

# 1<sup>er</sup> trimestre 2015

## I. Aspects institutionnels et administratifs

### 1. Comité général de gestion

Le 13 janvier 2015, le Comité général de gestion a modifié son règlement d'ordre intérieur afin de le mettre en conformité avec de récentes dispositions réglementaires.<sup>1</sup> Il s'agit d'adaptations concernant les thèmes suivants :

- responsabilisation des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration. Pour définir les domaines et indicateurs sur la base desquels les organismes assureurs peuvent être évalués, 2 représentants de chaque organisme assureur participent chaque fois aux réunions. Ils disposent d'une voix consultative
- le nouveau statut du personnel. Une adaptation de la terminologie s'imposait
- la réglementation relative aux marchés publics et les nouveaux seuils ont également été intégrés dans le règlement.

### 2. Laboratoires d'anatomopathologie

Un pourcentage du budget global destiné aux prestations d'anatomopathologie couvre les frais de contrôle de qualité externe de l'Institut scientifique de santé publique. Les pourcentages pour 2014 et 2015 ont été fixés par arrêté royal du 20 janvier 2015.<sup>2</sup>

## II. Soins de santé

### 1. Assurés

#### a. Chômeurs contrôlés

Les travailleurs salariés à temps partiel volontaires qui bénéficient d'une allocation de garantie de revenus seront assimilés à des chômeurs contrôlés avec effet rétroactif à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2013.<sup>3</sup> Ils pourront désormais maintenir leur droit aux prestations dans le secteur des soins de santé et des indemnités comme les travailleurs à temps partiel avec maintien des droits.

1. A.R. du 10.12.2014 modifiant l'annexe de l'A.R. du 08.12.1999 portant approbation du règlement d'ordre intérieur du Comité général de gestion de l'INAMI, M.B. du 13.01.2015, p. 1193.  
2. A.R. du 20.01.2015 fixant les modalités du financement du contrôle de qualité externe des laboratoires d'anatomopathologie, M.B. du 27.02.2015, p. 14651.  
3. A.R. du 22.02.2015 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 10.03.2015, p. 15800.

## b. Renonciation à la récupération de montants indus

Le règlement du 22 mai 2006 qui prévoit l'exécution de l'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la "charte" de l'assuré social a été adapté afin de faire référence aux nouvelles dispositions relatives à l'intervention majorée en lieu et place des anciennes.<sup>4</sup>

## 2. Dispensateurs de soins

### a. Centre de psychiatrie légale

À partir du 1<sup>er</sup> août 2014, les dispositions relatives à la création et au financement d'un centre de psychiatrie légale (CPL) entrent en vigueur.<sup>5</sup>

Le CPL de Gand est désigné comme institution bénéficiant de l'intervention de l'INAMI pour une capacité d'accueil de 264 patients par jour. L'intervention couvre tant l'encadrement des soins que les autres prestations médicales et elle est due par journée de séjour. Elle s'élève à 221,75 EUR par journée de prise en charge effective à partir du 1<sup>er</sup> août 2014 et à 218,01 EUR à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Les conditions d'octroi de cette intervention sont les suivantes :

- une convention doit être conclue avec les Ministres de la Justice, de la Santé publique et des Affaires sociales
- le séjour s'inscrit dans une perspective de réintégration sociale
- le CPL fait partie d'un réseau de soins légaux
- il faut établir pour chaque patient un plan de traitement contenant le trajet de traitement ainsi que l'offre de traitement et précisant la durée du traitement
- les programmes de soins proposés doivent se fonder sur des programmes de soins "evidence-based", "best-practice" ou "experience-based", avec un ajustement permanent basé sur la recherche scientifique
- le CPL doit disposer d'une équipe de soins minimale
- le CPL doit disposer d'une équipe médicale minimale
- un médecin en chef est responsable de la qualité des soins
- pour le personnel soignant, le CPL applique la CCT des hôpitaux
- le CPL remplit toute une série de conditions d'agrément telles qu'elles sont également prévues pour les hôpitaux psychiatriques
- le CPL veille également à l'accès aux soins somatiques
- le CPL respecte la réglementation en matière de médicaments
- le CPL enregistre les données et tient une comptabilité analytique.

