli. Il en va de même lorsque cette personne, pendant l'accomplissement des obligations de milice, est absente de son service pour raison de santé, pour autant que cette absence ne soit pas imputée sur la durée de ses obligations de milice.)

§ 7. (abroge)

Section III. - Des modalités de stage en cas de passage d'un secteur de l'assurance indemnités à un autre.

Art. 206. Pour l'octroi de l'indemnité d'incapacité de travail ..., le stage prévu à l'article 128 de la loi coordonnée est réduit à trois mois comprenant au moins soixante (jours de travail ou assimilés) en faveur de la personne qui acquiert la qualité de titulaire au sens de l'article 86, § 1er, 1°, de la loi coordonnée, à condition qu'elle acquiert ladite qualité au plus tard le trentième jour après avoir perdu la qualité de titulaire visée à l'article 3 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant un régime d'assurance contre l'incapacité de travail en faveur des travailleurs indépendants et qu'elle ait accompli le stage prévu dans ledit régime ou en a été dispensée.

Les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel accomplissent le stage réduit s'ils totalisent, au cours d'une période de trois mois, deux cents (heures de travail ou assimilées). La période de référence est toutefois prolongée jusqu'à neuf mois au maximum pour les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel qui, en raison de leur régime de travail, se trouvent dans

l'impossibilité d'accomplir leur stage réduit dans les trois mois.

Section IV. - Du maintien des droits des travailleurs saisonniers, des travailleurs intermittents et des travailleurs à temps partiel.

Art. 207. Les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel maintiennent leur droit aux indemnités à condition que, pour les deuxième et troisième trimestres précédant celui au cours duquel ils sollicitent des prestations, d'une part, ils aient accompli le nombre d'heures de travail ou assimilées visé à l'article 203, alinéa 3 et d'autre part, ils aient satisfait aux conditions déterminées à l'article 130, alinéa 1er, 2° de la loi coordonnée.

Les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel qui ne satisfont pas à ces conditions maintiennent cependant leur droit aux indemnités pour autant qu'au cours des trois trimestres précédant celui au cours duquel ils font appel aux prestations, il ne se soit pas produit d'interruption continue de plus de trente jours dans leur qualité de titulaire telle qu'elle est définie à l'article 86, § 1er, de la loi coordonnée et pour autant qu'ils aient satisfait aux conditions déterminées à l'article 130, alinéa 1er, 2° de la loi coordonnée. Si les données relatives au temps de travail sont communiquées de manière globale par trimestre au service compétent pour la perception des cotisations de sécurité sociale et si les prestations de travail ne peuvent pas être situées dans un trimestre, ces prestations de travail sont considérées comme n'étant pas séparées par un délai supérieur à trente jours.

Toutefois, le travailleur saisonnier, le travailleur intermittent ou le travailleur à temps partiel qui est au bénéfice d'indemnités à la fin d'un trimestre continue à bénéficier des prestations jusqu'à la fin de l'incapacité en cours.

Section IVbis. - Disposition commune aux sections I à IV et à l'article 224, § 1er.

Art. 207bis. Pour l'application des articles 203, 205, § 4 et § 5, 206, 207 et 224, § 1er, il y a lieu d'entendre par jours et heures de travail, les jours et heures de travail effectif normal et de prestations supplémentaires sans repos compensatoire.

Section V. - Des droits des titulaires qui peuvent prétendre à la pension d'invalidité au titre de la législation sur le régime de retraite des ouvriers mineurs pendant les six derniers mois de l'incapacité primaire.

Art. 208. Pour l'application des dispositions de l'article 87, alinéa 4, de la loi coordonnée, le droit à l'indemnité d'incapacité primaire expire à la fin du mois civil précédant celui au cours duquel prend fin le sixième mois d'incapacité si celui-ci expire au plus tard le 15 du mois et à la fin du mois au cours duquel prennent fin les six premiers mois d'incapacité si ceux-ci expirent après le 15 du mois.

Art. 209. L'ouvrier mineur, incapable, de travailler au-delà de la période fixée à l'article 208, peut recevoir, sous réserve de récupération, soit à sa charge, soit à celle de la Caisse de prévoyance débitrice de la pension visée ci-après, l'indemnité d'incapacité primaire, à condition qu'il ait introduit une demande de pension d'invalidité au titre d'ouvrier mineur auprès de l'instance compétente en la matière et qu'il s'engage à rembourser à l'organisme assureur le montant des indemnités avancées à concurrence du montant de la pension obtenue. Lorsque ladite instance a refusé la pension, elle en avertit l'organisme assureur, l'indemnité d'incapacité primaire ne continue à être accordée que si l'état d'incapacité de travail au sens de l'article 100 de la loi coordonnée est reconnu par le médecin-conseil.

L'alinéa premier s'applique en outre, dès le début de l'incapacité de travail, à l'ouvrier mineur qui, tout en étant au travail, était au bénéfice de la pension susvisée dont le montant était réduit en application des dispositions réglant le cumul de pareille pension avec un salaire ou une rémunération.

Art. 210. L'ouvrier mineur qui a droit, à l'expiration de la période fixée à l'article 208, à une pension d'invalidité au titre de la législation sur le régime de retraite des ouvriers mineurs peut prétendre, jusqu'à l'expiration de la période d'un an fixée à l'article 87, alinéa 1er, de la loi coordonnée, à la différence entre le montant de l'indemnité d'incapacité primaire et le montant de la pension d'invalidité, évaluée en jours ouvrables, octroyée au titre d'ouvrier mineur.

L'ouvrier mineur qui n'a pas introduit sa demande de pension d'invalidité au titre d'ouvrier mineur avant la fin du sixième mois de son incapacité ne reçoit la différence visée à l'alinéa précédent qu'à partir de la date à laquelle sa pension prend cours.

Section VI. - Du taux des indemnités d'incapacité de travail, de montant maximum et du montant minimum de l'indemnité d'invalidité.

Art. 211. § 1er. Le taux de l'indemnité d'incapacité primaire est fixé à 60 p. c. de la rémunération perdue visée à l'article 87, alinéa 1er, de la loi coordonnée.

§ 2. (Pour le titulaire visé à l'article 86, § 1er, 1^o, c), de la loi coordonnée, ainsi que pour le titulaire qui maintient la qualité précitée, en vertu de l'article 131 de la même loi, le montant de l'indemnité d'incapacité primaire est, pendant les six premiers mois d'incapacité de travail, égal à celui de l'allocation de chômage à laquelle ils auraient pu prétendre s'ils ne s'étaient pas trouvés en état d'incapacité de travail.

Pour la détermination de la période de six mois visée à l'alinéa premier, il est tenu compte de la durée de la période de protection de la maternité qui précède immédiatement la période d'incapacité de travail.

La mesure d'alignement du montant de l'indemnité d'incapacité de travail sur celui de l'allocation de chômage visée à l'alinéa 1er n'est toutefois pas applicable au chômeur temporaire. Sont assimilés à des chômeurs temporaires, pour l'application de la présente disposition, les travailleurs visés à l'article 28, § 3, de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage et les travailleurs occupés à mi-temps dans le cadre de l'arrêté royal du 30 juillet 1994 relatif à la prépension à mi-temps.)

Art. 212. Le montant maximum de la rémunération visée à l'article 87, alinéa 1er, de la loi coordonnée est fixé à (93,5067 EUR) par jour.

(Alinéa 2 abrogé)

(Pour le titulaire dont l'incapacité primaire ou l'invalidité prend cours à partir du 1er janvier 2005, le montant maximum de la rémunération est fixé à 95,3768 EUR.)

(Pour le titulaire dont l'incapacité primaire ou l'invalidité prend cours à partir du 1er janvier 2007, le montant maximum de la rémunération est fixé à 96,3306 euros.)

Pour le titulaire dont l'incapacité primaire ou l'invalidité prend cours à partir du 1er janvier 2009, le montant maximum de la rémunération est fixé à 97,1012 EUR.

Pour le titulaire dont l'incapacité primaire ou l'invalidité prend cours à partir du 1er janvier 2011, le montant maximum de la rémunération est fixé à 97,7809 EUR.

Pour le titulaire dont l'incapacité primaire ou l'invalidité prend cours à partir du 1er avril 2013, le

montant maximum de la rémunération est fixé à 99,7365 euros.

Pour le titulaire dont l'incapacité primaire ou l'invalidité prend cours à partir du 1er avril 2015, le montant maximum de la rémunération est fixé à 100,9832 euros.

Art. 213. Le taux de l'indemnité d'invalidité est fixé à 65 p. c. de la rémunération perdue visée à l'article 87, alinéa 1er, de la loi coordonnée. Pour les titulaires dont l'incapacité de travail a pris cours avant le 1er janvier 1975, cette rémunération est majorée d'un montant de 29,42 francs, lié à l'indice 114,20. Pour le titulaire dont l'incapacité de travail a pris cours à partir du 1er janvier 1975 et au plus tard le 31 décembre 1976, cette rémunération est majorée d'un montant de 15,13 francs, lié à l'indice 114,20.

Pour les titulaires qui ne sont pas considérés comme travailleurs avec personne à charge, ce taux est réduit à 55 ou 40 p. c. de la même rémunération, selon qu'il s'agit ou non de titulaires visés à l'article 226.

Alinéa 3 abrogé

(Pour le titulaire dont l'incapacité de travail a pris cours avant le 1er octobre 1974, le montant maximum de l'indemnité d'invalidité est fixé à partir du 1er juillet 1984, à 38,3895 EUR, pour le titulaire qui est considéré comme travailleur ayant personne à charge et à 25,6917 EUR, pour le titulaire qui n'est pas considéré comme travailleur ayant personne à charge. Pour les titulaires dont l'incapacité de travail a pris cours au plus tôt le 1er janvier 1974 et au plus tard le 30 septembre 1974 et dont l'incapacité subsiste au 1er juillet 1984, le montant de la rémunération perdue à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité à allouer à partir de cette même date est le montant de la rémunération réelle (visée à l'article 87, alinéa 1er, de la loi coordonnée), limité toutefois au montant maximum sur lequel étaient prélevées les cotisations pour l'assurance indemnités. Ce montant maximum est augmenté de 10,24 p. c. avant l'application de l'alinéa 1.)

Art. 214. (§ 1er. Le montant journalier minimum de l'indemnité accordée aux titulaires qui ont la qualité de travailleur régulier est fixé comme suit :

1^o pour les titulaires qui sont considérés comme travailleur avec personne à charge, le montant journalier minimum est égal au montant du minimum garanti de pension de retraite de ménage pour un travailleur salarié avec une carrière complète, évalué en jours ouvrables, octroyé en vertu de l'article 152, alinéa 1er, de la loi du 8 août 1980 relative aux propositions budgétaires 1979-1980;

2° pour les titulaires qui ne sont pas considérés comme travailleur avec personne à charge, le montant journalier minimum est égal :

a) pour les titulaires visés à l'article 226 ou 226bis, au montant du minimum garanti de pension de retraite pour un travailleur salarié avec une carrière complète, qui n'est pas visé au 1°, évalué en jours ouvrables, octroyé en vertu de l'article 152, alinéa 1er, précité;

b) pour les titulaires non visés à l'article 226 ou 226bis, à 28,6368 euros.

Ce montant journalier minimum n'est accordé qu'à la date à laquelle le titulaire qui n'a pas de personne à charge, visé à l'article 224, atteint l'âge de 21 ans.)

§ 2. (Le montant journalier minimum de (l'indemnité) accordée aux travailleurs non réguliers est égal au montant du revenu d'intégration, évalué en jours ouvrables, octroyé en vertu de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale.

Pour les titulaires ayant personne à charge au sens de l'article 93 de la loi coordonnée, ce montant correspond à celui octroyé à deux personnes qui cohabitent.

Pour les titulaires n'ayant pas de personne à charge, ce montant correspond à celui octroyé à une personne isolée.)

(Ces montants ne peuvent du 1er juillet 2001 au 30 septembre 2004 être inférieurs à 28,3957 EUR pour le titulaire qui est considéré comme travailleur ayant personne à charge et à 21,2970 EUR pour le titulaire qui n'est pas considéré comme travailleur ayant personne à charge. Du 1er octobre 2004 au 30 septembre 2006, ces montants ne peuvent être inférieurs respectivement à 28,6797 EUR et à 21,5100 EUR. Du 1er octobre 2006 (au 31 mars 2007), ces montants ne peuvent être inférieurs respectivement à 28,9665 EUR et à 21,7251 EUR. (...). Les montants précités sont liés à l'indice-pivot 103,14.)

Il y a lieu d'entendre par travailleurs non réguliers, les titulaires auxquels la qualité de travailleur régulier ne peut être reconnue conformément aux dispositions de l'article 224.

(§ 3. Les montants minima susvisés sont accordés à partir du premier jour du septième mois de la période d'incapacité primaire, ainsi que durant la période d'invalidité.

Pour déterminer le premier jour du septième mois d'incapacité, il est tenu compte de la période de protection de la maternité qui précède immédiatement la période d'incapacité de travail, si la

période de protection de la maternité a suspendu une période d'incapacité de travail antérieure.)

Art. 215. Pour les titulaires devenus incapables de travailler entre le 2 avril 1964 et le 30 juin 1970 et dont l'incapacité persiste au 1er juillet 1971, le montant de la rémunération perdu à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité à allouer à partir de cette dernière date, est le montant de la rémunération réelle (visée à l'article 87, alinéa 1er, de la loi coordonnée), limité toutefois au montant maximum sur lequel étaient prélevées les cotisations pour l'assurance soins de santé et sans que le montant mensuel de la rémunération puisse dépasser 14. 300 francs pendant le premier trimestre 1970 et 14. 575 francs pendant le deuxième trimestre 1970.

Avant application des articles 93, alinéa 5, 98 et 99 de la loi coordonnée, le montant journalier de l'indemnité d'invalidité est augmenté de 25 p. c. pour les titulaires dont l'incapacité de travail a débuté avant le 2 avril 1964.

Section VIbis. (inséré par AR 1998-07-10/36, art. 2, En vigueur : 01-10-1998) De l'allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne.

Art. 215bis. § 1er. Le titulaire reconnu incapable de travailler qui n'est pas hospitalisé, ni hébergé dans une maison de repos ou de soins, une maison de soins psychiatriques ou une maison de repos pour personnes âgées, ni en situation de détention préventive ou de privation de liberté et pour lequel le Conseil médical de l'invalidité a décidé que l'aide d'une tierce personne est nécessaire du fait que son état physique ou mental ne lui permet pas d'accomplir seul les actes courants de la vie journalière, peut, à partir du quatrième mois d'incapacité de travail, prétendre à une allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne.

L'évaluation du degré de nécessité de l'aide d'une tierce personne s'effectue sur base du nombre total de points attribués en fonction du guide utilisé pour l'évaluation du degré d'autonomie par la législation relative à l'octroi d'allocations aux handicapés. Le titulaire doit obtenir un nombre total d'au moins 11 points.

L'aide d'une tierce personne ne peut être reconnue que si elle est estimée indispensable pour une période continue d'au moins trois mois.

L'hospitalisation du titulaire ou son hébergement dans une maison de repos ou de soins, une maison de soins psychiatriques ou une maison de repos pour personnes âgées, suspend les effets de la reconnaissance de la nécessité de l'aide d'une tierce

personne, dès le premier jour du troisième mois d'hospitalisation ou d'hébergement et jusqu'à la fin de ceux-ci, sauf si l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités n'intervient pas dans le prix de la journée d'entretien ou n'octroie pas l'intervention visée à l'article 147, § 3.

En cas de détention préventive ou de privation de liberté du titulaire, les effets de la reconnaissance de la nécessité de l'aide d'une tierce personne sont suspendus dès le premier jour de la détention préventive ou de la privation de liberté.

Si le titulaire cesse d'être hospitalisé, hébergé dans une maison de repos ou de soins, une maison de soins psychiatriques ou une maison de repos pour personnes âgées, ou cesse de se trouver en situation de détention préventive ou de privation de liberté pendant une période comptant moins de trente jours, cette période est censée être la prolongation de la précédente.

§ 2. Le montant journalier de l'allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne s'élève à 15,1573 euros.

§ 3. Le titulaire invalide qui, le 31 décembre 2006, pouvait prétendre aux indemnités comme titulaire avec charge de famille sur base de la reconnaissance de la nécessité de l'aide d'une tierce personne, maintient cette qualité pour la période pendant laquelle la nécessité de l'aide d'une tierce personne continue à être reconnue, si la différence entre le montant de son indemnité comme titulaire avec charge de famille et le montant de son indemnité comme titulaire sans charge de famille est supérieure à 10,4466 euros, supérieure à 12,8122 euros pour la période du 1er septembre 2011 au 31 mars 2013, et supérieure à 15,1573 euros à partir du 1er avril 2013.

Art. 215ter. (abrogé)

Section VIter. - Réadaptation professionnelle.

Art. 215quater. Les prestations de réadaptation professionnelle, visées à l'article 109bis, alinéa 2 de la loi coordonnée, comprennent toutes les interventions ou tous les services visant à restaurer tout ou partie de la capacité de travail initiale du titulaire reconnu incapable de travailler ou à valoriser la capacité de travail potentielle de ce titulaire, en vue de son intégration complète dans un milieu de travail.

Elles comprennent notamment tout examen, tel qu'un examen d'orientation professionnelle, visant à déterminer la possibilité d'entreprendre un programme de réadaptation professionnelle et son utilité, et toute formation, encadrement ou

apprentissage, qui contribue directement à l'intégration, visée à l'alinéa 1er.

Art. 215quinquies. Les coûts liés à l'intégration effective du titulaire après un programme de réadaptation professionnelle, visé à l'article 109bis, alinéa 3 de la loi coordonnée, doivent contribuer directement à l'intégration de l'intéressé. Ces coûts doivent en outre être en proportion avec le but à atteindre.

La prise en charge de ces coûts peut être autorisée pour une période maximum de six mois, prenant cours à partir du mois suivant le mois d'achèvement dudit programme.

Art. 215sexies. Le titulaire qui suit un programme de réadaptation professionnelle, peut prétendre à une prime de cinq euros par heure effectivement suivie de formation, d'encadrement ou d'apprentissage.

Le titulaire qui a mené à terme avec succès un programme de réadaptation professionnelle peut prétendre à une allocation forfaitaire de 500 euros.

Art. 215septies. Pour l'évaluation de l'état d'incapacité de travail, visé à l'article 100, § 1er, alinéa 1er, de la loi coordonnée, il est tenu compte des compétences professionnelles acquises lors du programme de réadaptation professionnelle au terme d'une période de six mois prenant cours à l'expiration du mois pendant lequel ledit programme a été achevé.

Section VII. - (Des taux et des conditions d'octroi de l'indemnité de maternité pendant la période de protection de la maternité visée aux articles 114 et 115 de la loi coordonnée.)

Art. 216. Le taux de l'indemnité de maternité est fixé à 79,5 p. c. de la rémunération perdue visée à l'article 113, alinéa 3, de la loi coordonnée, pendant les trente premiers jours de la période de repos de maternité telle qu'elle est définie aux articles 114 et 115 de la loi coordonnée, et à 75 p. c. de la même rémunération, à partir du trente et unième jour de cette période.

Toutefois, pendant les trente premiers jours de la période de (protection de la maternité), les titulaires visées à l'article 86, § 1er, 1°, a) et b), de la loi coordonnée, bénéficient d'une indemnité de maternité s'élevant à 82 p. c. de la rémunération perdue susvisée sans qu'il y ait lieu d'appliquer la limitation de la rémunération prévue à l'article 113, alinéa 3, susvisé.

Art. 217. Les titulaires en chômage complet contrôlé visées à l'article 113, dernier alinéa, de la loi coordonnée, ainsi que les titulaires qui maintiennent la qualité précitée en vertu de l'article 131 de la loi

coordonnée, ont droit à une indemnité de base s'élevant à 60 p. c. de la rémunération perdue visée à l'article 113, alinéa 3, de la loi coordonnée; le montant de cette indemnité (est cependant égal) à celui de l'allocation de chômage à laquelle les titulaires précitées auraient pu prétendre si elles ne s'étaient pas trouvées (dans une période de protection de la maternité visée aux articles 114 et 115 de la loi coordonnée).

La (mesure d'alignement) visée à l'alinéa précédent cesse de s'appliquer dès qu'une période de six mois est écoulée, compte tenu de la durée de la période de (protection de la maternité) et de la période d'incapacité de travail qui la précède immédiatement.

Les titulaires visées à l'alinéa 1er ont droit en outre, à une indemnité complémentaire s'élevant à 19,5 p. c. de la rémunération perdue visée à l'article 113, alinéa 3, de la loi coordonnée, pendant les trente premiers jours de la période de (protection de la maternité) et à 15 p. c. de la même rémunération, à partir du trente et unième jour de cette période.

Art. 218. La travailleuse qui, conformément à l'article 114, alinéa 2 de la loi coordonnée, prolonge le repos postnatal à concurrence de la période pendant laquelle elle a poursuivi une ou plusieurs de ses activités durant la période de protection de la maternité visée à l'article 219ter, § 2, de la sixième semaine ou de la huitième semaine en cas de naissance multiple, à la deuxième semaine y incluse précédant l'accouchement, ne peut prétendre à une indemnité de maternité pendant la prolongation du repos postnatal susvisée durant laquelle elle a repris une ou plusieurs de ses autres activités, qu'en fonction de la ou des activités qui donnent droit à la prolongation du repos postnatal.

L'alinéa 1er est également d'application pour le calcul de l'indemnité de maternité pendant le repos postnatal prolongé à concurrence de la période pendant laquelle la travailleuse a repris une ou plusieurs de ses activités durant son incapacité de travail, dans les conditions fixées à l'article 100, § 2 de la loi coordonnée, de la sixième semaine ou de la huitième semaine en cas de naissance multiple, à la deuxième semaine y incluse précédant l'accouchement.

Art. 219. Dans la mesure où il n'y est pas dérogé par la présente section ainsi que par la section VIIbis, les dispositions du présent arrêté qui concernent l'assurance indemnités sont applicables en ce qui concerne l'assurance maternité.

Section VIIbis. - (Des taux et des conditions d'octroi de l'indemnité de maternité pendant la période de protection de la maternité visée à l'article 114bis de la loi coordonnée.)

Art. 219bis. § 1er. La titulaire enceinte dont l'exécution du contrat de travail est suspendue ou qui est dispensée du travail en application des articles 42, § 1er, alinéa 1er, 3° ou 43, § 1er, alinéa 2, 2° de la loi du 16 mars 1971 sur le travail peut prétendre à une indemnité de maternité dont le montant est fixé à 78,237 p. c. de la rémunération perdue visée à l'article 113, alinéa 3, de la loi coordonnée. Cette indemnité est allouée jusqu'à la sixième semaine précédant la date présumée de l'accouchement ou la huitième semaine, lorsqu'une naissance multiple est prévue.

Lorsque la titulaire enceinte poursuit l'activité indépendante qu'elle exerçait immédiatement avant la période de protection de la maternité susvisée, dans les conditions fixées à l'article 219ter, § 5, alinéa 2, le montant de l'indemnité de maternité est fixé à 60 p. c. de la rémunération perdue visée à l'article 113, alinéa 3 de la loi coordonnée, à partir de la sixième semaine précédant la date présumée de l'accouchement ou de la huitième semaine lorsqu'une naissance multiple est prévue. Cette indemnité est diminuée de 10 p. c., conformément à l'article 219ter, § 5, alinéa 3.

§ 2. La titulaire accouchée ou allaitante dont l'exécution du contrat de travail est suspendue ou qui est dispensée du travail en application des articles 42, § 1er, alinéa 1er, 3°, 43, § 1er, alinéa 2, 2° et 43bis, alinéa 2, de la loi du 16 mars 1971 sur le travail peut prétendre à une indemnité de maternité dont le montant est fixé à 60 p. c. de la rémunération perdue visée à l'article 113, alinéa 3, de la loi coordonnée.

