



Spécial

INTERINSTITUTIONS
TOUS LES LIEUX D AFFECTATION

**Réglementation
relative à la couverture
des risques de maladie
des fonctionnaires
des Communautés européennes**

Communautés européennes
Régime commun d'assurance maladie

Réglementation
relative à la couverture
des risques de maladie
des fonctionnaires
des Communautés européennes

CHAPITRE 1
DISPOSITIONS GENERALES
Article premier

OBJET

II est Institué un régime d'assurance-maladie commun aux Institutions des Communautés européennes. Ce régime garantit aux bénéficiaires, dans les limites et conditions prévues dans la présente réglementation et ses annexes, le remboursement des frais exposés par suite de maladie, d'accident ou de maternité, ainsi que le versement d'une Indemnité de frais funéraires.

Les bénéficiaires sont les affiliés et les personnes assurées de leur chef.

Article 2
Affiliés

Sont affillés :

- 1) Les fonctionnaires des Communautés, sans préjudice des dispositions de l'article 4, paragraphes 1 à 4 de la présente réglementation;
- 2) les personnes visées à l'article 7:2, paragraphes 1bls, 2 et 2bls du statut, dans les conditions y prévues;
- 3) les anciens fonctionnaires auxquels l'article 41 ou 50 du statut a été appliqué, dans les conditions figurant à l'annexe IV du statut;
- 4) Les titulaires d'une pension de survie résultant du décès d'une personne visée au point 3, dans les conditions de l'article 4, paragraphe 5 de la présente réglementation;
- 5) les anciens fonctionnaires ayant cessé définitivement leurs fonctions en vertu de l'article 4, paragraphe 1 du règlement (CEE, Euratom, CECA) n° 259/68, pendant la période au cours de laquelle le droit à l'Indemnité prévue aux articles 5 et 7 dudit règlement est ouvert, dans les conditions de l'article 5, paragraphe 6 dudit règlement;

- 6) les anciens fonctionnaires ayant cessé définitivement leurs fonctions en vertu de l'article 2, paragraphe 1 du règlement (Euratom, CECA, CEE) n° 2530/72, dans les conditions de l'article 3, paragraphe 6 dudit règlement;
- 7) les anciens fonctionnaires ayant cessé définitivement leurs fonctions en vertu de l'article 2, paragraphe 1 du règlement (CECA, CEE, EURATOM) n° 1543/73, dans les conditions de l'article 3, paragraphe 6 dudit règlement;
- 8) les anciens fonctionnaires ayant cessé définitivement leurs fonctions en vertu de l'article 1er, paragraphe 1 du règlement (CECA, CEE, Euratom) n° 2150/82, dans les conditions de l'article 2, paragraphe 6 dudit règlement;
- 9) les agents temporaires des Communautés, sous réserve de l'article 4, paragraphe 6 et de l'article 7 de la présente réglementation;
- 10) les anciens agents temporaires titulaires d'une pension d'Invalidité, les titulaires d'une pension de survie résultant du décès d'un agent temporaire et les anciens agents temporaires visés à l'article 28, troisième et dernier alinéas et à l'article 28bis, paragraphe 5 du régime applicable aux autres agents;
- 11) le président, les vice-présidents et les membres de la Commission des Communautés européennes, le président, les Juges, les avocats généraux et le greffier de la Cour de Justice des Communautés européennes, le Président, les membres et le greffier du Tribunal de première Instance des Communautés européennes ainsi que le président et les membres de la Cour des comptes des Communautés européennes;
- 12) les anciens présidents, vice-présidents et membres de la Haute Autorité de la Communauté européenne du charbon et de l'acier, des Commissions de la Communauté économique européenne, de la Communauté européenne de l'énergie atomique ou des Communautés européennes, les anciens présidents, Juges, avocats généraux et greffiers de la Cour de Justice de la Communauté européenne du charbon et de l'acier ou des Communautés européennes, les anciens présidents, membres et greffiers du Tribunal de première

Instance des Communautés européennes, ainsi que les anciens présidents et membres de la Cour des comptes des Communautés européennes ayant droit à l'Indemnité transitoire prévue dans leur régime pécuniaire, sous réserve de l'article 4, paragraphe 7 de la présente réglementation;

13) les anciens présidents, vice-présidents et membres de la Haute Autorité de la Communauté européenne du charbon et de l'acier, des Commissions de la Communauté économique européenne, de la Communauté européenne de l'énergie atomique ou des Communautés européennes, les anciens présidents. Juges, avocats généraux et greffiers de la Cour de Justice de la Communauté européenne du charbon et de l'acier ou des Communautés européennes, les anciens présidents, membres et greffiers du Tribunal de première Instance des Communautés européennes, ainsi que les anciens présidents et membres de la Cour des comptes des Communautés européennes titulaires d'une pension d'ancienneté ou d'Invalidité, sous réserve de l'article 4, paragraphe 8 de la présente réglementation;

14) les titulaires d'une pension de survie résultant du décès d'une des personnes visées aux points 11), 12) et 13), sous réserve de l'article 4, paragraphe 5 de la présente réglementation;

