

**BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS**

22 september 2026

WETSVOORSTEL

**tot wijziging van de gecoördineerde wet
van 14 juli 1994 betreffende de verplichte
verzekering voor geneeskundige verzorging
en uitkeringen met het oog op de invoering
van een Commissie voor de Heroverweging
van de beslissingen van de adviserend-arts
betreffende de afhankelijkheidsgraad in
de thuisverpleging**

(ingediend door mevrouw Irina De Knop)

**CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE**

22 septembre 2026

PROPOSITION DE LOI

**modifiant la loi coordonnée
du 14 juillet 1994 relative à l'assurance
obligatoire soins de santé et indemnités
en vue de créer une Commission de réexamen
des décisions du médecin-conseil
concernant le degré de dépendance
pour les prestations
de soins infirmiers à domicile**

(déposée par Mme Irina De Knop)

SAMENVATTING

Verpleegkundigen worden steeds vaker geconfronteerd met een verlaging van de door hen toegekende afhankelijkheidsscores door de adviserend-artsen van de ziekenfondsen. Om een eerlijkere en objectievere beoordeling te garanderen en als tussenstap voor een procedure bij de arbeidsrechtbank beoogt dit wetsvoorstel een onafhankelijke Commissie voor de Heroverweging op te richten binnen het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

RÉSUMÉ

Il arrive de plus en plus souvent que les scores de dépendance attribués par les infirmiers soient revus à la baisse par les médecins-conseils des mutualités. Afin de garantir une évaluation plus juste et plus objective et de prévoir une étape intermédiaire avant une procédure devant le tribunal du travail, cette proposition de loi vise à créer une Commission de réexamen indépendante au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
PS	: Parti Socialiste
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Les Engagés	: Les Engagés
Vooruit	: Vooruit
cd&v	: Christen-Democratisch en Vlaams
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
Anders.	: Anders.
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
ONAFH/INDÉP	: Onafhankelijk-Indépendant

Afkorting bij de nummering van de publicaties:		Abréviations dans la numérotation des publications:	
DOC 56 0000/000	Parlementair document van de 56 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 56 0000/000	Document de la 56 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi
QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA	Questions et Réponses écrites
CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag	CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral
CRABV	Beknopt Verslag	CRABV	Compte Rendu Analytique
CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toezpraken (met de bijlagen)	CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN	Plenum	PLEN	Séance plénière
COM	Commissievergadering	COM	Réunion de commission
MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)	MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

De adviserend-arts van de verzekeringsinstelling neemt beslissingen die een rechtstreekse impact hebben op de terugbetaling van thuisverpleegkundige verstrekkingen. Wanneer hij beslist dat de patiënt niet langer voldoet aan de voorwaarden voor een bepaalde afhankelijkheidsgraad (KATZ-schaal), heeft dit belangrijke financiële gevolgen voor de patiënt én voor de thuisverpleegkundige.

In uitvoering van de begroting van 2025 besliste de minister om, vanaf 2026, de verzekeringsinstellingen te responsabiliseren voor hun administratiekosten met betrekking tot de acties die ze elk jaar hebben ondernomen om de uitgaven in de sector geneeskundige verzorging te beheersen en in het bijzonder met betrekking tot de besparingen die zij zullen hebben gerealiseerd ten opzichte van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling voor de verzekering geneeskundige verzorging en de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen van de overeenkomsten- en akkoordencommissies, bedoeld in artikel 40.

Deze responsabilisering betreft een bedrag van 25.000.000 euro in 2026, 50.000.000 euro in 2027, 75.000.000 euro in 2028 en tot 100.000.000 euro vanaf 2029 en de daaropvolgende jaren. De verzekeringsinstellingen worden jaarlijks geëvalueerd op de behaalde resultaten, met het oog op, in voorkomend geval, de toekenning van het gedeelte van de administratiekosten dat met dit doel werd gereserveerd op een rekening van het Instituut¹ (artikel 28 van de wet van 19 december 2025 houdende diverse dringende begrotingsbepalingen inzake gezondheid¹).

