



Terra Laboris ■

CENTRE DE RECHERCHE
EN DROIT SOCIAL

RUE DES TEMPLIERS, 63 À 1301 BIERGES (BELGIQUE)

T. : 0032(0)2/653.36.80

F. : 0032(0)2/652.37.80

EMAIL : info@terralaboris.be

- Le Bulletin -

N° 108

30 avril 2020

Chers Lecteurs,

La section 'Social' du BAJ du Barreau de Bruxelles a donné le 20 mars 2020 une formation relative à

L'incapacité de travail de l'avocat

Le texte de celle-ci, préparé par [Me Virginie DODION](#) et [Me Odile VERHAEGEN](#), fait l'objet de ce numéro spécial.

La contribution poursuit un triple objectif :

- 1) assurer un **devoir d'information** sur les sept aides sur lesquelles l'avocat peut compter en cas d'incapacité de travail,
- 2) être un **outil pratique**, reprenant des annexes, des modèles de lettres, les formulaires-types à utiliser obligatoirement, les conditions générales des assurances contractées par le Barreau de Bruxelles, etc., pour canaliser et simplifier l'énergie que nécessitent les démarches administratives à réaliser (peut-être par l'un des proches) durant l'incapacité de travail,
- 3) sensibiliser le Barreau à une **solidarité naturelle**.

Toutes les annexes en référence sont consultables d'un simple clic.

Bien à vous,

Pour l'équipe rédactionnelle,
Igor SELEZNEFF

Section 'Social' du BAJ – Formation du 20.03.2020

L'incapacité de travail de l'avocat

Me Virginie DODION – Me Odile VERHAEGEN

Introduction

En seulement 2 années de mandat, nous avons pu constater qu'au moins 6 confrères de la Section 'Social' sur 40 avaient été touchés par une incapacité de travail de longue durée pour des raisons médicales.

Bien souvent, les confrères renoncent à solliciter les aides utiles, notamment pour les motifs suivants :

- l'ignorance des aides existantes,
- la méconnaissance des démarches à accomplir pour obtenir des indemnités d'incapacité de travail,
- la méconnaissance de ce que couvre l'assurance du Barreau, et même parfois l'ignorance de l'existence d'une couverture à ce titre,
- le caractère trop compliqué des démarches administratives dans leur état,
- la difficulté d'organiser leur cabinet durant l'incapacité de travail,
- la crainte de se tromper dans l'exercice de leurs droits.

Sensibles à ce constat, la présente contribution poursuit un **triple objectif** :

- 4) assurer un devoir d'information,
- 5) être un outil pratique, reprenant des annexes, des modèles, des formulaires-types, les conditions générales des assurances contractées par le Barreau, etc... pour canaliser et simplifier l'énergie que nécessitent les démarches administratives à réaliser (peut-être par l'un de vos proches) durant votre incapacité de travail,
- 3) sensibiliser la Section à une solidarité naturelle.

Plusieurs informations vous sont connues mais nous avons pensé au fait qu'un confrère en difficulté pourrait être contraint de confier les démarches utiles à un proche, lequel pourrait être perdu face aux formalités à accomplir.

Tables des matières

PARTIE I – Synthèse des aides 7

Introduction 7

1. L'intervention de l'organisme assureur 7

- 1.1. La base légale.....7
- 1.2. L'institution de sécurité sociale compétente.....8
- 1.3. Le montant des indemnités d'incapacité de travail au 15/03/20208
- 1.4. La prime de rattrapage annuelle.....9

2. L'assurance « revenu garanti » du Barreau de Bruxelles 9

- 2.1. Le revenu garanti de base9
 - 1) Introduction9
 - 2) Qui est assuré ?9
 - 3) Que couvre cette assurance ? 10
 - 4) Quel est le terme de l'assurance ? 10
 - 5) Quels risques sont exclus de l'assurance ? 11
- 2.2. Le revenu garanti étendu – Extension de la couverture de base 12
 - 1) En quoi consiste cette extension ? 12
 - 2) Quel en est le prix ? 12
 - 3) Quelles démarches accomplir ? 12
- 2.3. Le revenu garanti XL 13
 - 1) En quoi consiste cette extension ? 13
 - 2) Quel en est le prix ? 13
 - 3) Quels sont les avantages de ce contrat ? 13
- 2.4. Tableaux de synthèse 14

3. L'assurance soins de santé du Barreau de Bruxelles (lors d'une hospitalisation)..... 15

- 3.1. Quels sont les bénéficiaires de l'assurance ? 15
- 3.2. Que couvre l'assurance ? 15
 - 1) Les frais liés à l'hospitalisation 15
 - 2) Les frais pré- et post- hospitalisation en lien direct avec l'hospitalisation..... 17
 - 3) En cas de « maladie grave » 17
 - 4) Accouchement à domicile, polyclinique et frais postérieurs à l'accouchement 18
 - 5) Les soins palliatifs 18
- 3.3. Quelles sont les limites d'intervention ? 18
- 3.4. Exclusions ? 19
- 3.5. Franchise ? 19

4. L'intervention de l'INASTI 20

| | | |
|------------|--|-----------|
| 4.1. | L'assimilation d'une période d'incapacité de travail à une période d'activité..... | 20 |
| 4.2. | Quel est l'organe compétent ? | 20 |
| 4.3. | Les conditions de l'assimilation..... | 20 |
| 5. | L'intervention de la Commission des Dispenses..... | 21 |
| 5.1. | Dispense de paiement des cotisations sociales pour travailleurs indépendants | 21 |
| 5.2. | Quel est l'organe compétent ? | 22 |
| 5.3. | Les conditions de la dispense de cotisations | 22 |
| 6. | Les aides offertes par le Service Social du Barreau de Bruxelles | 23 |
| 7. | La solidarité au sein de la Section 'Social' | 23 |
| | PARTIE II – Aspects pratiques | 25 |
| 8. | Les contacts utiles | 25 |
| 8.1. | Le Service Social du Barreau de Bruxelles | 25 |
| 8.2. | Votre organisme assureur (c'est-à-dire votre Mutuelle)..... | 25 |
| 8.3. | La s.a. <i>Ethias</i> | 25 |
| 8.4. | Votre Caisse d'Assurances Sociales | 26 |
| 8.5. | L'INASTI..... | 27 |
| 8.6. | L'Ordre français des avocats du Barreau de Bruxelles..... | 27 |
| 8.7. | Le Bureau d'Aide Juridique..... | 27 |
| 9. | Les démarches essentielles en cas d'incapacité de travail | 28 |
| 9.1. | L'urgence dans les 7 jours (2 jours en cas de rechute) – L'envoi d'un certificat médical à votre Mutuelle..... | 28 |
| 9.2. | Activer l'assurance collective « revenu garanti » auprès de <i>Ethias</i> | 30 |
| 9.3. | Introduire d'éventuels certificats de prolongation auprès de votre Mutuelle dans les 2 jours ouvrables | 32 |
| 9.4. | Introduire d'éventuels certificats de prolongation auprès de <i>Ethias</i> | 32 |
| 9.5. | Demander à votre Caisse d'Assurances Sociales d'introduire auprès de l'INASTI une demande d'assimilation ou de dispense de cotisations sociales..... | 33 |
| 9.6. | Toujours demander au médecin-conseil de votre Mutuelle l'autorisation de reprendre votre activité professionnelle, que ce soit à temps partiel ou à temps plein..... | 33 |
| 9.7. | Déclarer à <i>Ethias</i> (revenu garanti) votre reprise dans les 4 jours calendrier..... | 34 |
| 10. | Les démarches essentielles en cas d'hospitalisation | 34 |
| 10.1. | Faire une déclaration auprès de <i>Ethias</i> (« soins de santé » = hospitalisation) | 34 |
| 10.2. | Liste des documents à transmettre | 35 |
| 10.3. | En cas de « maladie grave »..... | 36 |
| 11. | Les démarches essentielles en cas de maternité..... | 36 |

| | | |
|-------|--|----|
| 11.1. | Les démarches auprès d'une Caisse d'allocations familiales..... | 36 |
| 11.2. | Les démarches auprès de votre Mutuelle | 38 |
| 11.3. | Les démarches auprès de la Caisse d'Assurances Sociales..... | 40 |
| 11.4. | Les démarches auprès d' <i>Ethias</i> (« soins de santé » et « revenu garanti ») | 40 |

PARTIE III – FAQ **42**

| | | |
|------------|--|-----------|
| 12. | Questions diverses..... | 42 |
| 12.1. | Que recouvre la notion d'incapacité de travail ? | 42 |
| 12.2. | Si je rentre mon certificat d'incapacité de travail en retard auprès de la Mutuelle, est-il possible d'être couvert depuis le début de mon incapacité de travail ? | 43 |
| 12.3. | Puis-je percevoir des honoraires et/ou avantages durant mon incapacité de travail ? | 44 |
| 12.4. | Est-il possible de suspendre mon stage si je suis en incapacité de travail ? | 44 |
| 12.5. | L'assurance « revenu garanti » du Barreau de Bruxelles intervient-elle si je reprends mon activité professionnelle à mi-temps ? | 45 |
| 12.6. | Combien y a-t-il de jours de carence avant d'être pris en charge par la Mutuelle (indemnités d'incapacité de travail) et par <i>Ethias</i> (revenu garanti) ?..... | 45 |
| 12.7. | Y a-t-il un stage à accomplir pour bénéficier d'indemnités d'incapacité de travail ? | 45 |
| 12.8. | L'assurance « soins de santé » du Barreau couvre-t-elle une chambre seule ou des médecins non conventionnés ? | 46 |
| 12.9. | Est-il opportun de demander à sa Caisse d'Assurances Sociales la cessation de son activité professionnelle ?..... | 46 |
| 12.10. | Si je ne marque pas accord avec une décision de la Mutuelle en lien avec mon incapacité de travail, comment introduire un recours et dans quel délai ?..... | 47 |
| 12.11. | Si je suis hospitalisé(e), cela entraîne-t-il automatiquement la reconnaissance de mon incapacité de travail ?..... | 47 |
| 12.12. | Dois-je être en ordre de cotisations sociales pour bénéficier d'indemnités d'incapacité de travail ou d'un remboursement de soins de santé ?..... | 48 |
| 12.13. | Puis-je obtenir une aide si j'éprouve des difficultés à accomplir les actes courants de la vie quotidienne ?..... | 48 |
| 12.14. | Puis-je partir à l'étranger durant une période d'incapacité de travail ? | 48 |
| 12.15. | En cas de détention ou d'internement dans un établissement de défense sociale, ai-je droit à des indemnités d'incapacité de travail ?..... | 49 |
| 12.16. | Si j'ai trop de frais médicaux (hors hospitalisation), est-il possible de demander à mon organisme assureur un tarif particulier ?..... | 49 |
| 12.17. | Une revalidation est-elle assimilée à une hospitalisation ?..... | 49 |
| 12.18. | Que recouvre la notion de « tiers payant » ? | 50 |
| 12.19. | Quels sont les avantages de la carte <i>AssurCard</i> ? | 50 |
| 12.20. | Est-il possible de poursuivre individuellement tout ou partie de l'assurance « revenu garanti » si je perds le bénéfice de cette assurance ? | 50 |
| 12.21. | Faut-il conserver les copies des attestations de soins ou de certificats de moins de 8 jours ? | 51 |

| | | |
|------------|-------------------------------|-----------|
| 13. | Remerciements..... | 51 |
| 14. | Liste des annexes..... | 51 |

PARTIE I – SYNTHÈSE DES AIDES

INTRODUCTION

En cas d'incapacité de travail, **sept types d'aide** s'offrent à vous :

- 1) l'intervention de votre organisme assureur (= votre Mutuelle) pour couvrir vos soins de santé (au sens large) et vous assurer des revenus de remplacement,
- 2) l'intervention de l'assurance collective « revenu garanti » du Barreau de Bruxelles pour vous octroyer un revenu garanti,
- 3) l'intervention de l'assurance collective « soins de santé » du Barreau de Bruxelles en complément de l'intervention de la Mutuelle pour vous garantir une meilleure couverture de vos soins de santé en cas d'hospitalisation,
- 4) l'intervention de l'INASTI pour vous octroyer une dispense de paiement de cotisations sociales, avec l'assimilation de votre période d'incapacité de travail à une période d'activité,
- 5) l'intervention de la Commission des Dispenses pour vous octroyer une dispense de paiement de cotisations sociales, sans l'assimilation de votre période d'incapacité de travail à une période d'activité,
- 6) l'intervention du Service Social du Barreau de Bruxelles,
- 7) l'intervention des Membres de la Section 'Social'.