15) les agents du Centre européen pour le développement de la formation professionnelle ainsi que les personnes visées à l'article 38, paragraphes 2, 3 et 4 du règlement (CECA, CEE, Euratom) n° 1859/76, dans les conditions y prévues;

16) les agents de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail ainsi que les personnes visées à l'article 38, paragraphes 2, 3 et 4 du règlement (CECA, CEE, Euratom) n° 1860/76, dans les conditions y prévues;

17) Les anciens fonctionnaires ayant cessé définitivement leurs fonctions en vertu de l'article 1er paragraphe 1 du règlement (CECA, CEE, EURATOM) n° 1679/85, dans les conditions de l'article 3 paragraphe 6 dudit règlement;

18) Les anciens fonctionnaires ayant cessé définitivement leurs fonctions en vertu de l'article 1er du règlement (CECA, CEE, EURATOM) n° 3518/85, dans les conditions de l'article 4 paragraphe 6 dudit règlement;

19) Les anciens agents temporaires ayant cessé définitivement leurs fonctions en vertu de l'article 1er du règlement (EURATOM, CECA, CEE) n° 2274/87, dans les conditions de l'article 4 paragraphe 6 dudit règlement:

20) Les anciens fonctionnaires ayant cessé définitivement leurs fonctions en vertu de l'article 1er du règlement (CEE) n° 1857/89, dans les conditions de l'article 3 paragraphe 6 dudit règlement.

Article 3 **Assurés du chef des affiliés**

Les personnes assurées du chef de l'affilié sont :

1) le conjoint de l'affilié, pour autant qu'il ne soit pas lui-même affilié au présent régime, et à la condition :

- qu'il n'exerce pas d'activité professionnelle lucrative, ou
 - au cas où II exerce une telle activité ou bénéficie de revenus provenant de l'exercice d'une telle activité antérieure, qu'il soit couvert contre les mêmes risques en application de toutes autres dispositions légales ou réglementaires et que ses revenus annuels d'origine professionnelle ne soient pas supérieurs au traitement de base annuel d'un fonctionnaire de grade C5 au premier échelon, affecté du coefficient correcteur fixé pour le pays dans lequel II perçoit ses revenus directs ou différés d'origine professionnelle, avant déduction de l'Impôt;
- 2) les enfants à charge de l'affilié, au sens de l'article 2 de l'annexe VII du statut ou au sens de l'article 7 de l'annexe IV des règlements (CECA, CEE, Euratom) n° 1859/76 et n° 1860/76;

3) les personnes assimilées aux enfants à charge de l'affilié, conformément à l'article 2 paragraphe 4 de l'annexe VII du statut, ou à l'article 4 de l'annexe IV des règlements (CECA, CEE, Euratom) n° 1859/76 et n° 1860/76, lorsqu'elles ne peuvent être couvertes contre les risques de maladie par un autre régime légal ou réglementaire;

4) le conjoint divorcé d'un affilié, à condition qu'il ait été assuré jusqu'à la date de divorce, en application des dispositions du point 1), l'enfant qui a cessé d'être à charge de l'affilié ainsi que la personne qui a cessé d'être assimilée à un enfant à charge au sens du point 3), qui Justifient ne pouvoir bénéficier d'un autre régime d'assurance-maladie légale ou réglementaire, sous réserve de l'article 4, paragraphe 9 de la présente réglementation.

Article 4 Conditions particulières de couverture

1. Le fonctionnaire qui se trouve dans la position de détachement sans rémunération, prévue à l'article 39 sous e) du statut, bénéficie des prestations du présent régime jusqu'à sa démission d'office, pour autant qu'il supporte la totalité des contributions calculées sur le traitement de base actualisé afférent à son échelon dans son grade visé à l'article 39 sous d) du statut.

2. Le fonctionnaire en congé de convenance personnelle en vertu de l'article 40 du statut qui n'est pas assuré du chef d'un autre affilié au présent régime ne continue à bénéficier de ces prestations que lorsqu'il Justifie ne pouvoir être couvert par un autre régime public et qu'il supporte les contributions nécessaires à la couverture des risques, à raison de la moitié pendant la première année du congé de convenance personnelle et de la totalité pendant la durée restante de ce congé; les contributions sont calculées sur le traitement de base actualisé du fonctionnaire afférent à son échelon dans son grade.

3. Le fonctionnaire mis en congé" pour service militaire, conformément à l'article 42 du statut, ne bénéficie pas des prestations du présent régime; toutefois, les personnes

assurées de son chef en sont bénéficiaires dans les conditions suivantes :

- a) dans le cas visé à l'article 42 deuxième alinéa du statut, sans que le fonctionnaire ait à verser de contribution;
- b) dans le cas visé à l'article 42 troisième alinéa du statut, pour autant que le fonctionnaire verse sa contribution calculée sur le traitement de base actualisé afférent à son échelon dans son grade.

4. La contribution du fonctionnaire qui perd le bénéfice de sa rémunération, conformément aux articles 60 et 88 du statut, est calculée sur le traitement de base actualisé afférent à son échelon dans son grade.

