



Boulevard du Jardin
Botanique 50 boîte 165
B-1000 Bruxelles
T. +32 2 508 85 86
E. question@mi-is.be
www.mi-is.be

A Mesdames les Présidentes et Messieurs les
Présidents des centres publics d'action sociale

Avez-vous des questions ? Souhaitez-vous des informations
supplémentaires? Consultez Primabook, l'espace documentaire
du SPP IS via <https://primabook.mi-is.be>

Pour plus amples informations, envoyez un courriel au FrontOffice via
question@mi-is.be ou prenez contact avec nous au 02 508 85 86

Date : 04/08/2026

Sujet : Le rôle du CPAS en fonction du statut d'affiliation du demandeur d'aide et les règles d'affiliation à
une mutualité d'un demandeur d'aide du CPAS

LE RÔLE DU CPAS EN FONCTION DU STATUT D’AFFILIATION DU DEMANDEUR D’AIDE ET LES RÈGLES D’AFFILIATION À UNE MUTUALITÉ D'UN DEMANDEUR D'AIDE AU CPAS

Dans le cadre des missions légales du CPAS, ce dernier a l'obligation légale de faire adhérer à un organisme assureur une personne à qui de l'aide est attribuée et qui n'est pas assurée contre la maladie et l'invalidité. Cette brochure d'information vise à vérifier qui peut être affilié à une mutualité, quel est précisément le rôle du CPAS à ce niveau, et à fournir de plus amples informations sur les coûts qui peuvent être pris en charge par l'État belge.

Table des matières :

PARTIE 1 : LE RÔLE DU CPAS : AFFILIATION AUPRÈS D'UNE MUTUALITÉ ET PRISE EN CHARGE DES FRAIS MÉDICAUX ET DE COTISATIONS DE MUTUELLE	3
1. L'INTÉRESSÉ EST-IL AFFILIÉ À UNE MUTUALITÉ ?	3
2. L'INTÉRESSÉ EST AFFILIÉ À UNE MUTUALITÉ	3
2.1. PRISE EN CHARGE PAR LE CPAS DES FRAIS MÉDICAUX ET COTISATIONS DE MUTUELLE	3
2.2. REMBOURSEMENT PAR LE SPP IS.....	3
3. L'INTÉRESSÉ N'EST PAS AFFILIÉ À UNE MUTUALITÉ, MAIS PEUT L'ÊTRE	4

3.1.	LE CPAS DOIT EN PRIORITÉ FAIRE LES DÉMARCHES D’AFFILIATION AUPRÈS D’UNE MUTUELLE	4
3.1.1.	INSCRIPTION AUPRÈS D'UN ORGANISME D'ASSURANCE DU CHOIX DE L'INTÉRESSÉ	4
3.1.2.	DANS LE CAS EXCEPTIONNEL DANS LEQUEL L'INTÉRESSÉ NE SE PRONONCE PAS SUR SA PRÉFÉRENCE : AFFILIATION À LA CAAMI	5
3.2.	INTERVENTION DU CPAS DANS LES FRAIS MÉDICAUX EN ATTENTE DE L’AFFILIATION À UNE MUTUALITÉ.....	5
3.3.	REMBOURSEMENT DU SPP IS	5
4.	L’INTÉRESSÉ N’EST PAS AFFILIÉ À UNE MUTUALITÉ ET NE PEUT PAS L’ÊTRE	6
4.1.	PRISE EN CHARGE DES FRAIS MÉDICAUX PAR LE CPAS.....	6
4.1.1.	L'INTÉRESSÉ PRÉSENTE UNE PROCÉDURE DE DEMANDE DE PROTECTION INTERNATIONALE EN COURS ET BÉNÉFICIE D'UN ACCUEIL DE FEDASIL	6
4.2.	REMBOURSEMENT DU SPP IS	6

PARTIE 2 : RÈGLES D’AFFILIATION À UNE MUTUALITÉ D’UN DEMANDEUR D’AIDE DU CPAS..... 7

5.	QUI PEUT ÊTRE AFFILIÉ À UNE MUTUALITÉ ?	7
5.1.	<i>UNE AFFILIATION EN TANT QUE TITULAIRE</i>	7
5.2.	<i>UNE AFFILIATION EN TANT QUE PERSONNE À CHARGE D’UNE PERSONNE TITULAIRE</i>	10
5.2.1.	LA PERSONNE NE PEUT PAS PRÉTENDRE À UN DROIT « GRATUIT » AUX SOINS DE SANTÉ EN TANT QUE TITULAIRE	10
5.2.2.	LES REVENUS DE LA PERSONNE	11
5.2.3.	LA PERSONNE À CHARGE DOIT AVOIR LA MÊME RÉSIDENCE PRINCIPALE	11
5.2.4.	ÊTRE L'UNE DES PERSONNES SUIVANTES	12
5.2.5.	EXCEPTION POUR LES PERSONNES À CHARGE DE DÉTENUS ÉTRANGERS QUI NE SONT PAS ADMIS OU AUTORISÉS AU SÉJOUR DE PLUS DE 3 MOIS	13
6.	QUELLE EST LA DATE DE DÉBUT DU DROIT AU REMBOURSEMENT DES SOINS DE SANTÉ ?.....	13
6.1.	<i>TRAVAILLEURS</i>	13
6.2.	<i>RÉSIDENTS ET MENA</i>	13
6.3.	<i>PERSONNES À CHARGE.....</i>	14
7.	QUELLE EST LA DATE DE FIN DE DROIT AU REMBOURSEMENT DES SOINS DE SANTÉ ?.....	14
7.1.	<i>POUR LES TITULAIRES.....</i>	14
7.2.	<i>POUR LES PERSONNES À CHARGE</i>	15
8.	LE STAGE D’ATTENTE	15
9.	QUELLE EST LA COTISATION EXIGÉE POUR L’AFFILIATION ET LE MAINTIEN DE L’AFFILIATION ?	16
9.1.	<i>LES COTISATIONS PERSONNELLES</i>	16
9.2.	<i>LES COTISATIONS COMPLÉMENTAIRES</i>	17
10.	L’INTERVENTION MAJORIÉE – STATUT « BIM ».....	18
11.	EN CAS DE QUESTIONS	18



