

La mise en ordre de mutuelle

Version n°: 1

Dernière actualisation : 04-07-2008



- 1) Mode d'emploi de la fiche et abréviations utilisées
- 2) Mise en contexte
- 3) Pourquoi s'affilier auprès d'une mutuelle ?
- 4) Qu'est-ce qu'un « organisme assureur » dans le cadre de l'assurance soins de santé et indemnités ?
- 5) Comment fonctionne l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ?
- 6) Qui peut être affilié à un organisme assureur ?
- 7) Quelles sont les conditions à remplir pour bénéficier de l'assurance soins de santé et indemnités ?
- 8) Comment procède-t-on à l'affiliation à un organisme assureur ?
- 9) En quoi consiste l'aide apportée par le CPAS ?
- 10) Quel est le CPAS territorialement compétent ?
 - a) Règle générale
 - b) Exception
- 11) Le CPAS contacté n'est territorialement pas compétent : que doit-il faire ?
- 12) Le CPAS contacté est territorialement compétent : que doit-il faire ?
 - a) Vérifier si la personne est en ordre de mutuelle
 - b) Affilier la personne à un organisme assureur, en respectant le libre choix
 - c) Déterminer le cas échéant la contribution personnelle de l'intéressé(e)
 - d) Veiller à ne pas mettre au travail une personne qui n'est pas en ordre de mutuelle
 - e) Demander le cas échéant une dispense de paiement des cotisations sociales
- 13) La subvention de l'Etat fédéral
- 14) Les particularités dans la Région de Bruxelles-Capitale
- 15) Questions Fréquemment Posées
- 16) Références légales
- 17) Notes de bas de page
- 18) Autres références utiles





19) Autres fiches utiles en lien avec le sujet

1. Mode d'emploi de la fiche et abréviations utilisées

Les Fiches Techniques ont pour but de donner aux experts du terrain une information pratique, claire et actualisée sur les différentes aides ainsi que les services offerts par les CPAS. Chaque fiche tient à être exhaustive, mais en cas de doute il est toutefois conseillé de consulter d'autres sources.

Toutes les fiches techniques sont consultables sur le site www.ocmw-info-cpas.be.

Pour connaître les aides qui sont décrites dans les fiches, vous pouvez rechercher l'information soit via un inventaire, soit par mot clé dans un index alphabétique.

Nous attirons l'attention du lecteur sur l'importance de vérifier la date de la dernière mise à jour de la fiche (voir la date reprise sous le titre de la fiche).

Chaque fiche a en général la même structure. Après une *mise en contexte* du sujet traité, la fiche commence par répondre aux questions *qu'est-ce que c'est ?*, *qui sont les bénéficiaires ?* et *quel est le CPAS compétent ?* Sont ensuite abordées les modalités d'application, soit *ce que doit faire le CPAS compétent pour accorder l'aide*. Pour chaque aide, un point est consacré à *la subvention de l'Etat*.

Parallèlement à chaque fiche technique traitant d'un type d'aide pour les experts du terrain, il existe normalement **une fiche de vulgarisation**.

Cette fiche de vulgarisation répond aux questions concrètes des usagers et est rédigée sous forme de « Questions fréquemment Posées ».

Nous conseillons aux experts du terrain de consulter aussi les fiches de vulgarisation car elles traitent des mêmes sujets, mais du point de vue du demandeur d'aide. Ces fiches de vulgarisation peuvent aussi servir de document informatif à distribuer au public.





Aucun droit ne peut être exigé sur base des informations présentées ici ; pour ce faire, vous devez vous référer aux textes légaux et réglementaires.

Abréviations utilisées dans cette fiche :

LO	loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale
Loi organique du 8 juillet 1976	loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale
Loi de 1965	loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale
Loi du 6 août 1990	loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales des mutualités
CAAMI	La Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
OA	Organisme Assureur
Mutualité	Mutuelle
Mutuelle	Mutualité
SPP IS	le Service Public de Programmation Intégration sociale, Lutte contre la pauvreté et Economie sociale
Le Ministre	le Ministre de l'Intégration sociale
DIS	droit à l'intégration sociale
RIS	revenu d'intégration
ERIS	équivalent au revenu d'intégration
OQT	ordre de quitter le territoire
SNCB	société nationale des chemins de fer belges
ONSS	office national de sécurité sociale

Le texte encadré a pour objectif d'attirer l'attention du lecteur concernant certaines dispositions qui ont une grande importance.





2. Mise en contexte

Dans le contexte de la révolution industrielle, les mutualités sont nées pour protéger les travailleurs des aléas de la perte de leur travail, de la maladie, et de la vieillesse. C'est dans un esprit de solidarité qu'elles percevaient auprès de leurs membres une cotisation libre, redistribuée ensuite à ceux qui connaissaient des difficultés d'existence.

Dès 1891, l'Etat a accordé des subsides aux mutualités. Sur le plan financier et structurel, cette intervention de l'Etat a produit des effets positifs : les différentes mutualités locales ont été regroupées et bénéficiaient de la sorte d'une gestion plus efficace, et ainsi se sont créées les « unions nationales » qui existent toujours aujourd'hui. Néanmoins, il s'agissait toujours à l'époque d'une assurance libre et les travailleurs n'étaient pas obligés de participer.

En 1945, lors de la mise en place du système de sécurité sociale, l'affiliation à une mutualité est devenue obligatoire pour tous les travailleurs du secteur privé. Ainsi, toutes les assurances sociales (y compris l'assurance de chômage et l'assurance maladie-invalidité) sont devenues obligatoires pour tous les travailleurs salariés.

A partir de 1963, cette obligation s'est étendue aux travailleurs indépendants et s'est progressivement élargie à l'ensemble de la population (handicapés, personnes non encore protégées, etc.).

Une loi du 6 août 1990 a réactualisé la définition du rôle des mutualités, adapté leurs structures et réorganisé le contrôle de leur fonctionnement, notamment par la création d'un Office de contrôle des mutualités. Ensuite, la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, a fixé les principes généraux de l'organisation de l'assurance obligatoire soins de santé. Elle a été exécutée principalement par l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.