5. Les titulaires d'une pension de survie résultant du décès d'une des personnes visées à l'article 2 points 3), 11), 12) et 13) de la présente réglementation bénéficient des prestations du présent régime pour autant qu'ils versent leur contribution, calculée sur leur pension de base et qu'ils ne peuvent pas être couverts contre les mêmes risques par un autre régime public.

6. L'agent temporaire appelé sous les drapeaux et dont l'engagement n'a pas été résilié, conformément à l'article 48 du régime applicable aux autres agents, ne bénéficie pas des prestations du présent régime; toutefois, les personnes assurées de son chef en sont bénéficiaires, pour autant que l'agent verse sa contribution calculée sur le traitement de base actualisé afférent à son échelon dans son grade.

7. Les personnes visées à l'article 2 point 12) de la présente réglementation bénéficient des prestations du présent régime pendant la période au cours de laquelle le droit à l'Indemnité transitoire prévue dans leur régime pécuniaire est ouvert, pour autant qu'elles versent leur contribution calculée sur leur Indemnité de base et qu'elles ne peuvent pas être couvertes contre les mêmes risques par un autre régime public.

8. Les personnes visées à l'article 2 point 13) de la présente réglementation bénéficient des prestations du présent régime, pour autant qu'elles versent leur

contribution calculée sur leur pension de base et qu'elles ne peuvent pas être couvertes contre les mêmes risques par un autre régime public.

9. Les personnes visées à l'article 3 point 4) de la présente réglementation continuent à bénéficier pendant une période d'un an au maximum de la couverture prévue par le présent régime au titre d'assurés du chef de l'affilié par l'Intermédiaire duquel ils obtenaient le bénéfice de ces remboursements; cette couverture ne donne pas lieu à perception d'une contribution. La période susvisée court à compter soit de la date à laquelle le divorce est devenu définitif, soit à compter de la date de la perte de la qualité d'enfant à charge ou de personne assimilée à l'enfant à charge.

Article 5 **Affiliation obligatoire à un autre** **régime d'assurance-maladie**

Lorsqu'un fonctionnaire ou agent temporaire est affecté dans un pays où, en vertu de la législation de ce pays, il est assujéti à un régime obligatoire d'assurance contre les risques de maladie, les cotisations dues à ce titre sont versées intégralement à charge du budget de l'Institution dont relève l'intéressé. Dans ce cas, l'article 6 de la présente réglementation est applicable.

Article 6 **Modalités d'application de l'article** **72 paragraphe 4 du statut**

1. Lorsqu'un affilié ou une personne assurée de son chef peut prétendre à des remboursements de frais au titre d'une autre assurance-maladie obligatoire, l'affilié est tenu :

- a) d'en faire la déclaration auprès du bureau liquidateur;
- b) de demander ou, le cas échéant, de faire demander par priorité le remboursement garanti par l'autre régime;
- c) de Joindre à chaque demande de remboursement Introduite au titre du présent régime un relevé, accompagné de pièces Justificatives, des remboursements que l'affilié ou la personne assurée de son chef a obtenus au titre de l'autre régime.

2. Lorsque l'ensemble des remboursements dont pourrait bénéficier l'affilié, ou une personne assurée de son chef, vient à dépasser les sommes à rembourser au titre du présent régime, la différence est déduite du montant à rembourser au titre du présent régime, sauf en ce qui concerne les remboursements obtenus au titre d'une assurance-maladie complémentaire privée destinée à couvrir la partie des frais non remboursable par le présent régime.

Article 7

Exclusion de certains frais de remboursement

1. Lorsque, suite à l'examen médical d'engagement, un agent temporaire est exclu du bénéfice du remboursement de certains frais, conformément à l'article 28, deuxième alinéa, du régime applicable aux autres agents, le résultat de cet examen est communiqué au médecin-conseil du bureau liquidateur; le médecin-conseil précise au bureau liquidateur les prestations dont les frais ne donnent pas lieu à remboursement.

2. A l'expiration d'une période de deux ans à partir de la date d'engagement de l'agent temporaire, l'autorité habilitée à conclure des contrats d'engagement au nom de l'Institution dont relève l'Intéressé peut lever sa décision d'exclusion si, de l'avis du médecin-conseil de l'Institution, la maladie, ou l'Infirmité n'est pas réapparue ou n'a pas présenté de suites exceptionnelles au cours de ladite période.

Article 8

Remboursements spéciaux

1. Lorsque les frais exposés se rapportent à des soins prodigués à l'affilié ou à une personne assurée de son chef dans un pays où le coût des soins médicaux est particulièrement élevé et que la partie des frais non remboursés par le régime impose une lourde charge à l'affilié, un remboursement spécial peut être accordé sur la base de l'avis du médecin-conseil du bureau liquidateur compétent qui apprécie le coût des soins médicaux, soit par

décision de l'autorité Investie du pouvoir de nomination de l'Institution dont relève l'Intéressé, soit par décision de ce bureau liquidateur s'il a été désigné à cet effet par ladite autorité.