La période pendant laquelle la titulaire allaitante peut prétendre à l'indemnité de maternité susvisée ne peut excéder une période de cinq mois prenant cours le jour de l'accouchement.

§ 3. La mesure d'alignement prévue à l'article 217 est également d'application pour les travailleuses à temps partiel avec maintien des droits qui bénéficient d'une allocation de garantie de revenus conformément aux dispositions de l'article 131bis de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage.

Art. 219ter. § 1er. La titulaire enceinte, accouchée ou allaitante, qui fait l'objet d'une mesure visée aux articles 42, § 1er, alinéa 1er, 1° ou 2° ou 43, § 1er, alinéa 2, 1°, de la loi du 16 mars 1971 précitée et dont la rémunération perçue à la suite soit de l'aménagement des conditions ou du temps de travail à risque soit du changement de poste de travail est inférieure à la rémunération découlant de son activité

habituelle, peut prétendre à une indemnité de maternité, dont le montant est fixé à 60 p. c. de la rémunération perdue visée à l'article 113, alinéa 3, de la loi coordonnée, qu'elle percevait avant l'aménagement des conditions ou du temps de travail à risque ou le changement de poste de travail.

(Le montant de l'indemnité est toutefois réduit conformément à l'article 230, § 1er, compte tenu du montant du revenu professionnel évalué en jours ouvrables que la titulaire perçoit à la suite soit de l'aménagement des conditions ou du temps de travail à risque, soit du changement de poste de travail.)

(Alinéa 3 abrogé).

§ 2. La titulaire enceinte, accouchée ou allaitante qui exerce plusieurs activités salariées et dont la suspension de l'exécution du contrat de travail ou la dispense de travail en application des articles 42, § 1er, alinéa 1er, 3°, 43, § 1er, alinéa 2, 2° ou 43bis, alinéa 2, de la loi du 16 mars 1971 précitée ne concerne qu'une ou plusieurs mais pas toutes ces activités, peut prétendre à une indemnité de maternité dont le montant est fixé à 60 p. c. de la rémunération perdue visée à l'article 113, alinéa 3, de la loi coordonnée, découlant de la ou des activité(s) que la titulaire a cessé d'exercer.

(Cette indemnité est limitée au montant de l'indemnité calculé sur la somme des rémunérations visées à l'article 113, alinéa 3, de la loi coordonnée qu'elle percevait avant la mesure de protection de la maternité susvisée et réduit conformément à l'article 230, § 1er, compte tenu du montant du revenu professionnel évalué en jours ouvrables que la titulaire continue à percevoir à la suite de ladite mesure de protection de la maternité.)

(Alinéa 3 abrogé).

§ 3. La (mesure d'alignement) prévue à l'article 217 est également d'application pour les travailleuses à temps partiel avec maintien des droits qui bénéficient d'une allocation de garantie de revenus conformément aux dispositions de l'article 131bis de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage.

§ 4. (...)

§ 5. (Les indemnités, visées par la présente section, ne sont pas dues aux titulaires enceintes, accouchées ou allaitantes qui entreprennent ou poursuivent une activité qui n'est pas soumise aux dispositions de la loi du 16 mars 1971 sur le travail.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa premier, les indemnités de maternité peuvent toutefois être accordées à la titulaire qui poursuit pendant la

période de protection de la maternité visée à l'article 114bis de la loi coordonnée, l'activité indépendante qu'elle exerçait immédiatement avant la période de protection de la maternité susvisée. A cet effet, elle doit demander l'autorisation préalable au médecin-conseil de son organisme assureur, En outre, elle doit produire un certificat médical indiquant que cette activité ne présente pas de risque pour sa santé ni pour celle de son enfant. Elle ne peut pas exercer cette activité pendant les jours ou les heures durant lesquels elle aurait normalement travaillé si une mesure de protection de la maternité n'avait pas été prise.

L'autorisation du médecin-conseil précise la nature, le volume et les conditions d'exercice de l'activité indépendante. Cette autorisation est consignée dans le dossier médical et administratif de l'intéressée au siège de l'organisme assureur. L'autorisation est notifiée à la titulaire.

Dans ce cas, le montant de l'indemnité, auquel l'intéressée peut prétendre en application de l'article 219bis ou 219ter, est diminué de 10 p. c.)

Section VIII. - De la prolongation de la période de repos postnatal.

Art. 220. Pour la prolongation du repos postnatal en application de l'article 114, alinéa 2, de la loi coordonnée, sont assimilés à une période au cours de laquelle la titulaire a continué à travailler :

1° les périodes de vacances légales, en ce compris la période couverte par le traitement différé accordé aux enseignantes temporaires ou intérimaires après la fin du contrat de travail ou de la désignation à titre temporaire, les périodes de vacances en vertu d'une convention collective de travail rendue obligatoire et les périodes de vacances complémentaires;

2° la période pendant laquelle est exercée la fonction de juge social;

3° les jours de petits chômages;

4° les jours pour raisons impérieuses avec maintien de la rémunération et les jours de congé pour raisons impérieuses sans maintien de la rémunération;

5° les jours d'absence avec rémunération journalière garantie;

6° les périodes d'accident technique se produisant dans l'entreprise, de chômage temporaire par suite d'un accident technique, de chômage temporaire par suite d'intempéries et de chômage temporaire par suite de manque de travail résultant de causes économiques;

7° la période de fermeture de l'entreprise à titre de protection de l'environnement;

8° les jours fériés pendant le contrat de travail, les jours de remplacement d'un jour férié et les jours fériés ou jours de remplacement durant une période de chômage temporaire;

9° pour la titulaire qui travaille alternativement en régime de cinq et de six jours, le jour de la semaine du régime de cinq jours qui aurait normalement été travaillé s'il s'était agi d'une semaine du régime de six jours;

10° les jours de repos compensatoire;

(11° les jours de vacances et les jours fériés légaux des gardiens et gardiennes d'enfants sans accueil d'enfants, visés à l'article 203, alinéa 4, 14;)

12° Les périodes pendant lesquelles la travailleuse a exercé une ou plusieurs activités durant une période de protection de la maternité visée à l'article 114bis de la loi coordonnée ou a repris une ou plusieurs activités durant son incapacité de travail, dans les conditions fixées à l'article 100, § 2 de la loi coordonnée.

Section IX. - Du congé de maternité converti en cas de décès ou d'hospitalisation de la mère

Art. 221. § 1er. En cas de décès de la mère, le titulaire peut, conformément à l'article 114, alinéa 7, de la loi coordonnée, bénéficier d'un congé de maternité converti, dont la durée ne peut excéder la partie du repos postnatal visé à l'article 114, alinéas 2 à 5 inclus, de la loi coordonnée, non épuisée par la mère au moment de son décès.

§ 2. Le titulaire qui souhaite bénéficier du congé de maternité converti visé au § 1er, est tenu d'introduire une demande à cet effet, auprès de l'organisme assureur auquel il est affilié. Cette demande doit être accompagnée d'un extrait d'acte de décès de la mère et d'une attestation de l'établissement hospitalier, indiquant que le nouveau-né a quitté l'hôpital.

§ 3. Le titulaire bénéficie d'une indemnité pour chaque jour ouvrable de la période de congé de maternité converti visé au § 1er et pour chaque jour de cette même période assimilé à un jour ouvrable par un règlement du Comité de gestion du Service des indemnités. Le montant de cette indemnité est déterminé sur la base de la rémunération du titulaire précité, conformément aux dispositions de l'article 113 de la loi coordonnée et des articles 216 à 219, en fonction de la qualité du titulaire précité au sens de l'article 86, § 1er, de la loi coordonnée précitée et compte tenu de la durée déjà écoulée du repos de

maternité. **Art. 222.** § 1er. En cas d'hospitalisation de la mère, le titulaire peut, conformément à l'article 114, alinéa 7, de la loi coordonnée, bénéficier d'un congé de maternité converti prenant cours au plus tôt à partir du huitième jour à compter de la naissance de l'enfant, à condition que l'hospitalisation de la mère ait une durée supérieure à sept jours et que le nouveau-né ait quitté l'hôpital.

Le congé de maternité converti expire au moment où l'hospitalisation de la mère prend fin et au plus tard au terme de la période correspondant au repos de maternité non encore épuisé par la mère au moment de son hospitalisation.

§ 2. Le titulaire qui souhaite bénéficier du congé de maternité converti visé au § 1er, est tenu d'introduire une demande à cet effet, auprès de l'organisme assureur auquel il est affilié. Cette demande doit être accompagnée d'une attestation de l'établissement hospitalier indiquant la date à laquelle l'hospitalisation de la mère a pris cours, certifiant que l'hospitalisation de la mère a une durée supérieure à sept jours et que le nouveau-né a quitté l'hôpital.

§ 3. Le titulaire bénéficie, pour chaque jour ouvrable de la période de congé de maternité converti visé au § 1er et pour chaque jour de cette même période assimilé à un jour ouvrable par un règlement du Comité de gestion du Service des indemnités, d'une indemnité dont le taux est fixé à 60 p. c. de la rémunération perdue visée à l'article 87, alinéa 1er, de la loi coordonnée.

Pour le titulaire en chômage complet contrôlé visé à l'article 86 § 1er, 1°, c), de la loi coordonnée, ainsi que pour le titulaire qui maintient la qualité précitée en vertu de l'article 131 de la même loi, le montant de l'indemnité est égal à celui de l'allocation de chômage à laquelle il aurait pu prétendre, s'il ne s'était pas trouvé dans une période de congé de maternité converti visé au § 1er.

Pour le titulaire reconnu incapable de travailler, le montant de l'indemnité ne peut être inférieur au montant de l'indemnité d'incapacité de travail à laquelle il aurait pu prétendre s'il ne s'était pas trouvé dans une période de congé de maternité converti visé au § 1er.

§ 4. La mère de l'enfant conserve, pendant la durée du congé de maternité converti visé au § 1er, une indemnité calculée conformément aux dispositions des articles 216 à 219.

Art. 223. L'organisme assureur chargé de payer l'indemnité visée à l'article 113 de la loi coordonnée au titulaire, en cas d'application de l'article 114,

alinéa 7, de la loi coordonnée, est l'organisme assureur auquel est affilié ce titulaire.

Ledit organisme recueille auprès de l'organisme assureur d'affiliation de la mère tous les éléments permettant de déterminer la partie de la période de repos postnatal restant à courir à compter du décès ou de l'hospitalisation de la mère.

Section IXbis- Du congé de paternité ou de naissance.

Art. 223bis. § 1er. Le travailleur visé à l'article 86, § 1er, 1° a), de la loi coordonnée, à l'exclusion du travailleur qui bénéficie d'une indemnité pour rupture du contrat de travail visée audit article, a droit à une indemnité pendant les sept derniers jours de congé de paternité ou de naissance visés à l'article 30, § 2 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail ...

L'indemnité visée à l'alinéa précédent est allouée pour les jours de congé de paternité ou de naissance coïncidant avec des jours au cours desquels le travailleur aurait normalement travaillé, selon son régime de travail. Le taux de l'indemnité est fixé à 82 % de la rémunération perdue (déterminée conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 10 juin 2001 établissant la notion uniforme de "rémunération journalière moyenne" en application de l'article 39 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions et harmonisant certaines dispositions légales, et sur base des modalités fixées par le règlement visé à l'article 80, 5°, de la loi coordonnée). Le montant maximum à concurrence duquel cette rémunération est prise en considération est le montant fixe en vertu de l'article 87, alinéa premier, de la loi coordonnée.

§ 2. L'indemnité pour le congé de paternité ou de naissance est allouée dans les mêmes conditions que celles fixées pour l'octroi de l'indemnité de maternité.

§ 3. (abrogé)

§ 4. Les jours couverts par une indemnité allouée durant le congé de paternité ou de naissance sont assimilés à des jours de travail, pour l'application des dispositions du présent arrêté.

Section IXter- Du congé d'adoption.

Art. 223ter. § 1er. (Le travailleur visé à l'article 86, § 1er, 1° a), de la loi coordonnée, à l'exclusion du travailleur qui bénéficie d'une indemnité pour rupture du contrat de travail visée audit article, a droit à une indemnité pour les jours ouvrables du congé d'adoption visé à l'article 30ter de la loi du 3 juillet

1978 relative aux contrats de travail et à l'article 25sexies de la loi du 1er avril 1936 sur les contrats d'engagement pour les services des bâtiments de navigation intérieure.)

(...). Le taux de l'indemnité est fixé à 82 % de la rémunération perdue (déterminée conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 10 juin 2001 établissant la notion uniforme de "rémunération journalière moyenne" en application de l'article 39 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions et harmonisant certaines dispositions légales, et sur base des modalités fixées par le règlement visé à l'article 80, 5°, de la loi coordonnée). Le montant maximum à concurrence duquel cette rémunération est prise en considération est le montant fixé en vertu de l'article 87, alinéa premier, de la loi coordonnée).

§ 2. L'indemnité pour le congé d'adoption est allouée dans les mêmes conditions que celles fixées pour l'octroi de l'indemnité de maternité.

§ 3. (abrogé)

§ 4. Les jours couverts par une indemnité allouée durant le congé d'adoption sont assimilés à des jours de travail, pour l'application des dispositions du présent arrêté

Section IXquater. - Pauses d'allaitement.

Art. 223quater. La travailleuse visée à l'article 116bis de la loi coordonnée a droit à une indemnité pour pause d'allaitement égale à 82 p. c. du montant brut de la rémunération perdue qui aurait été due pour les heures ou demi-heures de pause d'allaitement, sans qu'il y ait lieu d'appliquer la limitation de la rémunération prévue à l'article 87, alinéa 1er, de la même loi

Section X. - Du travailleur régulier.

Art. 224. § 1er. Pour être considéré comme travailleur régulier au sens de l'article 93 de la loi coordonnée, le travailleur visé à l'article 86, § 1er, 1° ou 2°, de la loi coordonnée doit réunir simultanément les conditions ci-dessous:

1° avoir la qualité de titulaire des indemnités depuis six mois au moins au début de l'incapacité de travail (...).

(Le titulaire doit en outre totaliser cent vingt jours de travail ou assimilés en application de l'article 203, alinéa 4). Toutefois, les jours énumérés à l'article 203,

alinéa 4, 4 ne peuvent être pris en considération pour l'application de la présente disposition.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa qui précède, le travailleur saisonnier, le travailleur intermittent ou le travailleur à temps partiel doit totaliser quatre cents heures de travail (...) ou assimilées en application de l'article 203, alinéa 4, Toutefois, les heures assimilées en application de l'article 203, alinéa 4, 4, ne peuvent être prises en considération pour l'application de la présente disposition;

2° totaliser, au cours de la période prenant cours à la date à laquelle il est devenu titulaire et expirant la vieille du début de son incapacité de travail, un nombre de jours de travail ou assimilés correspondant au moins aux trois quarts des jours ouvrables de la période envisagée. Par jours assimilés aux jours de travail, on entend les jours visés aux articles 86, § 1er, 1°, b), 100, 114, (114bis) et 128 de la loi coordonnée.

Par jours ouvrables, on entend tous les jours de l'année sauf les dimanches. toutefois, si le travailleur a la qualité de titulaire des indemnités depuis le premier janvier de l'année civile qui précède celle au cours de laquelle a débuté l'incapacité de travail, la période de référence est limitée à cette année civile.

Par année civile au sens de la présente disposition, il y a lieu d'entendre l'année de référence telle qu'elle est définie à l'article 277.

Si le travailleur perd la qualité de titulaire visée à l'article 86, § 1er, 1° ou 2°, de la loi coordonnée pendant une période inférieure à trois mois, cette période n'interrompt pas le cours de la période de référence.

(Pour l'application de la présente disposition, il est tenu compte du nombre de jours de travail et assimilés, tel que déterminé conformément aux dispositions de l'article 203, alinéa 6.)

Par dérogation aux dispositions visées à l'alinéa premier du 2°, le travailleur saisonnier, le travailleur intermittent ou le travailleur à temps partiel doit totaliser au cours de la période de référence définie ci-dessus, un nombre d'heures de travail ou assimilées équivalant à au moins 28 heures de travail par semaine ou à défaut, un nombre d'heures de travail au moins égal aux trois quarts du nombre d'heures de travail accomplies par (la personne de référence). Pour lesdits travailleurs, les périodes d'inactivité visées à l'alinéa premier du 2°, pour autant qu'elles coïncident avec des périodes pendant lesquelles les travailleurs concernés auraient normalement travaillé, sont prises en compte à concurrence du

nombre d'heures de travail qu'ils auraient accomplies au cours de ces périodes;

3° (...)

4° (les titulaires) doivent justifier, pour l'ensemble des jours ouvrables de la période de référence visée au 2°, d'une rémunération journalière moyenne au moins égale à (21,42 EUR), s'ils sont âgés de 21 ans ou plus, (16,06 EUR), s'ils sont âgés de 18 à 20 ans, et (10,71 EUR), s'ils sont âgés de moins de 18 ans. A cet effet, les jours assimilés à des jours de travail sont affectés d'un salaire fictif égal à la rémunération perdue telle qu'elle est définie à l'article 87 de la loi coordonnée, ayant servi de base au calcul de l'indemnité.

Les travailleurs dont les cotisations sont, en vertu de la législation sur la sécurité sociale, calculées sur la base de salaires forfaitaires, sont considérés comme ayant satisfait à la condition relative à la rémunération journalière fixée à l'alinéa 1er.

Pour les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel, les heures assimilées à des heures de travail sont affectées d'un salaire fictif, déterminé également sur bas de la rémunération perdue prise en considération pour le calcul de l'indemnité.

§ 2. (La période d'accomplissement des obligations de milice), les périodes d'assurance continuée visées à l'article 247, la période au cours de laquelle le travailleur a bénéficié d'une allocation pour interruption complète de sa carrière professionnelle, ainsi que les périodes durant lesquelles le titulaire a interrompu le travail pour se consacrer à l'éducation de son enfant dans les conditions visées à l'article 205, § 5, sont immunisées pour l'application des dispositions du § 1er.

La période pendant laquelle le travailleur bénéficie d'une allocation pour interruption partielle de sa carrière, est immunisée pour l'application des dispositions du § 1er, à l'expiration de la période pour laquelle le titulaire reçoit ladite allocation.

L'alinéa précédent n'est toutefois applicable que si la réduction convenue des prestations ne dépasse pas la période pour laquelle le titulaire bénéficie de ladite allocation.)

§ 3. Les montants de la rémunération journalière moyenne visés au § 1er, sont, dans le courant du mois de décembre de chaque année, réévalués d'un pourcentage égal au rapport entre le montant minimum de (l'indemnité) prévu pour le travailleur régulier ayant personne à charge, au 1er janvier de l'année en cours et celui du 1er janvier de l'année précédente

Les montants ainsi réévalués sont, pour l'application du § 1er, pris en considération à partir du 1er janvier qui suit cette réévaluation.

Toutefois, en cas d'application du § 2, les montants de la rémunération journalière moyenne visés au § 1er, que justifient les jours ouvrables de la période de référence qui précède une période immunisée d'une durée égale ou supérieure à six mois, sont ceux qui ont été fixés conformément au présent paragraphe pour l'année qui suit celle au cours de laquelle a débuté la période immunisée.

(§ 4. Le titulaire qui réunissait les conditions pour l'octroi de la qualité de travailleur régulier, conserve ladite qualité lorsqu'il redevient incapable de travailler dans les douze mois qui suivent la fin de la période d'incapacité de travail pour laquelle la qualité de travailleur régulier lui avait été accordée.)

Section XI. - Du travailleur ayant personne à charge.

Art. 225. § 1er. (Sont considérés comme travailleurs ayant personne à charge au sens de l'article 93 de la loi coordonnée :

1° le titulaire cohabitant avec son conjoint;

2° le titulaire cohabitant avec une personne avec laquelle il forme un ménage de fait; cette personne ne peut cependant être un parent ou allié jusqu'au troisième degré du titulaire ni un enfant bénéficiaire d'allocations familiales ou à charge d'un parent tenu à une obligation d'entretien;

3° le titulaire qui cohabite avec un ou des enfants visés à l'article 123, 3, exception faite de la condition d'âge prévue par cette dernière disposition; lorsqu'un enfant peut être inscrit à charge de plusieurs titulaires, il est fait application de l'ordre d'inscription déterminé à l'article 125, § 1er, alinéas 3 à 5 et § 2;

4° le titulaire qui cohabite avec un ou plusieurs parents ou alliés jusqu'au troisième degré inclus;

(5° le titulaire qui paie une pension alimentaire (sur base d'une décision judiciaire ou d'un acte notarié, ou sur base d'un) acte sous seing privé déposé au greffe du tribunal en cas de procédure de divorce ou de séparation de corps et de biens par consentement mutuel et le titulaire dont le conjoint perçoit une partie de ses indemnités au titre de sommes dues par des tiers, en application de l'article 221 ou 223 du code civil; cette disposition n'est cependant applicable qu'au titulaire qui se trouve dans la situation visée à l'article 226 et pour autant que le montant de la pension alimentaire ou de la délégation de sommes soit au moins égal à (111,55 EUR) par mois;)

6° (abrogé)

(alinéas 2 à 7 abrogés)

Les personnes visées à l'alinéa premier, 1° à 4° ne peuvent être considérées comme à charge que si elles n'exercent aucune activité professionnelle et ne bénéficient effectivement ni d'une pension ou d'une rente, ni d'une allocation ou d'une indemnité en vertu d'une législation belge ou étrangère.) (Elles doivent en outre être financièrement à charge du titulaire lui-même et non d'une autre personne qui appartient au même ménage.)

§ 2. ((Le titulaire visé au § 1er, 3° et 4°), qui cohabite simultanément avec des personnes autres que celles qui sont énumérées à ce paragraphe, ne peut conserver la qualité de travailleur ayant personne à charge que si ces autres personnes n'exercent aucune activité professionnelle et ne bénéficient effectivement ni d'une pension, ni d'une rente, ni d'une allocation ou d'une indemnité en vertu d'une législation belge ou étrangère. Pour l'application de la présente disposition, sont assimilés aux parents ou alliés du titulaire, les parents ou alliés jusqu'au troisième degré y inclus du conjoint du titulaire ou de la personne, visée au § 1er, 2°.)

Le titulaire visé au § 1er, 3° et 4°, qui cohabite simultanément avec une personne énumérée au § 1er, 1° ou 2°, peut exclusivement obtenir la qualité de travailleur ayant personne à charge de la manière visée au § 1er, 1° ou 2°.

(La condition de cohabitation n'est pas requise pendant la période au cours de laquelle le titulaire visé au § 1er, 1° à 4°, est hospitalisé ou hébergé dans une institution ou un service visé à l'article 34, 11° et 18°, de la loi coordonnée, (se trouve en situation de détention préventive ou de privation de liberté), sans préjudice des autres conditions à remplir pour la reconnaissance de la qualité de travailleur ayant personne à charge.)

§ 3. Par activité professionnelle au sens des §§ 1er et 2, il faut entendre toute activité professionnelle susceptible de produire des revenus visés, suivant le cas, à l'article 23, § 1er, 1°, 2° ou 4°, ou à l'article 228, § 2, 3° et 4°, du Code des impôts sur les revenus 1992, même si elle est exercée par personne interposée, et toute activité analogue exercée dans un pays étranger ou au service d'une organisation internationale ou supranationale. (Toutefois, il n'est tenu compte de ces revenus, ainsi que des pensions, rentes ou allocations et indemnités visées ci-dessus que si leur montant total est supérieur à (707,07 euros) par mois; ce dernier montant est lié à l'indice-pivot 103,14 en vigueur le 1er juin 1999 (base 1996 = 100) et est

adapté aux fluctuations de l'indice des prix conformément aux dispositions visées à l'article 237.)