Les mutualités sont actives dans 3 domaines :

- elles gèrent l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités,
- elles jouent un rôle dans le cadre de l'assurance libre et complémentaire,
- elles assurent un rôle d'aide, d'information, de guidance et d'assistance en vue de promouvoir le bien être physique, social et psychique.

Une des missions des CPAS touche à l'affiliation auprès d'un organisme assureur des personnes qui ne sont pas assurées contre la maladie et l'invalidité.

Cette mission existe depuis longtemps. En effet, sous le régime de la loi du 10 mars 1925, les Commissions d'Assistance Publique (CAP) - qui sont les précurseurs des CPAS - étaient déjà tenues de « favoriser » l'affiliation des personnes à des institutions de prévoyance. Avec la loi organique du 8 juillet 1976 (LO) c'est devenu obligatoire. Le CPAS est désormais tenu d'effectuer les démarches en vue de l'affiliation.

L'article 60, § 5, de la LO disposait initialement que le CPAS affiliait « au besoin » les personnes aidées à une mutualité dont il leur laissait le choix, en exigeant dans la mesure du possible une contribution personnelle de l'intéressé. Suite à des erreurs d'interprétation concernant le caractère obligatoire et le libre choix de l'intéressé, le paragraphe 5 de l'article 60 LO a été entièrement **remplacé** par la loi du 5 août 1992¹ et dispose désormais que : « *si la personne aidée n'est pas assurée contre la maladie et l'invalidité, il l'affilie à l'organisme assureur choisi par elle, et, à défaut de ce choix, à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité. Il exige dans la mesure du possible une contribution personnelle de l'intéressé.* »

On peut considérer que cette forme d'aide concrétise la mission reprise à l'article 60, § 2, LO, à savoir l'obligation pour le CPAS d'effectuer toutes les démarches de nature à procurer aux personnes tous les droits et avantages auxquels ils peuvent prétendre en vertu de la loi.

¹ Loi du 5 août 1992 portant des dispositions relatives aux CPAS (M.B. 08.10.1992)





3. Pourquoi s'affilier auprès d'une mutuelle ?

Être affilié auprès d'une mutualité (ou de la CAAMI) permet de bénéficier de **l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités** (appelée aussi « assurance maladie et invalidité »).

Les principes généraux de l'organisation de l'assurance obligatoire soins de santé sont fixés par la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

L'assurance obligatoire soins de santé et indemnités permet :

a) le remboursement des soins de santé :

Grâce aux cotisations des employeurs, des travailleurs salariés (retenues directement sur leurs salaires) et des travailleurs indépendants², la mission principale de l'organisme assureur est de rembourser à ses affiliés tout ou partie des soins de santé tels que les visites et consultations chez le médecin, les examens médicaux, les frais d'hospitalisation, les médicaments, etc.

Seules les prestations de santé qui figurent sur une liste officielle, appelée nomenclature³, font l'objet d'un remboursement de l'assurance obligatoire (la nomenclature est consultable à l'adresse suivante : <http://www.inami.fgov.be/care/fr/nomenclature/index.htm>).

² Jusqu'au 1^{er} janvier 2008, les cotisations payées dans le cadre du statut social garantissaient uniquement la couverture des soins de santé dits gros risques (hospitalisation, chirurgie, radiographies). Les indépendants devaient en plus cotiser auprès de la caisse d'assurance sociale pour les petits risques (remboursement des frais inhérents aux petits tracas de la vie quotidienne). Depuis le 1^{er} janvier 2008, les cotisations payées dans le cadre du statut social garantissent à la fois la couverture des « gros risques » et des « petits risques ». Les indépendants ne doivent donc plus souscrire à une assurance libre pour être également protégés contre les petits tracas de la vie quotidienne.

³ Nomenclature telle que prévue à l'article 35 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.



**b) le paiement d'un revenu de remplacement ou d'une indemnité :**

L'assurance obligatoire intervient aussi lors d'une incapacité de travail.

Ainsi, en cas de maladie, d'accident, ou de maternité, la mutualité verse à ses affiliés des indemnités de remplacement pendant la période d'incapacité de travail.

A côté de l'assurance obligatoire, les mutualités (pas la CAAMI) peuvent offrir une série de services, d'avantages ou de remboursements supplémentaires tels que la prime de naissance, des interventions en optique, en orthodontie, une assistance à l'étranger, etc. Ces avantages font partie de ce qu'on appelle **l'assurance complémentaire**, laquelle est financée grâce aux cotisations complémentaires versées par les affiliés.

Une personne qui n'est pas affiliée à une mutuelle (ou à la CAAMI) ou qui n'est pas en ordre de cotisations ne pourra pas prétendre aux prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (par exemple : remboursement des soins de santé, paiement des indemnités d'incapacité de travail et des indemnités de maternité, etc.).

Un CPAS qui n'affilie pas la personne auprès d'un organisme assureur alors que cette personne aurait pu être affiliée depuis longtemps subira également des conséquences de cette situation de non assurance, par exemple si des frais médicaux se présentent ou si la personne a été mise au travail et se trouve par la suite dans une situation d'incapacité.

La régularisation par le CPAS d'une personne au regard de la sécurité sociale se justifie tant dans l'intérêt du demandeur d'aide lui-même que dans celui du CPAS !

4. Qu'est-ce qu'un « organisme assureur » dans le cadre de l'assurance soins de santé et indemnités ?

Les organismes assureurs font le lien entre les assurés et l'INAMI. Il y a 1°) les mutualités, 2°) la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité, et 3°) la Caisse de soins de santé de la SNCB.





Pour pouvoir prétendre aux prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, **il faut être affilié** soit à une mutualité, soit à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI), soit encore à la Caisse de soins de santé de la SNCB (pour le personnel de la SNCB).

a) Les mutualités :

Selon la loi du 6 août 1990, les mutualités (également appelées « mutuelles ») sont « des associations de personnes physiques qui dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité, ont pour but de promouvoir le bien-être physique, psychique et social ». Elles exercent leurs activités sans but lucratif.