Les dispositions du premier alinéa ne sont pas applicables aux assurés couverts par l'assurance maladie complémentaire prévue à l'article 24 de l'annexe X du Statut.

2. Lorsque la partie non remboursée des frais rentrant dans le champ d'application des barèmes annexés à la présente réglementation et exposés par l'affilié pour lui-même et pour les personnes assurées de son chef dépasse, au cours d'une période de douze mois, la moitié de la moyenne du traitement mensuel de base, de la pension ou, pour les affiliés visés à l'article 2, points 3), 5). 6). 7), 8), 12), 17), 18), 19) et 20) de la présente réglementation, de l'Indemnité perçue pendant ladite période, le remboursement spécial prévu à l'article 72, paragraphe 3 du statut est déterminé de la manière suivante :

La partie non remboursée des frais précités qui dépasse la moitié de la moyenne du traitement mensuel de base ou de la pension ou de l'Indemnité est remboursée aux taux de :

- 90% lorsqu'il s'agit d'un affilié sans personne assurée de son chef;
- 100% dans les autres cas.

3. Dans le cas des affiliés visés à l'article 4, paragraphes 1, 2, 3. 4 et 6 de la présente réglementation qui n'ont plus droit à un traitement, l'assiette du remboursement spécial est calculée sur la base de la moitié du dernier traitement mensuel de base perçu; dans le cas des affiliés visés à l'article 2, points 3). 5), 6) et 7) de la présente réglementation qui n'ont plus droit à une Indemnité, l'assiette du remboursement spécial est calculée sur la base de la moitié de la dernière Indemnité mensuelle perçue.

4. Lorsque l'affilié en fait la demande, le coefficient correcteur de son lieu d'affectation ou celui de son lieu de résidence pour les bénéficiaires de pension ou

d'Indemnité, sera appliqué au traitement mensuel de base, à la pension ou à l'Indemnité visés aux paragraphes 1, 2 et 3.

5. La décision relative à toute demande de remboursement spécial est prise :

- soit par l'autorité Investie du pouvoir de nomination de l'Institution dont relève l'Intéressé, sur la base d'un avis du bureau liquidateur émis conformément aux critères généraux arrêtés par le comité de gestion après consultation du conseil médical, relatifs au caractère éventuellement excessif des frais exposés;
- soit par le bureau liquidateur, sur la base des mêmes critères, s'il a été désigné à cet effet par ladite autorité.

Article 9

Libre choix du médecin et de l'établissement de soins

1. Les bénéficiaires du présent régime ont le libre choix du médecin et des établissements de soins.

2. Les Institutions s'efforcent, dans la mesure du possible, de négocier, avec les représentants du corps médical et/ou les autorités, associations et établissements compétents, des accords fixant les taux applicables aux bénéficiaires, compte tenu des conditions locales et, le cas échéant, des barèmes déjà en vigueur, tant du point de vue médical que du point de vue hospitalier.

Article 10

Indemnité pour frais funéraires

Les personnes suivantes bénéficient d'une Indemnité pour frais funéraires, dont le montant est fixé à l'annexe 1 :

- a) en cas de décès d'une personne assurée de son chef ou dans le cas d'un enfant mort-né : l'affilié;

- b) en cas de décès de l'affilié : I» conjoint, les enfants ou, à défaut, toute autre personne qui Justifie du paiement des frais funéraires.

Article 11 **Procédures**

1. Demandes d'autorisation préalable

Lorsqu'on vertu de la présente réglementation, le remboursement des frais ne peut être effectué qu'après autorisation préalable, la décision est prise par l'autorité Investie du pouvoir de nomination, ou par le bureau liquidateur désigné par celle-ci, selon la procédure suivante :

- a) la demande d'autorisation préalable, accompagnée d'une prescription et/ou d'un devis du médecin traitant, est présentée par l'affilié au bureau liquidateur qui, le cas échéant, en saisit le médecin-conseil; dans ce cas, le médecin-conseil transmet son avis au bureau liquidateur dans un délai de deux semaines;
- b) le bureau liquidateur statue sur la demande s'il a été désigné à cet effet ou transmet son avis et, le cas échéant, celui du médecin-conseil à l'autorité Investie du pouvoir de nomination pour décision. L'affilié est Informé Immédiatement de la décision.
- c) les demandes de remboursement de frais résultant de prestations soumises à autorisation ne seront pas prises en considération si l'autorisation n'a pas été demandée préalablement aux prestations. Une exception peut être faite dans les cas d'urgence médicalement Justifiée et reconnue comme telle par le médecin-conseil du bureau liquidateur.

2. Demandes de remboursement

Les demandes sont Introduites par les affiliés auprès des bureaux liquidateurs au moyen de formulaires unifiés accompagnés de pièces Justificatives originales; dans le cas des demandes de remboursement complémentaire prévues à l'article 6 de la présente réglementation. II y a obligatoirement lieu de Joindre une copie de la facture originaleacquittée.