Pour l'application de cette disposition, il y a lieu de tenir compte d'un douzième du montant des avantages payés annuellement, tels que les primes, les participations aux bénéfiques, le treizième mois, les gratification, le double pécule ou les montants payés aux travailleurs en complément du double pécule, ainsi que le pécule de vacances ou le pécule complémentaire payé aux bénéficiaires d'une pension de retraite ou de survie. Le montant mensuel des revenus des travailleurs non salariés, visés à l'article 23, § 1er, 1° et 2°, du Code des impôts sur les revenus 1992 est, en outre, fictivement fixé à un douzième de 100/80 de la différence entre les bénéfiques ou profits bruts et les charges professionnelles y afférentes. Le montant mensuel des revenus constitués par des indemnités ou allocations visées ci-dessus, dont le montant est journalier et auxquelles le bénéficiaire peut prétendre pour tous les jours indemnisables d'un mois déterminé, est censé correspondre au montant journalier susvisé, multiplié par 26; s'il s'agit d'indemnités d'incapacité temporaire de travail, accordées en vertu des dispositions de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail ou des lois relatives à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles, coordonnées le 3 juin 1970, il y a lieu de multiplier le montant journalier précité par 30.

Pour l'application du présent article, il n'est pas tenu compte du complément d'ancienneté octroyé aux chômeurs âgés, ni de l'indemnité complémentaire aux allocations de chômage octroyée en vertu de la convention collective de travail n° 46 conclue au sein du Conseil national du travail et rendue obligatoire par l'arrêté royal du 10 mai 1990.

Le chômeur prouve qu'il bénéficie d'un complément d'ancienneté au moyen d'une attestation établie par la caisse de paiement des allocations de chômage; il prouve le bénéfice d'une indemnité complémentaire aux allocations de chômage au moyen d'une attestation établie par l'employeur chargé du paiement de cette indemnité.

Il n'est pas davantage tenu compte, pour l'application du présent article, de l'allocation complémentaire forfaitaire octroyée au chômeur occupé dans le cadre d'une agence locale pour l'emploi, en vertu de l'article 79 de l'arrête royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage.

(Il n'est pas davantage tenu compte, pour l'application du présent article, d'une allocation qui est accordée pour compenser la perte ou la réduction d'autonomie.)

Pour l'application du présent article, il n'est pas tenu compte de l'augmentation à partir du 1er septembre 2011 du montant journalier de l'indemnité minimum visée à l'article 214, § 1er, alinéa 1er, 2°, b), introduite par l'arrêté royal du 6 juillet 2011.

§ 4. La preuve de chaque situation visée au § 1er doit être établie au moyen d'une attestation officielle figurant au dossier du titulaire lors du paiement des indemnités d'invalidité en tant que titulaire avec personne à charge.

Cette preuve résulte, en ce qui concerne la condition de cohabitation, de l'information visée à l'article 3, alinéa 1er, 5° de la loi du 8 août 1983 organisant un Registre national des personnes physiques, obtenue auprès du Registre national, exception faite des cas dans lesquels il ressort d'autres documents probants produits à cet effet que la situation à prendre en considération ne correspond pas ou plus avec l'information susvisée du Registre national.

(Alinéa 3 abrogé)

(§ 5. Lorsque les revenus de la personne à charge dépassent le montant visé au § 3, alinéa 2, uniquement en raison de l'augmentation du montant des indemnités d'invalidité résultant de l'arrête royal du 23 décembre 2005 modifiant, en ce qui concerne le montant des indemnités d'invalidité, l'arrête royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidant, le titulaire maintient la qualité de titulaire avec personne à charge du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2011, à condition qu'il se trouve toujours dans la même situation pendant cette période transitoire.)

(§ 6. Lorsque les revenus de la personne à charge dépassent le montant visé au § 3, alinéa 1er, uniquement en raison de l'augmentation à partir du 1er juillet 2008 des minima de pension des travailleurs salariés par l'arrête royal du 12 juin 2008 portant augmentation du montant minimum garanti des pensions de retraite et de survie pour travailleurs salariés, ou uniquement en raison de l'augmentation à partir du 1er juillet 2008 des minima de pension des travailleurs indépendants par la loi-programme du 8 juin 2008, le titulaire maintient la qualité de titulaire avec personne à charge à condition qu'il se trouve toujours dans la même situation.)

§ 7. Lorsque les revenus de la personne à charge dépassent le montant visé au § 3, alinéa 1er, uniquement en raison de l'application d'une mesure de revalorisation prise en exécution du Titre II, Chapitre II de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations, ou du Titre V, Chapitre Ier de la même loi, le titulaire maintient

la qualité de titulaire avec personne à charge à condition qu'il se trouve toujours dans la même situation.

§ 8. Lorsque les revenus de la personne à charge dépassent le montant visé au § 3, alinéa 1er, uniquement en raison de l'augmentation à partir du 1er août 2010 des minima de pension des travailleurs indépendants, visée à l'article 1er de l'arrêté royal du 3 mars 2010 modifiant l'article 131bis, § 1ersepties, de la loi du 15 mai 1984 portant des mesures d'harmonisation dans les régimes de pension, le titulaire maintient la qualité de titulaire avec personne à charge à condition qu'il se trouve toujours dans la même situation.

Section XII. - Du travailleur sans personne à charge auquel une indemnité plus élevée peut être accordée pour perte de revenu unique.

Art. 226. Est considéré comme travailleur sans personne à charge auquel une indemnité plus élevée peut être accordée pour perte de revenu unique, au sens de l'article 93, alinéa 6 de la loi coordonnée, le titulaire qui apporte la preuve, soit qu'il vit seul, soit qu'il cohabite exclusivement avec des personnes qui ne bénéficient d'aucun revenu et ne sont pas considérées comme personnes à charge.

Pour l'application de cet article est considéré comme revenu, tout revenu au sens de l'article 225, § 3, sans tenir compte des plafonds mentionnés à cet article.

La preuve de la situation visée à l'alinéa 1er, doit être apportée conformément aux dispositions de l'article 225, § 4.

Art. 226bis. § 1. Est assimilé au travailleur visé à l'article 226, le titulaire qui cohabite avec une personne visée à l'article 225, § 1er, 1° à 4°, et § 2, qui perçoit des revenus professionnels dont le montant mensuel est supérieur au plafond de revenus visé à l'article 225, § 3, mais inférieur au montant du revenu minimum mensuel moyen visé à l'article 3, alinéa 1er, de la convention collective de travail n° 43 du 2 mai 1988 portant modification et coordination des conventions collectives de travail n° 21 du 15 mai 1975 et n° 23 du 25 juillet 1975 relatives à la garantie d'un revenu minimum mensuel moyen, rendue obligatoire par l'arrêté royal du 29 juillet 1988.

Lorsque le montant mensuel du revenu de la personne cohabitant, visé à l'alinéa 1er, dépasse le montant du revenu minimum mensuel moyen visé au même alinéa uniquement en raison de l'application d'une mesure de revalorisation prise en exécution du Titre II, Chapitre II de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations,

ou du Titre V, Chapitre Ier de la même loi, le titulaire maintient l'assimilation avec un travailleur visé à l'article 226, à condition qu'il se trouve toujours dans la même situation.

Lorsque le montant mensuel du revenu de la personne cohabitant, visé à l'alinéa 1er, dépasse le montant du revenu minimum mensuel moyen visé au même alinéa uniquement en raison de l'augmentation à partir du 1er août 2010 des minima de pensions des travailleurs indépendants, visée à l'article 1er de l'arrêté royal du 3 mars 2010 modifiant l'article 131bis, § 1ersepties, de la loi du 15 mai 1984 portant des mesures d'harmonisation dans les régimes de pension, le titulaire maintient l'assimilation avec un travailleur visé à l'article 226, à condition qu'il se trouve toujours dans la même situation.

§ 2. Est également assimilé au travailleur visé à l'article 226, le titulaire qui cohabite avec une personne visée à l'article 225, § 1er, 1° à 4°, et § 2, qui perçoit une pension, une rente, une allocation ou une indemnité en vertu d'une législation belge ou étrangère dont le montant mensuel est supérieur au plafond de revenus visé à l'article 225, § 3, sans toutefois dépasser 778,1788 EUR par mois; ce dernier montant est lié à l'indice-pivot 103,14 en vigueur au 1er juin 1999 (base 1996 = 100) et est adapté aux fluctuations de l'indice des prix conformément aux dispositions de l'article 237.

Lorsque le montant mensuel du revenu de la personne cohabitant, visé à l'alinéa 1er, dépasse le plafond de revenus visé au même alinéa uniquement en raison de l'application d'une mesure de revalorisation prise en exécution du Titre II, Chapitre II, de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations, ou du Titre V, Chapitre Ier de la même loi, le titulaire maintient l'assimilation avec un travailleur visé à l'article 226, à condition qu'il se trouve toujours dans la même situation.

Lorsque le montant mensuel du revenu de la personne cohabitant, visé à l'alinéa 1er, dépasse le plafond du revenu visé au même alinéa, uniquement en raison de l'augmentation à partir du 1er août 2010 des minima de pensions des travailleurs indépendants, visée à l'article 1er de l'arrêté royal du 3 mars 2010 modifiant l'article 131bis, § 1ersepties, de la loi du 15 mai 1984 portant des mesures d'harmonisation dans les régimes de pension, le titulaire maintient l'assimilation avec un travailleur visé à l'article 226, à condition qu'il se trouve toujours dans la même situation.

Section XIII. - De l'incidence du placement familial sur la qualité de travailleur ayant personne à charge.

Art. 227. Par dérogation à l'article 225, § 2, alinéa 1er et à l'article 226, alinéa 1er, le titulaire visé à l'article 225, § 1er, 1° à 5°, ainsi que le titulaire visé à l'article 226, conserve sa qualité lorsqu'il cohabite avec des personnes qui lui ont été confiées dans le cadre d'une forme réglementée de placement familial. Le titulaire précité conserve également sa qualité lorsqu'il fait lui-même l'objet d'une telle forme de placement familial.

Section XIV. - Du refus des indemnités.

Art. 228. § 1er. Par rémunération au sens de l'article 103, § 1er, 1°, de la loi coordonnée, on entend la rémunération forfaitaire à charge du Fonds de sécurité d'existence des ouvriers de la construction, pour les jours de repos compensatoire secteur de la construction.

§ 2. Par période couverte par une rémunération ou par un pécule de vacances au sens de l'article 103, § 1er, 1° ou 2° de la loi coordonnée, on entend :

1° les jours de vacances légales qui coïncident avec une période d'incapacité de travail, à condition que l'incapacité ait débuté pendant la période de vacances;

2° les jours de vacances légales que le titulaire est dans l'impossibilité de prendre avant la fin de l'année de vacances du fait de son incapacité de travail;

3° les jours de vacances en vertu d'une convention collective de travail rendue obligatoire et les jours de vacances complémentaires qui coïncident avec une période d'incapacité de travail ou que le titulaire s'est trouvé dans l'impossibilité de prendre avant la fin de l'année de vacances du fait de son incapacité de travail et qui ont donné lieu au paiement d'un pécule de vacances ou d'une rémunération.

Sur demande écrite des titulaires, les jours de vacances sont imputés sur la période comprise entre la date de la demande et l'expiration de l'année de vacances.

La demande d'imputation n'est valide que si elle porte sur une période ayant effectivement donné lieu à indemnisation.

Toutefois, à défaut d'une demande écrite des titulaires, ces jours sont imputés au cours du mois de décembre de l'année de vacances ou sur la dernière période effectivement indemnisée dans l'année de vacances si l'imputation ne peut être effectuée dans le courant du mois de décembre de cette année.

Par dérogation aux alinéas 2 à 4, les jours de vacances des employés sont toujours imputés au cours du mois de décembre de l'année de vacances ou sur la dernière période effectivement indemnisée dans l'année de vacances si l'imputation ne peut être effectuée dans le courant du mois de décembre de cette année.

Si l'incapacité de travail prend fin avant le 1er janvier de l'année qui suit l'année de vacances, les indemnités retenues par suite de la demande d'imputation du titulaire lui seront payées, à concurrence du nombre de jours de vacances pouvant encore effectivement être pris jusqu'au 31 décembre de l'année de vacances.

(En cas d'activité exercée à temps partiel, la période couverte par le pécule de vacances est déterminée en fonction du nombre de jours de vacances ainsi que de la durée hebdomadaire moyenne de travail, la période couverte par les jours de vacances légales ne pouvant excéder quatre semaines.)

Section XV. - De la réduction des indemnités.

Art. 229. Le titulaire bénéficiant, avec effet après le début de l'incapacité de travail, d'une allocation ordinaire, spéciale ou complémentaire prévue par la loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés, peut prétendre respectivement, selon qu'il a ou non des personnes à charge, un montant égal à la différence entre 150 ou 125 p. c. de l'indemnité d'incapacité de travail, fixée pour le titulaire ayant des personnes à charge, et le montant de l'allocation ordinaire, spéciale ou complémentaire prévue par la loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés, évalué en jours ouvrables, sans pouvoir dépasser le montant journalier de l'indemnité qui lui serait alloué s'il n'y avait pas de cumul.

Pour l'application du présent arrêté, il n'est pas tenu compte du montant de l'allocation pour l'aide d'une tierce personne prévu par l'article 2, § 4, de la loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés.

Le titulaire bénéficiant d'une allocation en vertu de l'arrêté royal du 24 décembre 1974 relatif aux allocations ordinaires et spéciales de handicapés a toutefois droit à indemnité d'incapacité de travail non réduite.

Art. 230. § 1er. Le titulaire bénéficiant d'un revenu professionnel découlant d'un travail ... autorisé dans les conditions fixées au § 2 peut prétendre à un montant égal à la différence entre le montant journalier de l'indemnité d'incapacité de travail

allouée en l'absence de cumul et le montant brut du revenu professionnel évalué en jours ouvrables.

Il y a lieu d'entendre par revenu professionnel visé à l'alinéa 1er, les rémunérations et autres avantages soumis à des cotisations de sécurité sociale ainsi que la rémunération garantie deuxième semaine, l'indemnité visée par les conventions collectives de travail n° 12bis et n° 13bis et l'avantage relatif à l'utilisation personnelle et individuelle d'un véhicule mis à la disposition par l'employeur. Les primes, participations aux bénéfices, treizième mois, gratifications et autres avantages de même nature, payées annuellement, ne sont toutefois pas pris en considération.

Le montant brut du revenu professionnel est diminué à concurrence du montant des cotisations de sécurité sociale à charge du titulaire. Le montant du revenu professionnel, évalué en jours ouvrables, n'est en outre pris en considération qu'à concurrence du pourcentage suivant, déterminé par tranche de revenu :

- première tranche de 11,8278 euros : 0 p. c.
- deuxième tranche de 7,0967 euros : 20 p. c.
- troisième tranche de 7,0967 euros : 50 p. c.
- quatrième tranche supérieure au total des tranches précédentes : 75 p. c.

Le montant des tranches de revenu est lié à l'indice-pivot 103,14 en vigueur le 1er juin 1999 (base 1996 = 100) et est adapté aux fluctuations de l'indice des prix conformément aux dispositions de l'article 237.

alinéa 5 abrogé

Il y a lieu d'entendre par revenu professionnel, tout revenu visé à l'article 23, § 1er, 1°, 2° et 4°, du Code des impôts sur les revenus 1992 qu'un titulaire se procure par une activité personnelle, ainsi que toute indemnité, allocation ou rente compensant la perte de ce revenu.

Le montant du revenu visé à l'article 23, § 1er, 1° et 2°, du Code des impôts sur les revenus 1992, obtenu par l'exercice d'une activité indépendante, est fictivement fixé à 100/80 de la différence entre les bénéfices et profits bruts et les charges professionnelles y afférentes.

Ne sont toutefois pas pris en considération pour l'application de la présente disposition, les revenus provenant:

- d'un mandat de conseiller communal;

- d'un mandat de membre du conseil d'un centre public d'aide sociale, à l'exclusion du mandat du président de ce conseil;

- d'une fonction de juge social, de juge consulaire ou de conseiller social.

(Les avantages accordés par les organismes ayant pour mission le reclassement social et professionnel des handicapés ou par les entreprises ou institutions publiques contractantes, conformément au décret de la Communauté germanophone du 19 juin 1990 portant création d'un " Dienststelle der Deutschsprachigen Gemeinschaft für Personen mit einer Behinderung ", au décret de la Communauté flamande du 7 mai 2004 relatif à la création de l'agence autonomisée externe de droit public " Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding ", (au décret de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-capitale du 4 mars 1999 relatif à l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées), et au Code wallon de l'Action sociale et de la Santé du 29 septembre 2011, et à leurs arrêtés d'exécution, ne sont pas pris en considération pour opérer la réduction de l'indemnité d'incapacité de travail conformément aux dispositions de l'alinéa 1er. Le titulaire demande à l'organisme, l'entreprise ou l'institution publique concerné une attestation qui stipule que les avantages sont accordés en conformité avec le décret concerné et ses arrêtés d'exécution. Cette attestation est jointe au dossier du titulaire.)

§ 1erbis. Par dérogation aux dispositions du § 1er, les indemnités sont refusées pour les jours couverts par un pécule de vacances. Les titulaires invalides peuvent toutefois prétendre, pour les jours de vacances, à un montant égal au montant de l'indemnité auquel ils auraient pu prétendre s'ils n'avaient pas repris d'activité, diminué de la valeur du revenu professionnel du mois concerné, évalué en jours ouvrables, comme prévu au §1er, moyennant application des tranches de revenu.

§ 2. Pour obtenir l'autorisation d'exercer une activité professionnelle au cours de l'incapacité, le titulaire doit déclarer à son organisme assureur, toute reprise d'activité professionnelle au cours de l'incapacité, au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement cette reprise et introduire, dans le même délai, auprès du médecin-conseil de son organisme assureur, une demande d'autorisation d'exercer cette activité au cours de l'incapacité. La démission de reprise de l'activité professionnelle au cours de l'incapacité ainsi que la demande d'autorisation au médecin-conseil sont introduites par le titulaire à son organisme assureur au moyen d'un

formulaire unique approuvé par le Comité de gestion du Service des indemnités.

Le médecin-conseil de l'organisme assureur doit rendre sa décision au plus tard le trentième jour ouvrable à dater du premier jour de la reprise de l'activité professionnelle au cours de l'incapacité. Il peut accorder l'autorisation d'exercer une activité professionnelle au cours de l'incapacité pour autant qu'elle soit compatible avec l'affection en cause.

La formule d'autorisation est notifiée au titulaire, par pli postal, au plus tard dans les sept jours civils à dater de la décision. Si le médecin-conseil a procédé à un examen médical en vue de rendre sa décision, la formule d'autorisation peut être remise au titulaire, à l'issue de l'examen médical.

Cette autorisation qui précise la nature, le volume et les conditions d'exercice de cette activité, est consignée dans le dossier médical et administratif de l'intéressé au siège de l'organisme assureur. L'organisme assureur transmet à l'INAMI, par le biais d'un message électronique, les données relatives à cette autorisation.

§ 2bis. Lorsque le titulaire a accompli tardivement la formalité visée au § 2, alinéa 1er, mais dans un délai de 14 jours civils à compter de la reprise d'une activité, les indemnités calculées conformément au § 1er, sont accordées moyennant une réduction de 10 p. c. appliquée au montant journalier de l'indemnité, jusque et y compris le jour de l'envoi du formulaire visé au § 2, alinéa 1er, le cachet postal faisant foi, ou de la remise de ce formulaire à l'organisme assureur.

Les indemnités sont accordées sans réduction à partir du premier jour ouvrable qui suit celui de l'accomplissement des formalités visées à l'alinéa 1er.

Si le titulaire a accompli les formalités visées au § 2, alinéa 1er dans un délai supérieur aux 14 jours civils à compter de la reprise d'une activité, les dispositions de l'article 101 de la loi coordonnée sont applicables jusqu'à la date à laquelle la décision du médecin-conseil sort ses effets.

§ 2ter. Le titulaire qui se voit notifier une décision de refus d'octroi de l'autorisation de reprise d'une activité ou une décision qui met fin à l'incapacité de travail parce qu'il ne conserve pas une réduction de sa capacité d'au moins 50 p. c. sur le plan médical, bénéficie, pour la période qui précède la date de prise d'effet des décisions susvisées, des indemnités calculées conformément aux dispositions du § 1er ou du § 2bis, s'il a accompli les formalités visées au § 2, alinéa 1er, tardivement mais dans un délai de 14 jours civils à compter de la reprise du travail.

Si le titulaire a accompli les formalités visées au § 2, alinéa 1er, dans un délai supérieur aux 14 jours civils à compter de la reprise d'une activité, les dispositions de l'article 101 de la loi coordonnée sont applicables jusqu'à la date à laquelle la décision du médecin-conseil sort ses effets.

Art. 231. (Abrogé)

Art. 232. Le titulaire bénéficiant d'une allocation pour une interruption de carrière partielle prenant cours après la date du début de l'incapacité de travail, peut prétendre à un montant égal à la différence entre le montant de l'indemnité d'incapacité de travail et celui de l'allocation précitée, évalué en jours ouvrables.

Art. 233. Le titulaire qui n'a pas de personne à charge et (qui se trouve dans une période de détention préventive ou de privation de liberté), a droit à une indemnité réduite de moitié.

(L'indemnité non réduite est toutefois accordée au titulaire visé à l'alinéa précédent, des le premier jour de la libération conditionnelle ou de la mise en liberté provisoire et, lorsqu'il a obtenu l'autorisation de quitter l'établissement pour une période ininterrompue d'au moins sept jours, dès le premier jour de cette période.)

Art. 234.

Art. 235. § 1er. Sans préjudice des dispositions de la législation en matière de pension de retraite et de survie, le titulaire, qui peut faire valoir ses droits à quelque titre que ce soit à une pension de vieillesse, de retraite, d'ancienneté ou à tout autre avantage tenant lieu de pareille pension, accordée soit par un organisme de sécurité sociale belge ou étranger, soit par un pouvoir public, par un établissement public ou d'utilité publique, peut prétendre respectivement, selon qu'il a ou non des personnes à charge, un montant égal à la différence entre 150 ou 125 p. c. de l'indemnité d'incapacité de travail, 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 qui lui serait alloué s'il n'y avait pas de cumul.

§ 2. (Sans préjudice des dispositions de la législation en matière de pension de retraite et de survie, le titulaire bénéficiant d'une part, d'une pension de vieillesse, de retraite, d'ancienneté ou de tout autre avantage tenant lieu de pareille pension, accordée soit par un organisme de sécurité sociale belge ou étranger, soit par un pouvoir public, par un établissement public ou d'utilité publique et d'autre part, d'une allocation visée à l'article 229, alinéa 1er,

peut prétendre respectivement, selon qu'il a ou non des personnes à charge, à un montant égal à la différence entre 170 ou 145 p. c. de l'indemnité d'incapacité de travail, fixée pour le titulaire ayant des personnes à charges, et le montant de la pension ou de l'avantage en tenant lieu, accordé dans une des situations visées ci-dessus, et de l'allocation visée à l'article 229, alinéa 1er, évaluées ensemble en jours ouvrables, sans pouvoir dépasser le montant journalier de l'indemnité qui lui serait alloué s'il n'y avait pas de cumul.

Pour l'application de l'alinéa précédent, il n'est pas tenu compte des allocations visées à l'article 229, alinéa 3.)

Art. 236. Pour évaluer en jours ouvrables, la pension, l'allocation ou le revenu visés aux articles 210, 229, 230, 231, 232 et 235, il y a lieu d'en diviser le montant hebdomadaire, mensuel, trimestriel ou annuel respectivement par 6, 26, 78 ou 312.

Section XVbis. - De la renonciation au droit des indemnités

Art. 236bis. Un titulaire peut renoncer au droit aux indemnités. A cet effet, il doit adresser une demande à son organisme assureur, dans laquelle il indique la période de la renonciation. La demande doit porter sur une période d'au moins un mois (...). La demande doit être introduite par lettre recommandée à la poste et produit ses effets au plus tôt à partir du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel la demande a été introduite auprès de l'organisme assureur, le cachet de la poste faisant foi. (...)