Dat leidt vandaag tot een intensieve controlecampagne van de ziekenfondsen op de verpleegkundigen waarbij de scores van de verpleegkundigen massaal worden “afgescoord”.

De afhankelijkheidsscores die verpleegkundigen hebben toegekend aan hun patiënten worden massaal “afgescoord” wat betekent dat verpleegkundigen een kleinere vergoeding krijgen en ook een deel van de ontvangen bedragen moeten terugbetalen. Vele verpleegkundigen ervaren deze “afscoring” als onrechtvaardig omdat de adviserend-arts de patiënt slechts op één welbepaald moment ziet. Het controlebezoek valt niet noodzakelijk samen met de zwaarste zorgmomenten.

¹ Wet van 19 december 2025 houdende diverse dringende begrotingsbepalingen inzake gezondheid, bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad van 30 december 2025.

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Les médecins-conseils des organismes assureurs prennent des décisions qui influencent directement le remboursement des prestations de soins infirmiers à domicile. Lorsqu'ils estiment que le patient ne remplit plus les conditions applicables à un certain degré de dépendance (échelle d'évaluation Katz), cette décision a des conséquences financières importantes tant pour le patient que pour l'infirmier à domicile.

Dans le cadre de l'exécution du budget 2025, le ministre a décidé de responsabiliser les organismes assureurs à compter de 2026 face au montant de leurs frais d'administration relatifs aux actions qu'ils ont menées chaque année pour maîtriser les dépenses dans le secteur des soins de santé et, en particulier, relatifs aux économies qu'ils ont réalisées par rapport à l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé et aux objectifs budgétaires annuels partiels des commissions de conventions et d'accords visés à l'article 40.

Cette responsabilisation porte sur un montant de 25 millions d'euros en 2026, de 50 millions d'euros en 2027 et de 75 millions d'euros en 2028, jusqu'à atteindre 100 millions d'euros pour les années suivantes à partir de 2029. Les organismes assureurs sont évalués annuellement sur les résultats obtenus afin de se voir attribuer le cas échéant la partie des frais d'administration qui a été réservée à cette fin sur un compte de l'Institut (article 28 de la loi du 19 décembre 2025 portant des dispositions budgétaires diverses urgentes en matière de soins de santé¹).

Pour atteindre ces objectifs, les mutualités contrôlent désormais intensivement les infirmiers, dont les évaluations de dépendance sont massivement revues à la baisse (“déscoreage”).

Il est en effet très fréquent que les scores de dépendance attribués par les infirmiers à leurs patients fassent l'objet d'un “déscoreage”, ce qui signifie que les infirmiers perçoivent une rémunération moindre et qu'ils doivent également rembourser une partie des montants perçus. De nombreux infirmiers considèrent ce “déscoreage” comme injuste, car le médecin-conseil ne voit le patient qu'à un seul moment bien précis. La visite de contrôle n'a pas nécessairement lieu au moment où

¹ Loi du 19 décembre 2025 portant des dispositions budgétaires diverses urgentes en matière de soins de santé, publiée au Moniteur belge du 30 décembre 2025.

De patiënten gedragen zich tijdens een controlebezoek ook vaak anders. Mensen geven niet graag toe hoe zorgbehoevend ze zijn. Bovendien is de toestand van een chronische patiënt geen statisch gegeven. De toestand fluctueert. Op een goede dag kan de patiënt met minder ondersteuning uit bed worden gehaald en verzorgd, op een slechte dag is de zorg en ondersteuning veel zwaarder. De controles van de adviserend-artsen leiden dan ook vaak tot een onevenwichtige beoordeling van de zorgzwaarte.

Hoe verloopt de procedure van “afscoring”?