PARTIE 1 : LE RÔLE DU CPAS : AFFILIATION AUPRÈS D'UNE MUTUALITÉ ET PRISE EN CHARGE DES FRAIS MÉDICAUX ET DE COTISATIONS DE MUTUELLE

1. L'INTÉRESSÉ EST-IL AFFILIÉ À UNE MUTUALITÉ ?

Il est **crucial que le CPAS vérifie toujours et en premier lieu** si l'intéressé est affilié à une mutualité, que ce soit en tant que titulaire ou personne à charge.

2. L'INTÉRESSÉ EST AFFILIÉ À UNE MUTUALITÉ

2.1. PRISE EN CHARGE PAR LE CPAS DES FRAIS MÉDICAUX ET COTISATIONS DE MUTUELLE

Si l'intéressé est déjà affilié à une mutualité, les frais médicaux seront pris en charge par celle-ci.

Le CPAS prend en charge les frais médicaux qui ne sont pas pris en charge par la mutualité (tickets modérateurs et frais médicaux hors nomenclature INAMI) en fonction de l'état de besoin de l'intéressé tel que déterminé au travers de l'enquête sociale.

Le CPAS peut également prendre en charge les cotisations de mutuelle (personnelles et / ou complémentaires) de l'intéressé qui peut prétendre à l'aide sociale en fonction de l'état de besoin de l'intéressé.

2.2. REMBOURSEMENT PAR LE SPP IS

Le SPP IS ne rembourse pas les frais médicaux qui sont déjà pris en charge par la mutualité. Les **tickets modérateurs** des frais médicaux pris en charge par le CPAS pourront toutefois être pris en charge par le SPP IS dans certaines situations. Il est renvoyé à ce sujet vers le « Document d'information sur les pièces justificatives relatif aux frais médicaux et pharmaceutiques dans le cadre de la loi du 2 avril 1965 et l'arrêté ministériel du 30 janvier 1995 », qui est disponible sur notre [site Web](#).

Le SPP IS peut également rembourser les cotisations de mutuelle (personnelles et/ou complémentaires) prises en charge par le CPAS des personnes inscrites au registre des étrangers ou au registre d'attente, à l'exception des demandeurs de protection internationale qui sont en ILA et bénéficient de l'aide matérielle de Fedasil.

3. L'INTÉRESSÉ N'EST PAS AFFILIÉ À UNE MUTUALITÉ, MAIS PEUT L'ÊTRE

3.1. LE CPAS DOIT EN PRIORITÉ FAIRE LES DÉMARCHES D'AFFILIATION AUPRÈS D'UNE MUTUELLE

Le CPAS a pour mission légale d'aider toute personne qui se trouve dans l'impossibilité de mener une vie répondant aux principes de la dignité humaine.

Il est généralement essentiel que l'intéressé soit assuré contre la maladie et l'invalidité, et ce d'une part pour que l'intéressé ne doive pas assumer lui-même les coûts des soins médicaux, mais aussi d'autre part pour éventuellement obtenir une allocation en cas de perte de revenus suite à la parentalité, une maladie ou une invalidité. Les clients des CPAS sont en effet généralement déjà très vulnérables et il faut donc que ce groupe soit en particulier protégé contre ces risques.

C'est pourquoi le législateur a spécifiquement prévu que le CPAS doit faire affilier à une mutualité du choix de l'intéressé et à défaut de ce choix à la CAAMI, les personnes qui ne sont pas assurées contre la maladie et l'invalidité (art. 60, §5 de la loi du 08/07/1976 organique des CPAS).

Le CPAS est donc obligé légalement de faire les démarches pour affilier tout demandeur du CPAS à une mutualité ou à la CAAMI s'il répond aux conditions pour être affilié, sans attendre qu'il y ait des frais médicaux. Les conditions d'affiliation sont reprises de manière détaillée dans la partie 2 de la présente note.

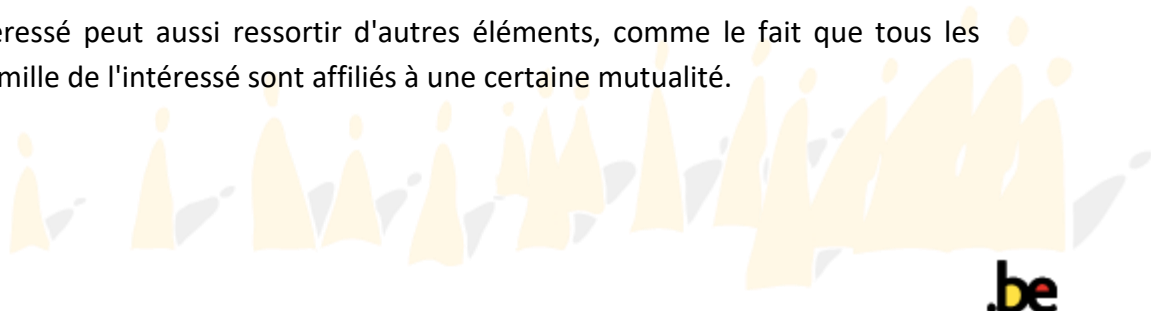
Dans le cadre des démarches pour faire affilier les personnes qui peuvent l'être, le CPAS peut introduire lui-même la demande d'inscription à la mutuelle, au nom et pour compte de l'intéressé. Le Président, le directeur général, ou toute autre personne qui est habilitée à engager la responsabilité juridique du CPAS, peut signer la demande au nom de l'intéressé.