Les mutualités sont actives dans 3 domaines :

- elles gèrent l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités,
- elles jouent un rôle dans le cadre de l'assurance libre et complémentaire,
- elles assurent un rôle d'aide, d'information, de guidance et d'assistance en vue de promouvoir le bien être physique, social et psychique.

Leur tâche essentielle consiste à collaborer à **la mise en œuvre de l'assurance obligatoire** contre la maladie et l'invalidité, matière qui relève du pouvoir fédéral. Les autres missions telles que l'assistance juridique ou l'épargne prénuptiale n'ont qu'un caractère accessoire et doivent être considérées comme un volet complémentaire de la sécurité sociale.

Chaque mutualité est obligée de s'affilier à une union nationale, qui constitue l'organe de coordination. Il existe 5 unions nationales.

b) La Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) :

La CAAMI est un établissement public, qui a la même fonction que les mutualités et qui octroie les mêmes prestations. Elle se compose d'un siège central et de 10 offices régionaux.





En tant qu'organisme assureur de droit public, la CAAMI vise à garantir à ses membres les prestations de l'assurance soins de santé et indemnités, comme les autres organismes assureurs. Mais, contrairement aux mutualités, la CAAMI a l'obligation d'affilier les personnes qui en font la demande.

Les missions de la CAAMI se limitent à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Elle n'organise donc pas d'assurance complémentaire et ne fait donc pas payer de cotisations complémentaires.

c) La Caisse des Soins de Santé de la SNCB :

Sont affiliés à cette caisse les travailleurs de la SNCB, ainsi que les pensionnés de ce secteur.

5. Comment fonctionne l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ?

L'assurance obligatoire soins de santé et indemnités est une branche de la sécurité sociale. Elle regroupe deux grands volets : les soins de santé et l'incapacité de travail ou l'invalidité.

Pour bénéficier de la couverture de cette assurance obligatoire, il faut être affilié auprès d'un organisme assureur (mutualité, CAAMI, Caisse SNCB). Ces organismes sont chargés de payer les prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités à leurs affiliés, sous le contrôle de l'INAMI.

La présente fiche n'a pas pour ambition de décrire dans les détails tout le fonctionnement de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Mais certaines notions nous semblent néanmoins importantes à rappeler.

Depuis 1998, deux grands régimes se côtoient : **le régime général** et **le régime indépendant**.⁴

⁴ Depuis le 1^{er} janvier 1998, tous les régimes résiduels existants auparavant ont été supprimés et les personnes qui en faisaient partie sont désormais assurées soit dans le régime général, soit dans le régime des indépendants.





Pour chaque régime il existe **différents statuts**. Ainsi, dans le régime général on peut être affilié en qualité de : assujetti ONSS (salarié, ouvrier), chômeur, étudiant, pensionné, veuf/veuve, handicapé, orphelin, etc. Dans le régime des indépendants, on distinguera également les indépendants travailleur actif, handicapé, invalide, pensionné, en faillite, etc. Les personnes bénéficiaires du RIS ou de l'ERIS sont en général incluses dans la catégorie des titulaires « résidents ».

Si la personne a différentes qualités qui lui permettent d'entrer dans le régime d'assurance, elle pourra opter pour le statut le plus favorable⁵. Les mutualités ont pour mission d'informer l'affilié de la qualité la plus favorable pour lui. Cependant le CPAS devra également y être attentif.

L'affiliation ouvre ses effets le 1^{er} jour du trimestre au cours duquel la qualité est acquise. Ainsi, l'inscription dans le régime de l'assurance soins de santé se fait avec **effet rétroactif au 1^{er} de chaque trimestre (1^{er} janvier, 1^{er} avril, 1^{er} juillet, 1^{er} octobre)**.

Certaines personnes pourront être inscrites comme « **personne à charge** » d'un titulaire et bénéficiaire ainsi aussi d'un accès à l'assurance maladie et invalidité. La « personne à charge » doit remplir un certain nombre de conditions liées à son lien de parenté ou à sa cohabitation avec le titulaire.

Relevons par ailleurs les grands principes suivants :

En ce qui concerne **le régime général** :

- pas d'obligation d'accomplir un stage lorsqu'il s'agit d'une première affiliation comme titulaire, le droit aux soins de santé sera ouvert dès le début de l'affiliation (début du trimestre) jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit l'affiliation ;
- en ce qui concerne l'affiliation des titulaires redevables d'une cotisation (les étudiants par exemple), le droit ne sera ouvert qu'au moment de l'encaissement de

⁵ Ceci peut avoir tout son sens lorsque la personne a par exemple le choix entre la qualité de personne inscrite au Registre national (« résident ») et une qualité « active » dans le régime général. Ainsi par exemple un étudiant peut s'inscrire en qualité d'étudiant ou en qualité de personne inscrite au registre national (« résident ») : voir rubrique « Questions fréquemment posées ».





cette première cotisation, qui doit être fait durant le trimestre qui suit celui au cours duquel l'inscription a eu lieu ;

- dans certains cas il peut y avoir un stage de 6 mois en cas de réinscription mais certaines catégories de personnes en sont dispensées (dont notamment les bénéficiaires du RIS et d'un ERIS) ;
- le principe du paiement d'une cotisation est maintenu, mais les cotisations sont à présent trimestrielles (et pas mensuelles) et il existe une dispense pour toute une série de catégories (dont notamment les bénéficiaires du RIS et de l'ERIS) ;
- le droit vaut pour une année civile, sur base de l'année de référence qui se situe 2 ans plus tôt (x-2).