Cette partie I a pour objectif de vous dresser un portrait des aides utiles.

La mise en œuvre concrète de ces aides fera l'objet de la partie II.

1. L'INTERVENTION DE L'ORGANISME ASSUREUR

1.1. La base légale

→ L'assurance indemnités et l'assurance maternité

Le siège de la matière est **l'arrêté royal du 20 juillet 1971** instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints-aidants.

1.2. L'institution de sécurité sociale compétente

→ L'assurance indemnités et l'assurance maternité

L'institution de sécurité sociale compétente pour vous octroyer des revenus de remplacement pendant une incapacité de travail est qualifiée par l'arrêté royal précité du 20 juillet 1971 : « **l'organisme assureur** ».

En langage plus familier, il s'agit de votre **Mutualité** ou de votre **Mutuelle**.

Votre Mutuelle intervient **et** pour couvrir vos soins de santé au sens large et de manière conforme à la nomenclature de l'INAMI (intervention dans les remboursements de soins de santé) **et** pour vous payer des indemnités d'incapacité de travail (ce qu'on appelle « l'assurance maladie-invalidité »).

1.3. Le montant des indemnités d'incapacité de travail au 15/03/2020

Lors d'une incapacité de travail, votre Mutuelle vous octroie une indemnité journalière **forfaitaire** pour chaque jour de l'année, **sauf** pour les dimanches.

Il y a donc 25, 26 ou 27 jours indemnisés selon les mois.

| | Incapacité de travail de moins de 8 jours | Première année (par jour) | Après un an sans assimilation (par jour) | Après un an avec assimilation (par jour) |
|-------------------------------|--|----------------------------------|---|---|
| Avec charge de famille | - | 60,86 euros | 60,86 euros | 60,86 euros |
| Isolé | - | 48,71 euros | 48,71 euros | 48,71 euros |
| Cohabitant | - | 37,35 euros | 37,35 € | 41,76 euros |

Pour pouvoir bénéficier d'une indemnité d'incapacité de travail, vous devez :

- être affilié à une Mutuelle,
- avoir accompli un stage de 6 mois (ou être dispensé de ce stage)
- avoir payé vos cotisations sociales (ou en être dispensé)
- faire reconnaître votre état d'incapacité de travail dans les 7 jours par votre Mutuelle.

Remarque ! Depuis le 1^{er} mai 2019, si votre certificat médical porte sur une durée de plus de 7 jours consécutifs, vous pouvez prétendre à une indemnité d'incapacité dès le 1^{er} jour.

1.4. La prime de rattrapage annuelle

Une fois par année, au mois de mai, vous pouvez prétendre à une indemnité complémentaire : la prime de rattrapage d'un montant forfaitaire de 229,07 € (montant valable au 15/03/2020).

Vous avez droit à la prime de rattrapage si les deux conditions suivantes sont réunies :

- Au 31 décembre de l'année précédente, vous étiez en incapacité de travail depuis au moins un an ;
- Vous êtes encore en incapacité de travail au mois de mai de l'année en cours.

En principe, cette prime de rattrapage vous est octroyée d'office par votre Mutuelle. Il ne faut réaliser aucune démarche.

2. L'ASSURANCE « REVENU GARANTI » OBLIGATOIRE DU BARREAU DE BRUXELLES

2.1. Le revenu garanti de base

→ 1) Introduction

L'Ordre des avocats du Barreau de Bruxelles a conclu avec *Ethias* un contrat **Revenu Garanti Obligatoire** afin d'assurer les avocats (dont les stagiaires) contre les risques de maladie et d'accident.

Cette assurance « revenu garanti » vous garantit une **rente** en cas d'incapacité de travail découlant d'une maladie ou d'un accident et dont la prime est **comprise** dans la cotisation au Barreau.

Cette rente est **cumulable** avec les indemnités d'incapacité de travail payées par votre organisme assureur (= votre Mutuelle).

→ 2) Qui est assuré ?

Sont couverts tous **les avocats** inscrits à l'Ordre (tableau, liste des stagiaires, listes E ou B), **âgés de moins de 65 ans au moment de**

l'adhésion ainsi que les avocats stagiaires qui exercent leur activité professionnelle en Belgique et y résident.

Aucune formalité n'est exigée pour l'affiliation à l'assurance collective, celle-ci étant automatique.

→ 3) Que couvre cette assurance ?

Cette assurance a pour but de garantir :

- Le paiement d'une **rente mensuelle**, en cas d'incapacité de travail, d'un montant de :
 - **1200 €** (avocats)
 - **750 €** (avocats stagiaires)

Remarques

- Le délai de carence est fixé à 30 jours calendrier.

Dans l'hypothèse d'une rechute dans les 90 jours d'une fin d'incapacité pour la même maladie ou pour le même accident, aucune nouvelle période de carence n'est appliquée.

- Une incapacité de travail de plus de 66 % suffit ! Elle est égale à 100 %.
- Le *burn-out* est couvert.
- Le paiement d'une **prime d'accouchement** de 1000 € à l'avocate qui accouche durant la validité du contrat.
- L'indemnisation d'un maximum de **5 semaines de congé de maternité**, et ce sur la base d'une copie de la demande adressée à la Mutuelle.

→ 4) Quel est le terme de l'assurance ?

La garantie prend fin de plein droit au **décès** de l'assuré ou à la date d'**omission** de ce dernier de la liste des avocats ou stagiaires du Barreau de Bruxelles.

Les avocats toujours en activité demeurent cependant assurés et bénéficiaires des prestations jusqu'à l'âge de **75 ans**. **Toutefois**, au-delà de 65 ans, la rente ne sera due que pour une période totale, cumulée ou non, de 12 mois maximum.

→ 5) Quels risques sont exclus de l'assurance ?

Est exclue de l'intervention de l'assurance l'incapacité de travail qui résulte de :

- un état préexistant,
- un sinistre survenu pendant le délai d'attente,
- un **syndrome de fatigue chronique** (SFC) ou de la **fibromyalgie**.
- une grossesse pendant une période de 3 semaines avant ou après l'accouchement ou la fausse couche,
- un traitement à des fins purement esthétiques, sauf si *Ethias* a accordé son autorisation écrite préalable,
- un accident survenu à l'occasion d'un exercice physique pendant une compétition ou une exhibition sportive pour laquelle l'organisateur perçoit un droit d'entrée et pour laquelle les participants perçoivent une rémunération d'une forme quelconque,
- l'exercice d'un sport en tant que (semi-) professionnel avec un contrat de sportif rémunéré,
- l'accident survenu lors de la pratique d'un sport ou d'une activité à risques exceptionnels (courses de voitures ou de motos, rallyes, sports aériens, plongée sous-marine, ...),
- une des fautes graves suivantes :
 - l'état d'ivresse ou l'intoxication alcoolique de plus de 1,5 pour 1000,
 - être sous l'influence de drogues, de stupéfiants ou d'excitants,
 - la consommation abusive de médicaments,
 - l'incitation à des paris ou à des défis,
 - des pratiques d'activités sportives considérées par des spécialistes comme des actes téméraires,
 - la participation volontaire à des rixes ou actes de violence,
 - des actes ou des traitements téméraires que l'assuré s'est lui-même infligés.
- un dol, plus particulièrement lorsque l'assuré s'est volontairement blessé, fait blesser ou fait rendre malade,

- le fait que l'assuré refuse de suivre le traitement médical approprié et les mesures nécessaires au rétablissement de sa santé,
- un fait de guerre, une guerre civile, une émeute ou une insurrection populaire,
- une exposition à des réactions atomiques nucléaires ou à de la radioactivité ou à des rayons ionisants qui ne font pas partie d'un traitement médical,
- l'emploi d'armes ou d'engins nucléaires.

Pour plus d'informations, vous trouverez en annexes 1a et 1b l'article « *Synthèse des assurances collectives souscrites par le Barreau de Bruxelles* » paru dans le Forum n° 274 du mois de mai 2019 ainsi que la documentation du courtier d'assurance MARSH relative à l'assurance collective « revenu garanti obligatoire du Barreau de Bruxelles ».

Annexe 1a

Annexe 1b

2.2. Le revenu garanti étendu – Extension de la couverture de base

→ 1) En quoi consiste cette extension ?

Il vous est possible d'augmenter le montant de la rente du revenu garanti.

Jusqu'à l'âge de **55 ans**, l'avocat (également le stagiaire) peut **étendre facultativement** la couverture **par tranches successives de 250 € avec un maximum de 4 tranches**, soit un maximum de 1.000 €, et ce sans formalités médicales pour la première tranche ou moyennant un questionnaire médical pour les 3 tranches suivantes.

→ 2) Quel en est le prix ?

La prime annuelle par extension de 250 € s'élève à 42,50 € (au 15/03/2020).

Dès lors, pour porter le revenu garanti de 1.200 € à 2.200 €, cela coûte 170 €/an.

→ 3) Quelles démarches accomplir ?

Nous vous communiquons en annexe les documents utiles pour solliciter – si vous le souhaitez – une extension de

l'assurance « revenu garanti », à renvoyer par mail à M. Stéphane HERBAUTS stephane.herbauts@marsh.com

2. Revenu garanti – Formulaire d'adhésion – Tranches supplémentaires.

Annexe 2

3. Revenu garanti – Formulaire – Questionnaire médical.

Annexe 3

4. Revenu garanti – Règlement et conditions générales d'ETHIAS.

Annexe 4

2.3. Le revenu garanti XL

→ 1) En quoi consiste cette extension ?

Vous avez la possibilité de souscrire un revenu garanti XL pour la rente de votre choix.

Il s'agit d'un contrat facultatif individuel qui vous garantit une rente en cas d'incapacité découlant d'une maladie ou d'une incapacité de 24 % (au lieu de 66 %).

→ 2) Quel en est le prix ?

Vous choisissez, en fonction de vos besoins et de votre budget, le montant de la rente annuelle qui déterminera le montant de la prime.

→ 3) Quels sont les avantages de ce contrat ?

- une intervention à partir de 24 % d'incapacité de travail (au lieu de 66 %),
- une intervention à partir du 1^{er} jour d'incapacité sans délai d'attente dans l'hypothèse d'une hospitalisation,
- un remboursement de la franchise hospitalisation,
- une invalidité permanente dès 1 % d'invalidité en cas d'accident,
- en cas d'accouchement : le versement d'une allocation de naissance forfaitaire de 1/15^e de la rente annuelle assurée, en complément de la prime de naissance prévue dans la garantie de base.