Un comité de suivi évalue le fonctionnement du CPL. Une évaluation a lieu tous les 6 mois au cours de la phase de lancement, ensuite annuellement.

### b. Médecins

Le 22 décembre 2014, la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) a conclu un nouvel accord pour 2015.<sup>6</sup>

4. A. M. du 17.02.2015 portant approbation du règlement du Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI modifiant le règlement du 22.05.2006 portant exécution de l'art. 22, § 2, a), de la loi du 11.04.1995 visant à instituer "la Charte" de l'assuré social, M.B. du 03.03.2015, p. 14971.

5. A.R. du 19.12.2014 en exécution de l'art. 56, § 3ter, de la loi SSI pour les centres de psychiatrie légale, M.B. du 29.01.2015 (éd. 3), p. 8028.

6. Accord national médico-mutualiste 2015 du 22.12.2014, M.B. du 27.01.2015, p. 7299.

L'objectif budgétaire partiel pour les honoraires des médecins est fixé pour 2015 à 7.770.864.000 EUR, majoré d'un montant de 148.803.000 EUR pour les honoraires de dialyse rénale. Les enveloppes de biologie clinique et d'imagerie médicale sont respectivement fixées à 1.279.239.000 EUR et à 1.218.580.000 EUR.

Dans les marges financières fixées, les mesures suivantes ont été prises en ce qui concerne les médecins généralistes :

- les honoraires sont maintenus au niveau du 31 décembre 2014, sauf pour le DMG et le supplément d'honoraires pour les diabètes. Ces honoraires sont respectivement fixés à 30 EUR et 20 EUR à partir du 1<sup>er</sup> février 2015
- poursuite du développement des trajets de soins
- renforcement de la politique en matière de postes de garde de médecins généralistes.

En ce qui concerne les médecins spécialistes, les mesures suivantes ont été prises :

- les honoraires sont maintenus au niveau du 31 décembre 2014, à l'exception de ceux pour la réanimation, la dialyse et les mammographies diagnostiques qui diminuent
- en vue du contrôle des dépenses en imagerie médicale, un groupe de travail spécifique sera créé
- les honoraires des médecins non accrédités sont diminués de 1 % (sauf pour les consultations et les honoraires de surveillance)
- des économies supplémentaires sont prévues dans le domaine du traitement de la douleur chronique où les objectifs initialement fixés livrent les effets attendus
- évaluation de l'éventuel dépassement de l'impact estimé de la réforme de l'orthopédie
- les honoraires forfaitaires d'admission en imagerie médicale et biologie clinique sont diminués de 67 % en cas de réadmission du patient dans le même hôpital dans les 10 jours qui suivent
- diverses mesures positives discutées en Conseil technique médical seront mises en œuvre aussi rapidement que possible
- préparation de l'octroi d'une indemnité forfaitaire aux médecins spécialistes dans les hôpitaux non universitaires.

L'informatisation est stimulée par l'intégration d'une allocation de pratique et d'une prime de télématique pour les médecins généralistes, ainsi que par la mise sur pied d'une large campagne d'information et l'organisation de sessions de formation pratique.

Enfin, plusieurs initiatives seront prises pour encourager le conventionnement.

### c. Praticiens de l'art dentaire

#### ACCORD NATIONAL DENTO-MUTUALISTE

Le 23 décembre 2014, la Commission nationale dento-mutualiste (CNDM) a conclu un nouvel accord pour les années 2015-2016.<sup>7</sup>

7. Accord national dento-mutualiste du 23.12.2014, M.B. du 20.01.2015 (éd. 3), p. 2688.

## HONORAIRES

Les honoraires pour 2015 sont maintenus au niveau du 31 décembre 2014. Le montant des honoraires d'accréditation forfaitaires pour l'année 2015 s'élève à 2.759,66 EUR.

Dans le cadre des restrictions budgétaires, une négociation sera menée avant le 1<sup>er</sup> décembre 2015 sur l'indexation des honoraires afin que ceux-ci puissent entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016. La base de calcul pour les honoraires d'accréditation 2016 est 2.834,75 EUR.

## NOMENCLATURE 2015

Les propositions suivantes seront exécutées en 2015 :

- relèvement de la limite d'âge supérieure pour l'examen buccal à 66 ans
- traitement d'urgence initial pour le traitement du canal radiculaire
- soins buccaux chez des personnes ayant des besoins spécifiques.