En ce qui concerne le **régime des indépendants** :

- l'affiliation à une caisse sociale doit intervenir dans les 90 jours du début de l'activité ;
- jusqu'au 1^{er} janvier 2008, l'affiliation à un organisme assureur permettait d'obtenir la couverture « gros risques ». Pour les petits risques, l'indépendant, s'il avait moins de 50 ans, pouvait souscrire une assurance libre auprès de la mutuelle de son choix. Depuis le 1^{er} janvier 2008, l'affiliation à un organisme assureur permet à l'indépendant d'obtenir la couverture « gros risques » **et** « petits risques » sans qu'il n'ait besoin de souscrire une assurance libre spécifique auprès de la mutuelle;
- si l'indépendant est dans un état de nécessité, il peut demander une exonération totale ou partielle des cotisations sociales ;
- lorsque le droit est ouvert il est maintenu pendant un an à condition que pour l'année de référence (x-2) le paiement des cotisations ait été effectué (ou la dispense de paiement accordée) et que la qualité de titulaire soit conservée au cours du dernier trimestre de l'année de référence ou dans le courant de l'année civile suivante ;
- les indépendants peuvent aussi bénéficier à certaines conditions d'une assurance faillite et d'une assurance continuée.

Le **transfert d'un régime à l'autre** est possible, avec maintien des droits à certaines conditions.





La **mutation** (c'est à dire l'affiliation d'un assuré auprès d'une autre mutualité) est également possible.

6. Qui peut être affilié à un organisme assureur ?

Les personnes **inscrites au Registre national des personnes physiques** sont considérées comme bénéficiaires de prestations de santé et peuvent être affiliés auprès d'un organisme assureur.

Le fait d'être repris au Registre national des personnes physiques (y compris avec une adresse de référence) permet l'accès à l'assurance soins de santé.

Ainsi, peuvent être affiliés ⁶ :

- a) les étrangers admis de plein droit ou autorisés à séjourner pendant **plus de trois mois** dans le Royaume (inscrits au registre des étrangers) ;
- b) les étrangers **autorisés à séjourner pour une durée indéterminée** (inscrits au registre des étrangers) ou **établis** dans le Royaume (inscrits au registre de la population) ;
- c) les personnes inscrites en **adresse de référence** ;
- d) les **candidats réfugiés** dont la demande a été déclarée recevable **avant le 1^{er} juin 2007** par l'Office des étrangers ou par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (inscrits au registre d'attente)⁷ ;
- e) les étrangers en possession de l'annexe 15⁸, 1^{ère} case (demande d'établissement), 4^{ème} case (requérir une inscription), 6^{ème} case (retrait d'un titre de séjour ou d'établissement) et 7^{ème} case (retrait de la carte électronique d'étranger).

⁶ Circulaire INAMI O.A. n°2007/438 du 27 novembre 2007 concernant les modalités de preuve pour l'inscription en qualité de personne inscrite au Registre national des personnes physiques (*Inforum n°224344*).

⁷ Il en est de même pour les candidats réfugiés dont la demande a été déclarée recevable avant le 1^{er} juin 2007 qui ont, avant ou après le 1^{er} juin 2007, reçu une décision négative du Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides et qui ont introduit un recours contre cette décision devant le Conseil du contentieux des étrangers. Les données nécessaires concernant la situation de ces personnes peuvent être retrouvées sous le code 206 dans le registre d'attente.

⁸ Annexe 15 de l'AR du 8 octobre 1981 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, *M.B.* du 27 octobre 1981.





Pour pouvoir être inscrit au Registre national des personnes physiques, certaines des personnes précitées doivent transmettre des **documents** à leur organisme assureur⁹ :

- Les personnes visées aux points a) et b) doivent prouver leur qualité au moyen d'un des documents de séjour suivants : une preuve d'inscription au registre des étrangers, une carte d'identité d'étranger ou une carte de séjour de ressortissant d'un Etat membre de l'Union Européenne ;
- Les personnes visées au point d) doivent prouver leur qualité en produisant simultanément une annexe 25 ou 26 et une attestation d'immatriculation modèle A délivrées avant le 1^{er} juin 2007¹⁰.

Attention, pour inscrire une personne auprès d'une mutuelle, il faut qu'elle ait une adresse. Les personnes radiées d'office ne pourront pas être inscrites tant qu'elles n'ont pas une nouvelle adresse, ou une adresse de référence.¹¹

La personne peut être affiliée soit en tant que **personne à charge**, soit en tant que **titulaire**.

Le titulaire est la personne qui ouvre le droit pour elle et pour les membres de son ménage.

Il est assuré dans le régime général ou dans le régime indépendant. La personne à charge a un droit dérivé aux interventions qu'elle tire du lien de cohabitation ou de parenté qui existe entre elle et le titulaire.

7. Quelles sont les conditions à remplir pour bénéficier de l'assurance soins de santé et indemnités ?

Il faut distinguer deux aspects : l'affiliation à un organisme assureur et les conditions à remplir pour l'ouverture et le maintien des droits (stage, paiement des cotisations).

⁹ Circulaire de l'INAMI O.A. n°2007/438 du 27 novembre 2007 (*Inforum n°224344*).

¹⁰ Annexes 4, 25 et 26 de l'AR du 8 octobre 1981 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, *M.B.* du 27 octobre 1981.

¹¹ Les personnes détentrices d'une attestation d'immatriculation ou de tout autre moyen de preuve de demande d'inscription pourront en principe également être affiliées.





a) L'affiliation et la ré-affiliation :

Pour pouvoir prétendre aux prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, **il faut être affilié** auprès d'un organisme assureur (à savoir soit une mutualité, soit la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI), soit encore la Caisse de soins de santé de la SNCB (pour le personnel de la SNCB)).

Il faut distinguer **l'affiliation** et **la ré-affiliation**. L'affiliation est un acte délibérément posé par une personne, par lequel elle choisit librement un organisme assureur en signant un bulletin d'affiliation et en lui fournissant les documents justificatifs de sa qualité (travailleur salarié, étudiant, indépendant,...). Une fois les conditions remplies, l'intéressé devient un « titulaire ». On parle d'affiliation lors de la première inscription, et de ré-affiliation lorsque le titulaire perd le droit aux soins de santé pendant une période de 2 ans.