Nous vous communiquons en annexe 5a le formulaire d'adhésion revenu garanti XL et annexe 5b les conditions générales d'Ethias relatives au revenu garanti XL.

Annexe 5a

Annexe 5b

2.4. Tableaux de synthèse

→ Le revenu garanti – la garantie de base

| | |
|--|--|
| Assurés | - Avocats (tableau ou la liste B ou E) - Avocats stagiaires (liste des stagiaires) |
| Adhésion | Automatique au moment de l'inscription |
| Délai de carence | 30 jours |
| Age limite | 75 ans mais bénéficiaire de la rente limitée à 12 mois maximum à partir de 65 ans |
| Rente mensuelle | - Avocat : 1.200 € - Stagiaire : 750 € |
| Extension de la rente | 1000 € maximum |
| Age limite de souscription des extensions | 55 ans |
| Accouchement avocate | - Prime de naissance : 1.000 € - Congé de maternité : couverture 5 semaines supplémentaires |
| Affections psychiques | Indemnité sans limite dans le temps – <i>burn-out</i> inclus |
| Fin de la couverture | Date d'omission du Barreau ou décès de l'assuré. |

→ Le revenu garanti – l'extension de la garantie de base

| Garantie | Avocat | Stagiaire |
|-----------------|----------------|------------------|
| Rente | 1.200 € | 750 € |
| Tranche 1 | 250 € | 250 € |
| Tranche 2 | 250 € | 250 € |
| Tranche 3 | 250 € | 250 € |
| Tranche 4 | 250 € | 250 € |
| Total | 2.200 € | 1.750 € |

→ Le revenu garanti – le revenu garanti XL

Il s'agit d'un contrat individuel entre vous et *Ethias*, dont vous déterminerez l'étendue en fonction de vos besoins et de votre budget.

3. L'ASSURANCE « SOINS DE SANTE » DU BARREAU DE BRUXELLES (LORS D'UNE HOSPITALISATION)

3.1. Quels sont les bénéficiaires de l'assurance ?

Cette assurance est **automatique** pour :

- les avocats (listes A et E) !!! pas les avocats de la liste B !!!
- les stagiaires
- les membres du personnel de l'Ordre.

Cette assurance est **facultative** pour les membres de leur famille.

Les avocats qui atteignent **65 ans** continuent à bénéficier des garanties du contrat et ce, sans demande expresse.

Les avocats honoraires peuvent poursuivre leur assurance « soins de santé » sans stage d'attente mais sur demande expresse de la poursuivre et moyennant le paiement de la prime (671,23 € par an au 15/03/2020).

3.2. Que couvre l'assurance ?

L'assurance « soins de santé » est **complémentaire** à votre Mutuelle qui comporte les gros risques et les petits risques. Il y a donc lieu d'avoir droit à celle-ci pour que la première produise ses effets.

L'assurance « soins de santé » garantit le remboursement des frais de soins de santé mentionnés ci-dessous, après déduction éventuelle des interventions légales et extra-légales et de la franchise éventuelle restant à charge de l'assuré.

→ 1) Les frais liés à l'hospitalisation

En cas d'hospitalisation à la suite d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement, sont couverts :

1. Les frais donnant lieu à une intervention légale :

Remarque

On entend par « frais donnant lieu à une intervention légale » les frais pour lesquels il y a une intervention (même partielle) de la Mutuelle.

- les frais de séjour même en cas de « *One Day Clinic* » (y compris les suppléments relatifs aux chambres à un ou deux lits) **pour autant que des frais de séjour aient été facturés,**
- le coût des prestations médicales, les honoraires et les suppléments d'honoraires,
- le coût des prestations paramédicales (kinésithérapie, soins infirmiers, ...),
- les frais de produits pharmaceutiques,
- les frais de chirurgie et d'anesthésie,
- les frais d'utilisation de la salle d'opération et de la salle d'accouchement,
- toutes prothèses ou orthèses placées durant l'hospitalisation et en lien direct avec la raison de l'hospitalisation.

2. Les frais qui donnent lieu, ou non, à une intervention légale :

Remarque

On entend par « frais ne donnant pas lieu à une intervention légale » les frais pour lesquels il n'y a aucune intervention de la Mutuelle.

- les frais non remboursables de viscerosynthèse et de matériel d'endoprothèse,
- le matériel à usage unique utilisé au cours d'une intervention chirurgicale,
- les médicaments non remboursables,
- les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture,
- les frais de bandage et de matériel médical,
- les frais de transport urgent vers l'hôpital, justifié pour raisons médicales et le SMUR.

→ 2) Les frais pré- et post- hospitalisation en lien direct avec l'hospitalisation

Pendant une période de **90 jours avant** l'hospitalisation et de **180 jours après** l'hospitalisation, sont couverts :

1. Les frais donnant lieu à une intervention légale :

Remarque

On entend par « frais donnant lieu à une intervention légale » les frais pour lesquels il y a une intervention (même partielle) de la Mutuelle.

- les prestations médicales dispensées suite à une visite ou une consultation d'un médecin,
- les prestations paramédicales prescrites par un médecin,
→ **Attention !** Les frais de traitement de kinésithérapie consécutif à une affection traumatologique ou orthopédique sont remboursés jusqu'à 12 mois après l'hospitalisation.
- les remèdes médicaux prescrits par un médecin,
- les prothèses médicales,
- les membres artificiels.

2. Les frais qui donnent lieu, ou non, à une intervention légale :

Remarque

On entend par « frais ne donnant pas lieu à une intervention légale » les frais pour lesquels il n'y a aucune intervention de la Mutuelle.

- les médicaments non remboursables,
- les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture,
- les frais de bandage et de matériel médical, sauf les produits disponibles dans le commerce non médical.

→ 3) En cas de « maladie grave »

Si vous souffrez d'une des « maladies graves » assurées (cancer, diabète, maladie d'Alzheimer, sclérose en plaques,...), l'assurance est étendue aux frais de soins de santé dispensés **en dehors** du milieu hospitalier et en relation directe avec la maladie.

La liste des 33 maladies graves est reprise dans les conditions générales de l'assurance collective « soins de santé » du Barreau de Bruxelles, en annexe 6a (page 8).

Annexe 6a

→ 4) Accouchement à domicile, en polyclinique et frais postérieurs à l'accouchement

L'assurance est également d'application pour les frais médicaux relatifs à un **accouchement à domicile** et à un **accouchement en polyclinique**. Dans ces cas, les frais pré- et post- hospitalisation mentionnés ci-dessus sont aussi pris en charge.

La garantie s'étend en outre aux frais postérieurs à un accouchement facturés par un établissement de soins postnatals reconnu, relatifs à des soins dispensés à domicile à la mère, au nouveau-né et à la famille par une aide qualifiée.

→ 5) Les soins palliatifs

L'assurance couvre le remboursement des soins palliatifs à l'hôpital, dans un centre spécialisé et reconnu et à domicile.

3.3. Quelles sont les limites d'intervention ?

| | |
|---|--|
| Acupuncture | 50% des frais exposés |
| Chiropraxie | 50% des frais exposés |
| Frais de transport liés aux maladies graves | 250€/an |
| Frais de séjour d'un parent (enfant de moins de 14 ans) ou d'un conjoint/cohabitant d'un assuré hospitalisé | 25 €/jour |
| Homéopathie | 50% des frais exposés |
| Hospitalisation avec intervention légale (= hospitalisation prise en charge par la Mutuelle car reprise dans la nomenclature de l'INAMI) | Remboursement des frais médicaux et de séjour à 100% (en ce compris chambre particulière) |
| Hospitalisation sans intervention légale (= hospitalisation non prise en charge par la Mutuelle car non reprise dans la nomenclature de l'INAMI) | Remboursement à hauteur de 50% (chambre particulière) Remboursement à hauteur de 100% (dans les autres cas) Max. 1.250€/an (hospitalisation + frais pré- et post-hospitalisation) |
| Ostéopathie | 50% des frais exposés |

| | |
|---|--|
| Prothèses et appareils orthopédiques | 4 fois le montant de l'intervention légale |
| Soins ambulatoires liés à une maladie grave, pour les prestations sans intervention légale (INAMI) | 50% des frais exposés Max. 1.250€/an |
| Soins palliatifs | 100€/jour |

3.4. Exclusions ?

Attention !

Ne sont pas couvertes par l'assurance soins de santé/hospitalisation, les prestations résultant :

- d'une affection, maladie ou grossesse déjà existante au moment de l'affiliation,
- de maladies ou d'accidents consécutifs à l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments,
- de traitements esthétiques ou de rajeunissement, sauf les frais de chirurgie plastique réparatrice qui seraient occasionnés par une maladie ou un accident couvert ;
- de la stérilisation, de traitements contraceptifs et de l'insémination artificielle ;
- de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide.

3.5. Franchise ?

Une franchise de **261,77 €** (montant au 20/03/2020) sera d'application **par an et par assuré**, sur l'ensemble des frais d'hospitalisation et pré/post hospitalisations, et ce même si le séjour est « à cheval » sur 2 années civiles.

Il n'y a aucune limite générale d'intervention annuelle par assuré.

Nous vous communiquons en annexe 6a et 6b les conditions générales de l'assurance collective « Soins de santé » de l'Ordre français des avocats du Barreau de Bruxelles ainsi que les conditions particulières et les 4 avenants.

Annexe 6a

Annexe 6b

4. L'INTERVENTION DE L'INASTI

4.1. L'assimilation d'une période d'incapacité de travail à une période d'activité

Si vous êtes en incapacité de travail, vous pouvez demander à être dispensé du paiement des cotisations sociales (assimilation pour maladie).

Dans ce cas, vous maintenez votre couverture sociale et avez toujours droit à votre pension, aux prestations familiales et à l'assurance maladie-invalidité.

Attention ! Il ne faut jamais demander une cessation totale d'activité à votre Caisse d'Assurances Sociales :

- pour bénéficier d'indemnités d'incapacité de travail de travailleur indépendant, il faut être indépendant !
- pour bénéficier des assurances collectives du barreau, il faut être avocat !

C'est parfois un très mauvais conseil qui est donné pour arrêter l'hémorragie des cotisations sociales lorsque l'activité professionnelle ne produit plus de revenus ... il ne faut toutefois pas confondre une attestation sur l'honneur de cessation d'activité (parfois demandée) et une désinscription d'un guichet d'entreprise.

En bref, il ne faut pas mettre fin à son statut d'indépendant.

4.2. Quel est l'organe compétent ?

L'octroi de l'assimilation d'une incapacité de travail à une période de travail est de la compétence de l'**INASTI** mais la demande d'assimilation s'introduit *via* votre Caisse d'Assurances Sociales au moyen d'un formulaire-type.

4.3. Les conditions de l'assimilation

C'est l'article 29 de l'arrêté royal n° 38 du 22 décembre 1967 portant règlement général relatif à la pension de retraite et de survie des indépendants qui prévoit les conditions d'assimilation de périodes de maladie ou d'invalidité à des périodes d'activité professionnelle.