Om een aanvraag voor hygiënische verzorging bij de behandeling of in het kader van forfaits in te dienen, moet de verpleegkundige de evaluatieschaal (KATZ-schaal) invullen en deze via MyCareNet bezorgen aan de adviserend-arts van het ziekenfonds van de patiënt. Aan de hand van deze scores kan het type kennisgeving toiletverzorging of gevraagd forfait worden verantwoord voor zover dit voldoet aan de criteria die in artikel 8 van de nomenclatuur zijn bepaald.

Een verpleegkundige wordt via het MyCareNet-bericht 410.908 op de hoogte gebracht van een “afscoring”. De ziekenfondsen doen dat meestal binnen de 10 werkdagen.

Binnen de 10 kalenderdagen die beginnen te lopen vanaf de eerste dag dat de verpleegkundige kennis krijgt van het bericht van “afscoring” via MyCareNet, kan de verpleegkundige het ziekenfonds contacteren en bijkomende elementen aanreiken om de “afscoring” te vermijden en de eigen score te rechtvaardigen. De bewijsstukken worden per aangetekende brief bezorgd aan het ziekenfonds.

Het ziekenfonds antwoordt dan binnen de 25 kalenderdagen met een definitieve beslissing. Tegen deze beslissing bestaat alleen een mogelijkheid tot beroep bij de arbeidsrechtbank. De huidige regelgeving voorziet immers niet in een onafhankelijke administratieve beroepsinstantie die deze beslissingen inhoudelijk kan heroverwegen alvorens de belanghebbenden zich tot de arbeidsrechtbank moeten wenden. Het hoeft geen betoog dat de stap naar de arbeidsrechtbank geen evidentie is.

Heroverweging van de “afscoring”

Vandaag stellen we vast dat verpleegkundigen geen gehoor vinden bij de verzekeringsinstellingen. De “afscoringen” blijven gehandhaafd. De verhoogde responsabilisering van de ziekenfondsen door de minister zal daar zeker een rol in spelen. Indien zij de voorziene

les soins dispensés sont les plus lourds. Qui plus est, les patients se comportent souvent différemment lors d’une visite de contrôle. Ils ont en effet des difficultés à admettre à quel point ils sont dépendants. L’état d’un patient chronique n’est en outre pas une donnée statique. Il fluctue. Ainsi, lorsqu’il se trouve dans un bon jour, le patient a besoin de moins d’aide pour sortir du lit ou pour ses soins en général. En revanche, lorsqu’il se trouve dans un mauvais jour, les soins et l’aide dont il a besoin sont beaucoup plus lourds. Les contrôles des médecins-conseils conduisent donc souvent à une évaluation déséquilibrée du degré de dépendance.

Comment la procédure de “déscorage” se déroule-t-elle?

Pour introduire une demande de soins d’hygiène à l’acte ou dans le cadre de forfaits, l’infirmier doit remplir l’échelle d’évaluation (Katz) et la transmettre via MyCareNet au médecin-conseil de la mutualité de son patient. Les scores attribués permettent de justifier le type de toilette notifié ou de forfait demandé pour autant qu’ils correspondent aux critères énumérés à l’article 8 de la nomenclature.

L’infirmier est averti d’un “déscorage” via le message MyCareNet 410.908. Les mutualités communiquent généralement cette décision dans les 10 jours ouvrables.

Dans les 10 jours calendrier à compter du jour de la notification du déscorage via MyCareNet, l’infirmier peut contacter la mutualité et lui fournir des éléments complémentaires afin d’éviter l’application de cette décision et de justifier son propre score. Les pièces justificatives sont envoyées par courrier recommandé à la mutualité.

La mutualité communique ensuite sa réponse (décision définitive) dans les 25 jours calendrier. Cette décision est uniquement susceptible d’un recours devant le tribunal du travail. En effet, il n’existe pas actuellement d’instance administrative indépendante chargée de réexaminer le fond de ces décisions avant que les intéressés ne soient contraints de saisir le tribunal du travail. Il va sans dire que ce recours n’est pas une démarche évidente.