En cas d'**affiliation**, la qualité de titulaire est acquise au plus tôt au début du trimestre au cours duquel l'intéressé a acquis une certaine qualité (résident, étudiant, ...).

Mais l'affiliation n'est valable que si le montant d'une **cotisation trimestrielle** est payé, au plus tard le dernier jour du trimestre suivant le trimestre au cours duquel l'inscription a été demandée. Il existe plusieurs catégories de cotisations suivant le niveau de revenu. Les titulaires bénéficiaires du RIS et de l'ERIS ont une dispense de cotisations.

L'affiliation reste valable 2 ans après la dernière année au cours de laquelle le titulaire avait encore droit à des prestations. Ainsi, les personnes qui n'ont pas perdu un droit aux soins de santé depuis plus de deux ans ne doivent pas se ré-affilier mais doivent procéder à la **régularisation** de leur dossier.

En cas de **ré-affiliation** ou de ré-inscription, le droit s'ouvrira en principe à la date d'effet de la ré-inscription ou de la ré-affiliation, sauf si le titulaire doit accomplir un stage. Le **stage** a une durée de 6 mois. Certaines catégories de personnes en sont cependant dispensées, dont notamment les bénéficiaires du RIS et de l'ERIS.





b) Les conditions liées au maintien du droit

Pour chacune des catégories de titulaires des conditions doivent être remplies. Les conditions sont liées à la **qualité** (le titulaire doit pouvoir justifier une qualité) et à une **cotisation minimum**.

Ainsi, le titulaire doit pour l'année de référence soit justifier d'un montant minimum de revenus, soit avoir payé à son organisme assureur les cotisations trimestrielles personnelles, dont le montant varie suivant la qualité du titulaire et son niveau de revenus.

Une fois le droit aux soins de santé acquis, **un droit annuel** est accordé sur la base exclusive d'une année de référence quelle que soit la situation présente du titulaire. L'année de référence correspond à la seconde année civile qui précède le début de la période annuelle de droit (X-2). Ainsi, pour qu'une personne soit assurée en 2007 il faut vérifier qu'elle avait une qualité en 2005 et que les cotisations ont bien été payées.

Attention : les personnes qui n'ont pas perdu un droit aux soins de santé depuis plus de deux ans doivent procéder à la **régularisation** de leur dossier. Ainsi par exemple, un titulaire salarié qui n'est pas en règle de cotisation pour l'année de référence 2005 tout en continuant de justifier d'une qualité de salarié. S'il veut bénéficier des soins de santé en 2007, il doit payer « un complément de bons » relatif à l'année de référence 2005 et calculé par l'organisme assureur.

8. Comment procède-t-on à l'affiliation à un organisme assureur ?

La personne devra être inscrite auprès de l'organisme assureur de son choix par le biais d'une demande d'inscription. Il y a lieu de le compléter minutieusement et de le signer ainsi que de fournir les pièces requises.

L'organisme assureur est tenu de remettre un accusé de réception au bénéficiaire et de lui notifier dans un délai de un mois son refus ou son acceptation.





Si la personne estime que le refus d'inscription de la mutualité n'est pas justifié, elle peut adresser par écrit une demande d'examen à l'Office de Contrôle des Mutualités.

Pour certaines catégories de personnes, il faudra par ailleurs verser la ou les cotisations dues.

Attention : contrairement aux mutualités, la CAAMI est tenue d'inscrire tout bénéficiaire qui lui en adresse la demande, et la Caisse des soins de santé de la SNCB est aussi tenue de procéder d'office à l'inscription des bénéficiaires des œuvres sociales de la SNCB.

9. En quoi consiste l'aide apportée par le CPAS ?

Conformément à l'article 60, §5, LO, le CPAS a l'**obligation** d'affilier à un organisme assureur **une personne qu'elle aide et qui n'est pas assurée contre la maladie et l'invalidité.**

La personne peut **librement choisir la mutuelle** à laquelle elle veut être affiliée. En vue de garantir l'effectivité de ce libre choix, le CPAS doit dès lors disposer d'un accord formel de l'intéressé au sujet de la mutuelle choisie. A défaut, l'obligation de neutralité à laquelle doit se tenir le CPAS impose qu'il affine la personne à la CAAMI. Le CPAS n'a pas besoin de l'accord de la personne sur le principe de l'affiliation.¹²

Le CPAS peut, dans la mesure du possible, demander une **contribution** personnelle de l'intéressé.

Au-delà de cette obligation d'affilier les personnes qui ne le sont pas, le CPAS veillera à vérifier que les personnes qu'il aide sont bien en ordre de mutuelle et que leurs droits aux prestations de l'assurance soins de santé et invalidité sont effectifs.

Le cas échéant - et en application de l'article 60, § 2, LO suivant lequel le CPAS doit effectuer toutes les démarches de nature à procurer aux personnes tous les droits et avantages

¹² Question/chambre/n° 134 de M. Vandendriessche du 17 novembre 1992 (N).





auxquels ils peuvent prétendre en vertu de la loi – le CPAS veillera à accomplir les démarches nécessaires pour **régulariser la situation**. (Voir aussi la rubrique 12 « Le CPAS est territorialement compétent : que doit-il faire ? »)

10. Quel est le CPAS territorialement compétent ?

a) **Règle générale :**

Est **en principe** compétent le centre secourant¹³, c'est-à-dire le CPAS de la commune sur le territoire de laquelle la personne qui a besoin d'aide a sa **résidence principale**¹⁴.

b) **Exceptions :**

Dans **certains cas particuliers**, d'autres règles de compétence territoriale peuvent s'appliquer :

i) **Si au moment de l'introduction de sa demande, la personne est dans une institution visée à l'article 2, §1 de la loi de 1965.**

Sont notamment visées à l'article 2, §1^{er} de la loi de 1965 : les maisons de repos agréées, les hôpitaux psychiatriques, etc. Est compétent le CPAS de la commune où le demandeur est **inscrit, à titre de résidence principale**, au registre de la population ou des étrangers¹⁵. On tient compte de l'inscription au moment de l'admission de la personne dans l'établissement.