Trois conditions sont exigées :

- **avoir la qualité d'indépendant depuis 90 jours** au moins au début de l'assimilation,

- **l'existence d'une incapacité de travail au sens de l'arrêté royal du 20 juillet 1971** instituant une assurance indemnités en faveur des travailleurs indépendants,
- **la fin de toute activité professionnelle.**

Si l'assimilation permet la prise en compte de la période de maladie et/ou d'invalidité pour le calcul de la pension, ceci est soumis à la condition qu'aucune période d'activité ne soit constatée pendant celle-ci.

L'arrêté royal définit également ce qu'il faut entendre par absence de cessation de l'activité professionnelle (ou reprise d'une telle activité), étant **l'hypothèse où une activité est exercée en son nom, par personne interposée, pourvu que l'intéressé bénéficie en tout ou en partie des revenus produits par celle-ci.**

En d'autres termes, si vous n'exercez plus votre activité professionnelle mais que celle-ci est poursuivie par l'un de vos collaborateurs, il n'y a pas cessation totale d'activité.

L'assimilation peut dès lors uniquement être demandée par un avocat qui « *ferme la porte de son cabinet* » durant son incapacité, se déchargeant de ses dossiers.

5. L'INTERVENTION DE LA COMMISSION DES DISPENSES

5.1. La dispense de paiement des cotisations sociales pour travailleurs indépendants

En tant que travailleur indépendant, vous devez payer des cotisations sociales à votre Caisse d'Assurances Sociales. Vous payez chaque trimestre une somme globale qui vous permet de bénéficier de prestations de sécurité sociale : les prestations familiales, les pensions, l'assurance maladie-invalidité, etc...

Si vous n'êtes pas en mesure de payer vos cotisations sociales, vous pouvez demander **une dispense de cotisations.**

La dispense de cotisations peut être **totale** ou **partielle.**

Les périodes pour lesquelles vous bénéficiez d'une dispense de cotisations **n'entrent pas en ligne de compte dans le cadre de votre pension.**

5.2. Quel est l'organe compétent ?

L'octroi d'une dispense de cotisations est de la compétence de la **Commission des dispenses** mais la demande de dispense de cotisations sociales s'introduit *via* votre Caisse d'Assurances Sociales au moyen d'un formulaire-type.

Votre Caisse d'Assurances Sociales transférera votre dossier au service Dispense de cotisations de l'INASTI.

La décision vous sera envoyée par courrier recommandé.

5.3. Les conditions de la dispense de cotisations

- Vous devez être indépendant à titre principal,
- Vous devez démontrer que vous vous trouvez temporairement dans une situation financière ou économique difficile qui vous empêche de payer vos cotisations,
- Vous devez introduire votre demande dans un délai de 12 mois.

La demande de dispense peut être introduite, au maximum, pour les 4 derniers trimestres précédant le trimestre en cours. Au-delà, c'est trop tard !

Conseil.

Vous souhaitez demander une dispense pour vos cotisations provisoires ?

Demander alors d'abord à votre Caisse d'Assurances Sociales, avant d'introduire une demande de dispense, si vous entrez en ligne de compte dans le cadre d'une diminution du montant des cotisations sociales provisoires dues. Une diminution du montant des cotisations vous offre déjà souvent une solution.

Cette réduction de vos cotisations provisoires se calculera selon vos revenus estimés pour l'année en cours. La décision pour ce mécanisme de réduction est généralement très rapide. Votre Caisse d'Assurances Sociales peut vous renseigner utilement à cet égard.

Attention ! La demande de réduction de cotisations provisoires est la voie « royale » pour obtenir, par la suite, une éventuelle dispense de cotisations sociales.

6. LES AIDES OFFERTES PAR LE SERVICE SOCIAL DU BARREAU DE BRUXELLES

→ Quelles aides peut-on attendre du Service Social du Barreau de Bruxelles ?

En matière de santé, le Service Social assure :

- **une mission d'information** concernant le statut social des travailleurs indépendants, les assurances collectives contractées par le Barreau de Bruxelles, l'assurance « revenu garanti » *via Ethias*, l'assurance « soins de santé », la maternité, l'assurance au Fonds de solidarité, etc,
- **une mission d'accompagnement et d'intervention dans différentes démarches administratives,**
- **une mission d'orientation et d'écoute.**

Le Service Social offre avant tout une oreille attentive aux avocats en cas de questions et doléances, de manière confidentielle : *burn-out*, déprime, harcèlement, alcool, etc...

Le Service Social est là pour orienter les avocats vers des services d'aide adéquats à chaque type de situation rencontrée et pour trouver des pistes de solutions.

Nous vous communiquons en annexe une présentation du Service Social du Barreau, reprise dans le Forum n° 274 (mai 2019) du Barreau de Bruxelles.

Annexe 7

7. LA SOLIDARITE AU SEIN DE LA SECTION 'SOCIAL'

Chacun d'entre nous est sensible à l'incapacité de travail qui touche un confrère, d'autant que la pratique du droit social nous permet d'en mesurer les conséquences néfastes sur la vie d'une personne.

Malheureusement, aucun d'entre nous n'est capable d'assurer la gestion complète de deux cabinets pour venir en aide à un confrère : c'est une réalité !

Nous avons réfléchi sur la manière d'aider au mieux un confrère en incapacité de travail, en voulant créer une solidarité « organisée ». Après une mûre réflexion et des avis sollicités auprès de confrères, nous sommes arrivées à la conclusion qu'il ne fallait surtout pas organiser une solidarité car, au final, chaque fois que la

question s'est posée, **c'est la solidarité naturelle qui a le mieux fonctionné**, même si elle est très difficile à maintenir dans la longueur.

Nous voudrions vous sensibiliser à cette question afin que vous n'hésitez pas à aider un confrère en difficulté et **à vous manifester auprès des chefs de section actuels et futurs** si vous êtes prêts à aider un confrère, de manière gracieuse, en cas d'incapacité de travail.

Il n'y a pas de petite aide ... Suffisent, par exemple :

- un transport en voiture,
- la rédaction d'un seul jeu de conclusions,
- le téléchargement des formulaires actualisés pour *Ethias* ou pour la Mutuelle ou pour la Caisse d'Assurances Sociales ou pour la Commission des dispenses,
- la rédaction d'un seul courrier,
- le relevé du courrier une fois ou plusieurs fois,
- un appel téléphonique,
- un petit mail de soutien ou d'ondes positives,
- une seule audience de plaidoirie,
- la création d'un accès à distance à la boîte mail,
- un déjeuner,
- des trucs et astuces homéopathiques,
- une marche,
- une écoute,
- une bonne adresse pour un psy, un ostéopathe, un sophrologue ...
- ...

Si chaque personne dans la Section fait une seule chose, cela fait déjà 43 aides ...

Nous vous le demandons en toute simplicité.

Nous espérons que vous y serez sensibles, en n'oubliant pas que cela n'arrive pas qu'aux autres.

PARTIE II – Aspects pratiques

8. LES CONTACTS UTILES

8.1. Le Service Social du Barreau

→ Coordonnées

Madame Bérengère LEFRANCQ

Service Social du Barreau

Palais de Justice

Place Poelaert

1000 Bruxelles

Tél. : 02/ 508. 62. 69.

Gsm : 0473/ 17. 00. 91.

E-mail : berengere.lefrancq@barreaudebruxelles.be

Du mercredi au vendredi, de 9h00 à 17h00, par téléphone.

→ Heures de permanence

Le mercredi et vendredi matin entre 9h00 et 12h30.

Egalement sur rendez-vous.

8.2. Votre organisme assureur (c'est-à-dire votre Mutuelle)

Il est important d'être en possession des coordonnées de votre Mutuelle, **compétente pour payer les indemnités d'incapacité de travail**, et de disposer d'une vignette (reprenant des informations utiles).

A l'heure actuelle, quelle que soit la Mutuelle à laquelle vous êtes affilié(e), pour introduire des demandes, des **formulaires-types** doivent **obligatoirement** être utilisés (notamment le certificat d'incapacité pour travailleurs indépendants). Nous vous conseillons soit de vous rendre sur place, soit de les télécharger.

8.3. La s.a. Ethias

→ Adresse de la compagnie d'assurance

Ethias-Service 1172

Rue des Croisiers, 24

4000 Liège

→ Ligne info Ethias

- Contrat : 04/ 220. 81. 00.
contrat.medicollectivites@ethias.be
- Sinistre : 04/ 220. 33. 01.
avocats.besinistres@ethias.be
- Revenu garanti
revenugaranti@ethias.be

→ Courtier

Marsh Bruxelles
Avenue Hermann-Debroux, 2
1160 Bruxelles

Stéphane HERBAUTS
Tél. : 02/ 674. 97. 01.
E-mail : stephane.herbauts@marsh.com
www.marsh.be/avocat
www.marshconnect.eu/avocatsMC.htm

→ Gestion

Madame Antonieta FOIS
Tél. : 02/ 674. 98. 40.
E-mail : antonieta.fois@marsh.com

→ Sinistres

Procédure à suivre : voir site www.marsh.be/avocat
ou www.marshconnect.eu/avocatMC.htm

8.4. Votre Caisse d'Assurances Sociales

Disposer des coordonnées de votre Caisse d'Assurances Sociales est utile dans les hypothèses suivantes :

- une demande d'assimilation auprès de l'INASTI d'une période d'incapacité de travail à une période de travail,
- une demande de dispense de cotisations sociales,
- une demande de réduction des cotisations provisoires.

A l'heure actuelle, quelle que soit votre Caisse d'Assurances Sociales, pour introduire des demandes, des **formulaires-types** doivent **obligatoirement** être utilisés. Mieux vaut se renseigner, peut-être en période de pleine capacité, que d'accomplir plusieurs fois la même démarche.

8.5. L'INASTI (L'Institut National d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants)

→ Coordonnées

INASTI

Quai de Willebroeck, 35
1000 Bruxelles
Tél. 02/ 546. 42. 11.

→ Quelle aide peut-on attendre de l'INASTI ?

En cas d'incapacité de travail, l'INASTI est surtout l'organisme compétent pour décider de l'assimilation d'une période d'incapacité à une période de travail. C'est aussi l'organisme compétent pour les demandes de dispense de cotisations.

Ces demandes s'introduisent toutefois *via* votre Caisse d'Assurances Sociales.

8.6. L'Ordre français des avocats du Barreau de Bruxelles

→ Coordonnées

Secrétariat de l'Ordre

Palais de Justice – 1^{er} étage
Place Poelaert, 3
1000 Bruxelles

Tél. 02/ 508. 66. 59.
Fax 02/ 508. 64. 53.
ordre@barreaudebruxelles.be

→ Quelle utilité ?

Un petit mail au Secrétariat de l'Ordre peut être utile en cas de demande de suspension de votre stage.

Nous vous communiquons en annexes 8 et 9 deux modèles de lettre à Monsieur le Bâtonnier et au Président de la Commission de stage pour solliciter la suspension de votre stage.

Annexe 8

Annexe 9

8.7. Le Bureau d'Aide Juridique

→ Coordonnées

Secrétariat du BAJ

Rue de la Régence, 63 – 1^{er} étage – 1000 Bruxelles
Tél. 02/ 508. 66. 57. ou 02/ 519. 85. 59.

Fax 02/ 514. 16. 53.
info@bajbxl.be

→ Quelle utilité ?

Un petit mail au BAJ peut être utile en cas d'incapacité de travail pour :

- demander votre suspension de l'agenda des permanences,
- renvoyer des dossiers que vous n'êtes pas en mesure de traiter durant votre incapacité,
- informer le Président de la situation.

Nous vous communiquons en annexe 10 un modèle de lettre à l'attention du Président du BAJ.