Dans le cas où le demandeur a déjà entrepris des démarches lui-même, le CPAS doit être attentif à l'affiliation effective de l'intéressé.

3.1.1. INSCRIPTION AUPRÈS D'UN ORGANISME D'ASSURANCE DU CHOIX DE L'INTÉRESSÉ

L'article 60 § 5 de la loi organique du 8 juillet 1976 accorde une place centrale au libre choix de l'intéressé par rapport à l'organisme d'assurance auquel il souhaite être affilié. C'est donc tout d'abord **l'intéressé lui-même** qui choisit la mutualité et qui en informe le CPAS.

Le choix de l'intéressé peut aussi ressortir d'autres éléments, comme le fait que tous les membres de la famille de l'intéressé sont affiliés à une certaine mutualité.



Si l'intéressé est sous administration provisoire et que le CPAS constate que l'intéressé n'est pas affilié à un organisme d'assurance, il est indiqué que le CPAS prenne contact avec l'administrateur provisoire.

L'article 60§5 de la loi organique du 8 juillet 1976 stipule que dans la mesure du possible, une contribution personnelle est exigée de l'intéressé.

3.1.2. DANS LE CAS EXCEPTIONNEL DANS LEQUEL L'INTÉRESSÉ NE SE PRONONCE PAS SUR SA PRÉFÉRENCE : AFFILIATION À LA CAAMI

Ce n'est que si la personne qui demande une aide n'exprime pas/ne peut pas exprimer sa préférence et que l'on ne dispose d'aucun élément pouvant attester d'un choix que le CPAS doit tenir compte de la neutralité à laquelle il est tenu et affilier l'intéressé à la CAAMI. La CAAMI peut bien entendu être également l'organisme assureur choisi par l'intéressé.

La CAAMI est un organisme public neutre qui, au même titre que les mutualités, propose l'assurance obligatoire pour les allocations et les soins médicaux. Puisque la CAAMI est un organisme public, elle n'offre pas comme le font les autres mutualités d'assurance complémentaire assurant un remboursement supplémentaire de certaines prestations de soins.

3.2. INTERVENTION DU CPAS DANS LES FRAIS MÉDICAUX EN ATTENTE DE L'AFFILIATION À UNE MUTUALITÉ

Dans les cas où il apparaît que la personne semble être dans les conditions d'affiliation, il est conseillé aux CPAS de ne pas ouvrir de carte médicale, car l'affiliation à la mutualité se fera de manière rétroactive (*cfr.* point 2 partie 2).

Le CPAS peut toujours ouvrir une carte médicale avec garantie de prise en charge en attente de l'affiliation à la mutuelle, mais il doit dans ce cas suivre de très près l'affiliation et supprimer la carte médicale le plus vite possible après réception de la notification d'affiliation (dans les 10 jours ouvrables, après quoi le service inspection du SPP IS pourra récupérer les frais).

3.3. REMBOURSEMENT DU SPP IS

Si un CPAS n'affilie pas ou ne fait pas affilier une personne à une mutualité alors que cette personne pouvait l'être, que les coûts médicaux sont tout de même réclamés à l'État, le service inspection du SPP IS récupérera tous les frais datant de plus de trois mois après la date à laquelle l'affiliation à la mutualité était possible (à l'exception d'éventuels tickets modérateurs), à moins que le CPAS ne soit en mesure d'invoquer une raison valable pour le retard d'affiliation (à l'aide, par exemple, d'une lettre ou d'un courriel de la mutualité). Dans

ce cas, les frais à partir du moment où l'intéressé aurait dû être affilié sont récupérés auprès du CPAS.

4. L'INTÉRESSÉ N'EST PAS AFFILIÉ À UNE MUTUALITÉ ET NE PEUT PAS L'ÊTRE

4.1. PRISE EN CHARGE DES FRAIS MÉDICAUX PAR LE CPAS

Si une personne n'est pas affiliée à une assurance maladie belge ou étrangère et qu'elle ne peut pas non plus être affiliée à une mutualité en tant que titulaire ou personne à charge, le CPAS devra octroyer le cas échéant la prise en charge des frais médicaux en fonction de l'état de besoin de l'intéressé constaté au travers de l'enquête sociale, notamment via l'ouverture d'une carte MediPrima.

4.1.1. L'INTÉRESSÉ PRÉSENTE UNE PROCÉDURE DE DEMANDE DE PROTECTION INTERNATIONALE EN COURS ET BÉNÉFICIE D'UN ACCUEIL DE FEDASIL

Les personnes dont la procédure de protection internationale est en cours et qui bénéficient d'une aide matérielle dans un centre d'accueil fédéral attribué par Fedasil ont droit à l'accompagnement médical assuré par Fedasil. Ces personnes peuvent s'adresser au médecin du centre ou éventuellement à un médecin avec qui le centre d'accueil collabore. Les personnes dont l'aide matérielle se limite à l'accompagnement médical (concrétisé par un code 207 no show) peuvent demander l'accompagnement médical de la part de Fedasil¹.

Pour les personnes qui bénéficient de l'aide matérielle dans une initiative locale d'accueil (ILA) ou les personnes qui n'ont pas obtenu un code 207 de Fedasil ou dont le code 207 a été supprimé, le CPAS a par contre un rôle à jouer en octroyant le droit à l'aide médicale, pour autant que la condition d'état de besoin soit remplie.

4.2. REMBOURSEMENT DU SPP IS

Si une affiliation à une assurance maladie n'est pas possible, le SPP IS prendra en charge les frais médicaux sur base de l'article 4, 5 et 11 de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les CPAS. Pour de plus amples informations sur les frais médicaux et leur remboursement par l'État belge, vous pouvez consulter le « Document d'information sur les pièces justificatives relatif aux frais médicaux et pharmaceutiques dans le cadre de la loi du 2 avril 1965 et l'arrêté ministériel du 30 janvier 1995 », qui est disponible sur notre [site Web](#).