A défaut d'inscription à titre de résidence principale au moment de l'admission dans l'établissement, la règle générale du centre secourant s'applique.

Si une personne séjournant dans un établissement visé à l'article 2, § 1^{er}, de la loi de 1965 est admise **successivement et sans interruption** dans plusieurs établissements, le même CPAS demeure territorialement compétent pour accorder les secours.¹⁶

¹³ Article 1 1° de la loi de 1965.

¹⁴ La résidence principale est le lieu où vit habituellement un ménage ou une personne isolée. Cela signifie qu'il s'agit du lieu où l'on séjourne durant la plus grande partie de l'année. La détermination de la résidence principale se fonde sur une situation de fait.

¹⁵ Article 2, § 1^{er}, de la loi de 1965.

¹⁶ Article 2, § 3, de la loi de 1965.





ii) Si le demandeur est sans-abri et ne vit pas dans une institution.

Est compétent le CPAS de la commune où le demandeur « se trouve », c'est-à-dire du lieu où il a **sa résidence de fait**.¹⁷

iii) Si le demandeur est demandeur d'asile.

Suivant l'article 2, § 7, de la loi de 1965, est compétent le CPAS de la commune où le demandeur est inscrit au registre d'attente. Lorsque plusieurs communes sont mentionnées dans l'inscription d'un demandeur d'asile, le CPAS de la commune désignée en lieu obligatoire d'inscription (code 207) est compétent pour l'octroi de l'aide sociale.

iv) Si le demandeur poursuit des études de plein exercice et qu'il a moins de 25 ans.

Est compétent le CPAS de la commune où l'étudiant est **inscrit à titre de résidence principale**, au registre de la population ou des étrangers **au moment de sa demande**. Ce CPAS reste compétent durant toute la durée des études.¹⁸

La compétence territoriale concernant les étudiants est détaillée dans la Fiche « PIIS études de plein exercice ». ([Voir aussi la fiche « PIIS études de plein exercice »](#))

11. Le CPAS contacté n'est territorialement pas compétent : que doit-il faire?¹⁹

Lorsque le CPAS reçoit une demande d'aide pour laquelle **il ne se considère pas compétent**, il doit agir comme suit ²⁰ :

- Le CPAS doit **transmettre** la demande d'aide **par écrit dans les 5 jours calendrier suivant la réception de la demande au CPAS qu'il estime compétent**. A peine de

¹⁷ Article 2, § 7, de la loi de 1965.

¹⁸ Article 2, § 6, de la loi de 1965.

¹⁹ AR du 20 mars 2003 fixant les modalités d'exécution de l'article 15, alinéa 4 de la loi de 1965 (AR conflit de compétence).

²⁰ Art 58, §3 de la loi de 1976 ; art 18, §3 loi DIS ; AR du 20 mars 2003 fixant les modalités d'exécution de l'article 15, alinéa 4, de la loi du 1965.





nullité, la transmission se fait au moyen d'une lettre mentionnant les raisons de l'incompétence.

- Le CPAS doit aussi **avertir, par écrit et dans le même délai de 5 jours, le demandeur de la transmission de la demande**. A peine de nullité, l'avertissement de la transmission se fait également au moyen d'une lettre mentionnant les raisons de l'incompétence.

Tant que la raison de ce transfert n'a pas été communiquée au demandeur et que la demande n'a pas été transférée, le premier CPAS reste obligé de traiter la demande et doit, si les conditions sont remplies, éventuellement accorder l'aide.

Si le **second CPAS se déclare lui aussi non compétent**, il doit **immédiatement** le signaler au SPP IS. Concrètement il doit introduire une **demande de détermination du CPAS provisoirement compétent** auprès du Service Conflits de Compétence du SPP IS et cela **dans les cinq jours ouvrables²¹** qui suivent la date de réception de la demande transmise par le 1^{er} CPAS.

La demande de détermination de la compétence provisoire doit **être faite** :

- soit par fax au numéro 02/508.86.10 du SPP IS, Service Conflits de Compétence;
- soit par courriel à l'adresse e-mail competenceCPAS@mi-is.be, pour autant que le CPAS puisse également transmettre la copie de la décision prise par le premier centre.

La demande de détermination de la compétence doit comporter **les éléments suivants** :

- a) toutes les informations concernant l'identité de l'intéressé;
- b) une description des éléments de fait et des éléments juridiques sur lesquels le CPAS base sa décision d'incompétence (le CPAS doit faire état de manière synthétique de tous les faits pertinents pour déterminer la compétence et argumenter son incompétence territoriale dans les circonstances données) ;

²¹ Les jours ouvrables sont le lundi, le mardi, le mercredi, le jeudi et le vendredi, sauf ci ceux-ci sont des jours fériés. Le samedi et le dimanche ne sont pas considérés comme jours ouvrables en Belgique, la plupart des services étant fermés.





- c) une copie de la décision d'incompétence motivée transmise par le premier centre;
- d) les coordonnées de la personne qui gère le dossier. La personne qui gère le dossier au CPAS doit pouvoir être contactée rapidement et directement pour des demandes éventuelles d'informations complémentaires.

Le Ministre va faire connaître sa décision, en principe sans délai, au CPAS qui a été désigné pour statuer sur la demande d'aide.

Le CPAS ainsi désigné doit prendre **immédiatement contact avec le demandeur d'aide** en vue d'un traitement rapide de sa demande et ce, avec effet à la date de la demande originale.

Les autres CPAS concernés par le conflit de compétence reçoivent du Ministre, pour information, une copie conforme de sa décision.

Le CPAS désigné par le Ministre conformément à cette procédure est **compétent** pour statuer sur la demande d'aide.