3. Toutefois, sous réserve de l'article 3 paragraphe 4 de la présente réglementation, le conjoint divorcé peut Introduire directement pour lui-même et, le cas échéant, pour les enfants dont II a la garde, les demandes d'autorisation préalable et de remboursement de frais, aux mêmes conditions que celles figurant aux paragraphes 1 et 2 du présent article.

Article 12 **Subrogation**

Lorsque la cause d'un accident ou d'une maladie est Imputable à un tiers, les Communautés sont, dans la limite des obligations découlant pour elles de la présente réglementation, subrogées de plein droit à la victime ou à ses ayants-droit dans leurs actions contre le tiers responsable, conformément à l'article 85 bis du statut.

Article 13 **Déchéance**

1. - Sauf en cas de force majeure dûment établi, l'affilié est déchu de son droit aux prestations lorsqu'il n'a pas demandé le remboursement des frais exposés pour lui-même ou pour une personne assurée de son chef dans la période de douze mois qui suit le semestre civil au cours duquel les prestations ont été dispensées.

2. Les demandes de remboursement spécial visé à l'article 8, paragraphe 2 sont à Introduire dans un délai de douze mois à compter de la date de remboursement des frais de la dernière prestation comprise dans la période de douze mois considérée.

Article 14 **Répétition de l'Indu**

Toute somme Indûment perçue donne lieu à répétition si le bénéficiaire a eu connaissance de l'Irrégularité du versement ou si celle-ci était si évidente qu'il ne pouvait manquer d'en avoir connaissance.

Article 15 **Fraude**

Sans préjudice de l'article 14 de la présente réglementation, l'affilié qui a obtenu ou tenté d'obtenir frauduleusement des prestations pour lui-même ou pour une personne assurée de son chef est déchu automatiquement du droit à ces prestations et s'expose à des sanctions disciplinaires.

Article 16 **Des voies de recours**

1. Toute personne visée à la présente réglementation dispose des voies de recours prévues aux articles 90 et 91 du statut, ou, dans le cas des affiliés visés à l'article 2 points 15) et 16) de la présente réglementation, aux articles 43 et 44 des règlements (CECA, CEE, EURATOM) n°1859/76 et n°1860/76.

2. Avant de prendre une décision sur une réclamation introduite sur la base de l'article 90 paragraphe 2 du statut ou de l'article 43 paragraphe 2 des règlements (CECA, CEE, Euratom) n° 1859/76 et n°1860/76, l'autorité investie du pouvoir de nomination ou, selon le cas, le Conseil d'administration doit demander l'avis du comité de gestion.

Celui-ci peut charger son président de prendre les mesures permettant d'obtenir un complément d'informations. Lorsque le conflit est d'ordre médical, le comité de gestion, peut, avant de se prononcer, demander l'avis d'un médecin expert. Les frais d'expertise sont à charge du régime commun.

Le comité de gestion doit se prononcer dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande d'avis. Cet avis est transmis simultanément à l'autorité et à l'intéressé.

A défaut d'avis du comité de gestion dans ce délai, l'autorité investie du pouvoir de nomination ou, selon le cas, le Conseil d'administration peut arrêter sa décision.

CHAPITRE I

ORGANISATION DU REGIME

Article 17

Organes

Le fonctionnement du présent régime est assuré par un comité de gestion, un bureau central, des bureaux liquidateurs et un conseil médical.

Article 18

Comité de Gestion

1. Le comité de gestion est composé des dix-huit membres titulaires suivants :
 - quatre représentants de la Commission désignés par l'autorité Investie du pouvoir de nomination,
 - un représentant de chacune des autres Institutions désigné par l'autorité Investie du pouvoir de nomination concernée,
 - quatre représentants du personnel de la Commission désignés par le comité central du personnel de cette Institution,
 - un représentant du personnel de chacune des autres Institutions désigné par le comité du personnel concerné.
2. Sont également désignés dix-huit membres suppléants dans les mêmes conditions que celles visées au paragraphe 1.
3. Les mandats des membres titulaires et des membres suppléants couvrent une période de deux ans. Ils sont renouvelables.
4. Chaque membre titulaire, ou en son absence le membre suppléant, a voix délibérative.
5. Le comité de gestion arrête son règlement Intérieur à la majorité des deux tiers des membres ayant voix délibérative.

Le règlement Intérieur prévolt notamment les modalités relatives à :

- l'élection du président, l'organisation, la convocation et la périodicité des réunions,
- la désignation éventuelle d'un comité préparatoire des réunions.

6. Le comité de gestion est chargé :

- a) de veiller à l'application uniforme de la présente réglementation et d'adresser aux Institutions toute suggestion ou recommandation utile à cet effet;
- b) d'examiner la situation financière du présent régime et d'adresser aux Institutions toute suggestion ou recommandation utile à cet effet;
- c) d'établir un rapport annuel détaillé sur la situation financière du présent régime et de le transmettre avant le 1er Juillet aux Institutions et à leurs comités du personnel;
- d) le cas échéant, de proposer ou de recommander aux administrations des Institutions des modalités d'application de la présente réglementation et toute mesure nécessaire au bon fonctionnement du présent régime ainsi que de présenter des propositions quant au montant du fonds de roulement des bureaux liquidateurs nécessaire aux opérations Journalières;
- e) de donner des avis dans les cas visés par la présente réglementation;
- f) le cas échéant, d'émettre son avis sur toute question relevant, directement ou indirectement, de l'application des dispositions statutaires en matière de couverture des risques de maladie;
- g) d'émettre son avis sur le niveau des contributions et prestations prévues, notamment en cas de variation sensible des coûts des soins médicaux.