(La renonciation peut toutefois être admise pour une période antérieure à la date visée à l'alinéa 1er :

- a) lorsqu'une autre prestation est accordée avec effet rétroactif,
- b) ou moyennant approbation du Fonctionnaire dirigeant du Service des indemnités, lorsque des éléments particuliers le justifient.)

La renonciation doit porter sur le montant total des indemnités. La renonciation ne peut toutefois porter préjudice aux droits que des tiers peuvent faire valoir sur tout ou partie des indemnités.

Le titulaire peut annuler la renonciation aux indemnités qui avait été accordée aux mêmes conditions que celles visées (aux alinéas précédents).

Section XVI. - De l'adaptation du montant des indemnités et du montant maximum de la rémunération visé à l'article 212.

Art. 237. Sans préjudice des dérogations prévues dans des dispositions particulières, le montant visé à l'article 212 et le montant des indemnités et de l'allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne visées au présent chapitre sont liés à l'indice-pivot 103,14, en vigueur le 1er juin 1999 (base 1996 = 100), conformément aux dispositions de l'article 1er de l'arrêté royal du 20 juillet 2000 relatif à l'uniformisation des indices-pivot dans les matières sociales à l'occasion de l'introduction de l'euro.

Ces montants sont majorés ou diminués suivant les dispositions des articles 1bis et 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 du 2 août 1971 précitée.

La majoration ou la diminution des montants visés aux alinéas précédents n'est appliquée qu'aux titulaires dont le début de la période de référence pour le calcul des indemnités se situe avant la date à laquelle la majoration ou la diminution est appliquée.

Section XVIbis- Adaptation du montant des indemnités d'invalidité au coefficient de revalorisation.

Art. 237bis. Le montant de l'indemnité d'invalidité du titulaire dont l'incapacité de travail a pris cours au plus tard le 31 août 1997, est augmenté d'un coefficient de revalorisation de 2 p. c. à partir du 1er septembre 2005.

Le montant de l'indemnité d'invalidité du titulaire dont l'incapacité de travail a pris cours dans la période du 1er septembre 1997 au 31 août 1999, est augmenté d'un coefficient de revalorisation de 2 p. c. à partir du 1er septembre 2006.

(Le montant de l'indemnité d'invalidité du titulaire dont l'incapacité de travail a pris cours dans la période du 1er septembre 1999 au 31 août 2001, est augmenté d'un coefficient de revalorisation de 2 p. c. à partir du 1er septembre 2007. Cette revalorisation

n'est toutefois pas applicable aux titulaires bénéficiant d'un montant minimum visé à l'article 214.

Le montant de l'indemnité d'invalidité du titulaire dont l'incapacité de travail a pris cours au plus tard le 31 août 1987, est augmenté d'un coefficient de revalorisation de 2 p. c. à partir du 1er septembre 2007. Cette revalorisation n'est toutefois pas applicable aux titulaires bénéficiant d'un montant minimum visé à l'article 214.

Le montant de l'indemnité d'invalidité du titulaire dont l'incapacité de travail a pris cours dans la période du 1er septembre 1987 au 31 août 1993, est augmenté d'un coefficient de revalorisation de 2 p. c. à partir du 1er septembre 2008. Cette revalorisation n'est toutefois pas applicable aux titulaires bénéficiant d'un montant minimum visé à l'article 214.)

Le montant de l'indemnité d'invalidité du titulaire dont l'incapacité de travail a pris cours dans la période du 1er septembre 1993 au 31 décembre 2002, est augmenté d'un coefficient de revalorisation de 2 p. c. à partir du 1er septembre 2009. Cette revalorisation n'est toutefois pas applicable aux titulaires bénéficiant d'un montant minimum visé à l'article 214.

Le montant de l'indemnité d'invalidité du titulaire dont l'incapacité de travail a pris cours dans la période du 1er septembre 2002 au 31 décembre 2002, est augmenté d'un coefficient de revalorisation de 2 p. c. à partir du 1er septembre 2009. Cette revalorisation n'est toutefois pas applicable aux titulaires bénéficiant d'un montant minimum visé à l'article 214.

Le montant de l'indemnité d'invalidité du titulaire dont l'incapacité de travail a pris cours avant le 1er janvier 2008, est augmenté d'un coefficient de revalorisation de 0,8 p. c. à partir du 1er septembre 2009. Cette revalorisation n'est toutefois pas applicable aux titulaires bénéficiant d'un montant minimum visé à l'article 214.

Art. 237ter. Le montant de l'indemnité d'invalidité du titulaire dont l'incapacité de travail atteint la durée de six ans au plus tard le 31 décembre d'une année déterminée, est augmenté d'un coefficient de revalorisation de 2 p. c. à partir du 1er septembre de cette année. Cette revalorisation n'est toutefois pas applicable aux titulaires bénéficiant d'un montant minimum visé à l'article 214.

Toutefois, pour le titulaire dont l'incapacité de travail atteint la durée de six ans au plus tard le 31 décembre 2016, le montant de l'indemnité d'invalidité est augmenté d'un coefficient de revalorisation de 2 p.

c. à partir du 1er janvier 2016. Cette revalorisation n'est toutefois pas applicable aux titulaires bénéficiant d'un montant minimum visé à l'article 214.

Art. 237quater. Le montant de l'indemnité d'invalidité du titulaire dont l'incapacité de travail atteint la durée de quinze ans au plus tard le 31 août d'une année déterminée, est augmenté d'un coefficient de revalorisation de 2 p. c. à partir du 1er septembre de cette année. Si la durée de 15 ans d'incapacité de travail est atteinte après le 31 août, le coefficient de revalorisation est appliqué à partir du 1er septembre de l'année suivante. Elle n'est toutefois pas applicable aux titulaires bénéficiant d'un montant minimum visé à l'article 214. (NOTE : L'article 237quater n'est pas d'application en 2009 et 2010. cfr. AR **2009-02-12/43**, art. 7, 160)

Section XVIter. - De l'octroi d'une prime de rattrapage.

Art. 237quinquies. § 1er. Une prime de rattrapage annuelle est allouée aux titulaires invalides qui, au 31 décembre de l'année précédant l'année de son octroi, sont reconnus incapables de travailler depuis une durée minimum de cinq ans. Cette prime s'élève à un montant forfaitaire de 61,5258 euro à l'indice-pivot 103,14 (base 1996 = 100) et est adaptée aux fluctuations de l'indice des prix à la consommation, conformément aux dispositions de l'article 237.

La prime de rattrapage est payée avec les indemnités du mois de mai. Elle est payée pour la première fois avec les indemnités dues pour le mois de mai 2010.

§ 2. Pour les années 2011 et 2012, le montant de la prime de rattrapage visée au § 1er est égal à 157,7038 euros à l'indice-pivot 103,14 (base 1996 = 100).

Pour l'année 2013, le montant de la prime de rattrapage visée au § 1er est égal à 207,7227 euros à l'indice-pivot 103,14 (base 1996 = 100) et à partir de l'année 2014, à 233,4901 euros à l'indice-pivot 103,14 (base 1996 = 100).

Ces montants sont adaptés aux fluctuations de l'indice des prix à la consommation, conformément aux dispositions de l'article 237.

La prime de rattrapage est allouée aux titulaires invalides qui, au 31 décembre de l'année précédant l'année de son octroi, sont reconnus incapables de travailler depuis une durée minimum d'un an. Cette prime est payée selon les modalités fixées au § 1er.

§ 3. A partir de 2015, le montant de la prime de rattrapage allouée aux titulaires invalides qui, au 31

décembre de l'année précédant l'année de son octroi, sont reconnus incapables de travailler depuis une durée minimum de deux ans, est égal à 354,7482 euros à l'indice pivot 103,14 (base 1996=100).

Ce montant est adapté aux fluctuations de l'indice des prix à la consommation, conformément aux dispositions de l'article 237.

Cette prime est payée selon les modalités fixées au § 1er.

Section XVII.

Art. 238.

Section XVIII. - Des conditions particulières d'ouverture du droit aux indemnités incapacité de travail.

Art. 239.

§ 1er. Sont censés atteindre le degré d'incapacité de travail requis, comme prévu à l'article 100, § 1er, de la loi coordonnée:

(numérotation 1° supprimée) le titulaire à qui il est interdit de se rendre à son travail pendant la période ci-après indiquée, parce qu'il a été en contact avec une personne atteinte d'une des maladies contagieuses suivantes:

Diphthérie (pouvant être prolonges si l'intéressé est porteur de germes)	7 jours
Encéphalite epidemique	17 jours
Fièvre typhoïde et paratyphoïde	12 jours
Méningite cerebrospinale	9 jours
Morve	12 jours
Poliomyelite	17 jours
Scarlatine	10 jours
Varirole	18 jours

Ces périodes prennent cours le jour où le titulaire a été en contact avec le malade, et non pas le jour de l'envoi ou de la remise de l'avis d'arrêt de travail.

(2° abrogé)

§ 2. Sont censés maintenir le degré d'incapacité de travail requis, les titulaires en état d'incapacité de travail, pendant la période au cours de laquelle ils suivent un programme de rééducation fonctionnelle approuvé par le Collège des médecins-directeurs, ou un programme de réadaptation professionnelle approuvé par la Commission supérieure du Conseil médical de l'Invalidité.

Art. 240. (abrogé)

Art. 241. Le titulaire peut prétendre l'indemnité d'incapacité de travail, quant il a droit à l'un des avantages énumérés à l'article 103, § 1er, de la loi coordonnée ou en attendant qu'il reçoive l'un de ces avantages, à condition qu'il informe son organisme assureur:

1° de tout élément de nature à établir son droit;

2° de tout action engagée ou autre procédure en vue d'obtenir cet avantage.

Art. 242. § 1er. Le titulaire occupé par plus d'un employeur et qui, en raison d'une ou de plusieurs, mais pas de toutes ces occupations, se trouve dans une des périodes prévues à l'article 103, § 1er, de la loi coordonnée, ne peut prétendre à une indemnité d'incapacité de travail qu'en fonction d'une occupation qui ne donne pas lieu à l'octroi d'une rémunération ou d'un avantage pécuniaire, au sens du même article 103, § 1er, de la loi coordonnée.

Pour l'application du présent paragraphe, il y a lieu d'assimiler à une période d'occupation, la période visée à l'article 86, § 1er, 1°, a) de la loi coordonnée pour laquelle le titulaire peut prétendre à une indemnité due pour rupture du contrat de travail.

§ 2. Le travailleur à temps partiel volontaire, visé à l'article 104, § 1bis de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage et le travailleur à temps partiel avec maintien des droits visé à l'article 131bis de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 précité qui, en raison de leur occupation se trouvent dans une période prévue à l'article 103, § 1er, 2° ou 3°, de la loi coordonnée, ne peuvent prétendre à une indemnité d'incapacité de travail pendant ladite période qu'en fonction du montant de l'allocation de garantie de revenus qui n'a pas été allouée par la caisse de paiement des allocations de chômage du fait de leur incapacité de travail.

Les titulaires visés à l'alinéa premier peuvent prétendre à une indemnité calculée sur base de la seule rémunération découlant de leur activité, durant les périodes de congé visées aux articles 223bis et 223ter, au cours desquelles ils conservent le droit à l'allocation de garantie de revenus.

Les titulaires visées à l'alinéa premier peuvent prétendre à une indemnité pour pause d'allaitement calculée sur base de la seule rémunération découlant de leur activité, pour la période pendant laquelle elles conservent le droit à l'allocation de garantie de revenus.

§ 3. La travailleuse qui fait usage de la faculté de convertir une partie de la période de repos de maternité en jours de congé dans les conditions fixées à l'article 39, alinéa 3 de la loi du 16 mars 1971 sur le travail, peut bénéficier d'une indemnité de maternité pour les jours de congé de repos postnatal pris dans les conditions susvisées. Le montant des indemnités ne peut toutefois excéder le montant qui aurait été octroyé si la travailleuse n'avait pas fait usage de cette faculté.

Art. 243. Le titulaire qui a réduit ses prestations de travail de moitié et qui bénéficie d'allocations de chômage conformément à l'arrêté royal du 30 juillet 1994 relatif à la prépension à mi-temps, peut prétendre à une indemnité d'incapacité de travail calculée en fonction de son activité à temps partiel, pendant la période au cours de laquelle il conserve le droit aux allocations de chômage en vertu de l'article 10, alinéa 3, de l'arrêté royal du 30 juillet 1994 précité, sans bénéficier de la rémunération garantie visée à l'article 52, § 1er ou § 2, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail.

Section XIX. - Dispositions monétaires en matière de cumul des indemnités et de prestations dues par l'étranger.

Art. 244. § 1er. Lorsqu'en application de l'article 136, § 2, de la loi coordonnée et des articles 230 et 235, le montant de l'indemnité d'incapacité de travail est susceptible d'être modifié parce que le bénéficiaire perçoit une prestation attribuée par une législation étrangère ou un revenu professionnel acquis par l'exercice d'une activité autorisée par le médecin-conseil sur le territoire d'un autre pays, le montant de cette prestation ou de ce revenu est, pour le calcul de l'indemnité d'incapacité de travail, converti en euro au taux de change moyen communiqué par la Banque centrale européenne.

Les taux de change communiqués par la Banque centrale européenne sont publiés par l'Institut avant

le début du premier jour de la période pour laquelle ils sont applicables.

La période de référence est :

1° le mois de janvier pour les taux de conversion qui doivent être appliqués à partir du 1^{er} avril suivant;

2° le mois d'avril pour les taux de conversion qui doivent être appliqués à partir du 1^{er} juillet suivant;

3° le mois de juillet pour les taux de conversion qui doivent être appliqués à partir du 1^{er} octobre suivant;

4° le mois d'octobre pour les taux de conversion qui doivent être appliqués à partir du 1^{er} janvier suivant.

Lors du calcul du montant de l'indemnité, le cours de change à prendre en considération est :

1° pour l'application de l'article 136, § 2, de la loi coordonnée et de l'article 235, le taux de change valable pour la période au cours de laquelle se situe le premier jour de l'incapacité de travail ou éventuellement la date de prise de cours de la prestation étrangère, si elle est accordée postérieurement à la date de prise de cours de l'incapacité de travail;

2° pour l'application de l'article 230, le taux de change valable pour la période où se situe le jour de la reprise du travail.

§ 2. Si l'article 136, § 2, de la loi coordonnée ou l'article 235 sont applicables, le calcul visé au § 1er est revu :

1° Lorsque le mode de fixation ou les règles de calcul de la prestation étrangère subissent des modifications ou lorsqu'en application de l'article 225 ou de l'article 226, le taux de l'indemnité varie. Lors de la révision, le taux de change pris en compte est celui qui vaut pour la période au cours de laquelle le changement susmentionné est intervenu.

2° Lorsque le taux de conversion varie de 10 % par rapport à celui pris en considération lors du calcul initial ou précédent. La révision s'effectue à la demande de l'intéressé et prend effet à partir du premier jour de la période au cours de laquelle la fluctuation du taux de change atteint 10 %.

Une demande de révision n'est pas recevable lorsque l'indemnité pour incapacité de travail a été calculée en application du Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté.

§ 3. Si l'article 230 est applicable, le calcul visé au § 1er est soumis à révision lorsque le montant du revenu professionnel change par rapport à celui pris en considération lors du calcul initial ou précédent.

Lors de la révision, le taux de change pris en considération est celui qui vaut pour la période au cours de laquelle le changement susmentionné est intervenu.

Art. 245. Lorsque les arrérages reçus d'un organisme étranger exprimés ou convertis en euro, ne couvrent pas le montant des avances ou des indemnités payées à titre provisionnel, la différence n'est pas récupérée lorsque cette différence est due soit au taux de change utilisé pour calculer le montant des sommes dues par l'organisme étranger ou au taux de change applicable au moment du versement des arrérages précités, soit à l'adaptation conjoncturelle des indemnités.

CHAPITRE IV. - (Notification ou communication des décisions en exécution de la charte de l'assuré social.)

Section 1. - (Décisions de nature médicale.)

Art. 245bis. Toute décision médicale prise dans le cadre de l'application des articles 100 à 102 de la loi coordonnée, ainsi que toute décision médicale prise (en application de l'article 215bis, § 1er), est notifiée au titulaire ou à son représentant par lettre recommandée à la poste avec les mentions visées à l'article 14 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer " la charte " de l'assuré social.

La décision peut également être notifiée par la remise à intéressé avec accusé de réception, du document qui en expose la teneur et qui comporte les mentions visées à l'article 14 de la loi précitée du 11 avril 1995. En cas de refus de signer pour accusé de réception opposé par l'intéressé ou son représentant, la décision est envoyée par lettre recommandée à la poste dans le délai défini à l'alinéa suivant.

La décision est notifiée dans le délai de sept jours civils suivant la date de réception de tout document relatif à l'application de l'article 100, § 1er, de la loi coordonnée, envoyé ou remis par le titulaire ou par toute personne habilitée à cet effet. Ce délai est porté à un mois à compter de la réception de la demande ou du document, pour toutes les décisions relatives à l'application des articles 100, § 2, 101 et 102 de la loi coordonnée. Dans tous les autres cas, la décision est notifiée dans le délai de sept jours civils suivant la date à laquelle la décision a été prise.

Art. 245ter. La décision qui met fin à l'incapacité de travail parce que le titulaire ne présente plus le degré requis de réduction de capacité de gain ne peut avoir effet au plus tôt qu'à partir du lendemain de la date de l'envoi ou de la remise de la décision au titulaire ou à son représentant. Cette restriction ne s'applique pas aux décisions constatant la fin de l'incapacité de travail suite à la reprise du travail ou du chômage contrôlé ou pour tout autre cause administrative.

Art. 245quater. Par dérogation aux dispositions de l'article 245bis, la décision de reconnaissance de l'incapacité de travail ou du degré d'incapacité requis sur le plan médical, prise dans le cadre des articles 100 à 102 de la loi coordonnée, ainsi que la décision prise (en vertu de l'article 215bis, § 1er), qui ne comporte aucun élément susceptible d'être contesté par le titulaire, est communiquée à celui-ci ou à son représentant par lettre ordinaire ou par la remise d'un écrit dans le délai visé à l'article 245bis, alinéa 3; le document transmis à l'intéressé comporte les mentions visées à l'article 14, 5° et 6°, de la loi susvisée du 11 avril 1995.

Section 2. - (Décisions de nature administrative.)

Art. 245quinquies. Toute décision de nature administrative sur le droit aux indemnités est communiquée au titulaire ou à son représentant par lettre ordinaire, dans le délai de sept jours civils suivant la date à laquelle la décision a été prise, et comporte les mentions visées à l'article 14, 5° et 6°, de la loi précitée du 11 avril 1995.

La communication d'une décision conformément à la présente section ne constitue pas une notification au sens de l'article 7 de la loi précitée du 11 avril 1995.

Art. 245sexies. Si la décision administrative comporte un calcul d'indemnités, celui-ci fait l'objet d'une note explicative qui est adressée par lettre ordinaire au bénéficiaire lors de la première mise en paiement des indemnités et ultérieurement à chaque modification du mode de calcul, exception faite des adaptations résultant de la seule indexation du montant des indemnités ou des modifications du mode de calcul qui ont déjà fait l'objet d'une précédente communication.

Art. 245septies. Tout paiement d'indemnités doit en outre faire l'objet d'une formule de paiement comportant notamment le montant de l'indemnité, le cas échéant indexé, le nombre de jours indemnisés ainsi que la période concernée.

Art. 245octies. Lorsqu'une décision de nature administrative constitue un refus des prestations, s'écarte de ce qui avait été demandé par le titulaire ou

comporte une diminution des indemnités qui n'était pas d'application antérieurement, elle mentionne, outre les indications visées à l'article 14, 5° et 6°, de la loi précitée du 11 avril 1995, la faculté pour le titulaire de demander à sa mutualité une révision ou régularisation dans le délai de deux ans, conformément à l'article 174 de la loi coordonnée, ainsi que la faculté d'intenter un recours devant la juridiction compétente dans le même délai en cas de désaccord avec sa mutualité.

Art. 245nonies. Par dérogation aux dispositions de l'article 245quinquies, les décisions suivantes sont notifiées au titulaire ou à son représentant par lettre recommandée à la poste, avec les mentions visées à l'article 14 de la loi précitée du 11 avril 1995, dans le mois suivant la date à laquelle la décision a été prise :

- les décisions négatives prises par la mutualité sur avis du fonctionnaire dirigeant en exécution de l'article 88, alinéa 3, de la loi coordonnée;
- les décisions prises par le Comité de gestion en application des articles 101 et 102 de la loi coordonnée et de l'article 22 de la loi susvisée du 11 avril 1995.

CHAPITRE V. - Dispositions prises en exécution de l'article 101 de la loi coordonnée

Art. 245decies. L'examen médical, visé à l'article 101, § 1er, de la loi coordonnée, est effectué dans un délai de trente jours ouvrables à compter de la constatation, par l'organisme assureur, de l'activité non autorisée ou de la communication de celle-ci à l'organisme assureur.

Art. 245undecies. S'il est constaté, à la date de l'examen médical, visé à l'article 101, § 1er, de la loi coordonnée, que le titulaire ne satisfait plus aux conditions pour être reconnu incapable de travailler, la décision de fin de reconnaissance est notifiée au titulaire dans le délai visé à l'article 17 du Règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, si le titulaire se trouve en période d'incapacité primaire et dans le délai visé aux articles 189, alinéa 2, et 190, alinéa 2, 1°, si le titulaire se trouve en période d'invalidité.

TITRE IV. - Dispositions communes.

CHAPITRE I. - Du champ d'application.

Section I. - Du chômage contrôlé.

Art. 246. Par chômage contrôle visé à l'article 32, alinéa 1er, 3°, de la loi coordonnée, il y a lieu d'entendre toute journée de chômage pour laquelle le travailleur a rempli ses obligations en matière de contrôle des chômeurs ou en a été dispensé régulièrement et pour laquelle en application de la réglementation en matière de chômage:

1° une allocation de chômage a été payée;

2° (le droit à l'allocation de chômage a été refusé pour une période limitée, en vertu d'une sanction administrative infligée en application des articles 70 ou 153 à 156 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage; en cas d'application de l'article 7 susmentionné, la durée est limitée à une période de trois mois;)

3° le droit à l'allocation de chômage a été refusé ou supprimé pour une période limitée, du fait que le travailleur est ou devient chômeur par suite de circonstances dépendant de sa volonté, en application des articles 52 à 54 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 susvisé;

4° (le droit à l'allocation de chômage a été refusé pour une période limitée, en application de l'article 56, § 2, de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 susvisé du fait que le chômeur soumet sa remise au travail à des réserves qui ne sont pas fondées, ou en application de l'article 59quinquies du même arrêté du fait que le chômeur n'a pas fourni d'efforts suffisants pour s'insérer dans le marché du travail;)

5° le droit à l'allocation de chômage a été refusé du fait que le travailleur ne s'était pas fait inscrire comme demandeur d'emploi alors qu'il n'en était pas régulièrement dispensé;

6° le droit à l'allocation de chômage a été refusé:

a) en application de l'article 55, 1°, de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 susvisé;

b) du chef d'une occupation à temps partiel en application de l'article 104, § 1bis, ou de l'article 131bis du même arrêté royal;

7° le droit à l'allocation de chômage a été refusé du fait que le travailleur a introduit la demande d'allocations ou le dossier administratif en dehors des délais réglementaires;

8° le droit à l'allocation de chômage a été supprimé du fait que le travailleur a été occupé au cours d'un dimanche, d'un jour férié légal ou d'un jour habituel d'inactivité;

9° le droit à l'allocation de chômage a été refusé au travailleur à domicile en application de l'article 75 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 susvisé, exception faite du cas visé à l'alinéa 2, 1°, dudit article 75;

10° le droit à l'allocation de chômage a été refusé du fait que le chômeur qui exerce une activité accessoire ou qui cohabite avec un travailleur indépendant, a omis d'en faire la déclaration, comme prévu respectivement par les articles 48 et 50 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991;

11° le titulaire a renoncé volontairement au droit aux allocations de chômage dans les conditions définies par l'article 42, § 2, 9°, de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 susvisé.