12. Le CPAS contacté est territorialement compétent : que doit-il faire ?

Lorsqu'une personne se présente auprès d'un CPAS pour une demande d'aide et que le CPAS a vérifié sa compétence territoriale, le CPAS doit tenir compte des éléments suivants :

a) Vérifier si la personne est en ordre de mutuelle

Dans le cadre de l'enquête sociale, le CPAS doit vérifier si la personne est en règle de mutuelle.

Une personne est assurée pour une année civile si elle avait une qualité (étudiant, résident, salarié,...) 2 ans plus tôt. Ainsi, pour être sûr que la personne est assurée pour 2007, il faut vérifier que la personne avait une qualité au cours du dernier trimestre de 2005 et que les cotisations ont bien été payées. Le cas échéant, le CPAS devra procéder à une **régularisation** de la situation en payant un complément de bons.





b) Affilier la personne à un organisme assureur, en respectant le libre choix

Le CPAS a l'**obligation** d'affilier à un organisme assureur toute personne qu'il aide et qui n'est pas assurée contre la maladie et l'invalidité.

Le CPAS doit respecter le libre choix de la personne. Le **libre choix** doit porter sur l'organisme assureur auquel la personne s'affilie. A défaut, l'obligation de neutralité à laquelle doit se tenir le CPAS impose qu'il affilie la personne à la CAAMI.

En affiliant une personne, le CPAS doit toujours partir de la question de savoir quelle est la couverture qu'il entend procurer à la personne.

c) Déterminer le cas échéant la contribution personnelle de l'intéressé(e)

L'article 60, § 5, LO précise qu'une contribution personnelle doit, dans la mesure du possible, être exigée de l'intéressé(e).

d) Veiller à ne pas mettre au travail une personne qui n'est pas en ordre de mutuelle

Il est important de bien vérifier qu'une personne est en ordre de mutuelle avant de la mettre au travail. Tant la personne que le CPAS subiront les conséquences en cas de non couverture par l'assurance obligatoire.

e) Demander le cas échéant une dispense de paiement des cotisations sociales

En ce qui concerne les indépendants, il peut être judicieux dans certains cas d'introduire pour eux une demande de dispense de paiement des cotisations sociales auprès de leur caisse d'assurance sociale. Dans ce cas il est important d'introduire la demande de dispense du paiement des cotisations (et des majorations) le plus rapidement auprès de leur caisse d'assurance sociale et ceci dans l'année qui suit le ou les trimestre (s) pour le-ou pour lequel(s) la dispense est demandée afin de permettre à la personne de bénéficier de la dispense pour la période la plus longue possible.





13. La subvention de l'Etat fédéral

Il y a une subvention prévue mais seulement pour les cotisations obligatoires.

Ainsi, en vertu de l'arrêté ministériel du 30 janvier 1995, les frais d'affiliations et les cotisations payés à l'organisme assureur dans le cadre de l'assurance soins de santé et indemnité sont remboursés par l'Etat belge à condition qu'ils aient été payés en faveur d'un indigent qui ne possède pas la nationalité belge et qui n'est pas inscrit au registre de la population. Les frais sont remboursés à concurrence du montant des frais réels et au maximum à concurrence du montant prévu à l'art 14, §1, de la loi DIS (montant du revenu d'intégration) pour la catégorie à laquelle appartient l'indigent.

14. Les particularités dans la Région de Bruxelles-Capitale

Il n'y a pas de particularités propres à la Région de Bruxelles-Capitale concernant cette mesure.

15. Questions Fréquemment Posées

Est-ce qu'une personne en séjour illégal peut être affiliée auprès d'un organisme assureur ?

En principe, il n'y a pas moyen d'affilier les personnes en séjour illégal. Néanmoins, il y a plusieurs exceptions :

- Une personne en séjour illégal qui **travaille de manière déclarée** peut s'affilier à une mutuelle sur la base d'une attestation d'assujettissement à la sécurité sociale remplie par son employeur. « Travail déclaré » signifie que des charges sociales sont payées. *Exemple : un demandeur d'asile débouté perd son droit au séjour mais continue à travailler chez son employeur qui paie des charges sociales pour lui.*





- La personne en séjour illégal qui est **mariée** avec une personne qui est affiliée à une mutuelle peut être affiliée à la mutuelle en tant que « personne à charge. La preuve est établie par l'acte de mariage.
- La personne en séjour illégal qui a **moins de 25 ans** et qui est à charge d'une personne qui est affiliée à une mutuelle peut être affiliée à la mutuelle en tant que « personne à charge ». Un lien de filiation, d'adoption ou d' « entretien » doit être prouvé.
- Pour les **parents illégaux d'un enfant belge**, il faut voir s'il n'y a pas moyen de les inscrire à charge de leur enfant belge.
- Par ailleurs, certaines personnes en séjour illégal ont droit au remboursement de leurs soins de santé en raison de leur **situation antérieure** (étant donné qu'on se base sur la situation de la personne 2 ans auparavant). Dans cette hypothèse, il faudra transmettre l'attestation d'aide médicale urgente pour la récupération des tickets modérateurs auprès du Ministère. Il est important de tenir compte de cet élément, notamment dans le cadre de l'octroi de l'aide médicale urgente.

Ainsi, un demandeur d'asile qui a reçu un OQT peut bénéficier de l'assurance soins de santé du fait de sa qualité de résident s'il était en règle au moment où il devient illégal car il conserve le droit jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit. Si par contre il n'était pas en règle d'assurabilité, il ne sera plus possible de lui permettre de bénéficier de l'assurance soins de santé.

- A partir du 1^{er} janvier 2008, les enfants **mineurs non-accompagnés** peuvent être affiliés à une mutuelle.
- Une personne en séjour illégal qui est inscrite en tant qu'**étudiant de l'enseignement supérieur** dans une institution d'enseignement reconnue peut s'affilier à une mutuelle. Cependant, dans la pratique, il sera difficile pour ces personnes de s'inscrire dans une telle institution.





Que se passe-t-il si le CPAS n'affilie pas la personne à une mutualité alors qu'elle aurait pu être affiliée depuis longtemps et que des frais médicaux se présentent ?