¹ Pour plus d'informations sur les demandes de réquisitoire auprès de Fedasil, voir <https://www.fedasilinfo.be/fr/vous-ne-vivez-pas-dans-un-centre-daccueil-et-vous-avez-besoin-daide-medicale>.

PARTIE 2 : RÈGLES D’AFFILIATION À UNE MUTUALITÉ D’UN DEMANDEUR D’AIDE DU CPAS

5. QUI PEUT ÊTRE AFFILIÉ À UNE MUTUALITÉ ?

Tout d'abord, il convient de faire une distinction entre les personnes qui peuvent s'affilier à une mutualité en vertu de leur qualité personnelle et les personnes qui peuvent être affiliées à une mutualité en tant que personne à charge d'un titulaire. Ce n'est donc pas parce qu'une personne n'est pas affiliable à une mutualité en tant que titulaire que l'on peut automatiquement conclure que l'intéressé ne peut pas être affilié à une mutualité.

Nous étudierons plus loin quand une affiliation est possible en tant que titulaire et quand une affiliation est possible en tant que personne à charge. Émettons toutefois certaines réserves en soulignant qu'il s'agit ici des catégories générales, et donc les plus fréquentes. Pour obtenir de plus amples informations sur une affiliation, il convient de contacter d’abord une mutualité ou la CAAMI. En cas de doute, vous pouvez également contacter l’INAMI via Jur_reg@riziv-inami.fgov.be.

5.1. UNE AFFILIATION EN TANT QUE TITULAIRE

De manière générale, les personnes suivantes peuvent s'affilier à une mutualité en tant que titulaires² :

1. Un travailleur assujetti à la sécurité sociale en Belgique (en tant que salarié, indépendant ou fonctionnaire). A noter qu’une personne en séjour illégal peut avoir cotisé à la sécurité sociale avant la fin de son droit de séjour et peut donc être inscrite à la mutuelle en tant que titulaire travailleur sur cette base au moins jusqu’au 31 décembre de l’année en cours.
2. Les étudiants qui suivent l'enseignement supérieur de jour dans un établissement reconnu par l'INAMI peuvent s'affilier à une mutualité sur la base de leur attestation d'étude délivrée par l'école.

² Art. 32 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et Article 128quinquies de l’AR du 03 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

3. Sur la base du statut de séjour **pour autant que la personne n'a pas ou ne peut pas avoir droit aux soins médicaux en vertu d'un autre régime d'assurance soins de santé belge ou étranger**³.

Il s'agit des personnes suivantes :

- Les Belges inscrits dans le registre national des personnes physiques.
- Les étrangers qui sont admis de plein droit ou autorisés de plein droit à séjourner plus de trois mois. Ce sont les personnes qui disposent du permis de séjour suivant :
 - Carte A
 - Carte B
 - Carte C ou carte K
 - Carte D ou carte L
 - Carte E ou carte EU
 - Carte E+ ou carte EU+
 - Carte F
 - Carte F+
 - Carte H
 - Carte M
 - Carte N
- Les demandeurs de protection internationale dont la demande a été déclarée recevable avant le 1er juin 2007 par l'Office des Étrangers ou par le Commissariat général aux Réfugiés et aux Apatrides et dont la procédure de protection internationale n'est pas encore terminée.
- Les personnes qui démontrent, dans l'attente de leur inscription au Registre national, qu'elles ont réalisé une déclaration de résidence principale. Ce sont les personnes qui disposent du document de séjour suivant :
 - Attestation d'immatriculation, accompagnée d'une décision positive de l'Office des Étrangers pour les étrangers qui ne sont pas citoyens de l'Union et pour lesquels une attestation d'immatriculation valable est prolongée jusqu'à la délivrance de leur titre de séjour.
 - Annexe 8ter ou 8quater qui est remise à un citoyen de l'Union respectivement dans l'attente de la carte EU ou de la carte EU+.
 - Annexe 15, cases 1, 2, 3, 4, 9. Puisque dans certaines situations, les communes ne délivrent pas d'annexe 15, en attendant que la carte de séjour A ou B électronique soit délivrée, on peut accepter que les

³ À la date de la rédaction de cette brochure, ces catégories sont abordées dans la Circulaire OA n°2025/63 du 13-1-2025 : http://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/autres/mutualites/Pages/circulaire-mutualite-sca.aspx#.WtB_b08Umos Elle peut également être consultée sur www.inami.be via le chemin suivant : Accueil → Professionnels → Autres professionnels → Mutualités → Circulaires aux organismes assureurs - Service du contrôle administratif.

documents suivants entrent en considération pour les réfugiés reconnus et pour les personnes à qui le statut de bénéficiaire d'une protection subsidiaire a été attribué : attestation d'immatriculation combinée à un courrier avec la décision de reconnaissance ou la décision d'attribution du CGRA d'une part ou l'arrêté de reconnaissance ou d'attribution du Conseil du Contentieux des Étrangers qui est devenu définitif.