Annexe 10

9. LES DEMARCHES ESSENTIELLES EN CAS D'INCAPACITE DE TRAVAIL

9.1. L'urgence dans les 7 jours (48h en cas de rechute) – L'envoi d'un certificat médical à votre Mutuelle

→ 1^{ère} étape : Cesser totalement votre activité

Il y a lieu dans un premier temps de cesser **totalem**ent votre activité professionnelle (art. 19 de l'AR du 20 juillet 1971).

Une reprise d'activité (partielle ou totale) pourra être envisagée par la suite, moyennant l'autorisation **préalable** du médecin-conseil.

→ 2^{ème} étape : Se rendre chez votre médecin-traitant, muni du modèle de certificat médical d'incapacité de travail pour travailleurs indépendants propre à votre Mutuelle (art. 53 A.R. 20.07.1971)

- Une période d'incapacité de travail ne peut prendre cours que si le titulaire a fait constater son incapacité de travail.
- Il faut un certificat médical, complété, daté et signé, motivant l'incapacité de travail (diagnostic) et déterminant la durée de l'incapacité de travail.

Attention !

- **Ce certificat médical doit être conforme au modèle arrêté par le Comité de gestion. Téléchargez-le sur internet pour ne pas faire les démarches 2 fois !** Pour information, en tapant « certificat incapacité indépendant » et le nom de plusieurs Mutuelles sur Google, nous n'avons eu aucune difficulté à trouver les modèles de chaque Mutuelle.

- La période d'incapacité de travail peut commencer **au plus tôt à la date de signature** du certificat médical.

→ **3^{ème} étape** : Envoyer le certificat médical à votre Mutuelle dans les 7 jours (art. 53 et 54 A.R. 20.07.1971)

- Le titulaire doit **envoyer** l'original de son certificat médical par la poste, le cachet de la poste faisant foi, au médecin-conseil de son organisme assureur (Mutuelle) ou se rendre au guichet de celle-ci et lui remettre contre accusé de réception. Conservez-en toujours une copie !
- La **preuve** de l'envoi ou de la remise au médecin-conseil du certificat médical incombe au titulaire.
- L'envoi du certificat doit intervenir dans **un délai de 7 jours, qui prend cours le jour qui suit celui au cours duquel débute l'incapacité.**

Lorsque le dernier jour coïncide avec un samedi, un dimanche ou un jour férié légal, il est prorogé jusqu'au prochain jour ouvrable (art. 57 AR 20.07.1971).

Attention ! Deux exceptions !

- En cas de 2^e incapacité de travail (rechute), le délai est ramené à **un délai de 2 jours** qui suit celui au cours duquel a repris l'incapacité de travail (art. 55 AR 20.07.1971). Si l'incapacité de travail est ininterrompue, les certificats d'incapacité de travail doivent toujours se suivre « bout à bout », c'est-à-dire qu'il ne peut y avoir un seul jour qui ne soit pas couvert !
- En cas d'hospitalisation, un certificat attestant de l'hospitalisation suffit (art. 56 A.R. 20.07.1971) ; vous n'êtes pas obligé de faire immédiatement une déclaration mais faites-la **immédiatement après votre sortie de l'hôpital** !

Nous vous communiquons en annexe un modèle de lettre pour déclarer votre incapacité de travail au médecin-conseil de la Mutuelle (annexe 11a) et 3 modèles-types de certificat d'incapacité pour travailleurs indépendants (annexes 11b – ANMC, FMSB et UNMN).

Annexe 11a

Annexe 11b

→ **4^{ème} étape** : Répondre au questionnaire qui vous sera communiqué par votre organisme assureur (Mutuelle) (art. 63 A.R. 20.07.1971)

Il faut remplir la **feuille de renseignements** (destinée au calcul des indemnités : situation familiale, etc...) et le **questionnaire relatif à votre activité professionnelle** qui vous seront communiqués par le médecin-conseil de la Mutuelle.

Remarque : un « *avis de reprise de travail* » est joint à ces documents ; il doit être envoyé à l'organisme assureur en cas de reprise.

Voici en annexe 12 un modèle de lettre au médecin-conseil de la Mutuelle – Feuille de renseignements

Annexe 12

→ **5^{ème} étape** : Se rendre à toute convocation du médecin-conseil ou des organes de contrôle de l'INASTI (art. 64 A.R. 20.07.1971)

→ **6^{ème} étape** : Signaler au médecin-conseil de votre organisme assureur toute reprise d'une activité professionnelle dans les 2 jours (art. 66 A.R. 20.07.1971)

Il faut utiliser le formulaire « *avis de reprise de travail* » qui vous aura été transmis par votre organisme assureur (= Mutuelle).

Voici en annexes 13a et 13b un modèle de lettre au médecin-conseil pour l'informer d'une reprise du travail et un modèle de formulaire « *avis de reprise de travail* ».

Annexe 13a

Annexe 13b

9.2. Activer l'assurance collective « revenu garanti » auprès d'*Ethias*

→ **1^{ère} étape** – Obtenir un certificat médical conforme au modèle de la Compagnie

Nous vous communiquons en annexe 14a le formulaire-type d'*Ethias* qui doit obligatoirement être rempli en vue d'activer l'assurance « revenu garanti ».

Annexe 14a

Le formulaire d'*Ethias* « *Déclaration pour intervention – Assurance « revenu garanti » - avocats* » **contient** en sa 3^{ème} page le certificat médical à compléter par votre médecin.

L'incapacité de travail est supposée avoir pris cours à la date indiquée sur le certificat médical fourni par le médecin traitant.

Le certificat médical doit obligatoirement énoncer les éléments suivants :

- la date de début de l'incapacité de travail et sa durée probable,
- les causes de l'incapacité de travail et le tiers éventuellement responsable,
- la période d'hospitalisation éventuelle, avec sa date de début et sa date de fin,
- le diagnostic.

Remarque.

Si le certificat d'incapacité de travail émis par votre médecin-traitant comporte ces données, **il peut éventuellement** être suffisant pour introduire la déclaration de sinistre (sans remplir la dernière page du formulaire-type d'*Ethias* relatif au revenu garanti).

En cas d'accouchement, il faut remettre un extrait d'acte de naissance.

En cas de décès, il faut remettre un certificat médical constatant que l'enfant est mort-né et un extrait d'acte de décès de l'assuré.

→ 2^{ème} étape – Déclarer le sinistre

Le certificat d'incapacité de travail doit être envoyé au médecin-directeur au plus tard **4 jours calendrier avant l'expiration de la période de carence**, et au plus tard dans les **30 jours** calendrier après le début de l'incapacité de travail.

Si vous avez du retard, envoyez-le tout de même au plus vite !

- Par courrier : *Ethias* « Service 1171 » - Rue des Croisiers, 24 à 4000 Liège
- Par courriel : revenugaranti@ethias.be

Voici en annexe 14b un modèle de lettre à *Ethias* en vue d'activer l'assurance « revenu garanti ». Il faut y joindre le formulaire repris en annexe 14a.

Annexe 14b

→ 3^{ème} étape – Répondre à toute convocation et à toute demande de renseignements d'*Ethias*

Il est important à ce titre de :

- communiquer immédiatement son admission dans un établissement de soins ou tout changement de résidence dans le pays,
- obtenir pour tout séjour à l'étranger l'autorisation préalable d'*Ethias*,
- produire une attestation d'hospitalisation mentionnant la date de début et la date de fin de l'hospitalisation.

Voici en annexe 15 la documentation du courtier MARSH relatif à la procédure à suivre pour le paiement de la rente du revenu garanti.

Annexe 15

9.3. Introduire d'éventuels certificats de prolongation auprès de votre Mutuelle dans les 2 jours ouvrables

Toute journée d'incapacité doit être couverte par un certificat médical pour être indemnisée !

Vous devez transmettre la prolongation au médecin-conseil de la Mutuelle dans les **2 jours ouvrables** suivant la date de fin du certificat précédent, en lui adressant un certificat d'incapacité de travail dûment complété.

Voici en annexe 16 un modèle de lettre-type à l'attention du médecin-conseil pour une prolongation de votre incapacité de travail.

Annexe 16

Nous rappelons dans un tableau de synthèse tous les délais utiles pour introduire votre certificat médical d'incapacité de travail.

| Si vous êtes ... | ... le certificat médical doit être introduit dans les ... |
|--|--|
| Indépendant(e) | 7 jours calendrier |
| Si votre situation est comme décrite ci-dessous ... | |
| Vous venez juste de quitter l'hôpital | 2 jours calendrier |
| Vous avez repris le travail mais avez rechuté dans les 14 jours calendrier | 2 jours calendrier |
| L'incapacité de travail est prolongée après la date de fin sans interruption | 2 jours calendrier |

9.4. Introduire d'éventuels certificats de prolongation auprès d'Ethias

Le certificat médical prolongeant une incapacité de travail doit être envoyé au plus tard dans les **8 jours calendrier** suivant la fin de la période d'incapacité de travail ; à défaut, l'indemnisation est suspendue jusqu'au jour de la réception du certificat de prolongation.

Le certificat médical doit indiquer clairement la durée probable de la prolongation.

Pendant la période d'incapacité de travail reconnue, sauf décision contraire du médecin-directeur, il faut lui envoyer un nouveau certificat médical conforme au modèle de la compagnie.

N'hésitez pas à prendre contact avec le médecin-directeur pour voir si vous pouvez en être dispensé(e) ! Certains confrères nous ont rapporté qu'ils en avaient été dispensés, *Ethias* s'étant aligné sur la décision du médecin-conseil de la Mutuelle durant toute leur incapacité !

Voici en annexe 17 un modèle de lettre au médecin-directeur d'*Ethias* en vue de déclarer la prolongation de votre incapacité de travail. Il faut y joindre votre certificat médical de prolongation (3^{ème} page de l'annexe 14a).

Annexe 17

9.5. Demander à votre Caisse d'Assurances Sociales d'introduire auprès de l'INASTI en fonction des circonstances :

- une demande d'assimilation de votre incapacité de travail à une période d'activité
- une demande de dispense de cotisations sociales
- une demande de réduction des cotisations provisoires

Voici en annexes :

- 18a. Lettre à la Caisse d'Assurances Sociales (demande d'assimilation).

Annexe 18a

- 18b. Modèle de formulaire « assimilation ».

Annexe 18b

- 19a. Lettre à la Caisse d'Assurances Sociales (demande de dispense de cotisations).

Annexe 19a

- 19b. Modèle de formulaire « dispense de cotisations ».

Annexe 19b

9.6. Toujours demander au médecin-conseil de votre Mutuelle l'autorisation de reprendre votre activité professionnelle, que ce soit à temps partiel ou à temps plein

L'état d'incapacité de travail reste maintenu en cas de reprise du travail **si et uniquement si** la reprise a été autorisée **préalablement** par le médecin-conseil de l'organisme assureur (la Mutuelle) (art. 23 AR 20.07.1971).

En voici les principes :

- Pour obtenir cette autorisation, le titulaire qui a été reconnu incapable de travailler doit, **préalablement à la reprise du travail**, introduire une demande d'autorisation auprès du médecin-conseil de son organisme assureur ;

- L'autorisation est uniquement accordée si la reprise de l'activité professionnelle est compatible avec son état de santé général,
- L'autorisation est de max. 6 mois, avec possibilité de prolongation et un max. de 18 mois,
- La décision prise par le médecin-conseil, qui détermine la nature, le volume et les conditions d'exercice de l'activité, est notifiée par écrit au titulaire, consignée dans le dossier médical et administratif de l'intéressé au siège de l'organisme assureur et transmise à l'INASTI par voie électronique.