Réexamen du “déscorage”

Nous constatons aujourd’hui que les infirmiers ne parviennent pas à se faire entendre auprès des organismes assureurs, qui maintiennent leurs décisions de “déscorage”. La volonté du ministre de responsabiliser davantage les mutualités joue certainement un rôle à

besparing niet halen, zien zij het bedrag van hun administratiekosten immers ingekort.

Wij zijn van mening dat er controle moet zijn, maar die moet ook rechtvaardig zijn en rekening houden met de werkelijke situatie van de patiënt. Het is duidelijk dat de controle door de adviserend-artsen nu een momentopname is die niet toelaat de gezondheidstoestand en de mate van afhankelijkheid van de patiënt correct in te schatten. Bovendien is de koppeling van de besparing aan de responsabilisering van de ziekenfondsen mogelijks een trigger voor de adviserend-artsen om sneller over te gaan tot “afscoring”. Immers, indien de controles onvoldoende besparingen opleveren, moeten de ziekenfondsen zelf de middelen ophoesten. Het hoeft geen betoog dat ze dat te allen prijze willen vermijden.

Wij stellen daarom voor om een onafhankelijke Commissie voor de Heroverweging op te richten binnen het Rijksinstituut voor de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV).

Deze commissie onderzoekt zowel de medische als de juridische aspecten van het dossier en brengt een gemotiveerd advies uit vóór een definitieve beslissing wordt genomen. Op die manier wordt meer objectiviteit in de beslissing binnengebracht.

We voeren een dossiertaks van 100 euro in om te vermijden dat de verpleegkundigen zich bij elke “afscoring” tot deze commissie zouden wenden. “Afscoring” kan immers ook om terechte redenen gebeuren.

Irina De Knop (Anders.)

cet égard. En effet, si les mutualités ne réalisent pas les économies prévues, le montant de leurs frais d’administration sera réduit.

Nous estimons que les contrôles sont nécessaires, mais qu’ils doivent être justes et tenir compte de la situation réelle du patient. Il est évident que les contrôles effectués actuellement par les médecins-conseils ne sont qu’une représentation instantanée qui ne permet pas d’évaluer correctement l’état de santé et le degré de dépendance du patient. Le fait de subordonner les économies à la responsabilisation des mutualités pourrait en outre inciter les médecins-conseils à recourir plus rapidement à la procédure de “désorage”. En effet, si les contrôles ne permettent pas de réaliser des économies suffisantes, ce sont les mutualités elles-mêmes qui devront mettre la main au portefeuille. Il va sans dire qu’elles souhaitent l’éviter à tout prix.

Nous proposons dès lors de créer une Commission de réexamen indépendante au sein de l’Institut national d’assurance maladie-invalidité (INAMI).

Cette commission sera chargée d’examiner les éléments tant médicaux que juridiques du dossier et de rendre un avis motivé avant qu’une décision définitive ne soit prise. Le recours à cette commission permettra de rendre la décision plus objective.

Nous proposons d’instaurer une taxe de dossier de 100 euros afin d’éviter que les infirmiers ne soumettent chaque décision de “désorage” à cette commission. En effet, ces décisions peuvent être tout à fait justifiées dans certains cas.

WETSVOORSTEL**Artikel 1**

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

Art. 2

In titel VII, hoofdstuk II van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt een afdeling *IIIbis* ingevoegd, luidende:

“Afdeling *IIIbis*. Commissie voor de Heroverweging van beslissingen betreffende de afhankelijkheidsgraad voor verpleegkundige verstrekkingen”

Art. 3

In afdeling *IIIbis*, ingevoegd bij artikel 2, wordt een artikel *154bis* ingevoegd, luidende:

“Artikel *154bis*. Binnen het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering wordt een onafhankelijke Commissie voor de Heroverweging opgericht.

De commissie doet uitspraak over bezwaren tegen de beslissingen van de adviserend-artsen van een verzekeringsinstelling waarbij:

1° een vastgestelde afhankelijkheidsgraad niet wordt erkend;

2° een afhankelijkheidsgraad wordt verminderd;

3° de terugbetaling van verpleegkundige verstrekkingen geheel of gedeeltelijk wordt geweigerd op grond van een beoordeling van de afhankelijkheidstoestand.”