- Les personnes bénéficiant de la protection temporaire peuvent prouver la qualité de résident au moyen d'une attestation de protection temporaire, ou d'une preuve d'enregistrement.
4. Les étrangers mineurs non accompagnés (« MENA ») qui ont suivi pendant au moins trois mois consécutifs l'enseignement primaire ou secondaire dans une école en Belgique. Si l'enfant n'a pas atteint l'âge de la scolarité obligatoire, il doit être présenté à une structure de soutien préventif aux familles agréée par l'ONE, Kind en Gezin ou le Dienst für Kind und Familie d'une part, ou être inscrit dans une école maternelle d'autre part⁴.
 5. Les personnes dont l'incapacité de travail est reconnue, qui sont bénéficiaires des allocations de chômage, qui sont en congé de maternité, qui sont pensionnées à charge de la Belgique, etc. Il convient d'ajouter les preuves nécessaires à cet effet.
 6. Uniquement pour les soins reçus en-dehors de la prison : les personnes détenues dans une prison ou placées en tant qu'internées dans un établissement du SPF Justice ou dans un établissement de soins avec convention de placement avec le SPF Justice qui ne sont pas affiliables sur une autre base, même si elles bénéficient d'une permission de sortie, d'un congé pénitentiaire, d'un congé ou d'une détention limitée. Cela concerne tous les détenus, y compris les étrangers non autorisés ou admis au séjour de plus de 3 mois et les personnes en situation de séjour illégal. Les détenus sous surveillance électronique ne sont par contre pas visés et ne peuvent donc pas être affiliés en tant que titulaires détenus.

⁴ Pour plus d'informations sur les pièces justificatives, voir la Circulaire OA no 2025/181 du 10/07/2025 et ses annexes. L'ensemble des circulaires de l'INAMI peut être retrouvé ici : <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/autres-professionnels/mutualites#circulaires-aux-organismes-assureurs-mutualites> (« Liste des circulaires O.A. »), ou via Accueil -> Professionnels -> Autres professionnels -> Mutualités -> Circulaires aux organismes assureurs -> Liste des circulaires O.A..

5.2. UNE AFFILIATION EN TANT QUE PERSONNE À CHARGE D'UNE PERSONNE TITULAIRE

Pour pouvoir être affilié à une assurance-maladie en tant que personne à charge d'une personne titulaire, on examine (1) si la personne ne peut pas prétendre à un droit « gratuit » aux soins de santé, (2) les revenus de la personne, (3) si l'intéressé a la même résidence principale que le titulaire, en fin (4) la qualité de l'intéressé⁵. Nous allons brièvement revenir sur ces éléments ci-dessous.

5.2.1. LA PERSONNE NE PEUT PAS PRÉTENDRE À UN DROIT « GRATUIT » AUX SOINS DE SANTÉ EN TANT QUE TITULAIRE

Les personnes peuvent être inscrites à charge si elles ne peuvent pas prétendre à un droit « gratuit » au remboursement des soins de santé en tant que titulaire. Le droit « gratuit » signifie qu'il n'y a pas de paiement de cotisation personnelle dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités⁶, à ne pas confondre avec les cotisations d'assurance complémentaire (cfr. point 9.), qui sont réclamées par les mutualités pour leurs services complémentaires.

Bénéficie notamment d'un droit « gratuit » celui qui a suffisamment cotisé à la sécurité sociale par le biais de son salaire, ou le pensionné, ou le chômeur.... Ces personnes ne peuvent pas être inscrites à charge car elles peuvent bénéficier de ce droit en tant que titulaire.

Également, les indépendants encore officiellement en activité, mais non en ordre de cotisations sociales, ne peuvent pas non plus s'inscrire comme personne à charge⁷.

Trois exceptions existent néanmoins à cette règle :

- 1) les titulaires handicapés,
- 2) les titulaires résidents et
- 3) les orphelins

⁵ Les pièces justificatives relatives aux personnes à charge font l'objet de plusieurs circulaires : Circulaire OA n° 2025/247 du 2 octobre 2025 «Pièces justificatives personnes à charge» ; Circulaire OA n° 2016/20 du 19 janvier 2016 «Conjoint personne à charge - présomption de cohabitation - acte de mariage » ; et Circulaire OA n° 2022/150 du 6 mai 2022 «Procédure d'introduction de demandes de reconnaissance de preuves de résidence et de cohabitation pour enfants à charge, tel que visé à l'article 123, 3, f), de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 ». Ces circulaires sont disponibles via <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/autres-professionnels/mutualites#circulaires-aux-organismes-assureurs-mutualites> (« Liste des circulaires O.A. »), ou via Accueil -> Professionnels -> Autres professionnels -> Mutualités -> Circulaires aux organismes assureurs -> Liste des circulaires O.A.

⁶ Article 124, §1er, 2° de l'arrêté royal du 03/07/1996.

⁷ article 124, §1er, 4° de l'arrêté royal du 03/07/1996.

Ces trois personnes ont droit à des prestations de santé sans paiement de cotisations, mais peuvent cependant choisir d'être inscrits comme personnes à charge, à condition de remplir les autres conditions relatives aux personnes à charge. C'est une condition qui s'applique également aux enfants inscrits en qualité d'enfants à charge.

5.2.2. LES REVENUS DE LA PERSONNE

Pour les mutualités, les personnes qui perçoivent un revenu supérieur à un certain plafond ne peuvent pas être considérées comme des personnes à charge⁸.

Cette condition de revenus n'est pas valable pour les enfants inscrits en qualité d'enfants à charge ayant moins de 25 ans.

5.2.3. LA PERSONNE À CHARGE DOIT AVOIR LA MÊME RÉSIDENCE PRINCIPALE

De plus, la personne à charge doit faire partie de la famille du titulaire et elle doit donc en principe avoir **la même résidence principale** que le titulaire.

Cette condition n'est **exceptionnellement pas d'application pour inscrire les enfants à charge** de leur père ou de leur mère.

Cette **cohabitation doit en règle générale figurer dans le Registre national**, via la composition de ménage. Certaines exceptions sont toutefois prévues, notamment dans le cas du conjoint à charge. Pour inscrire un époux/épouse en tant que personne à charge d'un titulaire, l'acte de mariage peut en effet servir de preuve de cohabitation, à condition que les époux aient entrepris dans l'attente de l'adaptation des données du Registre national une démarche auprès de la commune afin de faire adapter les données figurant au Registre national concernant le partage de la même résidence principale. Cela peut être démontré par « *l'accusé de réception de la déclaration prévu à l'article 7, §1 de l'Arrêté royal du 16 juillet 1992 relatif aux registres de la population et au registre des étrangers* » (il s'agit d'un modèle 2, comme repris au marginal 62 des opérations générales concernant la tenue des registres de la population).