N'entamez jamais une reprise d'activité sans avoir reçu l'autorisation écrite du médecin-conseil !!!

Voici en annexe 13a un modèle de lettre au médecin-conseil de la Mutuelle en vue de solliciter une reprise du travail. Il faut y annexer le formulaire « avis de reprise » qui figurera en annexe de la décision du médecin-conseil de reconnaître votre incapacité de travail (ex. annexe 13b).

Annexe 13a

Annexe 13b

9.7. Déclarer à Ethias votre reprise dans les 4 jours calendrier

Toute reprise du travail doit être communiquée à *Ethias* dans les 4 jours calendrier.

Voici en annexe 20 un modèle de lettre au médecin-directeur d'*Ethias* en vue de l'informer d'une reprise de votre activité professionnelle.

Annexe 20

10. LES DEMARCHES ESSENTIELLES DANS L'HYPOTHESE D'UNE HOSPITALISATION

10.1. Faire une déclaration auprès d'*Ethias*

En cas d'hospitalisation, vous devez en faire la déclaration le plus rapidement possible directement auprès d'*Ethias*.

→ **Si vous utilisez votre AssurCard :**

- Déclarez votre hospitalisation *via* la borne *AssurCard* de l'hôpital.
- Ou déclarez votre hospitalisation en ligne *via* le site www.home.assurcard.be ou *via* l'application smartphone *AssurCard*.

Remarques.

- Par une de ces 2 démarches, vous bénéficierez du tiers-payant pratiqué par *Ethias* dans le cadre de l'assurance « soins de santé » en cas d'hospitalisation.
- Seul le numéro de votre *AssurCard* est utile sur cette carte.
- Vous pouvez en prendre connaissance auprès du courtier *Marsh* si vous n'avez pas reçu votre *AssurCard* (tél. 02/ 674. 98. 40.).

→ **Si vous n'utilisez pas votre *AssurCard* :**

- Envoyez le plus rapidement possible par écrit le formulaire de déclaration pour intervention « soins de santé », à l'adresse suivante :

Ethias
BP 10037
1070 Bruxelles

- Ou via avocatsbe.sinistres@ethias.be

Vous trouverez en annexes un modèle de lettre à *Ethias* ainsi que le « formulaire de déclaration pour intervention 'soins de santé' ». Il faut y annexer les documents repris ci-dessous au point 10.2.

Annexe 21b

Annexe 21a

10.2. Liste des documents à transmettre

Pour obtenir le remboursement de vos frais médicaux et de séjour, vous devez transmettre les documents suivants à *Ethias* :

- **la déclaration pour intervention soins de santé ;**
 → Uniquement si la demande d'intervention n'a pas été introduite *via AssurCard*.
- **Les facture(s) originale(s) d'hospitalisation**
 → Uniquement si la demande d'intervention n'a pas été introduite *via AssurCard*.
- Pour les **frais pré/post hospitalisation** (90 jours avant ou 180 jours après), vous devez transmettre les justificatifs suivants :
 - Pour les **honoraires médicaux** : les décomptes de la Mutuelle avec éventuellement la preuve du montant des honoraires réellement payés ;
 - Pour les **frais pharmaceutiques** : les attestations de prestations pharmaceutiques remboursables dans le cadre d'une assurance complémentaire ;
 - Pour les **frais de kiné et/ou infirmiers** : les décomptes de la Mutuelle ainsi qu'une copie de la prescription médicale et

éventuellement la preuve du montant des honoraires réellement payés.

Annexe 21b

Pensez à conserver une copie de tous les documents que vous transmettez à l'assureur !!!

10.3. En cas de « maladie grave »

Si vous souhaitez solliciter une intervention dans le cadre de la garantie « maladie grave », vous devez également adresser à *Ethias* une déclaration pour intervention « soins de santé » dont le certificat médical précise la nature de la maladie grave et y joindre les pièces justificatives *ad hoc* (point 10.2.).

Voici en annexes :

- 22. Lettre à *Ethias* – Intervention pour les soins de santé d'une maladie grave.

Annexe 22

Il faut y joindre le formulaire repris en annexe 21b.

Annexe 21b

- 23. Documentation *Marsh* – Quelques conseils à suivre en cas d'hospitalisation.

Annexe 23

11. LES DEMARCHES ESSENTIELLES EN CAS DE MATERNITE

Devenir maman est avant tout source de joie mais peut également susciter quelques inquiétudes chez les indépendantes.

Heureusement, les aides aux mamans indépendantes existent !

11.1. Les démarches auprès d'une Caisse d'allocations familiales

Si vous n'avez pas encore de Caisse d'Allocations Familiales, choisissez-en une dans la Région dans laquelle votre enfant sera domicilié (EEV au 01/01/2020).

La liste des différentes Caisses d'Allocations Familiales est disponible sur le site www.belgium.be.

→ L'allocation de naissance

Dès le **5^e mois de grossesse**, vous pouvez introduire une **demande d'allocation de naissance** auprès de votre Caisse d'Allocations Familiales. Vous retrouverez ce formulaire sur le site internet de la Caisse d'Allocations Familiales que vous aurez choisie.

Faites compléter ce formulaire par votre gynécologue ou joignez une **copie** de votre certificat médical mentionnant la date présumée de l'accouchement ! Il est également possible de faire votre demande en ligne *via* le site internet de votre Caisse d'Allocations Familiales.

Quel montant allez-vous recevoir ?

Depuis la 6^e réforme de l'État, les allocations familiales sont régionalisées. Désormais, les montants diffèrent d'une Région à l'autre (système applicable depuis le 01/01/2020) :

→ Bruxelles

| | |
|--|-----------------|
| 1^e enfant (ou naissance multiple) | Prime de 1.100€ |
| A partir du 2^e enfant | Prime de 500€ |

→ Wallonie

| | |
|----------------------|-----------------|
| Chaque enfant | Prime de 1.100€ |
|----------------------|-----------------|

→ Flandre

| | |
|----------------------|-----------------|
| Chaque enfant | Prime de 1.122€ |
|----------------------|-----------------|

Cette allocation de naissance (ou prime de naissance) est payable au plus tôt **2 mois** avant la date présumée de l'accouchement.

Voici en annexe 24a un exemple de formulaire de demande d'allocations de naissance pour la Région Wallonne (Famiwal) ainsi qu'en annexe 24b un modèle de lettre. Il convient de consulter le site de votre Caisse d'Allocations Familiales.

[Annexe 24a](#)

[Annexe 24b](#)

→ Les allocations familiales

Si vous recevez déjà des allocations familiales pour un ou plusieurs enfants ou si vous avez demandé votre prime de naissance, vous ne devez rien faire.

Si vous n'avez pas encore de dossier dans une Caisse d'Allocations Familiales, vous devez introduire une demande d'allocations familiales soit en ligne sur le site internet de votre Caisse d'Allocations Familiales, soit *via* un formulaire papier disponible sur le site internet de votre Caisse d'Allocations Familiales.

Quel montant allez-vous recevoir (depuis le 01/01/2020) ?

→ Bruxelles

Les allocations familiales ne sont plus calculées selon le rang de votre enfant mais en fonction de son âge. Les montants peuvent varier selon votre situation familiale et les revenus de votre ménage mais vous devez compter **150 €** par mois et par enfant en moyenne.

→ Wallonie

Vous percevrez **155 €**/mois pour un enfant entre 0 et 17 ans et **165 €**/mois pour un enfant entre 18 et 24 ans.

→ Flandre

Vous percevrez un montant de base mensuel de **163 €** par enfant.

Voici en annexe 25 un exemple de formulaire de demande d'allocations familiales pour la Région bruxelloise (Famiris).

Annexe 25

11.2. Les démarches auprès de votre Mutuelle

Sauf exception, **la grossesse n'entraîne pas une incapacité de travail**. Toutefois, si vous tombez en incapacité de travail (en lien avec la grossesse ou non), informez le plus rapidement possible votre Caisse d'Assurances Sociales pour être dispensée du paiement des cotisations sociales ! Pendant cette période, vous serez indemnisée par la Mutuelle.

Le repos de maternité est de 12 semaines (13 semaines en cas de naissance multiple). Il comprend une période de **repos obligatoire** et une période de **repos facultatif**.

| REPOS DE MATERNITÉ | |
|---|---|
| Repos obligatoire 3 semaines | 1 semaine avant la date présumée 2 semaines à partir de la naissance |
| Repos facultatif : max. 9 semaines (10 en cas de naissance multiple) | <p>Période prénatale : possibilité de faire démarrer le repos de maternité une ou deux semaines avant la période obligatoire.</p> <p>Période postnatale : possibilité de prendre les semaines facultatives non prises via une ou plusieurs périodes de 7 jours calendrier dans les 36 semaines après la fin du repos d'accouchement obligatoire</p> |
| Repos facultatif avec reprise d'activité au maximum à mi-temps | Maximum 18 semaines (20 en cas de naissance multiple), chaque semaine du repos facultatif converti en 2 semaines |

Pour percevoir votre indemnité de congé de maternité, vous devez transmettre à votre Mutuelle le **certificat médical « d'accouchement » original** indiquant la date présumée de l'accouchement, s'il s'agit d'une naissance multiple et la date à laquelle vous souhaitez prendre votre congé.

Après la naissance, vous devez faire parvenir à votre Mutuelle un **extrait d'acte de naissance** de votre enfant.

Le montant de l'allocation de maternité s'élève à **499,54 €** par semaine de repos (indemnité forfaitaire). En cas de repos de maternité à **mi-temps**, le montant de l'indemnité est réduit de moitié et vous percevrez donc **249,77 €**. La Mutuelle peut vous payer ce montant à la fin du congé de maternité, d'où l'intérêt, parfois, de dépenser avec parcimonie les primes de naissance qui vous sont octroyées (l'allocation de naissance de votre Caisse d'Allocations Familiales et la prime de naissance prévue dans l'assurance « revenu garanti » du Barreau).

11.3. Les démarches auprès de la Caisse d'assurances sociales

Pendant votre congé de maternité, vous restez affiliée à votre Caisse d'Assurances Sociales et vous continuez à payer vos cotisations.

Attention !

Les cotisations sociales du trimestre qui suit le trimestre de l'accouchement feront l'objet d'une dispense. Cette période sera toutefois considérée comme payée en matière de droits sociaux. Les couvertures en assurance maladie-invalidité et en matière de pension seront sauvegardées. *A priori*, cette dispense est automatique mais n'hésitez pas faire parvenir à votre Caisse d'Assurance Sociales une copie de **l'attestation de naissance** de votre enfant.

11.4. Les démarches auprès d'Ethias

Remarque préliminaire. L'adresse mail utile pour toutes les démarches ci-dessous est : revenugaranti@ethias.be

→ Concernant l'assurance « soins de santé »

Pour rappel, vous bénéficiez des avantages de **l'assurance « soins de santé »**, qui intervient pour toutes les hospitalisations (même les « *one day clinic* »). Les frais pré- et post- hospitalisation sont également pris en charge.

Nous renvoyons au titre 10 pour les démarches pratiques.

→ Concernant l'assurance « revenu garanti »

Vous avez également droit à **l'assurance « revenu garanti »**, si vous tombez en incapacité de travail avant et après le congé de maternité.