## TRAJET DE SOINS BUCCAUX

La CNDM élaborera dans le courant de l'année 2015 les modalités pour instaurer en 2016 un trajet de soins buccaux, de manière progressive ou non, soutenu par un dossier dentaire qui évoluera vers un dossier dentaire informatisé.

Dans le cadre de ce trajet de soins buccaux, il est prévu une différenciation du remboursement, d'une part via l'instauration d'un meilleur remboursement des prestations prioritaires chez les personnes qui suivent le trajet de soins buccaux et, d'autre part, via un remboursement diminué pour les prestations qui pourraient être évitées si le trajet était suivi.

## NOMENCLATURE 2016

Les propositions de nomenclatures suivantes seront exécutées ou poursuivies grâce aux moyens libérés dans le cadre de la différenciation des tickets modérateurs et des mesures anti-fraude :

- soins buccaux chez des personnes ayant des besoins spécifiques
- relèvement de la limite d'âge supérieure pour l'examen buccal à 67 ans
- traitement d'urgence initial pour le traitement du canal radiculaire
- revalorisation du financement des prestations "prestations sur prothèses amovibles".

La liste prioritaire des propositions de nomenclature à exécuter en fonction de la marge disponible est la suivante :

- sédation consciente N20
- poursuite du relèvement de l'âge limite pour les extractions et les sutures de plaies + 3 ans
- adaptation de la nomenclature du nettoyage sous-gingival et introduction du root planing (surfaçage)
- traitement orthodontique précoce - suppression de la limite d'âge 2<sup>e</sup> forfait
- restauration de dent de lait en cas d'agénésie de la dent définitive
- suppression de la limite d'âge supérieure pour l'examen buccal annuel
- revalorisation des soins conservateurs chez les plus de 18 ans (+ 20 %)
- dossier dentaire et prime de télématique.

## MESURES ANTI-FRAUDE

La CNDM donne priorité à la prévention de et à la lutte contre la fraude en matière de soins dentaires dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Le but est de mettre fin à certains abus en prenant des mesures bien ciblées :

- la réintroduction d'un mécanisme de nomenclature doté de valeurs P en vue de limiter les déviations en dentisterie
- la suppression de la possibilité d'appliquer le régime du tiers payant pour les prestations d'art dentaire chez des bénéficiaires qui se trouvent dans une situation financière individuelle occasionnellement précaire. Cette clause est devenue superflue puisque d'autres dispositions offrent déjà une protection sociale suffisante
- l'application effective de la délivrance au patient d'une quittance ou d'une note d'honoraires par le praticien de l'art dentaire dans le cadre du régime du tiers payant
- la lecture obligatoire de la carte ID dans le cadre de la facturation électronique via MyCarenet.

## MESURES DE CORRECTION

L'objectif budgétaire pour les prestations de l'article 5 de la nomenclature des prestations de santé est fixé sur la base des dispositions légales et réglementaires applicables en la matière. L'objectif budgétaire partiel pour 2015 s'élève à 875.434.000 EUR.

Dans le cadre de l'audit permanent concernant le secteur de l'art dentaire, une évaluation sera faite de l'évolution des dépenses par les "déviant" par rapport à l'évolution des dépenses par tous les autres praticiens de l'art dentaire pour les prestations de l'article 5 de la nomenclature des prestations de santé.

## ÉLECTIONS DES REPRÉSENTANTS DES PRATICIENS DE L'ART DENTAIRE

De nouvelles élections pour les praticiens de l'art dentaire seront organisées en 2015.<sup>8</sup> Les principales modifications dans la procédure par rapport à 2013 sont les suivantes :

- ces élections seront les premières où le dispensateur votera uniquement en ligne. Le vote sur support papier est donc abrogé
- la période de référence pour l'application des conditions de représentativité est l'année calendaire qui précède les élections et non plus les 2 années qui précèdent l'année des élections (2014 est donc l'année de référence)
- le dispensateur de soins qui est affilié auprès de diverses organisations et qui se porte candidat, sera compté pour chaque organisation. L'affiliation double ou multiple auprès d'une même organisation ou d'un groupe d'organisations est cependant inacceptable
- les contrôles des conditions de représentativité concernant les membres des organisations se font sur échantillon