Art. 4

In dezelfde afdeling *IIIbis* wordt een artikel *154ter* ingevoegd, luidende:

“Artikel *154ter*. Het bezwaar wordt ingesteld binnen dertig dagen na de kennisgeving van de beslissing van de adviserend-arts.

Elke indiener van een bezwaar is een dossiertaks verschuldigd aan het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering op straffe van onontvankelijkheid

PROPOSITION DE LOI**Article 1^{er}**

La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

Art. 2

Dans le titre VII, chapitre II, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, il est inséré une section *IIIbis* intitulée comme suit:

“Section *IIIbis*. De la Commission de réexamen des décisions concernant le degré de dépendance pour les prestations de soins infirmiers”

Art. 3

Dans la section *IIIbis* insérée par l'article 2, il est inséré un article *154bis* rédigé comme suit:

“Art. *154bis*. Il est créé, au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, une Commission de réexamen indépendante.

La commission statue sur les réclamations introduites contre les décisions des médecins-conseils d'un organisme assureur par lesquelles:

1° un degré de dépendance constaté n'est pas reconnu;

2° un degré de dépendance est réduit;

3° le remboursement de prestations de soins infirmiers est refusé en tout ou en partie sur la base d'une évaluation de l'état de dépendance.”

Art. 4

Dans la même section *IIIbis*, il est inséré un article *154ter* rédigé comme suit:

“Article *154ter*. La réclamation est introduite dans les trente jours qui suivent la notification de la décision du médecin-conseil.

Tout auteur d'une réclamation doit s'acquitter d'une taxe de dossier au bénéfice de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité sous peine d'irrecevabilité de la

van het bezwaar. De dossiertaks bedraagt 100 euro. Indien het bezwaar wordt gegrond verklaard, wordt de dossiertaks integraal terugbetaald.

Het bezwaar schorst de uitvoering van de bestreden beslissing totdat de commissie haar advies heeft uitgebracht, behoudens wanneer de adviserend-arts met een bijzonder gemotiveerde beslissing oordeelt dat de onmiddellijke uitvoering noodzakelijk is om ernstige en manifeste misbruiken te voorkomen.”

Art. 5

In dezelfde afdeling III*bis* wordt een artikel 154*quater* ingevoegd, luidende:

“Artikel 154*quater*. De commissie bestaat uit:

1° een magistraat of ere-magistraat als onafhankelijk voorzitter;

2° twee huisartsen aangeduid door de representatieve artensyndicaten;

3° twee verpleegkundigen met aantoonbare ervaring in de thuisverpleging;

4° één vertegenwoordiger voorgedragen door de representatieve organisaties van de verzekeringsinstellingen met een jaarlijks alternerende vertegenwoordiging van de verzekeringsinstellingen;

5° één vertegenwoordiger voorgedragen door de representatieve beroepsorganisaties van de thuisverpleegkundigen met een jaarlijkse alternerende vertegenwoordiging van de thuisverpleegkundigen.

De leden oefenen hun opdracht onafhankelijk uit. De leden als bedoeld in het eerste lid, 4° en 5° zetelen met raadgevende stem.”

Art. 6

In dezelfde afdeling III*bis* wordt een artikel 154*quinquies* ingevoegd, luidende:

“Artikel 154*quinquies*. De commissie hoort de verzekerde, de betrokken thuisverpleegkundige en de adviserend-arts indien één van hen daarom verzoekt.

De partijen kunnen zich laten bijstaan of vertegenwoordigen door een advocaat, een arts of een andere raadsman.

réclamation. La taxe de dossier s'élève à 100 euros. Si la réclamation est déclarée fondée, la taxe de dossier est intégralement remboursée.

