

## Contrôle Administratif

Circulaire OA n° 2010/135 du 18 mars 2010

62/829

63/810

64/36

## Transmission des effectifs.

### 1. Introduction

- 1.1 L'attention des organismes assureurs est attirée sur le fait qu'à partir du 1 janvier 2007 seuls les nouveaux fichiers des effectifs seront encore utilisés. Cela implique qu'à partir du premier semestre 2007, les effectifs devront être transmis à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité selon les modalités énumérées ci-après et conformément au dessin d'enregistrement joint en annexe.
- 1.2 Les effectifs sont établis deux fois par an, les 30 juin et 31 décembre. Ils doivent être transmis à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, au plus tard le dernier jour du deuxième mois qui suit les dates précitées, via FTP (File transfert protocol). Ces effectifs doivent refléter la situation telle que connue le dernier jour du semestre concerné.
- 1.3 Dans le fichier doivent figurer tant les titulaires que les personnes à charge. Comme prévu dans le dessin d'enregistrement, ils doivent être désignés par un numéro unique attribué par les organismes assureurs, rendant anonyme le numéro d'identification de la sécurité sociale. Le Service du contrôle administratif peut néanmoins demander ce numéro d'identification de la sécurité sociale à des fins de contrôle.  
  
Si le Service du contrôle administratif souhaite procéder à des contrôles systématiques et ciblés, un fichier sera envoyé aux organismes assureurs où il leur sera demandé d'y inscrire, en regard des enregistrements mentionnés, l'identité des bénéficiaires (n° NISS, nom et prénom). Le délai de réponse est fixé à 14 jours après la date de réception du fichier.
- 1.4. Les données transmises sont archivées par les organismes assureurs, et sont conservées jusqu'à la fin d'une période de cinq mois qui suit le semestre à partir duquel les données concernant les effectifs ont été établies.
- 1.5 Dès réception, les fichiers seront soumis à une série de contrôles tels que décrits dans le dessin d'enregistrement joint.

- 1.6 Les rejets sont envoyés par l'INAMI aux organismes assureurs. Les données nécessitant corrections y sont indiquées sous la forme d'un fichier texte séquentiel. La signification des codes d'erreurs se trouve en annexe de cette circulaire.
- 1.7 Les organismes assureurs sont tenus, après l'envoi d'un fichier de rejets par l'INAMI, de renvoyer, dans un délai de deux semaines (après réception), le fichier complet avec les enregistrements corrigés. Lors de l'établissement du fichier rectificatif, les organismes assureurs sont tenus de se baser sur la situation telle que connue le dernier jour du semestre concerné, visé dans le point 1.2 de cette circulaire.  
Le Service du contrôle administrative n'accepte en principe qu'un seul fichier rectificatif ; sauf quand l'organisme assureur peut démontrer qu'un 2<sup>ème</sup> fichier rectificatif est justifié. Dans une telle situation, il est attendu de la part des organismes assureurs qu'ils demandent l'accord préalable du SCA. Il est à souligner que les enregistrements non corrigés ne sont pas retenus pour les statistiques, ce qui aura une incidence sur le calcul de la partie variable des frais d'administration.
- 1.8 Les corrections transmises après l'échéance de la période précitée dûment justifiées par écrit ne seront pas acceptées, sauf en cas de graves problèmes techniques. Dans pareilles circonstances, le Fonctionnaire dirigeant du **Service du contrôle administratif** peut accorder une prolongation de la période.

## 2. Quelques directives pratiques à l'attention des organismes assureurs :

### 2.1 Liste de combinaisons valables

Une liste des combinaisons valables a été établie. Cette liste n'est bien sûr pas limitative et sera adaptée si nécessaire.  
Cette liste se trouve en annexe de cette circulaire.

Si un nouveau code CT1/CT2 est utilisé, il est soumis à l'approbation du groupe de travail "Assurabilité". Si elle est approuvée, cette combinaison sera ajoutée à la liste.  
Une combinaison valable se compose des champs suivants : code CT1, code CT2, état social, revenus et droit personnel.

Quand les O.A. utiliseront à l'avenir de nouveaux codes titulaires 1 et 2, ils sont priés d'en informer le Service du contrôle administratif le plus rapidement possible et de le mettre au courant du code "état social" qui sera utilisé avec le nouveau code, afin que ce code puisse être discuté au sein du groupe « Assurabilité » de travail avant la fin du semestre.

Ainsi, l'INAMI pourra réagir plus rapidement et réduire le nombre d'enregistrements indûment rejetés.

Les adaptations de la liste "Combinaisons valables" seront communiquées aux organismes assureurs par une version mise à jour qui sera publiée sur le site web de l'INAMI [www.inami.fgov.be](http://www.inami.fgov.be) (rubriques circulaires aux organismes assureurs – Service du contrôle administratif – effectifs).

### 2.2 Liste des codes INS valables

La liste de codes INS telle qu'elle a été établie par le Registre national est utilisée.