Nous vous communiquons en annexe 14a le formulaire de déclaration « Assurance 'revenu garanti' – avocats ».

Annexe 14a

→ Concernant le congé de maternité

La compagnie d'assurances intervient jusqu'à concurrence de maximum 5 semaines pour toute incapacité ayant pour cause le congé de maternité de l'assurée.

Pour obtenir l'indemnité, il suffit d'envoyer une copie du document qui est envoyé à votre Mutuelle pour la demande de congé de maternité.

Nous vous communiquons en annexe 14a le formulaire de déclaration « Assurance 'revenu garanti' – avocats ».

Annexe 14a

→ **Concernant l'allocation de naissance**

Enfin, vous avez droit à **l'allocation de naissance** (prime de 1.000€).

Pour obtenir celle-ci, il suffit de renvoyer le formulaire de demande d'allocation de naissance dûment complété ainsi qu'une copie de l'attestation de naissance délivrée par la commune.

Nous vous communiquons en annexe 26a la lettre à *Ethias* en vue de solliciter la prime de naissance et en annexe 26b le formulaire-type d'*Ethias* de demande de la prime de naissance.

Annexe 26a

Annexe 26b

PARTIE III – FAQ

12. QUESTIONS DIVERSES

12.1. Que recouvre la notion d'incapacité de travail ?

→ Deux idées fausses

- **Un indépendant ne doit pas être incapable de travailler à 100 % !**

Il faut certes cesser totalement son activité dans un premier temps mais, après cette cessation, une demande d'autorisation de reprise partielle d'activité peut être introduite auprès du médecin-conseil de votre Mutuelle.

Il ne faut pas confondre cessation totale d'activité avec incapacité totale de travail.

- **Une incapacité de travail est une notion étrangère à une réduction de capacité de gain.**

Par exemple, des clients peuvent payer des factures d'honoraires durant l'incapacité de travail.

→ Base légale : art. 19. et 20 de l'arrêté royal précité du 20 juillet 1971

→ Lors de la première année d'incapacité de travail (art. 19)

- Est incapable de travail le titulaire qui, pour des raisons médicales, a dû mettre fin à l'accomplissement des tâches qui étaient afférentes à **son** activité professionnelle (celle qu'il exerçait juste avant de tomber en incapacité).
- Le titulaire **ne peut** en outre exercer **une autre activité professionnelle**, ni comme travailleur indépendant ou aidant, ni dans une autre qualité.
- Le travail volontaire au sens de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires **n'est pas considéré** comme une activité professionnelle, **à condition** que le médecin-conseil constate que cette activité est compatible avec l'état général de santé de l'intéressé.

→ **A partir de la seconde année d'incapacité de travail** (art. 20)

- Le titulaire reste incapable d'exercer **son** activité professionnelle.
- Le titulaire est incapable d'exercer **une activité professionnelle quelconque dont il pourrait être chargé équitablement**, tenant compte notamment de sa condition, de son état de santé et de sa formation professionnelle.

→ **Selon la jurisprudence constante de la 11^{ème} ch. du Tribunal du travail francophone de Bruxelles**, l'incapacité de travail visée par les articles 19 et 20 susvisés est :

- une incapacité physique ou psychique **totale** **étrangère** à toute notion de réduction de capacité de gain,
- une incapacité qui **ne doit pas être totale** et qui ne s'apprécie pas en un pourcentage quelconque,
- une incapacité qui se mesure par le constat posé que le travailleur indépendant a ou non, concrètement, la **capacité physique et mentale** d'accomplir l'ensemble des tâches associées à l'activité professionnelle considérée,
- En outre, « *la recherche d'une approche équitable pour l'évaluation de l'incapacité de travail au cours de la période d'invalidité doit empêcher tout déclassement professionnel, nécessite de se référer à une activité à temps plein et se fait à travers des facteurs intrinsèques à la personne du travailleur indépendant conjuguant à la fois son état de santé, sa condition et sa formation professionnelle. Il appartient alors à l'expert de préciser quels sont les emplois, indépendants ou salariés, qui restent accessibles eu égard aux pathologies dont souffre le travailleur indépendant* ».

12.2. Si je rentre mon certificat d'incapacité de travail en retard auprès de la Mutuelle, est-il possible d'être couvert depuis le début de mon incapacité de travail ? (art. 58bis et 58 ter AR 20.07.1971)

Oui.

- En cas de déclaration tardive d'une incapacité de travail, le droit à l'indemnité s'ouvre le jour qui suit celui au cours duquel la déclaration d'incapacité de travail a été envoyée,
- Pour les **indemnités antérieures** à ce jour, elles sont payées moyennant une **réduction de 10 %** appliquée au montant journalier des indemnités afférentes à ladite période ; la pénalité peut être supprimée dans des cas dignes d'intérêt (= force majeure).

Attention !

- N'hésitez pas à envoyer le certificat médical, même si vous êtes en retard !
- Faites attention à la prescription (2 ans) !
- Faites attention au trou d'assurabilité (plus de 30 jours sans aucun statut : il faut accomplir un nouveau stage de 6 mois !) !
- Si envoyez très tardivement votre certificat (même dans le délai avant prescription), cela peut rendre la mission du médecin-conseil impossible ... Comment constater une incapacité de travail vieille de un an si votre dossier médical n'est pas en béton et que vous êtes en pleine forme lors de l'examen clinique ?

Attention ! Contrairement au régime des travailleurs salariés, il ne peut y avoir aucune indemnisation pour une journée antérieure à la date de signature du certificat médical.

12.3. Puis-je percevoir des honoraires et/ou avantages durant mon incapacité de travail ?

La notion d'incapacité de travail étant étrangère à une notion de perte de capacité de gain, **rien n'interdit** de :

- percevoir des honoraires pour des prestations antérieures ;
- conserver son GSM
- conserver sa voiture
- déclarer fiscalement un avantage, tels des intérêts sur compte débiteur,
- percevoir ses indemnités BAJ
- etc...

Bien entendu, si la déclaration fiscale de l'indépendant fait état de revenus ou avantages perçus durant son incapacité de travail, celui-ci devra être à même de démontrer que ceux-ci ne sont pas afférents à une activité exercée durant la période de son incapacité de travail (excepté l'autorisation du médecin-conseil de reprendre une activité partielle).

12.4. Est-il possible de suspendre mon stage si je suis en incapacité de travail ?

Oui.

Il faut en faire la demande au Président de la Commission de stage et à Monsieur le Bâtonnier.

Annexe 8

Annexe 9

12.5. L'assurance « revenu garanti » du Barreau de Bruxelles intervient-elle si je reprends mon activité professionnelle à mi-temps ?

Dans le contrat d'assurance conclu entre *Ethias* et le Barreau de Bruxelles, l'incapacité de travail doit être d'au moins 66 %.

La reprise de travail ne devrait pas excéder 13h/semaine.

« Dans le cadre d'une convalescence, en cas de reprise partielle du travail, l'indemnité journalière peut être versée à concurrence du pourcentage convenu dans le Règlement et pendant une période limitée, moyennant l'autorisation écrite préalable du médecin-directeur. Le médecin-directeur détermine la durée de cette période » (article 13 des conditions générales de l'assurance « revenu garanti »).

Annexe 4

12.6. Combien y a-t-il de jours de carence avant d'être pris en charge par la Mutuelle (indemnités d'incapacité de travail) et par *Ethias* (revenu garanti) ?

→ **Les indemnités d'incapacité de travail**

- Il n'y a pas de jour de carence, l'incapacité de travail étant couverte dès le 1^{er} jour d'incapacité, **pour autant** que la durée de l'incapacité de travail atteigne au moins 8 jours (art. 7 AR 20.07.1971).

→ **Le revenu garanti (couverture de base)**

- Il y a 30 jours de carence.

12.7. Y a-t-il un stage à accomplir pour bénéficier d'indemnités d'incapacité de travail ?

- Six mois (sauf exceptions) prenant cours dès le début du 1^{er} trimestre civil pour lequel la cotisation est payée. (art. 14 à 17 AR 20.07.1971).

Vérifiez de toute façon auprès de votre Caisse d'Assurances Sociales si vous pensez être dans cette période de 6 mois !

12.8. L'assurance « soins de santé » du Barreau de Bruxelles couvre-t-elle une chambre seule ou des médecins non conventionnés ?

Comme examiné *supra* :

- il y a une couverture à 100 % pour une chambre particulière lors d'une hospitalisation pour laquelle **il y a une intervention légale** (c'est-à-dire que les prestations font l'objet d'une prise en charge, fut-ce partielle, dans la nomenclature de l'INAMI)
- il y a une couverture à 50 % pour une chambre particulière (avec un plafond d'intervention) lors d'une hospitalisation pour laquelle **il y n'a pas d'intervention légale** (c'est-à-dire que les prestations ne font pas l'objet d'une prise en charge, fut-ce partielle, dans la nomenclature de l'INAMI)

12.9. Est-il opportun de demander à sa Caisse d'Assurances Sociales la cessation de son activité professionnelle ?

Jamais !

Le trou d'assurabilité de 30 jours existe aussi dans le régime « indépendant » !!!
(art. 18 AR 20.07.1971)

C'est un très mauvais conseil qui est parfois donné aux indépendants pour arrêter l'hémorragie du paiement des cotisations sociales.

Pour percevoir des indemnités d'incapacité de travail en qualité de travailleur indépendant, **il faut être indépendant**, ce qui n'est plus le cas en cas de cessation d'activité.

Pour arrêter l'hémorragie des cotisations sociales, il faut, en fonction des circonstances (voir *supra*) :

- Solliciter auprès de l'INASTI, *via* votre Caisse d'Assurances Sociales, une assimilation de votre période d'incapacité de travail à une période de travail.

Vous serez dispensé du paiement des cotisations sociales et la période **sera prise en compte** pour le calcul de votre pension.

- Solliciter une dispense de cotisations sociales auprès de la Commission des dispenses, *via* votre Caisse d'Assurances Sociales.

Vous serez dispensé du paiement des cotisations sociales **mais** la période **ne sera pas prise en compte** pour le calcul de votre pension.

- Introduire une demande de réduction des cotisations sociales provisoires si vous estimez que vous aurez un manque à gagner important sur l'année en cours.

Votre comptable peut vous aider à calculer si cette démarche est pertinente.

C'est la voie royale pour introduire ensuite une demande de dispenses de cotisations sociales, au besoin, plus tard.

12.10. Si je ne marque pas accord avec une décision de la Mutuelle en lien avec mon incapacité de travail, comment introduire un recours et dans quel délai ?

Les décisions de refus de reconnaissance d'incapacité de travail ou de fin de reconnaissance d'incapacité de travail sont en principe envoyées par votre organisme assureur (Mutuelle) par courrier recommandé ou remises contre accusé de réception (art. 60 et 61 AR 20.07.1971).

Vous disposez d'un délai de 3 mois pour introduire une requête (gratuite) devant le Tribunal du travail compétent (soit celui de votre domicile soit celui du défendeur).

Attention, il faut toujours diriger votre recours contre l'organisme assureur (agissant au **niveau national**), soit :

- L'Union Nationale des Mutualités Socialistes
- L'Union Nationale des Mutualités Libres
- L'Union Nationale des Mutualités Libérales
- L'Union Nationale des Mutualités Neutres
- L'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes.

Voici 4 modèles de recours.