8. A.R. du 25.02.2015 déterminant les conditions auxquelles les organisations professionnelles de praticiens de l'art dentaire doivent répondre pour être considérées comme représentatives ainsi que les modalités de l'élection des représentants des praticiens de l'art dentaire au sein de certains organes de gestion de l'INAMI, M.B. du 27.02.2015, p. 14652; A.R. du 25.02.2015 fixant la date à laquelle la liste des électeurs pour l'élection des représentants des praticiens de l'art dentaire en 2015 est établie par l'INAMI, M.B. du 27.02.2015, p. 14656 et A.M. du 26.02.2015 fixant l'organisation pratique des élections des représentants des praticiens de l'art dentaire telles qu'elles sont prévues à l'art. 211, § 2, et 212 de la loi SSI, M.B. du 27.02.2015, p. 14657.

- étant donné que les votes sur papier qui nécessitaient beaucoup de temps ne doivent plus être scannés, la période du scrutin a pu être prolongée de 20 jours
- comme lors des scrutins précédents, l'électeur pourra suivre l'évolution de son vote électronique
- comme lors des scrutins précédents, le vote numérisé est conservé dans une banque de données sécurisée dont seul un huissier de justice possède la clé d'accès.

Ces adaptations doivent simplifier les procédures et en diminuer la charge administrative dans les organisations professionnelles et les services concernés de l'INAMI.

#### d. Pharmaciens

Le montant du statut social des pharmaciens est indexé et est de ce fait fixé pour 2013 à 2.789,95 EUR.<sup>9</sup> Ce montant est réduit à :

- 2.092,46 EUR si la durée hebdomadaire moyenne de cette activité atteint 28 heures sur base annuelle mais est inférieure à 38 heures sur base annuelle
- 1.394,98 EUR si la durée hebdomadaire moyenne de cette activité atteint 19 heures sur base annuelle mais est inférieure à 28 heures sur base annuelle.

#### e. Kinésithérapeutes

Le montant des avantages sociaux pour les kinésithérapeutes qui remplissent les conditions a été fixé à 1.506,07 EUR pour l'année 2013.<sup>10</sup>

### 3. Prestations

#### a. Praticiens de l'art dentaire

À partir du 1<sup>er</sup> mars 2015, un nouveau régime de ticket modérateur est applicable pour les suppléments d'urgence en cas de prestations techniques urgentes en art dentaire<sup>11</sup>:

- la quote-part personnelle des 5 suppléments d'urgence est inexistante pour les moins de 18 ans
- la quote-part personnelle des 5 suppléments d'urgence est de 1 EUR pour les assurés bénéficiant de l'intervention majorée
- la quote-part personnelle des 5 suppléments d'urgence passe de 2,5 EUR à 13 EUR pour les assurés sans intervention majorée.

9. A.R. du 10.03.2015 modifiant l'A.R. du 18.03.1971 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains pharmaciens, M.B. du 18.03.2015, p. 17313.

10. A.R. du 10.03.2015 modifiant l'A.R. du 23.01.2004, instituant un régime d'avantages sociaux pour certains kinésithérapeutes, M.B. du 18.03.2015, p. 17314.

11. A.R. du 02.10.2014 modifiant l'A.R. du 29.02.1996 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations dentaires, M.B. du 12.01.2015, p. 1019 et A.R. du 02.10.2014 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, l'art. 6 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 12.01.2015, p. 1020.

## b. Bandagistes

À partir du 1<sup>er</sup> mai 2015, de nouveaux modèles sont appliqués en ce qui concerne la délivrance de dispositifs d'aide à la mobilité.<sup>12</sup>

Il s'agit :

- de l'attestation de délivrance
- du rapport de motivation
- de la demande d'intervention de l'assurance.

Les documents établis avant le 1<sup>er</sup> mai 2015 demeurent valables jusqu'à la fin de la procédure de demande. Les anciens formulaires demeurent valables jusqu'au 31 août 2015.