Ces codes indiquent le domicile de l'intéressé.

En cas de différences entre les codes INS de l'organisme assureur et ceux du Registre national, il est proposé de contrôler si le code INS du domicile a vraiment été sélectionné dans le Registre national.

Tous les enregistrements ayant un code INS non valable seront refusés ainsi que les enregistrements ayant un code INS 99990 (décédé).

Les adaptations de la liste de codes INS seront communiquées aux organismes assureurs.

Le fichier de références avec les codes communaux INS (domicile en Belgique) et les codes nationaux (domicile à l'étranger) utilisés lors du contrôle par l'INAMI, se trouve en annexe de cette circulaire.

### **2.3 Travailleurs frontaliers**

Seuls les bénéficiaires dont les dépenses soins de santé sont prises en charge par l'assurance soins de santé belge peuvent figurer dans les fichiers des effectifs.

Cela implique que les travailleurs frontaliers occupés en Belgique et résidant à l'étranger doivent figurer dans les fichiers des effectifs. Ils sont assujettis à la sécurité sociale belge et peuvent donc bénéficier de l'assurance soins de santé belge.

Les prestations de santé dont ils bénéficient dans leur pays de résidence sont bien sûr remboursées aux intéressés par la mutualité étrangère ou l'organisme étranger compétent. Toutefois, le coût des prestations de santé remboursées est ensuite remboursé à la mutualité étrangère ou l'organisme étranger compétent par la mutualité belge, ce qui signifie que les prestations de santé sont prises en charge par l'assurance soins de santé belge. Il est donc normal que les intéressés figurent dans les fichiers des effectifs.

Les travailleurs résidant en Belgique mais occupés à l'étranger ne peuvent pas figurer dans les fichiers des effectifs parce qu'ils obtiennent le remboursement de leurs prestations de santé par la mutualité étrangère ou l'organisme étranger compétent en tant qu'assurés sociaux étrangers.

Bien sur, la mutualité belge remboursera aux intéressés les prestations de santé dispensées en Belgique mais celles-ci seront en fin de compte prises en charge par la mutualité étrangère ou l'organisme étranger compétent.

### **2.4 Pensionnés, veuves et veufs belges résidant à l'étranger**

Quand des pensionnés, des veuves ou des veufs bénéficiant d'une pension de retraite ou de survie belge et résidant à l'étranger peuvent-ils figurer dans les fichiers des effectifs?

Il faut faire en l'occurrence une distinction entre les pays de la Communauté Economique Européenne, y compris les pays avec lesquels la Belgique a conclu une convention en matière de soins de santé, et les autres pays.

#### **2.4.1 Pays de la Communauté Economique Européenne et pays avec lesquels la Belgique a conclu une convention en matière de soins de santé**

Si les intéressés doivent être considérés comme à charge de l'assurance soins de santé belge, ils doivent figurer dans les fichiers des effectifs.

Il peut par exemple s'agir d'une personne qui bénéficie exclusivement d'une pension belge ou d'une personne qui, outre une pension belge, perçoit également une pension d'un pays autre que le pays où elle réside.

Dans ce cas également, les prestations de santé sont remboursées aux assurés sociaux par la mutualité du pays de résidence qui ensuite récupérera ces dépenses auprès de l'assurance soins de santé belge. Les intéressés doivent donc être considérés comme assurés sociaux belges et figurer dans les fichiers des effectifs.

Si les intéressés, outre la pension belge, perçoivent également une pension du pays où ils résident, ils ne peuvent être considérés comme assurés sociaux belges et ne peuvent donc figurer dans les fichiers d'effectifs. A l'inverse, à leur retour en Belgique, ils acquièrent la qualité d'assurés sociaux belges et doivent être repris dans les fichiers des effectifs.

#### 2.4.2 Autres pays

Les personnes qui bénéficient d'une pension belge et qui résident dans un pays autre d'un Etat membre de la CEE ou qu'un pays avec lequel la Belgique a conclu une convention en matière de soins de santé ne peuvent figurer dans les fichiers des effectifs.

Elles ne pourront être mentionnées comme assurés sociaux belges qu'à leur retour en Belgique.

### 2.5. **Personnes qui résident en Belgique mais qui sont couvertes par une assurance soins de santé étrangère**

Les personnes qui résident dans notre pays et qui sont à charge d'une assurance soins de santé étrangère ne peuvent figurer dans les fichiers des effectifs.

Une carte d'identité sociale peut être délivrée aux intéressés et leurs prestations de santé peuvent être remboursées par une mutualité belge.

Toutefois, la mutualité belge récupérera les dépenses en soins de santé auprès de la mutualité étrangère où l'organisme étranger compétent et les intéressés ne peuvent donc être considérés comme assurés belges.

Les personnes auxquelles une carte SIS a été délivrée mais qui ne peuvent être considérées comme assurés de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, ne sont pas mentionnées.