Par chômage contrôlé visé à l'article 32, alinéa 1er, 3°, de la loi coordonnée, il y a lieu d'entendre également la période pendant laquelle le travailleur visé à l'article 32, alinéa 1er, 1°, de ladite loi coordonnée (bénéficie d'une allocation d'interruption en cas d'interruption de carrière complète) pour laquelle une attestation d'ayant droit à une allocation d'interruption visée à l'article 281, § 3, lui est délivrée; toutefois, pour le travailleur qui, avant l'interruption de sa carrière, n'avait pas la qualité de titulaire aux indemnités visée à l'article 86, § 1er, de la loi coordonnée, le champ d'application de cette disposition est limité au secteur des soins de santé. Cette assimilation n'est, en outre, pas prise en considération pour la prolongation du repos postnatal en application de l'article 114, alinéa 2, de la loi coordonnée.

(Par chômage contrôlé visé à l'article 32, alinéa 1er, 3°, de la loi coordonnée, il y a lieu d'entendre également la période pendant laquelle le travailleur visé à l'article 32, alinéa 1er, 1° de ladite loi coordonnée a interrompu sa carrière professionnelle en vertu de l'article 14, 1°, de la loi du 1er mars 1958 relative au statut des officiers de carrière des forces terrestres, aériennes et navales et de service médical, ainsi que des officiers du réserve de toutes les forces armées et du service médical, l'article 16, 1°, de la loi du 27 décembre 1961 portant statut des sous-officiers du cadre actif des forces terrestres, aériennes et navales et du service médical et l'article 10, 1°, de la loi du 12 juillet 1973 portant statut des volontaires du cadre actif des forces terrestres, aériennes et navales et du service médical et bénéficie d'une allocation d'interruption pour laquelle une attestation d'ayant droit à une allocation d'interruption visée à l'article

281, § 4, lui est délivrée; toutefois le champ d'application de cette disposition est limité au secteur des soins de santé.)

Par chômage contrôlé visé à l'article 32, alinéa 1er, 3°, de la loi coordonnée, il y a lieu d'entendre également la période pendant laquelle le travailleur indépendant qui a cessé définitivement son activité ne peut prétendre aux allocations de chômage en application de l'article 44 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 susvisé et de l'article 4 de l'arrêté royal du 22 août 1983 organisant une intervention dans les prêts subordonnés octroyés par le Fonds de participation créé au sein de la Caisse nationale de Crédit professionnel, aux chômeurs complet indemnisés, désireux de s'établir comme indépendants ou de créer une entreprise.

Par chômage contrôlé visé à l'article 32, alinéa 1er, 3°, de la loi coordonnée, il y a lieu d'entendre également la période pendant laquelle le statut de travailleur à temps partiel avec maintien des droits est reconnu au titulaire, conformément aux dispositions de l'article 29, § 2, de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 susvisé.

(Par chômage contrôlé visé à l'article 32, alinéa 1er, 3°, de la loi coordonnée, il y a lieu d'entendre également les jours correspondant au nombre d'allocations de garde auquel le gardien ou la gardienne d'enfants peut prétendre pour le mois concerné, conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 26 mars 2003 d'exécution de l'article 7, § 1er, alinéa 3, q, de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, relatif aux gardiens et gardiennes d'enfants.)

Section II. - De l'assurance continuée.

Art. 247. § 1er. Est considéré comme se trouvant dans une situation sociale digne d'intérêt au sens de l'article 32, alinéa 1er, 6°, de la loi coordonnée, et peut, s'il a satisfait aux conditions prévues à l'article 121 ou à l'article 128 de la loi coordonnée, obtenir le bénéfice de l'assurance continuée pendant les périodes fixées ci-après:

(1° le titulaire en état de chômage, auquel le bénéfice des allocations de chômage est refusé en application des articles suivants de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage :

- a) les articles 30 à 34, 37, 38 et 85, du fait qu'il ne remplit pas les conditions d'admissibilité requises;
- b) l'article 44, du fait qu'il n'est pas privé de travail et de rémunération;

c) les articles 52, § 3, 52bis, § 2, 56, § 1er, alinéa 1er et 155, alinéa 2;

d) (l'article 81, du fait que la durée de son chômage dépasse la limite fixée en vertu de cette disposition, ou l'article 59sexies, du fait que le chômeur n'a pas fourni d'efforts suffisants pour s'insérer dans le marché du travail;)

e) l'article 71, du fait qu'il ne remplit pas les obligations en matière de contrôle.

L'assurance continuée est admise pour une durée qui ne peut être inférieure à un mois et qui ne peut dépasser douze mois; dans les cas visés aux points b) et e), l'assurance continuée ne peut être accordée lorsque l'activité exercée est de nature frauduleuse, eu égard aux obligations imposées par la législation sociale;)

(2° le titulaire en état de chômage, qui remplit les conditions pour bénéficier des allocations de chômage, mais qui renonce volontairement à celles-ci, sans remplir cependant les conditions visées à l'article 246, alinéa 1er, 11°.

L'assurance continuée est admise pour une durée qui ne peut être inférieure à un mois et qui ne peut dépasser trois mois;)

3° (...)

4° le titulaire qui après l'expiration de la période de six mois, visée à l'article 215septies, n'est plus incapable de travailler au sens de l'article 100, § 1er, de la loi coordonnée et qui exerce une profession par laquelle il est assujéti au statut social des indépendants ou qui exerce une profession non assujéti à l'une des législations en matière de sécurité sociale.

L'assurance continuée peut être admise pour une période maximum de deux ans à compter de l'expiration du délai de six mois, visé à l'alinéa précédent; cette période peut être renouvelée;

5° (le titulaire en congé sans solde.

L'assurance continuée est admise pour une durée qui ne peut dépasser trois mois par année civile;)

6° La femme titulaire, qui allaite son enfant.

L'assurance continuée est admise pour une période maximum de cinq mois prenant cours le jour de l'accouchement;

7° (le titulaire qui se trouve dans une période de détention préventive ou de privation de liberté. Toutefois, si, à la date de début de la période de détention préventive ou de privation de liberté, il se trouve en état d'incapacité de travail, au sens de

l'article 100 de la loi coordonnée, la période d'assurance continuée ne prend cours qu'à la date à laquelle cet état d'incapacité de travail prend fin.

L'assurance continuée est admise pour une durée qui ne peut dépasser la période de détention préventive ou de privation de liberté.)

8° Le titulaire qui cesse, temporairement ou définitivement, de travailler au cours d'une période de cinq ans se terminant à la fin du mois au cours duquel il atteint l'âge visé à l'article 108, 1°, de la loi coordonnée.

L'assurance continuée est admise pour une durée expirant à la fin du mois au cours duquel le titulaire atteint l'âge fixé audit article lorsqu'il s'agit d'une cessation définitive et pour la durée indiquée par le titulaire lors de sa demande d'entrée en assurance continuée lorsqu'il s'agit d'une cessation temporaire;

9° l'homme ou la femme titulaire qui renonce au travail pour permettre à son conjoint titulaire de bénéficier du montant maximum de sa pension de vieillesse.

L'assurance continuée est admise pour une durée expirant à la fin du mois au cours duquel le titulaire atteint l'âge de 65 ou de 60 ans selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme;

10° Le titulaire qui, après sa période normale de service militaire, est maintenu ou rappelé sous les drapeaux par une mesure disciplinaire.

L'assurance continuée est admise pour une durée qui ne peut être inférieure ni supérieure à celle du maintien ou du rappel sous les drapeaux;

11° Le titulaire exerçant temporairement à l'étranger la même profession que celle qu'il exerçait en Belgique, lorsqu'il n'est pas assujéti à la législation en matière de sécurité sociale de son nouveau lieu de travail.

L'assurance continuée est admise pour une durée qui ne peut dépasser celle de l'occupation à l'étranger;

12° (le titulaire en chômage temporaire par suite de grève ou de lock-out et qui, à défaut d'une autorisation du Comité de gestion de l'Office national de l'Emploi, ne peut être admis au bénéfice des allocations de chômage.

L'assurance continuée est admise pour une durée qui ne peut dépasser celle de la grève ou du lock-out;)

13° Le titulaire qui, dans un cas de force majeure, est absent du travail.

Le Service du contrôle administratif se prononce, à la demande de l'organisme assureur, sur les cas de force majeure que celui-ci reconnaît.

L'assurance continuée est admise pour la durée déterminée par ce service;

14° Le titulaire qui, en vertu de l'arrêté royal du 11 mars 1954, portant statut du Corps de protection civile, suit les cours de l'école de protection civile.

L'assurance continuée est admise pour une durée qui ne peut dépasser celle de la session à laquelle participe le titulaire;

15° Le titulaire bénéficiant d'une pension à charge des pouvoirs publics, ou d'une pension dont le paiement est garanti par l'Etat belge, qui cesse de travailler temporairement à la suite d'une incapacité de travail reconnue au sens de l'article 100 de la loi coordonnée et pour laquelle les prestations en espèces sont refusées en vertu de l'article 108, 3° de la loi coordonnée.

L'assurance continuée est admise pour la durée de l'incapacité de travail;

16° Le titulaire qui, ne se livrant à aucun travail lucratif quelconque, suit régulièrement des cours d'enseignement moyen, supérieur, professionnel ou technique à condition que ces cours soient donnés pendant le jour, abstraction faite des vacances, dimanches et jours fériés.

L'assurance continuée est admise pour une durée qui ne peut dépasser celle des cours suivis par le titulaire;

17° Le ou la titulaire qui suit les cours d'une école reconnue pour aides familiaux ou familiales. L'assurance continuée est admise pour une durée qui ne peut dépasser celle des cours suivis par le ou la titulaire;

18° Le titulaire qui ayant atteint l'âge légal de la mise à la pension continue à travailler ou qui reprend le travail passé cet âge, lorsqu'il cesse temporairement de travailler et ne sollicite pas le bénéfice de la pension.

L'assurance continuée est admise pour une durée indiqué par le titulaire lors de sa demande; elle cesse néanmoins dès le moment où la pension prend cours;

19° Le titulaire qui est mis à la pension prématurée pour incapacité physique lorsqu'il ne réunit pas les conditions prévues à l'article 100, § 1er, alinéa 1er, de la loi coordonnée, en ce qu'il vise le taux de l'incapacité de travail, pendant une période qui ne peut dépasser l'âge légal de la mise à la pension en vertu de la législation relative aux pensions de retraite et de survie des ouvriers et des employés.

L'assurance continuée est admise à partir du jour où le titulaire n'atteint plus 66 p. c. d'incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1er, alinéa 1er, de la loi coordonnée;

20° Le titulaire dont l'assujettissement pour le régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités est limité au seul secteur des soins de santé et qui:

a) est dispensé de fournir des prestations, soit pour des motifs de convenance personnelle, soit à la suite d'une mesure disciplinaire.

L'assurance continuée est admise pour une durée égale à celle de la période durant laquelle le titulaire est dispensé de fournir des prestations.

b) remplit ses fonctions à l'étranger et y a sa résidence administrative.

L'assurance continuée est admise pour la durée de la période pendant laquelle le titulaire remplit ses fonctions à l'étranger et y a sa résidence administrative;

c) est reconnu définitivement inapte au travail par l'Administration de l'expertise médicale pour autant qu'il ne soit pas incapable de travailler au sens de l'article 100, § 1er, de la loi coordonnée, et qui ne compte pas le minimum requis d'années de service pour bénéficier d'une pension prématurée.

L'assurance continuée est admise pour la durée de la période qui expire à l'âge de la mise à la retraite en vertu du statut administratif et pécuniaire qui lui est applicable;

21° Le titulaire qui cesse d'être occupé dans les liens d'un contrat de travail domestique comportant principalement des travaux ménagers d'ordre manuel pour les besoins du ménage de l'employeur ou de sa famille.

L'assurance continuée est admise pour une durée qui ne peut dépasser trois mois par année civile;

22° Le titulaire, ouvrier mineur licencié pour fermeture de charbonnage, qui bénéficie de l'allocation d'attente aux travailleurs âgés de l'industrie charbonnière, en application de l'article 56, § 2 du Traité de Paris, instituant la Communauté européenne du Charbon et de l'Acier.

L'assurance continuée est admise pour la durée de la période pendant laquelle l'indemnité d'attente est allouée.

§ 2. La période d'assurance continuée expire soit à la fin de la période pour laquelle elle a été admise, soit à la date à laquelle prend fin la situation qui l'a fait

admettre, soit dans les seuls cas visés au § 1er, 2° et 4°, dès que le titulaire se trouve en état d'incapacité de travail au sens de l'article 100 de la loi coordonnée.

Art. 248. Pour être admis en assurance continuée, le titulaire doit en faire la demande à son organisme assureur en lui remettre les pièces justificatives suivantes:

a) pour les situations visées à l'article 247, § 1er, 1°, 2° et 3°, une attestation délivrée par l'Office national de l'Emploi précisant le motif et la période pour lesquels les allocations de chômage sont refusées;

Pour la situation visée à l'article 247, § 1er, 3°, cette attestation peut être remplacée par une déclaration de son dernier employeur;

b) pour la situation visée à l'article 247, § 1er, 4°, une preuve de la reprise d'une profession visée audit article;

c) pour les situations visées à l'article 247, § 1er, 5°, 20° et 21°, une attestation délivrée par l'employeur ou, le cas échéant, par l'autorité religieuse, précisant soit la période exacte de la suspension du contrat ou de l'occupation ou de la période pendant laquelle le titulaire remplit ses fonctions à l'étranger, soit la date de la décision de l'Administration de l'expertise médicale, portant qu'une pension prématurée ne peut être accordée, soit la date de la cessation du travail domestique;

d) pour les situations visées à l'article 247, § 1er, 6°, 8°, 9° et 18° une attestation sur l'honneur du titulaire;

e) pour la situation visée à l'article 247, § 1er, 11°, une attestation de l'employeur;

f) pour la situation visée à l'article 247, § 1er, 7°, une attestation du directeur de l'établissement précisant la période de détention ou d'internement;

g) pour la situation visée à l'article 247, § 1er, 10°, une attestation de l'autorité militaire précisant la période du maintien ou du rappel sous les armes;

h) pour la situation visée à l'article 247, § 1er, 12°, une attestation délivrée par une organisation syndicale ou par l'employeur. Dans cette dernière hypothèse, cette attestation doit être contresignée par l'Office nationale de l'Emploi;

i) pour les situations visées à l'article 247, § 1er, 14°, 16° et 17°, une attestation délivrée par le directeur de l'école précisant la période des cours suivis par le titulaire;

j) pour la situation visée à l'article 247, § 1er, 19°, une attestation délivrée par le médecin-conseil de la mutualité à laquelle le titulaire est affilié ou inscrit;

k) pour la situation visée à l'article 247, § 1er, 22°, une attestation délivrée par les services de l'Administration des Mines du Ministère des Affaires économiques.

Dans la situation visée à l'article 247, § 1er, 13°, l'assurance continuée est admise sur base de la notification du Service du contrôle administratif à l'organisme assureur;

Dans la situation visée à l'article 247, § 1er, 15°, l'assurance continuée est admise sur base de la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail.

Art. 249. Sur base des pièces prévues à l'article 248, l'organisme assureur établit un certificat d'assurance continuée et réclame au titulaire la cotisation y afférente.

Les certificats d'assurance continuée qui doivent, en application de l'article 247, comporter une durée minimum, peuvent être renouvelés; toutefois, la durée des périodes cumulées ne peut dépasser la période maximum fixée par la disposition de l'article 247 en vertu de laquelle le ou les certificats sont délivrés.

Art. 250. § 1er. Pour chaque période d'assurance continuée, le titulaire doit payer une cotisation qui est fixée comme suit par jour ouvrable:

21 ans et plus	18 à 21 ans	14 à 18 ans
1,24 EUR	0,94 EUR	0,62 EUR

Sont considérés comme jours ouvrables, tous les jours de l'année, sauf les dimanches.

Pour chaque période d'assurance continuée ou chaque partie d'une telle période qui couvre un mois civil complet, la cotisation est fixée comme suit:

21 ans et plus	18 à 21 ans	14 à 18 ans
31,00 EUR	23,50 EUR	15,50 EUR

§ 2. Toutefois, le titulaire qui pour l'année civile a remis des documents de cotisation dont la valeur atteint le minimum annuel fixé à l'article 286 est dispensé du paiement de la cotisation précitée pour cette année civile.

§ 3. Les montants visés au § 1er sont liés à (indice 104,06 (base 1996 = 100) des prix à la consommation

atteint au 31 octobre 1999.). Ils sont adaptés, au 1er janvier de chaque année, au taux atteint par l'indice des prix à la consommation le 31 octobre de l'année précédente.

Art. 251. (abrogé)

CHAPITRE II. - Des conditions d'octroi des prestations.

Section I. - Des modalités d'inscription et d'affiliation à un organisme assureur.

Art. 252. Pour choisir un organisme assureur, les bénéficiaires, repris sous l'article 32, alinéa 1er, (1° à 16°, 18°, 20° à 22°), de la loi coordonnée, remettent, à une mutualité, à un Office régional de la Caisse auxiliaire d'Assurance maladie-invalidité ou à la Caisse des Soins de santé de la Société nationale des Chemins de fer belges, une demande d'inscription comportant un bulletin de composition de ménage, conforme au modèle en annexe II de cet arrêté. L'authenticité des renseignements y repris est vérifiée par le délégué de l'organisme assureur.

L'organisme assureur est tenu d'accuser réception au bénéficiaire de toute demande d'inscription et de lui notifier, dans un délai d'un mois, son refus ou son acceptation. Sans préjudice des dispositions des articles 255 à 274, la Caisse auxiliaire d'Assurance maladie-invalidité est tenue d'inscrire tout bénéficiaire qui lui adresse la demande.

Les bénéficiaires des oeuvres sociales de la Société nationale des Chemins de fer belges, qui ne peuvent pas invoquer une autre qualité, sont inscrits de plein droit à la Caisse des Soins de santé de la Société nationale des Chemins de fer belges.

Toutefois, les bénéficiaires, qui ont encore une autre qualité, choisissent auprès de quel organisme assureur ils veulent être inscrits ou affiliés.

(Lorsque l'organisme assureur accepte, l'inscription du titulaire porte ses effets le premier jour du trimestre au cours duquel la qualité de titulaire visée à l'article 32, alinéa 1er, de la loi coordonnée est acquise et l'inscription de la personne à charge porte ses effets le jour de l'acquisition de la qualité de personne à charge.) Toutefois, l'acceptation n'a d'effet qu'à la condition que le titulaire remette un des documents visés à l'article 276, § 2, ou à condition que les données visées dans ces calculs soient communiquées électroniquement aux organismes assureurs; la personne à charge doit satisfaire aux conditions déterminées par les articles 123 à 126.

Par dérogation à l'alinéa précédent, l'inscription des titulaires visés à (l'article 32, alinéa 1er, 12°, 14°, 15°, 21° et 22°) de la loi coordonnée n'a cependant effet qu'à partir du premier jour du trimestre au cours duquel la demande d'inscription est faite. Le fonctionnaire dirigeant du Service du Contrôle administratif ou un fonctionnaire délégué par lui peut, sur proposition de l'organisme assureur et pour les cas dignes d'intérêt reconnus comme tels, par lui et par cet organisme, décider si le titulaire peut se faire inscrire avec effet rétroactif ou s'affilier avec effet rétroactif et fixer la date d'effet de cette inscription ou affiliation. De même, par dérogation à l'alinéa précédent, l'inscription du titulaire visé à l'article 32, alinéa premier, 13°, de la loi coordonnée précitée porte ses effets au plus tôt le premier jour du trimestre au cours duquel a été introduite la demande visée à l'article 128ter, à l'article 8, § 1er, de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux handicapés ou à l'article 5 de l'arrêté royal du 3 mai 1991 portant exécution des articles 47, 56septies, 62, § 3, et 63 des lois coordonnées sur les allocations familiales pour travailleurs salariés et de l'article 96 de la loi du 29 décembre 1990 portant des dispositions sociales.

L'inscription des titulaires visés à (l'article 32, alinéa 1er, 12°, 14°, 15° et 21°), n'est valable que si le montant d'une cotisation trimestrielle est payée, au plus tard le dernier jour du trimestre suivant le trimestre au cours duquel l'inscription a été demandée.

Tant pour l'inscription que pour les modifications ultérieures dans la composition du ménage, le titulaire est tenu de fournir les preuves permettant de justifier que les personnes à charge remplissent les conditions prévues aux articles 123 et 124. Toutefois, en cas de modifications dans la composition du ménage, le titulaire est dispensé de fournir l'attestation de la commune.

Les pièces justificatives produites sont conservées au dossier prévu à l'article 254.

(Un bénéficiaire ne peut être affilié qu'à une seule mutualité ou inscrit qu'à un seul office régional de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité ou à la Caisse des soins de santé de la SNCB Holding.)

Le Service du Contrôle administratif peut se prononcer sur la régularité de l'affiliation en cas de double inscription, soit d'initiative, soit à la demande d'un organisme assureur.

L'inscription ou l'affiliation, visées dans le présent article, est maintenue pour un délai allant au plus tard jusqu'à la fin de la deuxième année écoulée après la dernière année où le titulaire avait encore droit à des

prestations de santé. Pendant la durée de validité de l'inscription ou de l'affiliation, l'acquisition d'une autre qualité de titulaire n'entraîne pas de nouvelle inscription ou affiliation.

Au cas où le titulaire introduit une demande d'inscription après que soit expirée la validité de la précédente inscription, en application de l'alinéa précédent, cette nouvelle inscription, si elle est acceptée, sera considérée comme une réinscription ou une réaffiliation. La réinscription ou la réaffiliation ne peut avoir d'effet au plus tôt que le jour après l'expiration de la validité de la précédente inscription. Les mêmes règles, que celles qui sont en vigueur pour l'inscription ou l'affiliation, sont par ailleurs d'application pour la réinscription ou la réaffiliation.

Art. 253.

Art. 254. L'organisme assureur établit au nom de chaque titulaire, un dossier contenant la demande d'inscription, ainsi qu'une fiche qui reproduit les données suivantes:

1. la date et le numéro d'inscription du titulaire, son identité ainsi que celle des personnes à charge et leur adresse ainsi que leur numéro d'identification dans le Registre national;
2. toute modification dans le nombre et la qualité de personnes à charge;
3. la nature des documents de cotisation, le type de transmission de données et les données y figurant relatives à l'assurabilité;
4. le montant et la nature des cotisations personnelles et des compléments de cotisation, la date de leur paiement et la période à laquelle elle se rapportent;
5. un relevé des sanctions qui ont été infligées au titulaire ainsi qu'aux personnes à sa charge.

Ce dossier contient également tous les documents relatifs à la qualité de bénéficiaire du titulaire et des personnes à charge. Le dossier est conservé au niveau de la mutualité ou de l'office régional.

Tous les renseignements d'ordre médical relatifs au titulaire et aux personnes à sa charge sont conservés par le médecin-conseil dans un dossier spécial.

L'organisme assureur doit adresser, au plus tard le (1^{er} décembre) de chaque année aux titulaires qui ne répondent pas aux critères permettant d'avoir droit à partir du (1^{er} janvier) aux prestations de l'assurance soins de santé, une formule sur laquelle il est fait mention des documents de cotisation manquants et/ou des cotisations personnelles en retard.

Une copie de cette formule est conservée dans le dossier du titulaire.

Section II. - Des mutations.

Art. 255. La mutation individuelle consiste dans le passage d'un titulaire à un organisme assureur autre que celui auquel il appartenait.

Elle peut s'opérer le premier jour de chaque trimestre civil.

Le passage d'un organisme assureur à un autre organisme assureur doit se faire sous les conditions prévues aux articles 257 à 274.