D'une part les frais médicaux ne seront pas remboursés par l'assurance maladie-invalidité et coûteront donc beaucoup plus cher à la personne, et le cas échéant aussi au CPAS qui les prendra en charge. Par ailleurs, le risque existe pour le CPAS que le SPP IS décide, lors d'un contrôle, de récupérer les frais médicaux qu'il a remboursés au CPAS.²²

Quelle est la qualité qui doit être choisie si une personne a deux qualités, par exemple étudiant et résident ?

Dans un même régime, il existe différentes qualités (résident, étudiant,...). Si la personne a différentes qualités qui lui permettent d'entrer dans le régime d'assurance, elle pourra opter pour le régime le plus favorable. La plupart du temps, ce sera la qualité de « résident » qui sera retenue pour les personnes bénéficiaires du DIS ou d'un ERIS. Cependant, pour les étudiants, la qualité d'étudiant peut être préférable (et ce même s'il y a une cotisation à payer), car une affiliation avec ce statut permet de leur éviter de faire un stage au moment où ils se mettent à travailler.

Que peut-on faire pour une personne indépendante qui est déclarée en faillite ?

Si la personne a un jugement la déclarant en faillite, il est possible de la remettre dans le régime général en qualité de résident et de lui faire bénéficier des petits risques. Par ailleurs, il existe aussi l'assurance « faillite » qui permet au travailleur indépendant de bénéficier pendant 4 trimestres de certaines prestations de sécurité sociale. Plusieurs conditions doivent être remplies. Le paiement des cotisations sociales n'est pas exigé. Il est important que le CPAS ne tarde pas à introduire la demande.

Que faire si une personne est affiliée à une mutuelle (sur base de sa qualité d'il y a 2 ans) mais que les cotisations n'ont pas été payées ?

Il s'agira alors non pas d'affilier la personne mais de « régulariser » sa situation. Si les cotisations n'ont pas été payées, le CPAS a le choix : soit il doit payer un « complément de

²² Circ. du 9 janvier 2006 – Remboursement des frais médicaux de la loi du 2 avril 1965 et de l'arrêté ministériel du 30 janvier 1995 (*Inforum n° 206586*)





bons », soit il peut inscrire la personne en qualité de résident et payer la cotisation trimestrielle (parfois cela s'avère moins cher que de payer le complément de bons).

A partir de quel moment une personne doit-elle être affiliée en tant que « titulaire » ?

Une personne devra être affiliée à titre personnel dès qu'elle commence à travailler, et dans tous les cas dès qu'elle atteint l'âge de 25 ans.

Avant 25 ans la personne sera généralement considérée comme « personne à charge », ce qui signifie que ses droits au remboursement de soins de santé dépendront de la personne sur le carnet de laquelle elle est inscrite (bien souvent un des parents). Dès l'âge de 25 ans, toute personne doit être inscrite personnellement et ce même si elle est encore étudiante.

Si une personne commence à travailler, elle doit être personnellement inscrite auprès d'une mutualité, même si elle a moins de 25 ans.

Combien de temps faut-il être bénéficiaire du DIS pour être dispensé de stage ?

En principe il suffit d'avoir la qualité de bénéficiaire du DIS au moment où la demande est introduite. Par ailleurs, une personne qui bénéficie du DIS à titre complémentaire sera également dispensée du stage lors d'une ré-affiliation.

Une personne radiée d'office a-t-elle automatiquement perdu le droit aux prestations de l'assurance soins de santé et indemnités ?

Pas nécessairement. Le droit aux prestations de l'assurance soins de santé et indemnités étant prolongé chaque année civile si les conditions d'assurabilité sont réunies au cours de l'année de référence (année $x - 2$), cela implique que ce droit ne disparaît pas immédiatement avec le retrait de l'inscription au Registre national.





16. Références légales

a) Lois

En matière CPAS :

Loi du **8 juillet 1976** organique des centres publics d'action sociale (article 60 § 5)

Loi du **5 août 1992** portant des dispositions relatives aux CPAS (*M.B. 08.10.1992 ; Inforum n° 42778*)

AM du **30 janvier 1995** réglant le remboursement par l'Etat des frais relatifs à l'aide accordée par les CPAS à un indigent qui ne possède pas la nationalité belge (*M.B. 3.3.1995 modifié à plusieurs reprises ; Inforum n° 82097*).

En matière d'assurabilité :

Loi du **6 août 1990** relative aux mutualités et aux unions nationales des mutualités (*M.B. 28.09.1990*)

Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités **coordonnée le 14 juillet 1994** (*M.B. 27.8.1994*)

AR du **3 juillet 1996** 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 ; Inforum n° 101264*)

Arrêté royal du **29 décembre 1997** portant des 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 (*M.B. 31.12.1997*)





b) Autres

Circ. du **9 janvier 2006** – Remboursement des frais médicaux de la loi du 2 avril 1965 et de l'arrêté ministériel du 30 janvier 1995 (*Inforum n° 206586*)

Circulaire INAMI O.A. n°2007/438 du **27 novembre 2007** concernant les modalités de preuve pour l'inscription en qualité de personne inscrite au Registre national des personnes physiques (*Inforum n°224344*)

17. Notes de bas de page

Reprises dans le texte.

18. Autres références utiles

Pour savoir plus en matière d'accès aux soins pour les personnes étrangères en Région bruxelloise, voir le site Internet suivant : <http://www.medimmigrant.be/>

Pour savoir plus en ce qui concerne les indépendants, voir le site Internet suivant : www.rsvz-inasti.fgov.be « Le statut social des travailleurs indépendants ».

Brochure gratuite mise à la disposition par la COCOF : « L'accès aux soins de santé : un droit pour tous », 9^{ème} édition 2006. Tél 02 800 83 16 – Email ccfbe@yahoo.fr - Site web : www.cocof.be

19. Autres fiches utiles en lien avec le sujet

- La procédure concernant une demande d'aide