La réclamation suspend l'exécution de la décision contestée jusqu'à ce que la commission ait rendu son avis, sauf si le médecin-conseil estime, par une décision spécialement motivée, que l'exécution immédiate est nécessaire pour éviter des abus graves et manifestes.”

Art. 5

Dans la même section III*bis*, il est inséré un article 154*quater* rédigé comme suit:

“Article 154*quater*. La commission est composée des membres suivants:

1° un magistrat ou un magistrat honoraire, qui assume la fonction de président indépendant;

2° deux médecins généralistes désignés par les syndicats représentatifs des médecins;

3° deux infirmiers justifiant d'une expérience dans le domaine des soins infirmiers à domicile;

4° un représentant proposé par les organisations représentatives des organismes assureurs, la représentation des organismes assureurs ayant lieu selon un système d'alternance annuelle;

5° un représentant proposé par les organisations professionnelles représentatives des infirmiers à domicile, la représentation des infirmiers à domicile ayant lieu selon un système d'alternance annuelle.

Les membres exercent leur mandat en toute indépendance. Les membres visés au premier alinéa, points 4° et 5°, siègent avec voix consultative.”

Art. 6

Dans la même section III*bis*, il est inséré un article 154*quinquies* rédigé comme suit:

“Article 154*quinquies*. La commission entend l'assuré, l'infirmier à domicile concerné et le médecin-conseil si l'un d'eux en fait la demande.

Les parties peuvent se faire assister ou représenter par un avocat, un médecin ou un autre conseil.

De commissie kan elk aanvullend medisch onderzoek bevelen dat zij noodzakelijk acht.”

Art. 7

In dezelfde afdeling III*bis* wordt een artikel 154*sexies* ingevoegd, luidende:

“Artikel 154*sexies*. Binnen zestig dagen na ontvangst van het bezwaar brengt de commissie een gemotiveerd advies uit.

Indien de commissie oordeelt dat de wettelijke voorwaarden voor de toegepaste afhankelijkheidsgraad zijn vervuld, wordt de beslissing van de adviserend-arts vernietigd.

Indien de commissie de beslissing van de adviserend-arts bevestigt, wordt de beslissing definitief.”

Art. 8

In dezelfde afdeling III*bis* wordt een artikel 154*septies* ingevoegd, luidende:

“Artikel 154*septies*. Tegen de definitieve beslissing blijft beroep mogelijk bij de bevoegde arbeidsrechtbank.

Het administratief beroep bij de Commissie voor de Heroverweging vormt een verplichte voorafgaande administratieve procedure.”

Art. 9

De Koning bepaalt, na advies van het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, de nadere regels betreffende:

- 1° de samenstelling van de commissie;
- 2° de werking van de commissie;
- 3° de indiening van het bezwaar;
- 4° de hoorzitting;

La commission peut ordonner tout examen médical complémentaire qu'elle juge nécessaire.”

Art. 7

Dans la même section III*bis*, il est inséré un article 154*sexies* rédigé comme suit:

“Article 154*sexies*. La commission rend un avis motivé dans les soixante jours qui suivent la réception de la réclamation.

Si la commission estime que les conditions légales relatives au degré de dépendance appliqué sont remplies, la décision du médecin-conseil est annulée.

Si la commission confirme la décision du médecin-conseil, celle-ci devient définitive.”

Art. 8

Dans la même section III*bis*, il est inséré un article 154*septies* rédigé comme suit:

“Article 154*septies*. La décision définitive demeure susceptible de recours devant le tribunal du travail compétent.

Le recours administratif auprès de la Commission de réexamen est une procédure administrative préalable obligatoire.”

Art. 9

Le Roi détermine, après avis du Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, les modalités concernant:

- 1° la composition de la commission;
- 2° le fonctionnement de la commission;
- 3° l'introduction de la réclamation;
- 4° l'audition;

5° de wijze van kennisgeving van de beslissingen.”

1 september 2026

Irina De Knop (Anders.)

5° le mode de notification des décisions.”

1^{er} septembre 2026