Lors d'une première inscription d'un époux/épouse qui vient de l'étranger pour s'établir en Belgique, aucun modèle 2 n'est délivré et les documents suivants représentent aussi une preuve suffisante de la démarche au niveau du Registre national⁹ :

⁸ Ce montant est adapté à l'indice-pivot. Ce montant est repris sur http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/assurabilite/Pages/personnes-charge-revenus-autorises.aspx#.WtB_208Umos

⁹ Circulaire OA n° 2016/20 du 19 janvier 2016 « Conjoint personne à charge - présomption de cohabitation - acte de mariage » : <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/autres-professionnels/mutualites#circulaires-aux-organismes-assureurs-mutualites> (« Liste des circulaires O.A. »), ou via Accueil -> Professionnels -> Autres professionnels -> Mutualités -> Circulaires aux organismes assureurs -> Liste des circulaires O.A.

- Annexe 19 en la qualité d'époux ou de partenaire, l'adresse sur l'annexe correspondant à l'adresse du titulaire.
- Annexe 19ter en la qualité d'époux ou de partenaire, l'adresse sur l'annexe correspondant à l'adresse du titulaire.
- Attestation d'immatriculation et l'adresse sur l'AI correspond à l'adresse du titulaire.
- Annexe 15 si l'adresse sur l'annexe correspond à l'adresse du titulaire.
- Annexe 15bis en la qualité d'époux ou de partenaire, l'adresse sur l'annexe correspondant à l'adresse du titulaire.

D'autres documents attestant de la démarche au niveau de Registre national peuvent être présentés pour décision par la mutualité à la Direction Données d'accessibilité du service pour le contrôle administratif de l'INAMI. Les pièces peuvent être présentées à la Direction via e-mail à l'adresse suivante : sca-acces@riziv-inami.fgov.be

5.2.4. ÊTRE L'UNE DES PERSONNES SUIVANTES

De manière générale, **les personnes suivantes** peuvent s'affilier à une mutualité en tant que personne à charge d'un titulaire :

1. L'époux ou l'épouse d'un titulaire ou la personne, ou l'époux ou l'épouse du titulaire séparé de fait ou de corps qui:
 - assume l'entretien d'un enfant considéré comme personne à charge,
 - ou bénéficie d'une pension alimentaire,
 - ou est autorisé à percevoir des sommes dues par des tiers à son conjoint,
 - ou bénéficie d'une pension comme conjoint séparé.
2. Le cohabitant ou la cohabitante. Attention, l'affiliation en tant que personne à charge cohabitant du titulaire n'est pas possible si :
 - le titulaire a un conjoint à sa charge, ou
 - le titulaire a un conjoint, lui-même titulaire, qui cohabite avec le titulaire, ou
 - le titulaire a déjà un cohabitant à charge.
3. Les enfants, petits-enfants, et arrière-petits-enfants de moins de 25 ans du titulaire ou de l'époux ou partenaire cohabitant du titulaire. Il en va de même pour les enfants dont la résidence principale est établie en Belgique et dont le titulaire, son conjoint ou cohabitant ou un de ses ascendants assume l'entretien en lieu et place des père, mère ou autre personne auxquels incombe normalement cette charge.
4. Les ascendants du titulaire ou de son conjoint et, le cas échéant, leurs beaux-pères et belles-mères.



5.2.5. EXCEPTION POUR LES PERSONNES À CHARGE DE DÉTENU ÉTRANGERS QUI NE SONT PAS ADMIS OU AUTORISÉS AU SÉJOUR DE PLUS DE 3 MOIS

Les détenus étrangers qui ne sont pas admis ou autorisés au séjour de plus de 3 mois et qui sont inscrits à la mutuelle en tant que titulaire sur cette base ne peuvent pas prendre de personnes à leur charge.

6. QUELLE EST LA DATE DE DÉBUT DU DROIT AU REMBOURSEMENT DES SOINS DE SANTÉ ?

Le début du droit au remboursement des soins de santé varie en fonction du statut de la personne et de la qualité titulaire ou personne à charge.

Nous reprenons ci-dessous la prise d'effet de l'affiliation en fonction des catégories les plus souvent rencontrées par les CPAS, hors cas de ré-affiliations.

6.1. TRAVAILLEURS

Pour les titulaires travailleurs, l'affiliation débute le premier jour du trimestre au cours duquel la qualité de titulaire est acquise¹⁰.

Concernant les titulaires travailleurs indépendants, il faut que le paiement de la première cotisation sociale à sa caisse d'assurance sociale ait eu lieu (ou la dispense obtenue).

6.2. RÉSIDENTS ET MENA

Pour les titulaires résidents, qu'ils soient belges ou étrangers, la prise d'effet est identique : le premier jour du trimestre au cours duquel la demande d'inscription est faite, pour autant que la cotisation personnelle éventuelle soit payée¹¹.

Il en est de même pour les titulaires MENA¹².

Il se peut néanmoins que le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif (SCA) décide, sur proposition de l'organisme assureur, de déroger à la règle de la date d'ouverture du droit à l'inscription dans des "cas dignes d'intérêt"¹³. Le fonctionnaire dirigeant du SCA peut

¹⁰ Art. 252 de l'AR du 03/07/1996.

¹¹ Art. 252 de l'AR du 03/07/1996.

¹² Id.

¹³ Article 252, alinéa 6, de l'AR du 03/07/1996.



alors accepter que l'inscription porte ses effets antérieurement à la demande et il peut déterminer la date à partir de laquelle l'inscription porte ses effets avec effet rétroactif¹⁴.