7. Les travaux du comité de gestion sont secrets.

Article 19 Bureau central

1. Le bureau central est rattaché à la Commission.

2. Il est chargé :

- a) de coordonner et de contrôler les travaux assurés par les bureaux liquidateurs;
- b) de veiller à l'application uniforme des règles de liquidation des prestations;
- c) d'assurer le secrétariat du comité de gestion;
- d) de procéder à toute étude statistique ou analyse nécessaire au bon fonctionnement du présent régime, afin de permettre au comité de gestion d'avoir une vue précise de l'importance, de la répartition et de l'évolution des risques couverts et d'émettre l'avis prévu à l'article 18 paragraphe 6 sous g) de la présente réglementation.

Article 20 Bureaux liquidateurs

1. Les bureaux liquidateurs sont créés ou supprimés par la Commission, là où elle le juge nécessaire, notamment eu égard aux lieux d'affectation des fonctionnaires.

La création ou la suppression d'un bureau liquidateur auprès d'une autre Institution ne peut avoir lieu qu'avec l'accord de celle-ci et après avis du comité de gestion.

2. Des médecins- et dentistes-conseils sont attachés à chaque bureau liquidateur et chargés des tâches dévolues dans la présente réglementation.

La fonction de médecin-conseil attaché aux bureaux liquidateurs est incompatible avec celle de médecin-conseil d'une Institution.

[3. Chaque bureau liquidateur est chargé :

- a) de recevoir et de liquider les demandes de remboursement des frais présentées par les affiliés enregistrés auprès de ce bureau et d'exécuter les paiements y afférents;
- b) de demander, dans les cas prévus par la présente réglementation ainsi que dans les cas où des questions de nature médicale se rapportant à la liquidation des

prestations sont soulevées par la comité de gestion ou par le bureau central, l'avis du médecin-conseil qui peut, le cas échéant, recueillir l'avis du médecin-conseil de l'Institution concerné»;

- c) d'Instruire les dossiers de demandes d'autorisation préalable et d'y donner suite le cas échéant;
- d) d'émettre les avis prévus à la présente réglementation;
- e) d'assurer le secrétariat des médecins-conseils;

4. Les agents affectés aux bureaux liquidateurs et au bureau central sont astreints au secret médical quant aux frais et/ou pièces dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Ils restent soumis à cette obligation après avoir cessé leurs fonctions auprès desdits bureaux.

Article 21 Enregistrement

1. Les bénéficiaires sont enregistrés, d'une part, auprès du bureau central et, d'autre part, auprès d'un bureau liquidateur.

2. Les bénéficiaires qui résident dans un pays dans lequel un bureau liquidateur a été créé sont en principe enregistrés auprès de ce bureau.

Les bénéficiaires qui résident dans un pays dans lequel un bureau liquidateur n'a pas été créé sont enregistrés auprès d'un bureau liquidateur désigné par le bureau central.

Article 22 Conseil médical

Le comité de gestion est assisté d'un conseil médical composé d'un médecin-conseil par Institution et des médecins-conseils de chaque bureau liquidateur.

Le conseil médical peut être consulté par le comité de gestion ou le bureau central sur toute question de nature médicale qui se poserait dans le cadre du présent régime.

Il se réunit à la demande du comité de gestion ou du bureau central ou à la demande d'un des médecins-conseils des bureaux liquidateurs et émet son avis dans le délai qui lui est Indiqué.

CHAPITRE III DISPOSITIONS FINANCIERES

Article 23 Contributions

1. Les Institutions et les organes concernés versent chaque mois à la Commission, au plus tard huit Jours après le paiement des rémunérations, des pensions ou, pour les affiliés visés à l'article 2 points 3), 5), 6), 7), 8), 12),17),18),19) et 20) de la présente réglementation, des Indemnités, leurs contributions ainsi que celles des affiliés.

2. Le montant des contributions des Institutions et organes concernés et des affiliés est fixé respectivement à 3,40% et 1,70 % des traitements de base figurant à l'article 66 du statut, pensions de base ou Indemnités visés au paragraphe 1.

Article 24 Ordonnancement et contrôle

Les paiements à effectuer par les bureaux liquidateurs sont ordonnancés et contrôlés par la Commission selon le règlement financier applicable au budget général des Communautés européennes.

Article 25 Comptespécial

La Commission Inscrit à un compte spécial hors budget Intitulé "Régime d'assurance maladie des Communautés européennes" :

le montant des contributions qui lui sont versées, en ventilant ce montant entre des sous-comptes, à raison d'un par Institution,

le montant des paiements effectués, en ventilant ce montant entre les sous-comptes précités suivant la nature des soins dispensés, selon un plan comptable arrêté par la Commission après avis du comité de gestion.