## c. Orthopédistes

### PROTHÈSES MYOÉLECTRIQUES

Le 1<sup>er</sup> octobre 2014, la nomenclature des prothèses myoélectriques a été réformée.<sup>13</sup> Quelques corrections sont apportées rétroactivement aux prothèses myoélectriques<sup>14</sup>:

- ajout aux catégories et renforcement des liners pour lesquels il y a remboursement
- confirmation d'une règle de non-cumul pour les dispositifs d'enfillement en ce qui concerne le prefab liner
- le délai de renouvellement à partir de 18 ans ne vaut pas uniquement pour la prothèse de base mais aussi pour le fût
- la liste des centres qui peuvent prescrire a été étendue à tous les centres qui ont une convention de type 7.71 avec l'INAMI, quel que soit le groupe cible
- la motivation "renouvellement de fût" est adaptée pour préciser clairement qu'il s'agit d'un renouvellement anticipé
- la motivation "liner sur-mesure" est adaptée pour préciser clairement qu'il s'agit de la première fourniture (en cas de renouvellement d'un liner sur-mesure aucune motivation n'est plus nécessaire).

Le formulaire de demande de remboursement d'une prothèse myoélectrique ou d'un fût est également modifié au 1<sup>er</sup> avril 2015.

### SEMELLES/CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES

Une règle interprétative précise que les prestations pour semelles et chaussures orthopédiques ne sont pas cumulables entre elles.<sup>15</sup> Une exception est prévue pour les patients qui font usage de semelles orthopédiques et qui ont besoin de chaussures orthopédiques, tant qu'il s'agit d'une 1<sup>re</sup> prestation de chaussures orthopédiques.

12. Règlement du 16.03.2015 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 30.03.2015, p. 19612.

13. B.I. 2014/3-4, p. 380.

14. A.R. du 17.07.2015 modifiant l'art. 29 de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 30.07.2015 (éd. 2), p. 48651 et Règlement du 12.01.2015 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 28.01.2015 (éd. 2), p. 7529.

15. Règles interprétatives relatives aux prestations de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 30.03.2015, p. 19734.

## d. Implants et dispositifs invasifs remboursables

### LISTE DES PRESTATIONS D'IMPLANTS ET DE DISPOSITIFS MÉDICAUX INVASIFS REMBOURSABLES

Les adaptations suivantes ont été apportées à la liste :

- ajouts des centres B1/B2 pour les dilatations coronaires<sup>16</sup>
- modification des indications pour implant cochléaire en cas de perte d'audition asymétrique, prothèses de la hanche (cupules de reconstruction) et anti-adhésifs<sup>17</sup>
- réalisation de mesures d'assainissement à concurrence de 25 millions d'EUR dans les domaines de la neurochirurgie, de la chirurgie du thorax et de la cardiologie, de la chirurgie vasculaire, de la gynécologie, de l'orthopédie et de la traumatologie<sup>18</sup>.

### FORMULAIRES CONCERNANT LES PROCÉDURES DE DEMANDE

Suite à l'intégration de la stimulation cérébrale profonde DBS en cas d'épilepsie réfractaire dans la nomenclature, les formulaires de demande ont également été adaptés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Il s'agit, d'une part, de l'ajout de nouveaux formulaires concernant la nouvelle prestation, et, d'autre part, de l'adaptation de formulaires existants.<sup>19</sup>

Les formulaires concernant les nouvelles prestations "neurostimulation du nerf vague" et "neurostimulation en cas d'ischémie" sont ajoutés.<sup>20</sup> Ils sont valables à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2014.

### RÈGLES INTERPRÉTATIVES

La structure des règles interprétatives pour les implants est adaptée à partir du 2 mars 2015.<sup>21</sup>

À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, 2 nouvelles règles interprétatives sont applicables<sup>22</sup> :

- précision de la notion de "peer-reviewed journal"
- précision de la condition de remboursement du remplacement du processeur vocal des implants cochléaires.

Une règle interprétative est modifiée pour rectifier une erreur de numéro de prestation.

16. A.M. du 19.03.2015 modifiant la liste jointe comme annexe 1 à l'A.R. du 25.06.2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, M.B. du 26.03.2015, p. 19047.

17. A.M. du 19.03.2015 modifiant la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'A.R. du 25.06.2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, M.B. du 27.03.2015, p. 19363.

18. A.M. du 20.03.2015 modifiant la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'A.R. du 25.06.2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, M.B. du 31.03.2015, p. 19835.