6.3. PERSONNES À CHARGE

L'affiliation des personnes à charge débute au jour de l'acquisition de la qualité de personne à charge¹⁵.

7. QUELLE EST LA DATE DE FIN DE DROIT AU REMBOURSEMENT DES SOINS DE SANTÉ ?

7.1. POUR LES TITULAIRES

Le droit au remboursement des soins de santé est maintenu jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit l'ouverture du droit, et ce de manière inconditionnelle. Il s'agit de la période d'ouverture du droit.

La mutuelle vérifiera ensuite si le droit peut être prolongé pour une année civile supplémentaire, en vérifiant pour ce faire les conditions de qualité et de cotisation durant l'année d'ouverture du droit (année de référence prise en compte pour la prolongation d'une année). A noter qu'il s'agit bien ici du droit au remboursement des soins de santé et non de la validité de l'inscription/affiliation à la mutualité en tant que telle. L'inscription/affiliation est en effet maintenue pendant deux après la perte du droit, mais la personne n'a pas droit au remboursement de ses soins.

A noter qu'avant de prendre sa décision, la mutuelle essayera d'abord de mettre la personne en ordre (en réclamant un complément de cotisation par exemple, ou en régularisant l'intéressé en une autre qualité). Si ce n'est pas possible, le droit ne sera pas prolongé.

Exemple concret :

L'intéressé acquiert son titre de séjour le 07/06/2025 et fait sa demande d'inscription à la mutuelle le 09/06/2025. Il sera inscrit en qualité de titulaire résident à partir du 01/04/2025

¹⁴ Voir Circulaire OA n° 2019/207 du 3 juillet 2019 «Processus de demande d'inscription avec effet rétroactif en application de l'article 252, alinéa 6, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée au 14 juillet 1994».

¹⁵ Art. 252 de l'AR du 03/07/1996.

(1er jour du trimestre de l'acquisition de la qualité de résident), et bénéficiera d'un droit aux soins de santé jusqu'au 31/12/2026. Il s'agit ici de la période d'ouverture de droit.

Au second semestre de l'année 2026, la mutualité va examiner le dossier de l'assuré pour vérifier si le droit pourra être prolongé d'une année civile supplémentaire, donc du 01/01/2027 au 31/12/2027. La mutuelle va pour ce faire regarder si pour l'année 2025 (année de référence pour prolonger le droit en 2027), la personne avait une qualité titulaire dans le 4ème trimestre (ou dans l'année civile suivante) et a suffisamment cotisé.

Si l'examen est positif, le droit est prolongé d'une année civile (du 01/01/2027 ou 31/12/2027).

Si l'examen est négatif, par exemple car la personne a été radiée pour perte de droit au séjour fin 2025, le droit ne sera pas prolongé.

La mutualité recommencera le même contrôle avec l'année de référence 2026, pour voir si le droit peut être prolongé pour l'année 2028. Si l'examen est toujours négatif, la personne sera restée deux années sans droit (2027 et 2028) et son inscription perdra sa validité (la personne sera « rayée » des effectifs de la mutualité). La personne devra se réinscrire avec éventuellement stage pour récupérer son droit au remboursement (*cfr.* point 8 pour le stage d'attente).

7.2. POUR LES PERSONNES À CHARGE

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, sauf lorsque la personne à charge a un droit en qualité de titulaire : dans ce cas elle ne peut bénéficier du maintien de droit personne à charge, exception faite des qualités de titulaire handicapé, étudiant, résident ou MENA qui peuvent eux continuer de bénéficier du maintien de droit¹⁶.

8. LE STAGE D'ATTENTE

Lorsqu'une personne est depuis deux ans consécutifs sans droit au remboursement de ses soins de santé, son affiliation/inscription perd sa validité et elle doit se réinscrire à la mutuelle. Dans le cadre de cette réinscription, il peut lui être appliqué stage d'attente pendant lequel elle n'a pas droit au remboursement des soins de santé (on peut donc rester affilié/inscrit auprès d'une mutualité, sans bénéficier du droit au remboursement des soins de santé, mais ce pour maximum deux ans)¹⁷.

¹⁶ Art. 127 de l'AR du 03/07/1996.

¹⁷ Voir les deux derniers alinéas de l'article 252 de l'AR du 03/07/1996.

Toutefois, ce stage d'attente **ne peut pas être appliqué** aux personnes qui reçoivent un revenu d'intégration ou une aide sociale financière du CPAS¹⁸.

Si la personne ne bénéficie pas d'un revenu d'intégration ou d'une aide sociale financière du CPAS et qu'un stage d'attente lui est appliqué par la mutuelle, le CPAS peut dans ce cas intervenir dans les frais médicaux, le temps que l'intéressé récupère un droit au remboursement de ses soins, pour autant que l'état de besoin soit prouvé.

9. QUELLE EST LA COTISATION EXIGÉE POUR L’AFFILIATION ET LE MAINTIEN DE L’AFFILIATION ?

Dans le cadre de l’affiliation à une mutuelle, il se peut que la personne soit redevable de cotisations personnelles et/ou de cotisations complémentaires pour maintenir son affiliation. Il y a lieu de faire une différence entre ces deux types de cotisations, qui sont détaillées dans les deux sections suivantes.

9.1. LES COTISATIONS PERSONNELLES

Il s’agit des cotisations prévues dans le droit à l’assurance obligatoire¹⁹.

En fonction de la catégorie de titulaire à laquelle la personne appartient ainsi que de ses revenus, les cotisations personnelles varient entre environs 900€ par trimestre à 0€ par trimestre²⁰. Ces cotisations seront exigées par la mutualité ou par la CAAMI.