- 27. Modèle de requête contre un refus de reconnaissance d'incapacité de travail par le médecin-conseil de la Mutuelle.
- 28. Modèle de requête contre une notification de fin d'incapacité de travail durant la 1^{ère} année (art. 19) par le médecin-conseil de la Mutuelle.
- 29. Modèle de requête contre une notification de fin d'incapacité de travail à partir de la 2^{ème} année (art. 20) par le médecin-conseil de la Mutuelle.
- 30. Modèle de requête contre un refus d'assimilation par l'INASTI.

Annexe 27

Annexe 28

Annexe 29

Annexe 30

12.11. Si je suis hospitalisé(e), cela entraîne-t-il automatiquement la reconnaissance de mon incapacité de travail ?

Oui, s'il s'agit d'un hôpital public ou d'un hôpital militaire. (art. 21 A.R. 21.07.1971)

12.12. Dois-je être en ordre de cotisations sociales pour bénéficier d'indemnités d'incapacité de travail ou d'un remboursement de soins de santé ?

Toujours !

L'année de référence, pour les remboursements de soins de santé est l'année N-2 (ex : 2018 pour 2020).

Pour l'intervention de l'assurance maladie-invalidité, c'est plus complexe. Disons que les deux trimestres avant l'incapacité de travail doivent être en ordre.

Si vous n'êtes pas en ordre de cotisations sociales, prenez contact au plus vite avec le Service Social du Barreau !

12.13. Puis-je obtenir une aide si j'éprouve des difficultés à accomplir les actes courants de la vie quotidienne ?

Une **allocation** pour l'aide d'une tierce personne peut être demandée auprès de son organisme assureur (la Mutuelle) à partir du 4^e mois d'incapacité de travail lorsque vous éprouvez des difficultés à accomplir les actes courants de la vie quotidienne, pour autant que les conditions médicales soient réunies (11 points de perte d'autonomie) (art. 12 AR 20.07.1971).

Elle s'élève, au 15/03/2020, à un montant forfaitaire de 23,40 € par jour.

Introduisez votre demande de reconnaissance de la nécessité de l'aide d'une tierce personne auprès de votre Mutuelle !

Votre Mutuelle évalue le degré de nécessité de l'aide d'une tierce personne sur la base des items suivants :

- Item « déplacement »
- Item « nourriture »
- Item « hygiène personnelle »
- Item « hygiène de l'habitat »
- Item « surveillance »
- Item « contacts sociaux ».

12.14. Puis-je partir à l'étranger durant une période d'incapacité de travail ?

Non, sauf autorisation du médecin-conseil de votre Mutuelle (art. 25. AR 20.07.1971).

Non, sauf autorisation du médecin-directeur d'*Ethias* (voir art. 13 des conditions générales de l'assurance « revenu garanti » du Barreau de Bruxelles).

12.15. En cas de détention ou d'internement dans un établissement de défense sociale, ai-je droit à des indemnités d'incapacité de travail ?

Oui, sauf pour le titulaire qui n'a pas de personne à charge (lequel n'a droit qu'à la moitié de la prestation) (art. 32 AR 20.07.1971).

12.16. Si j'ai trop de frais médicaux (hors hospitalisation), est-il possible de demander à mon organisme assureur un tarif particulier ?

Les frais médicaux peuvent être élevés. Heureusement, le **MAF (Maximum A Facturer)** garantit à tout ménage de ne pas dépenser plus qu'un montant maximum par an pour ses soins de santé.

Le MAF est un système qui limite les dépenses de soins de santé de votre ménage. Si les frais médicaux (les vôtres et ceux de votre ménage) qui restent à votre charge, après l'intervention de l'organisme assureur, atteignent un montant maximum au cours de l'année, votre Mutuelle vous rembourse intégralement les frais qui viendraient encore s'ajouter.

Votre Mutuelle tient à jour vos frais médicaux. Si vos frais médicaux dépassent le montant maximum de l'année en question, votre Mutuelle vous les rembourse automatiquement, une fois par mois. Vous n'avez donc en principe rien à faire vous-même.

Il faut veiller à ce que la Mutuelle applique bien le MAF.

Attention !

Certains médecins non-conventionnés pratiquent des tarifs au-delà du tarif officiel. Les remboursements de soins de santé par la Mutuelle ne prennent pas en charge ces surcoûts.

12.17. Une revalidation est-elle assimilée à une hospitalisation ?

Uniquement s'il n'y a **pas d'interruption** entre l'hospitalisation et la revalidation.

Il faut dès lors être transféré de l'hôpital au centre de revalidation, sans retourner chez soi.

Il faut être attentif à ce détail car le patient ne reçoit pas toujours cette information essentielle.

Généralement, après l'admission en revalidation, le centre de revalidation organisera – en fonction de l'état du patient – un retour les week-ends (parfois déjà après une semaine ou deux).

12.18. Que recouvre la notion de « tiers payant » ?

Le tiers payant est un mécanisme qui vous permet de payer au dispensateur de soins (médecin, dentiste, kinésithérapeute, pharmacien, etc...) uniquement la part des frais à votre charge.

Si votre dispensateur de soins applique le tiers-payant, vous ne lui payez que le montant qui est à votre charge (le ticket modérateur) et éventuellement un supplément si le dispensateur n'est pas conventionné.

Vous bénéficiez notamment de ce système :

- Lorsque vous êtes hospitalisé
- À la pharmacie, dans la plupart des cas.

Si vous n'avez pas reçu votre *AssurCard*, renseignez-vous auprès du courtier *Marsh* ou d'*Ethias* pour en connaître le numéro, seul élément indispensable de la carte !

12.19. Quels sont les avantages de la carte *AssurCard* ?

L'*AssurCard* est une carte électronique nominative qui vous permet, dans la grande majorité des cas, de bénéficier du système de tiers payant :

- vous n'avez pas d'acompte à déboursier quand vous entrez à l'hôpital,
- vous ne devez pas régler la facture à la sortie et attendre qu'*Ethias* vous rembourse. *Ethias* paie la facture directement à l'hôpital,
- vous ne devez pas déclarer votre hospitalisation par écrit à *Ethias*.

12.20. Est-il possible de poursuivre individuellement tout ou partie de l'assurance « revenu garanti » si je perds le bénéfice de cette assurance ?

L'article 15 des conditions générales de l'assurance collective « revenu garanti » du Barreau de Bruxelles le prévoit.

Pour pouvoir exercer ce droit, l'assuré doit avoir été affilié de façon continue pendant les deux années précédant la perte de l'assurance « incapacité de travail » poursuivie, auprès d'une ou de plusieurs assurances « incapacité de travail » successives.

12.21. Faut-il conserver les copies des attestations de soins ou de certificats médicaux de moins de 8 jours ?

Oui !

Il n'est pas toujours évident pour un médecin-traitant d'établir immédiatement le diagnostic adéquat pour votre état de santé. Certaines pathologies mettent du temps à être mises en évidence. Si vous deviez à un moment ou à un autre justifier votre perte de revenu pour une demande de cotisations sociales ou un acte similaire, pour une période déterminée, ces éléments renforceront votre demande.

13. REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tout particulièrement :

- Mme Sarah DAUDERGNIES, étudiante à l'ULB en *master* spécialisé en droit social, pour son aide à la rédaction de cette contribution.
- Me Kelly STREUVE, avocate, pour son aide à la rédaction de cette contribution.
- Madame Bérengère LEFRANCQ, responsable du Service Social du Barreau, pour son écoute, son soutien au projet, sa documentation et sa relecture.
- Me Thérèse DE MAN-MUKENGE, avocate et membre du Conseil de l'Ordre, pour son écoute et son soutien au projet.
- Me Mireille JOURDAN, avocate au Barreau de Bruxelles, pour sa relecture attentive.

14. LISTE DES ANNEXES

1. a) Documentation – *Synthèse des assurances collectives souscrites par le Barreau de Bruxelles* - Forum n° 274 du barreau de Bruxelles de mai 2019
b) Documentation – *Marsh – Revenu garanti obligatoire du Barreau de Bruxelles en cas d'incapacité de travail*
2. Formulaire *Ethias* - Adhésion tranches supplémentaires pour le revenu garanti
3. Formulaire *Ethias* – Revenu garanti – Questionnaire médical
4. Documentation – *Ethias* – Revenu garanti – Règlement et conditions générales
5. a) Formulaire *Ethias* – Adhésion revenu garanti XL
b) Documentation – *Ethias* – Revenu garanti XL – Conditions générales

6. a) Documentation – *Ethias* – Assurance collective « soins de santé » – Conditions générales
b) Documentation – *Ethias* – Assurance collective « soins de santé » – Conditions particulières et avenants
7. Documentation – *Le Service Social du Barreau* – Forum n° 274 du barreau de Bruxelles de mai 2019
8. Lettre au Bâtonnier – Demande de suspension du stage
9. Lettre au Président de la Commission de stage – Demande de suspension du stage
10. Lettre au Président du BAJ – Demande de suspension de l’agenda des permanences
11. a) Lettre au médecin-conseil (Mutuelle) – Déclaration d’incapacité de travail
b) Modèles de certificat d’incapacité d’indépendant
12. Lettre au médecin-conseil (Mutuelle) – Feuille de renseignements
13. a) Lettre au médecin-conseil (Mutuelle) – Demande de reprise de l’activité professionnelle
b) Modèle – Formulaire « avis de reprise »
14. a) Formulaire *Ethias* – Activation de l’assurance « revenu garanti »
b) Lettre à *Ethias* – Activation de l’assurance « revenu garanti »
15. Documentation – *Marsh* – *Procédure à suivre pour le paiement du revenu garanti*
16. Lettre au médecin-conseil (Mutuelle) – Prolongation de l’incapacité de travail
17. Lettre au médecin-directeur (*Ethias*) – Prolongation de l’incapacité de travail
18. a) Lettre à la Caisse d’Assurances Sociales – Demande d’assimilation (INASTI)
b) Modèle – Formulaire « assimilation » (*Acerta*)
19. a) Lettre à la Caisse d’Assurances Sociales – Demande de dispense de cotisations sociales
b) Modèle – Formulaire « dispense de cotisations » (*Acerta*)
20. Lettre au médecin-directeur (*Ethias*) – Avis de reprise de l’activité professionnelle
21. a) Lettre à *Ethias* – Demande d’intervention dans le cadre d’une hospitalisation
b) Formulaire *Ethias* – Déclaration pour intervention « soins de santé »
22. Lettre à *Ethias* – Demande d’intervention dans le cadre d’une maladie grave
23. Documentation – *Marsh* – *Conseils à suivre en cas d’hospitalisation*
24. a) Modèle – Demande d’allocations de naissance (FAMIWAL)
b) Lettre à la Caisse d’Allocations Familiales – Demande d’allocation de naissance
25. Modèle – Demande d’allocations familiales (FAMIRIS)
26. a) Lettre à *Ethias* – Demande d’allocation de naissance
b) Formulaire *Ethias* – Demande d’allocation de naissance

27. Requête AMI contre un refus d'incapacité de travail (régime indépendant)
28. Requête AMI contre une notification de fin d'incapacité de travail au cours de la première année (régime indépendant)
29. Requête AMI contre une notification de fin d'incapacité de travail à partir de la deuxième année (régime indépendant)
30. Requête AMI contre un refus de l'assimilation de l'incapacité de travail.

*
* *

Editeur responsable : Mireille JOURDAN, 63 rue des Templiers, 1301 Bierges.

Disclaimer : [Copyright et conditions d'utilisation du site](#).