Ne figurent pas non plus dans les fichiers des effectifs, les bénéficiaires qui peuvent prétendre en Belgique au remboursement de prestations de santé conformément aux dispositions CEE ou aux conventions internationales.

### 2.6 **Epouse et cohabitante à charge d'un même titulaire**

La règle générale est qu'un titulaire ne peut avoir comme personne à charge qu'une épouse ou qu'une personne cohabitante. Il a cependant été constaté par le passé que certains titulaires en apparence figuraient dans les fichiers avec plus d'une épouse ou personne cohabitante.

Il s'agit donc d'une situation, où ces personnes ne sont plus longtemps époux/épouse ou cohabitant(e) personne à charge, mais qui conservent leurs droits en tant que ex-personne à charge et ça à titre personnel, pendant la période réglementaire prévue.

### 2.7 **Epouses de travailleurs indépendants**

Les épouses de travailleurs indépendants peuvent avoir une des trois qualités suivantes :

- personne à charge : elles figurent alors dans les effectifs en qualité de personnes à charge ;

- mini-statut : les intéressées sont personnes à charge dans le cadre de l'assurance soins de santé et titulaires dans le cadre de l'assurance indemnités. Elles sont mentionnées sous le code 08 dans le champ "état social" et sous le code 2 dans le champ "titulaire ou personne à charge". Un bon de cotisation est délivré aux intéressées sous le code 14 ;
- maxi-statut : il s'agit des titulaires tant dans le cadre de l'assurance soins de santé que dans le cadre de l'assurance indemnités. Elles sont mentionnées comme titulaires dans les fichiers des effectifs sous le code 08 dans le champ "état social" et sous le code 1 dans le champ "titulaire ou personne à charge". Elles reçoivent des bons sous le code 18.

## **2.8 Personnes à charge**

Dans notre système d'assurance soins de santé, les enfants peuvent conserver la qualité de personne à charge jusqu'à la fin de l'année qui suit celle au cours de laquelle ils ont atteint l'âge de 25 ans.

Étant donné qu'au niveau statistique on procède par tranches d'âge de cinq ans, seuls les enfants qui n'ont pas atteint l'âge de 30 ans sont acceptés dans les fichiers des effectifs.

## **2.9 Enregistrement des membres du personnel des services publics mis en disponibilité**

Comme stipulé dans l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007, les membres du personnel des services publics mis en disponibilité pour cause de maladie ou d'infirmité sont assimilés aux titulaires visés dans l'article 93 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 moyennant présentation d'une attestation délivrée par l'autorité dont le membre du personnel relève et constatant que la période de mise en disponibilité atteint un an. Ces personnes doivent figurer comme suit dans les fichiers des effectifs : CT1/CT2 = 111/111 avec un état social 3.

- 2.10** L'actuelle circulaire apporte en outre les changements nécessaires, suite à l'intégration des petits risques dans l'assurance soins de santé des indépendants. Cette intégration, mise en place par l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> juillet 2008 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire en soins de santé et indemnités, a pour conséquence que les personnes autrefois assurées dans l'assurance obligatoire soins de santé ont désormais droit à un régime global d'assurance soins de santé, commun avec les personnes auparavant assurées dans le régime général. Ce régime unifié de l'assurance soins de santé donne aux personnes autrefois assurées dans le régime des indépendants la même couverture de risque que tous les autres assurés (donc tant les gros que les petits risques). Ce changement a aussi pour conséquence qu'un certain nombre de situations particulières ne peuvent plus se produire depuis le 01/01/2008 : ainsi, par exemple, le régime spécifique qui était prévu lors du passage d'un régime vers un autre (ce régime spécifique prévoyait une répercussion sur le droit aux interventions majorées) ; en outre, dans la réglementation modifiée, il n'a pas été prévu plus longtemps que les pensionnés avec une carrière de moins d'un tiers, et les veuves et veufs avec une pension de survie de moins d'un tiers d'une carrière complète, soient redevables d'une cotisation personnelle. Les implications de ces changements susmentionnés ont été intégrés dans la présente circulaire

Lors de l'adaptation de cette circulaire, les accords précédents repris dans la circulaire 2007/436 – 220/21, du 26 novembre 2007, ont également été pris en considération : dans cette publication a été repris entre autres l'accord selon lequel le code titulaire 2 pour un indépendant à partir du 01/01/2008 est toujours provisoirement égal à 460 ou 461.

Le dessin d'enregistrement et la description, ainsi que toutes les annexes auxquelles il est fait référence dans cette circulaire, figurent sur le site web de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité - [www.inami.fgov.be](http://www.inami.fgov.be) (rubriques circulaires aux organismes assureurs – Service du contrôle administratif – effectifs).

La présente circulaire annule et remplace la circulaire du 27 novembre 2008 n° 2008/493, rubriques 62/734 – 63/175 et 64/35.

P. Paermentier  
Directeur général.

Annexes : nihil