En principe, le public émergeant au CPAS ne doit pas payer de cotisations personnelles à l’organisme assureur, d’une part car les titulaires résidents apportant la preuve que le montant annuel global des revenus de leur ménage n’est pas supérieur au montant du revenu d’intégration qui correspond à leur catégorie, sont dispensés du paiement des cotisations personnelles²¹, d’autre part car les personnes bénéficiant de l’intervention majorée (ou statut BIM - *cfr.* point 10.) sont également dispensées du paiement de cotisations personnelles, et ce pendant toute la durée de leur droit à l’intervention majorée²².

Cependant, il se peut qu’une personne ait dû des cotisations personnelles dans le passé et ne soit plus en ordre actuellement, au moment où elle fait sa demande d’aide au CPAS. Si la personne n’est pas en ordre de cotisations personnelles, elle perd le droit au remboursement des soins de santé prévu par l’assurance obligatoire maladie invalidité. Dans ce cas, le CPAS

¹⁸ Art. 130, §2, 5. de l’arrêté royal du 03/07/1996.

¹⁹ Elles sont aux articles 132 et suivants de l’arrêté royal du 03/07/1996 portant exécution de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

²⁰ Vous trouverez plus d’informations sur les montants des cotisations personnelles via :

<https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/assurabilite/cotisation-personnelle-pour-etre-assure-si-vous-ne-payez-pas-de-cotisations-sociales#plafonds-des-revenus-annuels>.

²¹ Art. 134, al. 6 de l’Arrêté royal du 03/07/1996.

²² Art. 134, al. 9, de l’Arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

peut intervenir dans l'arriéré de cotisations personnelles pour maintenir l'affiliation à l'organisme assureur, si l'état de besoin de la personne est prouvé. Le CPAS a en effet une obligation d'affilier les personnes qui peuvent l'être. Le CPAS n'intervient cependant pas dans les cotisations personnelles des personnes n'ayant droit à qu'à l'aide médicale urgente.

9.2. LES COTISATIONS COMPLÉMENTAIRES

Il s'agit des cotisations demandées par les mutualités pour que la personne ait droit aux avantages complémentaires offerts par ces dernières. Ces cotisations complémentaires servent uniquement à cette assurance complémentaire. A titre d'exemple d'avantages offerts, il peut y avoir un remboursement forfaitaire de l'achat de lunettes ou lentilles de contact, d'appareils auditifs, des séances de psychologie, des séances d'ostéopathie, de séances de logopédie, ou encore d'un abonnement de sport. Les cotisations complémentaires des mutualités sont en moyenne de 15€ par mois par titulaire, ou 180€ par an²³.

Toutes les personnes qui s'inscrivent à une mutualité sont obligatoirement inscrites à l'assurance complémentaire de la mutualité²⁴. En Belgique, seule la CAAMI prend uniquement en charge l'assurance obligatoire sans offrir d'autres avantages complémentaires. Toutes les autres mutuelles assurent automatiquement et obligatoirement leurs affiliés également à une assurance complémentaire et exigent donc le paiement de cotisations complémentaires. L'article 60, §5 garantit le choix de la mutualité de l'intéressé. Le CPAS peut en revanche toujours informer le demandeur qu'il existe un organisme assureur public qui n'exige pas de paiement de cotisation de mutuelle complémentaire (mais qui n'offre pas non plus d'avantages complémentaires), à savoir la CAAMI.

Si la personne n'est pas ordre de cotisations complémentaires, elle perd le droit aux avantages complémentaires de la mutualité ainsi qu'aux avantages de potentielles autres assurances hospitalisations souscrites auprès de la mutualité. La personne ne perd en revanche pas son droit au remboursement des soins de santé tel que prévu dans l'assurance obligatoire maladie invalidité.

²³ A titre d'exemple, en 2024 et 2025, le montant des cotisations complémentaires par mutualité était de :

- Partenamut : 14€/mois
- Mutualité chrétienne : 15€/mois
- Solidaris : 16€/mois pour les bénéficiaires ordinaires et 13,5€/mois pour les bénéficiaires de l'intervention majorée

²⁴ <https://www.ocm-cdz.be/fr/particuliers/votre-mutualite-et-vous/assurance-obligatoire-et-assurance-complementaire>

10. L'INTERVENTION MAJORÉE – STATUT « BIM »

Le statut BIM (« Bénéficiaire de l'Intervention Majorée ») est le statut qui donne droit à un tarif préférentiel des remboursements des soins de santé par la mutuelle.

Les bénéficiaires du CPAS deviennent automatiquement bénéficiaires de l'intervention majorée après avoir bénéficié pendant 3 mois ininterrompus du revenu d'intégration ou de l'aide sociale financière totalement ou partiellement remboursée par le SPP IS²⁵. Ce droit automatique à l'intervention majorée pour les bénéficiaires du CPAS est maintenu jusqu'au 31 décembre de l'année suivant celle au cours de laquelle il a été ouvert²⁶.

Si le bénéficiaire est affilié à une mutualité, il faut veiller à ce qu'il obtienne le statut le plus favorable. Lors des contrôles, le SPP IS part du principe qu'une personne affiliée à une mutualité a le statut d'intervention majorée auprès de cette mutualité. Si ce n'est pas le cas, le CPAS doit pouvoir prouver pourquoi elle n'a pas obtenu ce statut.

11. EN CAS DE QUESTIONS

En cas de questions sur l'affiliation d'une personne, contactez d'abord la mutualité du choix de l'intéressé ou la CAAMI. En cas de doute, vous pouvez également envoyer vos questions à l'INAMI, via jur_reg@riziv-inami.fgov.be.

En cas de questions sur la prise en charge des frais médicaux par le CPAS, vous pouvez contacter le SPP IS via question@mi-is.be ou le +32 2 508 85 86.

²⁵ Art. 8.2. 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.

²⁶ Art. 10 de l'AR du 15/01/2014 susmentionné.