Art. 256. L'article 255, alinéa 1^{er} n'est pas applicable aux titulaires qui acquièrent ou perdent la qualité de bénéficiaire des oeuvres sociales de la Société nationale des Chemins de fer belges et qui, en cette qualité, doivent être ou sont inscrits auprès de la Caisse des soins de santé de SNCB holding. Dans ces cas, l'inscription auprès de l'organisme assureur prend cours à la date à laquelle lesdits titulaires obtiennent leur nouvelle qualité.

Les renseignements nécessaires à la constitution du dossier doivent néanmoins être envoyés au nouvel organisme assureur conformément à l'article 261, alinéa 2.

Art. 257. Le titulaire qui désire changer d'organisme assureur doit en faire la demande à l'organisme assureur auquel il désire s'inscrire ou s'affilier. A cette fin, il remplit un formulaire de demande de mutation qui lui est remis par le nouvel organisme assureur.

L'assuré doit être informé de manière claire et explicite qu'il peut retirer la demande de mutation auprès de son ancien organisme assureur jusqu'au dernier jour ouvrable précédant la date de mutation.

L'ancien organisme assureur communique le retrait de la demande de mutation de l'assuré au nouvel organisme assureur dans les 10 jours ouvrables et le communique également au Service du contrôle administratif.

Art. 258. Le nouvel organisme assureur envoie au plus tard le 5 du mois précédent celui à partir duquel la mutation est demandée, le formulaire de demande de mutation à l'ancien organisme assureur. Si le 5 est un samedi, un dimanche ou un jour férié, le formulaire doit être envoyé le premier jour ouvrable qui le suit.

La demande de mutation doit être envoyée soit sous pli recommandé à la poste, soit par un envoi électronique suivant l'article 4/2 de la loi du 24 février

2003 relative à la modernisation de la gestion de la sécurité sociale et relative à la communication électronique entre entreprises et l'administration fédérale.

Les données relatives aux demandes de mutation précitées sont également transmises au Service du contrôle administratif.

Art. 259. L'ancien organisme assureur a la faculté de refuser la demande de mutation dans les cas visés sous a) à e). Ce dernier a l'obligation de refuser la demande de mutation dans les cas visés sous f) à h) :

a) si, à la date pour laquelle la mutation est demandée, douze mois ne se sont pas écoulés depuis la date de l'inscription ou de l'affiliation comme titulaire dans l'organisme assureur qu'il désire quitter, la date d'inscription ou la date d'affiliation est fixée en application de l'article 252 ou de l'article 255, alinéa 2;

b) si, à la date pour laquelle la mutation est demandée, le titulaire subit une sanction en vertu de l'article 168quinquies, § 2, de la loi coordonnée précitée ou si une sanction est prononcée avant cette date, celle-ci ne pourra sortir ses effets qu'après cette date.

Toutefois, cette disposition ne s'applique pas aux sanctions prononcées avec sursis;

c) si un des renseignements suivants fait défaut dans la demande de mutation : nom, prénom, numéro d'identification de la sécurité sociale ou à défaut de numéro, la date de naissance, dénomination du nouvel organisme assureur et date de mutation;

d) si la demande de mutation n'a pas été envoyée dans le délai prévu à l'article 258;

e) si le titulaire a, à la date pour laquelle la mutation est demandée, une dette vis-à-vis de son ancien organisme assureur, dette résultant de l'application des dispositions de la loi coordonnée précitée.

Le montant de la dette et sa description sont indiqués sur la notification visée à l'article 260.

Cependant, la mutation doit être accordée, si le nouvel organisme assureur paie l'intégralité de la somme due à l'ancien organisme assureur au plus tard le jour de la mutation et qu'il fournit à l'ancien organisme assureur la preuve que l'assuré lui a remboursé cette somme, dans un délai de 20 jours ouvrables à partir de la date de mutation;

f) si le titulaire a sollicité sa mutation pour la même date auprès de plusieurs organismes assureurs;

g) lorsque l'organisme assureur constate que la demande de mutation n'est pas signée par le titulaire concerné.

La demande de mutation ne doit cependant pas être refusée si le titulaire de la demande confirme celle-ci par écrit;

h) si la personne qui a introduit la demande de mutation est inscrite comme personne à charge auprès de l'ancien organisme assureur.

Art. 260. Dans les cas visés à l'article 259, sous a) à h), le refus motivé doit être notifié au titulaire et au nouvel organisme assureur dans un délai de vingt jours courant à dater du premier jour ouvrable qui suit la date fixée à l'article 258. Cependant, si le formulaire de demande de mutation est envoyé à l'ancien organisme assureur après la date fixée à l'article 258, ce délai courra à dater de la date de la notification de la demande de mutation.

La décision motivée de refus visée à l'alinéa précédent peut être donnée au plus tôt à partir de la date de la mutation.

La décision de refus de la demande de mutation est également transmise au Service du contrôle administratif.

Lorsque l'ancien organisme assureur omet de notifier le refus dans le délai fixé, la demande de mutation est considérée comme acceptée.

Art. 261. En cas de demande de mutation acceptée, celle-ci est notifiée au nouvel organisme assureur dans le même délai que celui prévu à l'article 260, alinéa 1er.

Cette notification s'effectue par l'envoi des renseignements nécessaires à la constitution du dossier visé à l'article 254 et notamment du document visé à l'article 264, dûment complété et accompagné de ses annexes.

Art. 262.

Art. 263. Dès l'acceptation de la demande de mutation, le nouvel organisme assureur actualisera la carte d'identité sociale en vertu de l'article 253.

Art. 264. Pour les mutations acceptées, l'ancien organisme assureur indique sur le formulaire " demande de mutation " tous les renseignements demandés qui ont trait à la situation du titulaire vis-à-vis de l'assurance soins de santé et indemnités, y compris la mention d'une sanction avec sursis dont il est l'objet.

Le formulaire ainsi rempli et signé est envoyé au nouvel organisme assureur dans le délai fixé à l'article 260, alinéa 1er.

Les données relatives aux mutations acceptées sont également transmises au Service du contrôle administratif.

Art. 265.

Art. 266.

Art. 267.

Art. 268. Lorsqu'un organisme assureur a connaissance d'une mutation éventuellement irrégulière, à savoir toute mutation qui ne semble pas avoir eu lieu conformément aux dispositions de cette section, il en avertit le Service du contrôle administratif qui est compétent pour se prononcer sur l'irrégularité de la mutation.

Si cet avertissement est donné dans le délai d'un an à partir de la date de la mutation irrégulière, le Service du contrôle administratif informe le bénéficiaire et les deux organismes assureurs intéressés, soit sous pli recommandé à la poste, soit par un envoi électronique suivant l'article 4/2 de la loi du 24 février 2003 relative à la modernisation de la gestion de la sécurité sociale et relative à la communication électronique entre entreprises et l'administration fédérale, que l'affiliation ou inscription au nouvel organisme assureur n'est pas valable.

Le versement des cotisations afférentes aux documents visés à l'article 276 qu'il a remis au nouvel organisme assureur auquel le bénéficiaire s'était irrégulièrement inscrit, ainsi que les cotisations personnelles qu'il lui a payées, reste acquis à cet organisme. Les prestations accordées durant la période d'inscription irrégulière restent à la charge de l'organisme assureur qui les a octroyées. Sont nuls tous engagements de cet organisme relatifs à des prestations non encore effectuées à la date de la notification visée à l'alinéa 2.

Tout document visé à l'article 276 remis et toute cotisation personnelle versée postérieurement à la date de la notification sont transférés à l'organisme assureur auquel le bénéficiaire reste régulièrement inscrit. Les prestations accordées après cette date restent à charge de l'organisme assureur qui les a octroyées.

Art. 269. La charge de la preuve de l'envoi des documents ou des données, qui en vertu de cette section doivent être envoyés par l'organisme assureur, incombe à l'organisme assureur chargé de cet envoi.

Art. 270.

Art. 271. En cas de mutation les prestations de santé autorisées préalablement par le médecin-conseil mais non encore effectuées à la date de la mutation, sont à charge du nouvel organisme assureur sans qu'une nouvelle autorisation puisse être exigée par ce dernier.

Art. 272. Lors du passage du titulaire d'une mutualité à une autre au sein de la même Union nationale ou d'un Office régional à un autre, les dispositions des articles 255 à 271 ne sont pas d'application, mais tous les renseignements nécessaires à la constitution du dossier visé à l'article 254 doivent être transmis à la nouvelle mutualité ou au nouvel Office régional.

Art. 273. Les dispositions relatives aux mutations individuelles sont également applicables aux bénéficiaires d'une pension ou d'une rente d'une législation étrangère, aux saisonniers et frontaliers ayant leur résidence principale en Belgique et occupés à l'étranger et qui ouvrent droit aux prestations de santé en vertu des dispositions d'une convention ou d'un règlement de sécurité sociale.

Art. 274. Le Service du contrôle administratif détermine de quelle manière et à quels moments les échanges de données découlant des dispositions de cette section ont lieu.

Art. 275. En cas de mutation collective, de dissolution ou de fusion de mutualités intervenant en vertu des dispositions de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, leurs affiliés peuvent individuellement demander leur inscription à un autre organisme assureur sans que doivent être respectées les conditions fixées par les articles 255 à 274. Toutefois, les renseignements nécessaires à la constitution du dossier visé à l'article 254 doivent être transmis par l'ancien organisme assureur au nouveau.

Section III. - Des documents de cotisation et des documents permettant d'établir la qualité de titulaire.

Art. 276. § 1er. Sont considérés comme documents de cotisation pour l'application de la loi coordonnée:

1. le bon de cotisation et l'attestation de contrat d'apprentissage de professions exercées par des travailleurs salariés;
2. le bon de cotisation "accident du travail";
3. le bon de cotisation "maladie professionnelle";
4. l'attestation de chômage;
5. l'attestation de travail domestique;

6. les pièces justificatives visées à l'article 248, à condition que la cotisation afférente à la période d'assurance continuée ait été payée;

7. l'attestation d'ayant droit à une allocation d'interruption;

8. l'attestation d'ayant droit à une indemnité en compensation du licenciement visée à l'article 7, § 1er, alinéa 3, zf), de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.

Sont assimilées à des documents de cotisation, l'attestation de milicien assuré social et l'attestation d'objecteur de conscience assuré social visées à l'article 282.

La déclaration visée à l'article 282 selon laquelle l'intéressé est orphelin de père et de mère et bénéficie d'allocations familiales et l'attestation selon laquelle l'intéressé est orphelin de père et de mère bénéficiant du droit à l'allocation de remplacement de revenus, sont assimilées à un document de cotisation.

Ceci vaut également pour l'attestation visée à l'article 282 sur laquelle le médecin traitant mentionne la date présumée de l'accouchement pour les titulaires visées à l'article 32, alinéa 1er, 4°, de la loi coordonnée ainsi que pour le document de stage visé à l'article (130, § 1er).

(Les documents visés aux §§ 3 à 8 sont assimilés à des documents de cotisation.)

§ 2. La qualité de titulaire telle qu'elle est visée à l'article 32, alinéa 1er, 1°, 3°, 5° et 6° de la loi coordonnée, est établie sur base de documents de cotisation visés au § 1er.

Les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 7°, 8° et 9° de la loi coordonnée, établissent leur qualité de titulaire en fournissant la preuve qu'ils bénéficient des avantages visés dans ces dispositions. La preuve est établie par l'autorité chargés du paiement de ces avantages.

Les personnes qui obtiennent pour la première fois la qualité de titulaire telle qu'elle est visée à l'article 32, alinéa 1er, 1°, 3°, (16° et 20°) de la loi coordonnée, (, à l'exception des personnes visées aux §§ 5 ou 6) et qui, le cas échéant en cette qualité, reçoivent des documents de cotisation qui sont établis annuellement, ainsi que les personnes qui obtiennent pour la première fois la qualité de titulaire telle qu'elle est visée à l'article 86, § 1er de la loi coordonnée, prouvent leur qualité de titulaire en produisant un des documents suivants:

- pour les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 1°, ainsi que pour ceux visés à l'article 86, § 1er, 1°, a) de

la loi coordonnée, une déclaration de l'employeur selon laquelle le titulaire est un travailleur salarié assujetti à un ou aux deux secteurs de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en vertu de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs ou un travailleur salarié assujetti à l'arrêté-loi du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs ou assimilés;

- pour les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 3°, ainsi que pour ceux visés à l'article 86, § 1er, 1°, c), de la loi coordonnée, une déclaration de l'Office National de l'Emploi établissant que le titulaire est en chômage contrôlé;

- pour les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 12°, de la loi coordonnée, (à l'exception des personnes visées aux §§ 5 ou 6.) un extrait de l'acte de décès ou une attestation qui prouve que l'intéressé est titulaire d'une pension de survie, établie par l'instance chargée du paiement de la pension de survie, pour le titulaire visé ici qui s'affilie en cette qualité à un autre organisme assureur, une attestation de l'ancien organisme assureur relative à la dernière qualité du conjoint décédé;

- pour les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 16°, de la loi coordonnée, une attestation délivrée par l'instance qui paye les allocations familiales, selon laquelle l'intéressé est orphelin de père et de mère et bénéficie du droit aux allocations familiales ou une attestation délivrée par le Ministère des Affaires sociales établissant que l'intéressé est un handicapé, orphelin de père et de mère bénéficiant d'une allocation de remplacement de revenus au sens de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations (aux personnes handicapées).

(Sur proposition du Service du Contrôle administratif, le Ministre ayant la Prévoyance sociale dans ses attributions fixe les modalités selon lesquelles doit être prouvée la qualité de titulaire, telle qu'elle est fixée à l'article 32, alinéa premier, 12° à 15°, de la loi coordonnée et précisée aux articles 128bis à 128quinquies.)

(§ 3. Pour les travailleurs indépendants visés à l'article 32, alinéa 1er, 1°bis, de la loi coordonnée, la qualité de titulaire est établie par la communication à leur organisme assureur des données concernant l'accomplissement de l'obligation de cotisation afférente à chaque année civile écoulée par la caisse libre d'assurances sociales ou par la Caisse nationale auxiliaire à laquelle ils sont affiliés en application de l'arrêté royal n° 38 précité.

Les personnes qui obtiennent pour la première fois la qualité précitée de titulaire, prouvent leur qualité de

titulaire au moyen des données qui sont communiquées par les caisses susvisées dans le mois suivant l'affiliation et qui attestent que ces personnes sont soumises à l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité en application de arrêté royal n° 38 précité.

Si le titulaire cesse son activité de travailleur indépendant, les caisses précitées communiquent ce fait et les données relatives à l'accomplissement de l'obligation de cotisation à l'organisme assureur dans le mois qui suit le dernier trimestre d'assujettissement à l'arrêté royal n° 38 précité.

Lorsqu'un titulaire a obtenu l'exonération complète de cotisations en application de l'article 22 de l'arrêté royal n° 38 précité, cette donnée est mentionnée dans les données communiquées par les caisses d'assurances sociales.

§ 4. Les dispositions du § 3 sont applicables aux titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 6°bis, 6°ter et 11°quater, de la loi coordonnée. Toutefois, les personnes qui bénéficient des dispositions de l'article 32, alinéa 1er, 6°ter sont censées avoir accompli leur obligation de cotisation pendant la période qui y est déterminée.

§ 5. Les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 11° bis et 11° ter de la loi coordonnée, et les personnes qui sont titulaires en vertu de l'article 32, alinéa 1er, 16° parce qu'elles sont veufs ou veuves d'un travailleur indépendant, établissent qu'ils ont la qualité de titulaire par une attestation qui leur est délivrée par l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants.

§ 6. Pour les travailleurs indépendants qui, dans les conditions prévues en vertu de la législation relative à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants, ont interrompu leur activité professionnelle pour cause de maladie ou d'invalidité et qui, en cette qualité, maintiennent leurs droits en application de la même législation, la qualité de titulaire est établie par la communication de la possession de celle-ci par l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants à leur organisme assureur.

Pour les travailleurs indépendants qui bénéficient d'une assimilation en vertu de l'article 37bis de l'arrêté royal du 22 décembre 1967 portant règlement général relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants, la qualité de titulaire est établie par la communication de la possession de celle-ci par l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants à leur organisme assureur.

§ 7.

§ 8. Les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 21°, de la loi coordonnée, établissent qu'ils ont la qualité de titulaire par la remise d'une attestation qui leur est fournie par leur autorité religieuse.

Cette attestation est remise par le titulaire à son organisme assureur.

La personne qui ne possède plus la qualité de titulaire susvisée remet à l'organisme assureur auprès duquel elle est affiliée ou inscrite un document attestant la perte de cette qualité et fourni par l'autorité religieuse dont elle dépendait.

§ 9. Les Ministres ayant le statut social des travailleurs indépendants et les Affaires sociales dans leurs attributions fixent conjointement la manière dont les données visées aux §§ 3 à 6 sont établies et transmises et déterminent également le délai de transmission de ces données. Lorsque les travailleurs indépendants visés aux §§ 3 à 6 ne sont pas affiliés à un organisme assureur ou que la transmission de données en dehors du titulaire ne s'avère pas possible, les données dont il est question dans les dispositions précitées sont transmises aux travailleurs indépendants concernés, qui les transmettent dans le mois qui suit leur réception, à l'organisme assureur auquel ils s'affilient.)

Art. 277. § 1er. (1° L'Office national de sécurité sociale et l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales communiquent aux organismes assureurs, pour les employeurs affiliés chez eux, les données d'identification du travailleur et les données d'assurabilité, visées au § 3, 1°, pour chaque année de référence.

2° L'Office national de sécurité sociale communique aux organismes assureurs, pour chaque année de référence, les données d'identification ainsi que les données d'assurabilité, visées au § 3, 2°, de la personne à laquelle une indemnité, un supplément, une rente ou un capital est dû en vertu de la législation sur la réparation des dommages résultant d'accidents du travail et qui tombe sous l'application des dispositions de l'arrêté royal du 21 décembre 1971 portant exécution de certaines dispositions de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

3° L'Office national de sécurité sociale communique aux organismes assureurs, pour chaque année de référence, les données d'identification ainsi que les données d'assurabilité, visées au § 3, 2°, de la personne à laquelle une indemnité, allocation ou rente est due en vertu de la législation sur la réparation des dommages causés par des maladies professionnelles et qui tombe sous l'application des dispositions de

l'arrêté royal du 18 janvier 1964 réglant les modalités de perception et de répartition des cotisations de sécurité sociale dues par les victimes des maladies professionnelles, bénéficiaires de la loi du 24 décembre 1963 relative à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles et à la prévention de celles-ci.

Lorsque la transmission électronique de données visée au point 1° à 3° s'avère être impossible ou lorsque le travailleur, la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle n'est pas affilié ou inscrit auprès d'un organisme assureur, l'Office national de sécurité sociale ou l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales fournissent, dans les deux semaines qui suivent la constatation de l'impossibilité de transmettre un bon de cotisation électronique, un bon de cotisation papier à l'employeur ou au Fonds des accidents du travail, au Fonds des maladies professionnelles ou à l'entreprise d'assurances habilitée à traiter les accidents du travail qui à leur tour remettent le bon de cotisation au travailleur, à la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, dans un délai de deux semaines.)

§ 2. (Abrogé)

§ 3. (1° Le bon de cotisation visé au §1, 1° mentionne, pour chaque trimestre de l'année de référence, la rémunération sur laquelle est retenue la cotisation pour l'assurance indemnités et/ou la cotisation pour l'assurance soins de santé, ainsi que la période à laquelle se rapporte cette rémunération, telles que ces notions sont respectivement définies dans la réglementation en matière de sécurité sociale des travailleurs et dans la réglementation en matière de sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés. Pour l'établissement du bon de cotisation, la rémunération est limitée au montant obtenu en multipliant le plafond de rémunération journalier par le nombre de jours de travail. Le plafond de rémunération journalier est fixé à (143,43 EUR) pour les travailleurs occupés à temps plein en régime de cinq jours par semaine, et à (119,52 EUR) pour les travailleurs occupés à temps plein dans un autre régime de travail, les travailleurs à temps partiel, les travailleurs saisonniers et les travailleurs intermittents; ces montants sont liés (à l'indice-pivot 103,14 (base 1996 = 100)) et sont, à partir de 1987, adaptés au 1er janvier de chaque année à l'indice-pivot atteint au 1er juillet de l'année précédente.

Le bon de cotisation mentionne également pour chaque trimestre de l'année de référence, le nombre de jours de travail, tel qu'il est défini à l'article 203, et le nombre de jours couverts par l'indemnité payée au cours de la deuxième semaine de salaire garanti; pour

les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel, le bon de cotisation mentionne en outre, pour chaque trimestre, le nombre d'heures de travail.

Le bon de cotisation comporte également une mention qui totalise pour les quatre trimestres de l'année de référence, le montant de la rémunération, le nombre de jours de travail, le nombre de jours couverts par l'indemnité payée au cours de la deuxième semaine de salaire garanti et, le cas échéant, le nombre d'heures de travail.

L'attestation de contrat d'apprentissage de professions exercées par des travailleurs salariés est remise par l'employeur dans les deux mois qui suivent la fin de l'année de référence ou la fin du contrat d'apprentissage. Cette attestation mentionne, pour chaque trimestre de l'année de référence, le nombre de jours et d'heures de travail. Elle comporte également une mention qui totalise pour les quatre trimestres de l'année de référence, le nombre de jours et d'heures de travail.

2° Le bon de cotisation visé au § 1, 2° et 3° indique, pour chaque trimestre de l'année civile, notamment la nature du dédommagement, le montant de ce dédommagement sur lequel est retenue la cotisation pour l'assurance soins de santé et indemnités, la période à laquelle il se rapporte ainsi que le degré d'incapacité.

Ce bon de cotisation mentionne également le montant du dédommagement, totalisé pour les quatre trimestres de l'année civile.)

Art. 278. (...) (Abrogé)

(Si la procédure prévue à l'article 277, § 1er, ne peut être appliquée, le Service du contrôle administratif, à la demande des organismes assureurs et pour autant que des preuves suffisantes soient produites, transmet les données manquantes à l'Office national de sécurité sociale ou à l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales, qui font parvenir ces données aux organismes assureurs conformément à la procédure prévue à l'article 277, § 1er.)

(Le Service du contrôle administratif peut en outre envoyer à l'organisme assureur une attestation tenant lieu de bon de cotisation provisoire. Sur base de cette attestation et compte tenu des autres données d'assurabilité, l'organisme assureur peut octroyer au travailleur concerné une assurabilité provisoire dont la durée de validité est fixée par le Service du contrôle administratif.)

(Alinéa 4 abrogé)

Art. 279. (Abrogé)

Art. 280. (Abrogé)

Art. 281. § 1er. L'Office national de l'emploi communique aux organismes assureurs, pour chaque année de référence, les données d'identification des chômeurs et les données d'assurabilité visées aux alinéas 3 et 4.

Lorsque la transmission électronique de données s'avère être impossible ou lorsque le chômeur n'est pas affilié ou inscrit auprès d'un organisme assureur, l'organisme de paiement des allocations de chômage remet, dans les deux semaines qui suivent la constatation de l'impossibilité de transmettre les données relatives au chômage par voie électronique, une attestation de chômage papier au chômeur.

L'attestation de chômage mentionne, pour chaque trimestre de l'année civile, notamment le nombre de journées de chômage contrôlé, le nombre de jours de vacances légales et la période à laquelle ces journées se rapportent.

Cette attestation comporte également une mention qui totalise, pour les quatre trimestres de l'année civile, le nombre de journées de chômage contrôlé et le nombre de jours de vacances légales.

§ 2. Au chômeur qui met un terme à son chômage, en acceptant d'effectuer à l'intervention de l'Office national de l'Emploi, un travail domestique, cet office remet, dans les deux mois suivant la fin de chaque année civile, éventuellement par l'intermédiaire de l'employeur l'attestation de travail domestique.

Cette attestation mentionne, pour chaque trimestre de l'année civile, notamment le nombre de jours de travail domestique et la période à laquelle ces jours se rapportent.

Cette attestation comporte également une mention qui totalise, pour les quatre trimestres de l'année civile, le nombre de jours de travail domestique.