19. Règlement du 08.12.2014 modifiant le règlement du 16.06.2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables, M.B. du 05.02.2015 (éd. 2), p. 10611.

20. Règlement du 17.11.2014 modifiant le règlement du 16.06.2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables, M.B. du 05.02.2015 (éd. 2), p. 10573.

21. Règles interprétatives relatives à la nomenclature des prestations de santé, M.B. 20.02.2015 (éd. 2), p. 13947.

22. Règles interprétatives relatives à la nomenclature des prestations de santé, M.B. 20.02.2015 (éd. 2), p. 13947.



## e. Spécialités pharmaceutiques

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015, la tarification à l'unité pour la délivrance de médicaments aux résidents de maisons de repos<sup>23</sup> change. La commission de conventions pharmaciens-mutualités a convenu d'y apporter les modifications suivantes<sup>24</sup>:

- insérer la notion du “schéma de tarification” que le pharmacien doit établir dans le cadre de la nouvelle tarification au lieu du “schéma d'administration”
- définition de la “délivrance occasionnelle” : délivrance d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables, réalisée par un pharmacien pour un bénéficiaire, résidant en maison de repos et de soins ou maison de repos pour personnes âgées qui n'est pas approvisionnée de façon régulière par ce pharmacien, et lorsque ce bénéficiaire ou son mandataire vient chercher à l'officine la (les) spécialité(s) pharmaceutique(s) prescrite(s)
- insertion d'une éventuelle “dérogation à la tarification par unité”. Une dérogation est autorisée dans certains cas. L'usage de cette possibilité sera contrôlé
- le montant des tickets modérateurs par unité est plafonné au niveau du prix à l'unité
- les honoraires payés par semaine calendrier pour la délivrance de spécialités pharmaceutiques remboursables à des bénéficiaires résidant en maisons de repos. Le montant s'élève à 3 EUR alors qu'initialement il avait été fixé à 2,65 EUR. Un facteur de correction est prévu pour les patients qui n'utilisent pas la moindre tablette de même qu'un facteur de correction pour les interruptions de traitement par tablette.

## III. Indemnités

### 1. Allocation de garantie de revenus pour le travailleur à temps partiel volontaire

Étant donné que l'allocation de garantie de revenus pour un travailleur à temps partiel volontaire est calculée de la même manière que l'allocation de garantie de revenus pour un travailleur à temps partiel avec maintien des droits, le calcul de l'allocation pour un travailleur à temps partiel volontaire qui a droit à une allocation de garantie de revenus peut se faire de manière similaire.<sup>25</sup>

L'élément “emploi” et l'élément “chômage” doivent être totalisés afin de déterminer la rémunération perdue totale.

23 Voir B.I. 2014/3-4, p. 384 et les 5 A.R. du 19.04.2014, publié dans le M.B. du 12.05.2014, p. 38287.

A.R. du 18.03.2014 modifiant la date d'entrée en vigueur de divers A.R. relatif aux spécialités pharmaceutiques, M.B. du 31.03.2015, p. 19829.

24 A.R. du 27.03.2015 modifiant l'A.R. du 21.12.2001 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, M.B. du 31.03.2015, p. 19832, A.R. du 27.03.2015 modifiant l'A.R. du 15.06.2001 déterminant les données relatives aux fournitures à tarifier que les offices de tarification doivent transmettre aux O.A., M.B. du 31.03.2015, p. 19834, A.R. du 27.03.2015 modifiant l'A.R. du 07.05.1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 31.03.2015, p. 19835 et A.R. du 27.03.2015 modifiant l'A.R. du 22.01.2004 déterminant les données relatives aux fournitures à tarifier que les O.A. doivent transmettre à l'INAMI, M.B. du 31.03.2015, p. 19831.

25 Règlement du 30.04.2014 modifiant le règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5°, de la loi SSI, M.B. du 30.03.2015, p. 19611.

En principe, la mesure de garantie est appliquée à partir du premier jour du septième mois de l'incapacité de travail. Cela implique que si la rémunération perdue calculée sur la base des éléments "emploi" et "chômage" est inférieure à la rémunération perdue à laquelle le titulaire peut prétendre, l'allocation est calculée sur cette dernière rémunération perdue.