§ 3. (Pour les travailleurs bénéficiant d'une allocation d'interruption visée à l'article 6 de l'arrêté royal du 2 janvier 1991 relatif à l'octroi d'allocations d'interruption, ou à l'article 4 de l'arrêté royal du 28 février 1991 relatif à l'interruption de la carrière professionnelle dans les administrations et autres services des ministères, ou à l'article 4 de l'arrêté royal du 12 août 1991 relatif à l'octroi d'allocations d'interruption aux membres du personnel de l'enseignement et des centres psycho-médico-sociaux, ou l'article 4, § 3, de l'arrêté royal du 27 novembre 1985 relatif à l'interruption de la carrière professionnelle pour les membres du personnel administratif, du personnel spécialisé, du personnel

de maîtrise et des gens de métier ou de service des institutions universitaires, l'Office national de l'emploi communique aux organismes assureurs, pour chaque année de référence, les données d'identification des travailleurs concernés et la période au cours de laquelle ceux-ci ont bénéficié d'une allocation d'interruption.

Lorsque la transmission électronique de données s'avère être impossible ou lorsque le travailleur bénéficiant d'une allocation d'interruption n'est pas affilié ou inscrit auprès d'un organisme assureur, l'Office national de l'emploi remet, dans les deux semaines qui suivent la constatation de l'impossibilité de transmettre les données relatives à l'interruption de carrière par voie électronique, une attestation d'ayant droit à une allocation d'interruption au travailleur.

Cette attestation mentionne, pour l'année civile, la période au cours de laquelle le travailleur a bénéficié de l'allocation d'interruption visée à l'alinéa 1er.)

(§ 4. Au militaire bénéficiant d'une allocation d'interruption visé à l'article 3, § 3bis, de la loi du 20 mai 1994 relative aux droits pécuniaires des militaires, le Ministère de la Défense nationale délivre une attestation d'ayant droit à une allocation d'interruption, dans les deux mois suivant la fin de chaque année civile au cours de laquelle le travailleur a bénéficié d'une allocation d'interruption.

Cette attestation mentionne, pour l'année civile, la période au cours de laquelle le travailleur a bénéficié de l'allocation d'interruption visée à l'alinéa 1er.)

§ 5. Pour les travailleurs qui bénéficient d'une indemnité en compensation du licenciement, visée à l'article 7, § 1er, alinéa 3, zf, de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, l'Office national de l'Emploi communique aux organismes assureurs les données d'identification des travailleurs concernés ainsi que la période au cours de laquelle ils bénéficient de l'indemnité en compensation du licenciement et le montant de cette indemnité.

Art. 282. (quatre alinéas abrogés)

L'instance qui paie les allocations familiales délivre à l'orphelin de père et de mère dans les deux mois suivant la fin de chaque année civile une attestation établissant que le titulaire est un orphelin de père et de mère bénéficiant du droit aux allocations familiales. L'attestation mentionne la période de l'année civile considérée pour laquelle les allocations familiales ont été payées.

Le handicapé, orphelin de père et de mère, bénéficiant d'une allocation de remplacement de

revenus en application de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux handicapés est assimilé à l'orphelin de père et de mère bénéficiant d'allocations familiales.

Le Ministère des Affaires sociales délivre dans les deux mois suivant la fin de chaque année civile à l'orphelin de père et de mère susvisé une attestation établissant que le titulaire est un orphelin de père et de mère bénéficiant d'une allocation de remplacement de revenus.

Sur cette attestation figure la période de l'année civile considérée durant laquelle une allocation de remplacement de revenus a été octroyée.

Ces attestations doivent être remises à l'organisme assureur dans les trois mois suivant l'année civile à laquelle elles se rapportent.

La titulaire visée à l'article 32, alinéa 1er, 4°, de la loi coordonnée est tenue de produire, à titre de preuve de sa situation, un certificat dans lequel le médecin traitant mentionne la date présumée de l'accouchement. Ce certificat doit être remis à l'organisme assureur dans les trente jours suivant la date de début du repos d'accouchement visé à l'article 32, alinéa 1er, 4°, précité.

Art. 283. Au début de chaque période d'assurance continuée visée à l'article 32, alinéa 1er, 6°, de la loi coordonnée, l'organisme assureur établit un certificat d'assurance continuée sur base des attestations produites par l'intéressé justifiant qu'il se trouve dans les conditions fixées à l'article 247.

Section IV. - De la remise des documents de cotisation.

Art. 284. Par dérogation aux alinéas 2 et 3, les documents de cotisation visés à l'article 276, § 1er, 1 à 5 et 7, doivent être remis par les titulaires à leur organisme assureur dans les trente jours qui suivent la délivrance de ces documents.

Les données d'assurabilité déduites des déclarations trimestrielles des employeurs, du Fonds des accidents du travail, de l'entreprise d'assurances habilitée à traiter les accidents du travail et du Fonds des maladies professionnelles, faites à l'Office national de sécurité sociale et les déclarations trimestrielles des employeurs faites à l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales et les données d'assurabilité visées à l'article 281, §§ 1er et 3 sont transmises aux organismes assureurs, par voie électronique, par les institutions précitées, au plus tard le 20 mars de l'année qui suit celle à laquelle les données se rapportent.

Les travailleurs qui ont reçu un bon de cotisation papier de l'Office national de sécurité sociale ou de l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales ou de l'Office national de l'emploi ou des organismes de paiement des allocations de chômage doivent remettre ce document de cotisation à leur organisme assureur dans le mois qui suit la réception.

Art. 285. Sans préjudice des dispositions de l'article 284, l'organisme assureur est tenu d'accepter les documents de cotisation présentés en dehors du délai prévu audit article.

Section V. - De la valeur minimum des documents de cotisation pour les secteurs soins de santé et indemnités.

Art. 286. (La valeur minimum, que les documents de cotisation doivent atteindre, est égale au produit de la multiplication des rémunérations annuelles fixées ci-dessous par la somme des taux des cotisations de sécurité sociale destinées au secteur des soins de santé et, le cas échéant, au secteur indemnités, de l'assurance soins de santé et indemnités, respectivement pour les travailleurs manuels, les travailleurs intellectuels et les ouvriers mineurs :

21 ans et plus ...

quatre fois le montant 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;

moins de 21 ans ...

trois-quarts du montant qui doit être pris en considération pour la tranche d'âge au-delà de 21 ans.)

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. L'adaptation du revenu mensuel minimum moyen garanti à l'indice des prix dans le courant d'une année civile ne protège ses effets, pour la détermination de la valeur minimale qui doit être atteinte, qu'au 1er janvier qui suit son application.

Toutefois pour les handicapés mis au travail dans les ateliers protégés, les rémunérations annuelles à prendre en considération sont fixées comme suit:

21 ans et plus	80 400
----------------	--------

19 et 20 ans	64 800
17 et 18 ans	48 000
moins de 17 ans	40 800

La valeur minimum à atteindre pour la période visée à l'article 121, § 2, ou à l'article 128, § 1er, de la loi coordonnée est égale à la moitié de la valeur minimum susmentionnée.

Cette valeur minimum est adaptée de la même manière, proportionnellement à la période de référence à prendre en considération, lorsque celle-ci est réduite à une période plus courte ou est supérieure à un an.

Art. 287. Le titulaire pour lequel l'organisme assureur a reçu un ou des documents de cotisation, représentant ensemble pour une année une valeur de cotisation inférieure aux minimums fixés à l'article 286, n'a droit pour lui et les personnes à sa charge aux prestations prévues par la loi coordonnée, qu'à la condition d'avoir versé à l'organisme assureur pour l'année de référence visée à l'article 123 de la loi coordonnée, toutes les cotisations, dites compléments de cotisation, destinées à combler la différence.

Art. 288. (alinéa abrogé)

Le paiement des indemnités auxquelles le titulaire pourrait prétendre à partir du (1er janvier de la deuxième année) suivant l'année de référence susvisée, est de même suspendu tant que l'intéressé n'a pas payé le complément de cotisation requis dans le cadre de l'assurance indemnités pour ladite année de référence, si en raison du défaut de paiement de ce complément de cotisation le titulaire ne remplit pas les conditions d'assurance requises pour l'octroi des indemnités en vertu des articles 128 à 130 de la loi coordonnée; dans un tel cas, l'organisme assureur procède en outre à la récupération des indemnités payées indûment à l'intéressé.

Art. 289. Les organismes assureurs tiennent à la disposition du Service du contrôle administratif les listes des compléments de cotisation qu'ils ont perçus de leurs membres ou les documents d'où il ressort que les compléments de cotisation ont été perçus.

Art. 290. Le complément de cotisation se calcule comme suit:

A. De la rémunération annuelle fixée à l'article 286 sont déduits:

1. Le montant indiqué sur les bons de cotisation;

2. Pour chacune des périodes de l'année de référence énumérées ci-après, telles qu'elles sont le cas échéant mentionnées sur les bons de cotisation respectifs, le montant obtenu en multipliant la rémunération annuelle fixée à l'article 286 par une fraction dont le numérateur est constitué par le nombre de jours ouvrables de la période et dont le dénominateur est 240:

1° (la période au cours de laquelle le titulaire s'est trouvé dans une période de protection de la maternité au sens de la loi coordonnée ainsi que la période au cours de laquelle le titulaire visé à l'article 32, alinéa 1er, 1°, de la loi coordonnée a été reconnu incapable de travailler;)

2° la période au cours de laquelle le titulaire a épuisé le reste du repos postnatal, à la place de la mère, conformément à (l'article 114, alinéa 5), de la loi coordonnée;

3° la période se composant des jours au cours desquels le titulaire était en chômage contrôlé;

4° la période au cours de laquelle la travailleuse avait cessé le travail ou interrompu une période de chômage contrôlé pour se reposer au plus tôt à partir du cinquième mois de grossesse;

5° la période au cours de laquelle le titulaire a, pour mettre un terme à son chômage, effectué un travail domestique tout en conservant, pour l'application de la réglementation de l'assurance chômage, la qualité de salarié habituel;

6° la période pendant laquelle le titulaire était lié par un contrat d'apprentissage visé à l'article 1erbis de l'arrêté royal du 28 novembre 1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs;

7° (la période d'assurance continuée (visée à l'article 32, alinéa 1er, 6°, de la loi coordonnée); cette période ne peut toutefois être prise en considération qu'à la condition que l'obligation de cotisation, prévue à l'article 250, ait été remplie pour cette période;)

(8° la période pendant laquelle le titulaire est envoyé à l'étranger par son employeur ou son autorité religieuse pour y accomplir une mission, de même que la période pendant laquelle le titulaire accomplit son service militaire à l'étranger et la période d'engagement volontaire militaire pendant laquelle le titulaire perçoit une solde;

9° la période au cours de laquelle l'intéressé avait la qualité de titulaire visée à l'article 32, alinéa 1er, (7° à 11°ter) et 16°, de la loi coordonnée; (pour le calcul du complément de cotisation dû pour les années de

référence 2006 et 2007, la période susvisée est prise en considération si les cotisations personnelles dues par les titulaires susvisés et par les titulaires visés à l'article 4, 7°, 8° et 9° de l'arrêté royal du 29 décembre 1997 susvisé, tel qu'il était d'application au 31 décembre 2007, ont été payées;)

10° la période au cours de laquelle le titulaire était personne à charge au sens de l'article 32, alinéa 1er, 17° à 19°, de la loi coordonnée (...) ou continuait à bénéficier des prestations en vertu de l'article 127, ainsi que la période au cours de laquelle le titulaire avait la qualité de titulaire au sens de l'article 32, alinéa 1er, 20°, de la loi coordonnée;

11° la période pendant laquelle existait le droit aux interventions pour soins de santé à charge des pouvoirs publics belges en dehors des régimes d'assurance obligatoire relevant de l'institut, ou pendant laquelle le droit aux interventions existait en application d'un régime d'assurance obligatoire d'un pays étranger avec lequel une convention de sécurité sociale est intervenue ou en vertu d'un régime d'assurance obligatoire organisé par un des pays de l'Espace économique européen ou en vertu du statut d'une institution de droit international ou européen, établie en Belgique ou dans laquelle le titulaire était occupé en Belgique;)

12° (pour le calcul du complément de cotisation dû pour les années 2008 et suivantes, la période se composant des jours ouvrables pendant lesquels l'intéressé avait la qualité de titulaire visée à l'article 32, alinéa 1er, 1°bis, de la loi coordonnée, à condition, soit qu'il ait payé une cotisation sociale au moins égale à la cotisation minimum due en application de l'article 12, § 1er, de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, soit qu'il ait payé les cotisations dues en application de l'article 12, § 1erbis ou § 1erter, du même arrêté, soit enfin qu'il ait obtenu une dispense de cotisation en application de l'article 22 du même arrêté.)

(12°bis pour le calcul du complément de cotisation dû pour les années 2006 et 2007, la période se composant des jours ouvrables d'assujettissement au régime d'assurance soins de santé instauré par l'arrêté royal du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses, tel qu'il était d'application au 31 décembre 2007, pour autant que le titulaire ait rempli ses obligations de cotisation imposées par le même arrêté pour obtenir le droit aux prestations énumérées par son article 1er.)

(13° la période de vacances légales;

14° la période de devoirs civiques sans maintien de la rémunération, de mandat public ou de mission syndicale;

15° la période de promotion sociale;

16° la période de grève ou de lock-out;)

(17° la période se composant des jours ouvrables pendant lesquels l'intéressé avait la qualité de titulaire, telle que visée à l'article 32, alinéa premier, (12° à 15° et 22°), de la loi coordonnée, cette période ne peut cependant être prise en considération qu'à la condition que l'obligation de paiement d'une cotisation a été remplie dans la qualité précitée. La période, pendant laquelle une des qualités susvisées de titulaire existait, ne peut, en outre, être prise en considération pour une partie seulement;)

(18° les jours de vacances et les jours fériés légaux des gardiens et gardiennes d'enfants sans accueil d'enfants, visés à l'article 203, alinéa 4, 14.)

(19° la période se composant des jours ouvrables pendant lesquels l'intéressé avait la qualité de titulaire visée à l'article 32, alinéa 1er, 6°bis et 11°quater, de la loi coordonnée, à condition qu'il ait rempli les obligations visées respectivement à l'article 136ter et 136quater ;

20° la période se composant des jours ouvrables pendant lesquels intéressé avait la qualité de titulaire visée à l'article 32, alinéa 1er, 6°ter, de la loi coordonnée;

21° la période se composant des jours ouvrables pendant lesquels le travailleur indépendant a, dans les conditions prévues en vertu de la législation relative à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants, interrompu son activité professionnelle pour cause de maladie ou d'invalidité et qui, en cette qualité, maintient ses droits en application de la même législation et la période durant laquelle le travailleur indépendant bénéficie d'une assimilation en vertu de l'article 37bis de l'arrêté royal du 22 décembre 1967 portant règlement général relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants;

22° la période se composant des jours ouvrables pendant lesquels l'intéressé avait la qualité de titulaire visée à l'article 32, alinéa 1er, 21°, à condition qu'il ait rempli les obligations visées à l'article 136bis;)

23° la période pendant laquelle le titulaire perçoit une indemnité en compensation du licenciement visée à l'article 7, § 1er, alinéa 3, zf), de l'arrêté-loi du 28

décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.

(Si une même période de l'année de référence est couverte ou peut être couverte par plusieurs périodes mentionnées sous le littéra A ou si une période de l'année de référence est ou peut tout aussi bien être couverte par une période pour laquelle un bon de cotisation a été délivré comme une des périodes précitées, la période à laquelle est liée l'obligation de cotisation la moins élevée, pour l'intéressé, est prise en compte prioritairement.)

B. § 1er. Le montant du complément de cotisation s'obtient en multipliant le montant résultant de l'application du littéra A arrondi à la centaine supérieure, par la somme des taux de cotisation dus pour le secteur des soins de santé et le cas échéant, le secteur indemnités de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Toutefois, si ce montant est inférieur à (10 EUR), il n'y a pas lieu de réclamer de complément de cotisation.

(Si l'année de référence ne se compose que de périodes au sens du littéra A, 2, 17°, il y a lieu de payer comme cotisation complémentaire, un montant égal au montant des cotisations personnelles encore dues pour les périodes en question.)

§ 2. (Si, au cours de l'année de référence concernée, un ou plusieurs mois de stage, visé à l'article 130, apparaissent et si ce stage a été accompli, il convient, pour le calcul du complément de cotisation afférent à l'année de référence, de diminuer la valeur minimum, visée à l'article 286, proportionnellement à cette période constituée de mois de stage dans l'année de référence.)

§ 3. (Lorsqu'il faut contrôler si une cotisation complémentaire est due pour une année de référence, où apparaît une période qui ne peut pas faire partie des périodes énumérées sous A, 2, de cette disposition, et qui se situe avant la date à laquelle l'inscription ou la réinscription, au sens de l'article 252 sortit ses effets, il convient, pour le calcul de la cotisation complémentaire, de diminuer la valeur minimum, visée dans l'article 286, proportionnellement à cette période.)

(Lorsqu'il faut contrôler si une cotisation complémentaire est due pour une année de référence, au cours de laquelle apparaît une période qui ne peut pas faire partie des périodes énumérées sous A, 2, de cette disposition et pendant laquelle le titulaire se trouvait en séjour à l'étranger, il convient, pour le calcul de la cotisation complémentaire, de diminuer la valeur minimum visée à l'article 286

proportionnellement à cette période. Le séjour à l'étranger susmentionné est établi par les moyens de preuve reconnus comme tels par le Service du contrôle administratif.)

Art. 291. Pour les personnes assujetties, d'une part, soit à la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, pour le régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, secteurs des soins de santé et des indemnités, soit à l'arrêté-loi du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés et, d'autre part, à la loi du 27 juin 1969 précitée pour le régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, limité au seul secteur des soins de santé, il y a lieu d'appliquer les dispositions de l'article 290, A et B séparément en ce qui concerne le secteur des soins de santé et le secteur des indemnités.

Art. 292. Pour les travailleurs intermittents, les travailleurs saisonniers et les travailleurs à temps partiel, non dispensés du stage, le complément de cotisation dû pendant la période de stage pour le droit aux indemnités se calcule comme prévu à l'article 290; toutefois pour l'application du point A. 2 dudit article, il y a également lieu de déduire le nombre de jours ouvrables situés entre les périodes successives d'assujettissement.

Art. 293. Lorsque le complément de cotisation réclamé en vertu de l'article 288 est insuffisant, les prestations de l'assurance ne sont acquises qu'après que le montant exact ait été payé.

Section Vbis. - (insérée par AR 1998-11-18/34, art. 1, En vigueur : 01-01-1999#) Des règles relatives à l'EURO.

Art. 293bis. (inséré par AR 1998-11-18/34, art. 1, En vigueur : 01-01-1999#) Dans les formulaires dont le modèle est déterminé par un arrêté d'exécution de la loi coordonnée susvisée, les montants y mentionnés sont libellés en francs belges jusqu'au 31 décembre 2001, à l'exception des formulaires pour lesquels l'indication ou l'utilisation de l'EURO ou le choix d'une monnaie est prévu.

Section VI. - Des prestations fournies en dehors du territoire national.

Art. 294. § 1. En application de l'article 136, § 1er, de la loi coordonnée, les prestations de santé fournies en dehors du territoire national sont accordées:

1° pour lui-même et pour les personnes à sa charge qui y séjournent avec lui, au titulaire qui se trouve en

période d'incapacité de travail et a été autorisé préalablement par le médecin-conseil à séjourner temporairement à l'étranger tout en gardant sa résidence principale en Belgique.

(Le médecin-conseil peut, pour une période maximale de deux mois, autoriser un séjour temporaire après le début des délais prévus dans l'article 177, § 1er, 1° et 2°, pour l'établissement des rapports qui y sont visés.)

(L'autorisation préalable du médecin-conseil n'est pas requise pour les personnes qui tombent sous le champ d'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 du 14 juillet 1971, en ce qui concerne un séjour temporaire dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen;)

2° pour le bénéficiaire, lorsque le rétablissement de sa santé nécessite une hospitalisation qui peut être donnée dans de meilleures conditions médicales à l'étranger et qui est préalablement jugée indispensable par le médecin-conseil;

3° pour le bénéficiaire qui doit, au cours d'un séjour dans un pays qui n'appartient pas à l'Union européenne ou à l'Espace économique européen, être hospitalisé d'urgence;

4° pour le titulaire et pour les personnes à sa charge qui résident avec lui sur le territoire d'un autre pays, lorsque le titulaire est occupé sur ce territoire et reste assujéti à la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs ou à l'arrêté-loi du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés;

5° pour le bénéficiaire atteint de tuberculose et pour lequel le médecin-conseil reconnaît la nécessité d'une cure sanatoriale à l'étranger, dans un établissement agréé par le Service des soins de santé;

6° pour le bénéficiaire qui a recours, en dehors du territoire national, à un médecin ou à une sage-femme étrangère, autorisés à pratiquer en Belgique;

7° pour le bénéficiaire ayant sa résidence principale dans une région frontalière qui se fait soigner dans un établissement hospitalier, situé en dehors du territoire national dans un rayon de vingt-cinq kilomètres maximum de sa résidence principale, à condition qu'il n'y ait en Belgique, aucun établissement similaire plus rapproché;

8° pour le bénéficiaire dont la rééducation fonctionnelle ou professionnelle s'effectue à l'étranger;

9° a) pour le bénéficiaire qui se fait soigner au Grand-Duché du Luxembourg, s'il a sa résidence principale

dans un des cantons d'Arlon et de Messancy, arrondissements administratifs de Virton et de Bastogne, ou communes de Mellier, Léglise, Ebly, Juséret, Witry et Anlier;

b) pour le bénéficiaire qui se fait soigner en France dans un rayon de 50 kilomètres de sa résidence principale, si elle se situe dans un des cantons de Bouillon, Chimay, Couvin, Florenville, Gedinne et Virton.

Toutefois, cette dérogation ne vise, en ce qui concerne les prestations de santé, que:

- la médecine spéciale;
- l'obstétrique;
- l'hospitalisation;
- les soins dentaires;
- les fournitures pharmaceutiques, prescrites à l'occasion des soins visés ci-dessus;

10° pour le bénéficiaire blessé au cours d'un accident sur le territoire national, dont l'état requiert des soins urgents et qui est transporté vers un établissement hospitalier situé à l'étranger, plus proche ou mieux accessible que tout établissement similaire situé en Belgique.

Il en est de même du bénéficiaire qui se trouve inopinément dans un état requérant des soins urgents dans un établissement hospitalier.

11° (aux titulaires et à leurs personnes à charge, visés dans l'article 32, alinéa premier, 12°, de la loi coordonnée précitée, lorsqu'ils séjournent sur le territoire d'un pays avec lequel la Belgique n'est pas liée par un instrument international en matière de sécurité sociale comprenant les soins de santé.)

12° au bénéficiaire pendant un séjour dans un Etat membre de l'Union européenne ou un Etat appartenant à l'Espace économique européen.

Les prestations de santé comprennent les prestations qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical au cours du séjour, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour;

13° au bénéficiaire qui reçoit des prestations de santé programmées dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou un Etat appartenant à l'Espace économique européen.

Dans les cas prévus au 14°, une autorisation préalable reste requise;

14° au bénéficiaire qui reçoit des prestations de santé programmées dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou un Etat appartenant à l'Espace

économique européen, pour lesquelles le médecin-conseil a accordé une autorisation préalable.

L'autorisation préalable du médecin-conseil est requise pour les prestations de santé qui :

a) font partie d'une politique de programmation qui vise à garantir un accès suffisant et permanent à une offre équilibrée de traitements de haute qualité en Belgique ou qui s'appuie sur la volonté de maîtriser les coûts et d'éviter, dans toute la mesure du possible, tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines, et

(i) qui requièrent une hospitalisation d'une nuit au minimum, ou

(ii) l'utilisation des infrastructures ou des équipements médicaux hautement spécialisés et onéreux;

b) impliquent un risque particulier pour le patient ou la population;

c) sont dispensées par un dispensateur de soins qui, en l'espèce, pourrait susciter des inquiétudes graves ou spécifiques sur la qualité ou la sécurité des soins, à l'exception des soins de santé qui relèvent de la législation de l'Union qui garantit un niveau de sécurité et de qualité minimal sur tout le territoire de l'Union.

Les prestations de santé visées sous le a) du précédent alinéa sont fixées par le Ministre. La liste de ces prestations de santé est publiée sur le site web de l'Institut national d'assurance maladie invalidité.

Sans préjudice des situations mentionnées sous les lettres a) à c) inclus du deuxième alinéa, l'autorisation préalable ne peut pas être refusée si le traitement ne peut pas être dispensé dans un délai qui, vu l'état de santé du bénéficiaire à ce moment-là, ses antécédents et l'évolution probable de sa maladie, est médicalement acceptable lorsque la demande d'autorisation préalable est introduite ou réintroduite.

L'autorisation préalable est refusée :

a) si un examen clinique montre avec une certitude suffisante que le patient sera exposé à un risque de sécurité qui ne peut être considéré comme acceptable, compte tenu de l'avantage potentiel pour le patient des prestations de santé transfrontalières recherchés;

b) s'il existe des raisons valables de penser que la population sera exposée à un risque de sécurité considérable, du fait des prestations de santé en question;

c) si ces prestations de santé doivent être fournis par un dispensateur de soins de santé qui suscite des

inquiétudes graves et spécifiques liées au respect des normes et des orientations en matière de qualité des soins et de sécurité des patients, y compris des dispositions sur la surveillance, que ces normes et orientations soient fixées par des dispositions législatives et réglementaires ou par des systèmes d'agrément établis par l'Etat membre de traitement;

d) si le traitement peut être dispensé sur le territoire national dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de l'état de santé du moment du bénéficiaire et de l'évolution probable de sa maladie.

§ 1er/1. Les autorisations visées au § 1er, 2° et 14°, ne peuvent pas être accordées pour des prestations de santé qui ne sont pas remboursées par l'assurance maladie obligatoire soins de santé ou pour lesquelles les conditions de remboursement n'ont pas été remplies.

§ 2. Le remboursement des prestations de santé est subordonné à la condition :

- qu'elles aient été données soit par une personne autorisée légalement à exercer l'art de guérir dans le pays où elles ont été données, soit dans un établissement hospitalier présentant les garanties médicales suffisantes ou qui est agréé par les autorités du pays où il est situé, et

- que le bénéficiaire ait déjà payé les frais au moment de la demande de remboursement. La preuve est faite par des pièces justificatives qui ont été reconnues comme telles par le Service du contrôle administratif.

Les autorisations visées au § 1er, 1°, 2°, 5° et 14°, sont immédiatement notifiées à l'intéressé par le médecin-conseil qui verse une copie de la notification au dossier visé à l'article 254, alinéa 1er. Lorsqu'elles concernent des titulaires, une copie de la notification est adressée au bureau provincial du Service d'évaluation et de contrôle médical.

Les prestations de biologie clinique fournies à l'occasion d'une hospitalisation visée au § 1er, 2°, 3°, 12° et 14°, sont remboursées aux tarifs applicables pour un patient non hospitalisé, conformément à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le remboursement des prestations de santé ne peut jamais dépasser le montant des frais réellement engagés.

§ 2/1. La demande écrite d'autorisation préalable pour des prestations de santé à l'étranger est introduite par le bénéficiaire auprès du médecin-conseil de son organisme assureur par lettre

recommandée à la poste ou par tout autre moyen permettant de déterminer avec certitude la date d'introduction de la demande. La demande est signée par le bénéficiaire lui-même ou par son représentant légal.

A la demande est joint le rapport médical circonstancié d'un médecin spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection en question et autorisé légalement à exercer l'art de guérir dans un Etat membre de l'Union européenne ou un Etat appartenant à l'Espace économique européen, et qui doit permettre au médecin-conseil de se faire une opinion. Le médecin-conseil peut, le cas échéant, demander un avis supplémentaire d'un médecin spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection en question et autorisé à exercer l'art de guérir en Belgique.

§ 2/2. Lors de l'examen de la demande d'autorisation préalable, le médecin-conseil tient compte :

- a) de l'état de santé spécifique du bénéficiaire,
- b) de l'urgence et des circonstances individuelles.

Le médecin-conseil réagit dans les 45 jours civils à la demande introduite et en informe l'assuré par écrit. Sa réaction peut contenir les décisions suivantes :

- la demande est approuvée;
- la demande fait l'objet d'un refus justifié par une motivation circonstanciée;
- la demande est incomplète ou nécessite des informations supplémentaires. Dans ce cas, le médecin-conseil en informe le bénéficiaire et lui demande des informations supplémentaires. Au besoin, le médecin-conseil peut convoquer le bénéficiaire à un examen médical.

Le délai fixé à l'alinéa précédent commence le jour suivant le jour de la réception de la demande écrite. Dans le cas où le médecin-conseil demande des informations supplémentaires, le délai dans lequel le médecin-conseil doit réagir est suspendu. Le délai commence de nouveau à courir le jour suivant le jour auquel les informations supplémentaires ont été reçues.

A défaut de réponse du médecin-conseil dans le délai mentionné au présent paragraphe, l'autorisation est réputée avoir été accordée.

§ 3. En application de l'article 136, § 1er de la loi coordonnée, les indemnités d'incapacité de travail sont accordées lorsque le titulaire se trouve en dehors du territoire national pour autant qu'il soit dans une des situations visées au § 1er et qu'il remplisse les autres conditions d'octroi des indemnités d'incapacité

de travail et notamment celles qui sont visées par l'article 100 de la loi coordonnée.

§ 4. ...

Section VII. - De l'octroi des prestations en cas de dommage couvert par une autre législation.

Art. 295. § 1. L'octroi des prestations prévu à l'article 136, § 2 de la loi coordonnée est subordonné aux conditions que celui qui, pour lui-même ou pour les personnes à sa charge, fait appel aux prestations de l'assurance, mette son organisme assureur dans la possibilité d'exercer le droit visé à cet article et l'informe:

1° de ce qui le dommage qui motive cet appel est susceptible d'être couvert par le droit commun ou par une autre législation belge ou étrangère;

2° de tous les éléments ou circonstances de nature à établir si le dommage doit être réparé en vertu du droit commun ou d'une autre législation, y compris les informations ou actes judiciaires dont lui-même ou les personnes à sa charge seraient l'objet à propos du dommage;

3° de toute action ou autre procédure engagée en vue d'obtenir, pour lui-même ou pour les personnes à sa charge, la réparation du dommage en vertu du droit commun ou d'une autre législation.

§ 2. L'information visée au § 1er, 1°, peut être donnée au moyen du document visé à l'article 88 de la loi coordonnée, lorsque l'appel aux prestations porte notamment sur l'octroi de l'indemnité d'incapacité de travail.

L'information visée au § 1er, 2°, peut être donnée au moyen du formulaire que l'organisme assureur fournit au titulaire aussitôt qu'il a reçu de celui-ci l'information visée au § 1er, 1°.

Le modèle de ce formulaire est établi par le Service du contrôle administratif.

§ 3. ...

CHAPITRE III. - (Notification et communication des décisions en exécution de la charte de l'assuré social.)

Art. 295bis. Toute décision en matière de soins de santé et/ou d'indemnités qui entraîne l'application de la règle de cumul prévue par l'article 136, § 2, de la loi coordonnée est communiquée au bénéficiaire ou à son représentant par lettre ordinaire.

Celle-ci mentionne, outre les indications visées à l'article 14, 5° et 6°, de la loi précitée du 11 avril 1995,

la faculté pour le titulaire de demander à sa mutualité une révision ou régularisation dans le délai de deux ans, conformément à l'article 174 de la loi coordonnée, ainsi que la faculté d'intenter un recours devant la juridiction compétente dans le même délai en cas de désaccord avec sa mutualité.

Art. 295ter. Les décisions de récupération des prestations à charge du bénéficiaire, visées à l'article 164 de la loi coordonnée, sont notifiées au bénéficiaire par lettre recommandée à la poste.

La notification peut être effectuée par lettre ordinaire lorsque le montant de l'indu est inférieur ou égal à (150 EUR), exception faite des cas dans lesquels il convient d'interrompre la prescription visée à l'article 174 de la loi coordonnée.

Ces décisions comportent les mentions suivantes :

- 1° la constatation de l'indu;
- 2° le montant total de l'indu, ainsi que le mode de calcul;
- 3° le texte et les références des dispositions en infraction desquelles les paiements ont été effectués;
- 4° le délai de prescription pris en considération;
- 5° le cas échéant, la possibilité pour l'institution de sécurité sociale de renoncer à la répétition de l'indu et la procédure à suivre afin d'obtenir cette renonciation;
- 6° la possibilité de soumettre une proposition motivée en vue d'un remboursement étalé;
- 7° la possibilité d'intenter un recours devant la juridiction compétente dans les trois mois à dater de la notification de la décision de récupération ainsi que les modalités pour intenter un tel recours;
- 8° le contenu des articles 728 et 1017 du Code judiciaire, ainsi que la liste comportant les adresses des tribunaux de travail;
- 9° les références du dossier, ainsi que le nom et le numéro de téléphone de la personne ou du service qui gère le dossier et qui peut fournir des informations à propos de celui-ci.

Art. 295quater. L'Institut et les organismes assureurs fournissent à tout assuré social qui en fait la demande écrite les informations utiles concernant ses droits et obligations dans le cadre de la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Lorsque cette législation présente des points communs avec d'autres secteurs de la sécurité sociale, les informations peuvent aussi concerner les droits et obligations dans ces autres secteurs.

On entend par informations utiles toute information qui éclaire l'assuré social sur sa situation personnelle, dans le domaine concerné par sa demande. Ces informations portent notamment sur les conditions d'octroi des prestations, sur les éléments pris en considération pour déterminer le montant des prestations et sur les raisons de réduction, de suspension ou de refus des prestations.

Ces informations sont fournies dans un délai de quarante-cinq jours au maximum. Ce délai prend cours à la réception de la demande d'informations par l'Institut ou les organismes assureurs.

TITRE IVbis. - Du Fonds des accidents médicaux.

Art. 295quinquies/1. Les membres visés à l'article 137quater, § 2, alinéa 1er, 1° de la loi coordonnée, de même que le président et le vice-président sont nommés, sur présentation du Conseil des Ministres.

Les membres visés à l'article 137quater, § 2, alinéa 1er, 2° de la loi coordonnée, sont nommés parmi les candidats présentés par les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs et par les organisations représentatives des travailleurs indépendants en nombre double de celui des mandats à attribuer.

Les membres visés à l'article 137quater, § 2, alinéa 1er, 3° de la loi coordonnée, sont nommés parmi les candidats présentés par les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés, en nombre double de celui des mandats à attribuer.

Les membres visés à l'article 137quater, § 2, alinéa 1er, 4° de la loi coordonnée, sont nommés parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer.

Les membres visés à l'article 137quater, § 2, alinéa 1er, 5° de la loi coordonnée, sont nommés parmi les candidats présentés par les associations représentatives de prestataires de soins.

Les membres visés à l'article 137quater, § 2, alinéa 1er, 6° de la loi coordonnée, sont nommés parmi les candidats présentés par les associations représentatives des institutions de soins.

Les membres visés à l'article 137quater, § 2, alinéa 1er, 7° de la loi coordonnée, sont nommés parmi les candidats présentés par les associations représentatives de patient.

Les membres visés à l'article 137quater, § 2, alinéa 1er, 8° de la loi coordonnée, sont nommés parmi les

personnes qui ont adressé une candidature individuelle.

Art. 295quinquies/2. Pour chaque membre effectif, il est nommé un membre suppléant.

Art. 295quinquies/3. Il est pourvu immédiatement au remplacement de tout membre qui aura cessé de faire partie du Comité de gestion avant la date normale d'expiration de son mandat.

Le nouveau membre ainsi désigné achève le mandat de celui qu'il remplace.

Art. 295quinquies/4. Le membre dont le mandat a expiré continue de siéger valablement jusqu'à la nomination de son remplaçant.

TITRE V. - Du contrôle et du contentieux.

CHAPITRE I. - Du contrôle médical.

Section I. - Du Comité du (Service d'évaluation et de contrôle médicaux).

Art. 296. La convocation aux réunions du Comité du (Service d'évaluation et de contrôle médicaux) mentionne dans tous les cas l'objet de la réunion.

Art. 297. Les rapports visés à l'article 141, § 1er, alinéa 1er, 13°, de la loi coordonnée, établis par le Comité sont trimestriels. Ils sont transmis conformément à l'article 141, § 1er, alinéa 1er, 14°, de la loi coordonnée, accompagnés des suggestions visées par ce littéra, dans le courant du trimestre qui suit celui au cours duquel les constatations ont été faites.

Le Comité peut toutefois établir à tout moment des rapports spéciaux circonstanciés lorsqu'il estime que les constatations faites doivent être portées sans délai à la connaissance du Ministre, du Comité général, du Conseil général de l'assurance soins de santé ou du Comité de gestion du Service des indemnités.

Art. 298. Le mandat des membres du Comité prend cours le 15 février 2003. Les mandats en cours prennent fin de plein droit à la même date.

Le mandat est quadriennal et renouvelable. Toutefois, pour les membres de groupements concernés par les élections visées à l'article 211 de la loi coordonnée, le premier renouvellement a lieu le premier jour du mois suivant le dépouillement.

Le mandat des membres décédés ou démissionnaires est achevé par leurs successeurs.

Art. 299. Lorsque le Comité est invité à se réunir à la requête du Ministre, la réunion a lieu dans les huit jours de la requête.

Section II. - Des contestations entre les médecins-conseils et les médecins-inspecteurs.

Art. 300. § 1. Les contestations visées à l'article 152 de la loi coordonnée sont soumises en première instance au (médecin-inspecteur-directeur) de la province ou de la région bilingue de Bruxelles Capitale dans laquelle le médecin-conseil à sa résidence administrative.

Le (médecin-inspecteur-directeur) est saisi de la contestation par la voie d'une requête motivée et signée, qui lui est adressée sous la formalité de la recommandation à la poste, au plus tard dans les quarante-huit heures après la notification à la partie demanderesse de la décision qu'elle conteste.

§ 2. Le (médecin-inspecteur-directeur) requiert immédiatement la production par les parties des documents afférents à la contestation.

Sa décision est motivée; il la prend dans les cinq jours de la réception de la requête visée au § 1er, et la notifie aux parties dans les cinq jours suivants, par lettre recommandée à la poste.

Art. 301. § 1. L'appel des décisions du (médecin-inspecteur-directeur), prévu à l'article 152 de la loi coordonnée, est formé par acte motivé et signé, adressé sous la formalité de la recommandation à la poste, au président du Comité du (Service d'évaluation et de contrôle médicaux), au plus tard le troisième jour à partir de la notification visée au § 2 de l'article 300.

L'appel est suspensif.

§ 2. Dès réception de l'acte d'appel visé au § 1er, il est fixé jour aux parties pour produire tous éléments d'information nouveaux et comparaître devant le Comité du (Service d'évaluation et de contrôle médicaux).

Cette communication est donnée aux parties sous la formalité de la recommandation à la poste.

Le Comité du Service du contrôle médical statue dans les quinze jours de la réception de l'acte d'appel.

Sa décision est motivée; elle est notifiée aux parties par lettre recommandée à la poste, dans les vingt jours de la réception de l'acte d'appel.

Art. 302. Lorsque le (médecin-inspecteur-directeur) ou le Comité du (Service d'évaluation et de contrôle médicaux) ont été amenés à ordonner un complément

d'information, les délais qui leur sont impartis par les articles 300 et 301 pour prendre et notifier leurs décisions, sont prolongés de six jours.

Art. 303. Le jour qui est le point de départ d'un délai n'y est pas compris; le jour de son échéance y est compris.

Lorsque le dernier jour du délai est un samedi, un dimanche ou un jour férié légal, ce délai est prolongé jusqu'au plus prochain jour ouvrable.

Section III. - Des commissions d'appel.

(NOTE : les dossiers qui ont déjà été introduits avant la Loi-programme (II) du 24 décembre 2002, demeurent traités conformément aux dispositions des articles 304 à 311)

Art. 304. (Abrogé)

Art. 305. (Abrogé)

Art. 306. (Abrogé)

Art. 307. (Abrogé)

Art. 308. (Abrogé)

Art. 309. (Abrogé)

Art. 310. (Abrogé)

Section IIIbis- Chambres de recours.

Art. 310bis. (abrogé)

Art. 310ter. (abrogé)

Art. 310quater. (abrogé)

Art. 310quinquies. (abrogé)

Art. 310sexies. (abrogé)

Art. 310septies. (abrogé)

Art. 310octies. (abrogé)

Art. 310novies. (abrogé)

Art. 310decies. (abrogé)

Section IV. - De la publicité des décisions d'interdiction d'intervention de l'assurance.

Art. 311. (Abrogé)

CHAPITRE II. - Du contrôle administratif.

Section I. - Du Comité du Service du contrôle administratif.

Art. 312.

Art. 313.

Art. 314.

Art. 315.

Art. 316.

Section II. - Des sanctions applicables aux organismes assureurs et aux offices de tarification.

Art. 317.

Art. 318.

Art. 319.

Art. 320.

Art. 321.

Section III. - De la récupération des prestations payées indûment.

Art. 322. En vue de l'application de l'article 164 de la loi coordonnée, l'Institut informe les organismes assureurs, dans les quinze jours, lorsqu'il a déposé plainte en justice ou transmis un dossier au procureur du Roi concernant des erreurs ou des fraudes commises par un dispensateur de soins.

L'Institut communique à cette fin l'identité du dispensateur, la nature des erreurs ou des fraudes constatées et la période sur laquelle portent les constatations faites. Il communique, dès qu'il en est informé, la suite y réservée par le procureur du Roi et éventuellement la copie du dossier répressif et la date à laquelle l'affaire sera appelée.

Art. 323. (Abrogé)

Art. 324. Lorsqu'un dispensateur de soins a encouru une condamnation judiciaire pour des fraudes commises en matière d'assurance soins de santé et indemnités, l'organisme assureur préjudicé est tenu, dans les six mois à partir de la date à laquelle il a eu connaissance du jugement, de mettre en oeuvre tous les moyens dont il dispose, y compris la voie judiciaire, pour obtenir réparation;

Art. 325. L'organisme assureur inscrit le montant des prestations payées indûment dans un compte spécial:

a) avant la fin du trimestre qui suit celui au cours duquel l'organisme assureur a lui-même constaté le paiement indu;

b) dans les deux mois qui suivent la notification de la constatation par le Service du contrôle administratif lorsque cette constatation n'est pas contestée par l'organisme assureur devant le tribunal du travail;

c) dès qu'il a connaissance de la décision judiciaire définitive prononcée suite à la contestation par l'organisme assureur de la constatation d'un paiement indu par le Service du contrôle administratif;

d) dès qu'il a connaissance de la décision judiciaire définitive par laquelle un remboursement ou dédommagement définitif ou à titre provisionnel lui est accordé.

Art. 326. § 1er. La récupération des prestations payée indûment est effectuée par l'organisme assureur dans un délai de deux ans à partir de la date :

a) de la constatation pour les cas visés à l'article 325, a);

b) de la notification du Service du contrôle administratif pour les cas visés à l'article 325, b);

c) du prononcé de la décisions judiciaire définitive pour les cas visés à l'article 325, c) et d).

§ 2.

§ 2. (ancien § 3) Le délai visé au § 1er est suspendu :

a) à partir de la date de l'acte introductif d'instance visant à obtenir une décision judiciaire définitive, jusqu'à la date de la décision judiciaire définitive ou jusqu'au désistement d'instance;

b) à partir de la date de la décision judiciaire définitive qui octroie des termes et délais au débiteur, jusqu'à l'échéance fixée par le juge.

La suspension prend fin si le débiteur ne respecte pas les termes et délais octroyés par le juge;

c) à partir du premier paiement effectué en exécution de la convention établie entre l'organisme assureur et le débiteur pour le remboursement des prestations indues, jusqu'à l'échéance fixée par cette convention.

La suspension prend fin si le débiteur ne respecte pas les termes de la convention.

La convention visée au premier alinéa, doit être approuvée par le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif, s'il s'agit d'indemnités d'incapacité de travail et si elle est conclue pour une durée qui excède de cinq ans le délai visé au § 1er;

d) à partir de la date de la première retenue opérée d'office sur des revenus de remplacement ou la pension de retraite, en application de l'article 1410, § 4, du code judiciaire, jusqu'au moment où cessent les retenues;

e) à partir de la date à laquelle l'huissier démarre la procédure de recouvrement, jusqu'à la clôture de la procédure;

f) à partir de la date d'introduction de la demande de renonciation à la récupération de l'indu en application de l'article 101, § 2, alinéa 2, de la loi coordonnée, jusqu'à la décision du Comité de gestion du Service des indemnités;

g) à partir de la date d'introduction de la demande de renonciation à la récupération de montants payés indûment en application de l'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la charte de l'assuré social, jusqu'à la décision du Comité de l'assurance du Service des soins de santé ou du Comité de gestion du Service des indemnités;

h) pour une période de deux ans à partir de la date du décès de l'assuré.

Si la succession est acceptée sous bénéfice d'inventaire endéans ce délai de deux ans, la suspension prend fin le jour de la clôture de l'inventaire, même si celui-ci se produit avant la fin des deux ans. Si la clôture se produit après la fin des deux ans, la période de suspension sera prolongée jusqu'à cette date.

Si la succession est déclarée vacante et qu'un curateur à succession vacante a été désigné endéans ce délai de deux ans, la suspension prend fin lors de la clôture de la succession par le curateur à succession vacante, même si celle-ci a lieu avant la fin des deux ans. Si la succession se clôture après la fin des deux ans, la période de suspension sera prolongée jusqu'à la date de la clôture;

i) à partir de la date d'ouverture de la procédure de réorganisation judiciaire ou de faillite jusqu'à la clôture de la décision de la réorganisation judiciaire ou de la faillite;

j) à partir de la date de la décision d'admissibilité de la requête en règlement collectif de dettes, jusqu'au rejet, au terme ou à la révocation du plan de règlement amiable visé à l'article 1675/10 du Code judiciaire ou du plan de règlement judiciaire visé à l'article 1675/11 du Code judiciaire;

k) à partir de la date de l'introduction de la demande d'exequatur jusqu'à la date de la décision dont l'exequatur est demandé.

§ 3. (ancien § 4) Lorsque le montant total des prestations payées indûment à un assuré social est inférieur à 25 EUR, pour les soins de santé, ou à (25 EUR), pour les indemnités d'incapacité de travail, l'organisme assureur est dispensé de récupérer ce montant.

Le montant pour les soins de santé est, le 1er janvier de chaque année et pour la première fois le 1er janvier 2011, adapté à l'évolution de la valeur de l'indice santé visée à l'article 1er de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé, entre le 30 juin de la deuxième année antérieure et le 30 juin de l'année antérieure.

...br(2012-09-30/19Art. 3272012-09-30/192013-11-13/06Section IV. Art. 328Art. 329CHAPITRE III. Art. 330TITRE VI. CHAPITRE I. Art. 3312014-05-27/06Art. 3322014-05-27/06Art. 3332014-05-27/06Art. 3342014-05-27/06CHAPITRE II. Art. 335Art. 3362014-05-27/06Art. 337Art. 338Art. 339Art. 3402013-11-22/24CHAPITRE III. Art. 341CHAPITRE IV. Art. 342Art. 3432014-05-27/06Art. 3442014-05-27/06CHAPITRE V. Art. 345CHAPITRE VI. Art. 346Art. 347Art. 348Art. 349Art. 350Art. 3512007-12-20/492009-05-11/05Art. 351bis2010-02-01/09Art. 352Art. 353CHAPITRE VII. Art. 354Art. 355Art. 356ANNEXE.