Article 26

Situations trimestrielles de trésorerie

1. La Commission établit par Institution, au plus tard trente Jours après la fin de chaque trimestre, la situation trimestrielle de trésorerie éventuellement cumulée, des résultats comptables en recettes et en dépenses de la période écoulée et de l'exercice ou des exercices précédents, selon les Indications qui lui sont données par le comité de gestion.

2. Les situations trimestrielles de trésorerie ventilées suivant les différents bureaux liquidateurs, et faisant ressortir la situation comptable de ceux-ci, sont transmises, au plus tard six semaines après la fin de chaque trimestre, par la Commission au comité de gestion et aux autres Institutions.

Article 27

Equilibre financier

Les prestations fournies au titre du présent régime doivent être équilibrées financièrement, par période de trois ans, avec les contributions des Institutions et des affiliés.

Article 28

Déficit

1. Lorsque la situation comptable l'ait apparaître pour l'ensemble des Institutions un déficit mettant en cause l'équilibre financier du présent régime, ce déficit est couvert par les excédents visés à l'article 29 de la présente réglementation.

2. SI ces excédents sont Insuffisants pour couvrir le déficit, le comité de gestion saisit d'urgence les Institutions qui, après avis du comité du statut, décident des mesures à prendre pour rétablir l'équilibre financier.

Article 29

Excédents

1. Lorsque la situation comptable des bureaux liquidateurs fait apparaître un excédent, la Commission peut Inscrire celui-ci à un compte spécial hors budget Intitulé "Excédents du régime d'assurance-maladie des Communautés européennes".

Les excédents sont destinés à couvrir un accroissement éventuel des risques.

2. La Commission, après avis du comité de gestion, place les excédents aux meilleures conditions, en tenant compte des besoins des bureaux liquidateurs en ce qui concerne leurs fonds de roulement.

Elle Informe tous les six mois les autres Institutions ainsi que le comité de gestion, du montant des sommes ainsi placées et des modalités de placement.

Les Intérêts des placements sont Imputés au crédit du compte spécial visé à l'article 25.

3. Lorsque les excédents constitués sur une période de trois ans atteignent un montant équivalent à 20 % de la moyenne arithmétique des dépenses cumulées pour cette période, les Institutions examinent, après avis du comité de gestion et du comité du statut, l'opportunité de diminuer les contributions des Institutions et des affiliés.

4. Le montant des excédents des bureaux liquidateurs figure au passif du bilan financier de la Commission sous la rubrique "Régime d'assurance-maladie des Communautés européennes".

CHAPITRE IV
DISPOSITIONS FINALES

Article 30
Révision

1. La présente réglementation peut être révisée, dans les conditions prévues à l'article 72 paragraphe 1. du statut, sur proposition d'une Institution ou d'un comité du personnel.

2. Toute proposition de révision de la réglementation fait l'objet d'un avis du comité de gestion.

Article 31

La réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes, modifiée en dernier lieu le 1er Juin 1984, est abrogée.

Article 32

La présente réglementation entre en vigueur le premier Jour du mois suivant celui au cours duquel le commun accord des Institutions prévu à l'article 72 paragraphe 1 du statut a été constaté par le président de la Cour de Justice des Communautés européennes.

Elle est applicable à partir du 1er Janvier 1986.⁽¹⁾

(1) Les dispositions des articles 2, 3, 4, 8 et 23, de l'annexe I. points I I I , IV, VI, IX, X, XI, X I I , XIV, XV, del'annexe I I I , et de la nouvelle annexe IV, modifiées ou ajoutées en date du 05/12/1990 sont d'application à partir du 01/01/1991

REGLES REGISSANT LE REMBOURSEMENT DE FRAIS MEDICAUX

Le remboursement de frais médicaux s'effectue dans les limites et conditions prévues ci-après.

I. CONSULTATIONS ET VISITES

Les honoraires pour consultations et visites sont remboursés à 85 % avec un maximum remboursable de :

1) Omnipraticiens

a) consultation au cabinet du médecin :	BFR	682
b) visite au domicile du malade :	BFR	710
c) visite de nuit, visite, les dimanches et Jours fériés, visite d'urgence, définies conformément aux usages locaux	BFR 1	143

2) Médecins spécialistes

a) consultation au cabinet du médecin	BFR 1	072
b) visite au domicile du malade	BFR 1	470
c) visite de nuit, visite les dimanches et Jours fériés, visite d'urgence, définies conformément aux usages locaux	BFR 1	565

3) examen psychologique pratiqué dans le
cadre d'un traitement médical:

BFR 4 045

Lorsque, en dehors de ses honoraires, le médecin est habilité à réclamer une Indemnité pour le déplacement qu'il est tenu d'effectuer au domicile du malade ou lorsque le bénéficiaire est tenu de faire appel à un médecin domicilié hors de son lieu d'affectation, de résidence ou de séjour, les frais de déplacement sont remboursés à 85 % et dans la limite de 20 km aller et retour.

II. INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Ces frais sont remboursés à 85 % et dans la limite de plafonds fixés, par Intervention, à un montant maximum remboursable de :

BFR 11 390 pour la catégorie AA
BFR 22 780 pour la catégorie AB
BFR 26 180 pour la catégorie B
BFR 75 616 pour la catégorie C
BFR 99 080 pour la catégorie D

Une liste des Interventions chirurgicales, ventilées par catégorie, figure à l'annexe II.

Toute Intervention chirurgicale non mentionnée sur cette liste est assimilée à l'Intervention chirurgicale y figurant qui, de l'avis du médecin-conseil du bureau liquidateur, présente un caractère comparable.

Les Interventions de chirurgie plastique sont soumises à autorisation préalable par le bureau liquidateur, après avis du médecin-conseil.

Les Interventions de chirurgie plastique considérées comme purement esthétiques ne font l'objet d'aucun remboursement.

Les frais d'Interventions chirurgicales ne comprennent que les honoraires chirurgicaux; les frais d'anesthésie, de salle d'opération, de salle de plâtre, de pansements et autres frais pour soins généralement quelconques relatifs aux Interventions chirurgicales de toute catégorie, sont remboursés à 85 % et dans la limite des plafonds prévus pour chaque prestation.

Dans le cas d'une Intervention chirurgicale très importante, les frais exposés sont remboursés à 85 % après avis du médecin-conseil du bureau liquidateur.

III. HOSPITALISATION

1. Les frais de séjour sont, en cas d'Intervention chirurgicale ou en cas d'hospitalisation médicale, remboursés à 85 % avec un montant maximum remboursable de respectivement BFR 4 127 et BFR 3 459 par Jour.

Les frais de séjour comprennent les frais de pension, de service et de taxes.

2. Les frais d'Intervention chirurgicale, tels qu'ils sont spécifiés au point II, les frais de salle d'opération, de salle de plâtre, de pansements et autres frais pour soins généralement quelconques relatifs à l'Intervention chirurgicale, les honoraires médicaux pour visites et consultations, les analyses et examens de laboratoire, les recherches radiologiques, les médicaments et autres prestations pour diagnostic ou traitement sont remboursés séparément, conformément aux dispositions relatives au remboursement de chacune de ces catégories de frais. SI, dans un centre hospitalier, le prix forfaitaire de la Journée d'hospitalisation comprend les frais de séjour visés au paragraphe 1, deuxième alinéa, ainsi que la totalité ou partie des frais énumérés ci-dessus, le remboursement s'effectue à 85 %.

3. Un remboursement à 85 % avec un montant maximum de BFR 1 535 par Jour peut être accordé exceptionnellement, après avis du médecin-conseil du bureau liquidateur, pour les frais de séjour d'un membre de la famille qui, sur prescription du médecin traitant, accompagne un bénéficiaire hospitalisé qui, compte tenu de son âge et/ou de la nature de l'affection, a besoin d'une assistance familiale spéciale.

4. N'est pas considéré comme hospitalisation le séjour dans un établissement ne disposant pas d'une Infrastructure médico-technique et logistique pluridisciplinaire ainsi que d'un personnel médical et paramédical dans la proportion d'au moins 10% des patients hébergés.

Les frais de séjour dans un tel établissement de soins et/ou de repos agréé par les autorités compétentes et ayant une Infrastructure médicale/paramédicale pour assister des

personnes âgées et/ou handicapées seront remboursés à 85% avec un montant maximum de BFR 815 par Jour, après avis favorable du médecin-conseil sur la base d'un rapport périodique détaillé du médecin traitant Justifiant la nécessité du séjour.

Les frais de séjour dépassant le montant de BFR 960 par Jour ne seront pas pris en considération pour le calcul prévu à l'article 8 ni lors d'une éventuelle application du point IV de la présente annexe.

Les frais médicaux proprement dits encourus dans cet établissement seront facturés et remboursés séparément dans les conditions prévues par la réglementation.

IV. CAS SPECIAUX

1. En cas de tuberculose, poliomyélite, cancer, maladies mentales et autres maladies reconnues de gravité comparable par l'autorité Investie du pouvoir de nomination, les frais sont remboursés à 100 %.

Toutefois, les montants à rembourser dans un de ces cas, pour des prestations visées au point VI paragraphe 1, deuxième alinéa, au point XI paragraphe 1 sous a), au point XII sous points E et F, à l'annexe I I I points A et B sous 2) et 3) et à l'annexe IV point B sous 2) ne peuvent dépasser un montant égal au double du montant maximum prévu dans les dispositions précitées.

Les montants à rembourser pour des prestations visées au point I I I paragraphe 3, au point VI paragraphe 3, au point VIII premier et quatrième alinéas, au point X, au point XI paragraphe 1 sous b), au point XII point B, et à l'annexe I I I point B sous 1) ne peuvent dépasser les montants maxima prévus dans la réglementation.

Toute demande Introduite en vue de la reconnaissance visée au premier alinéa doit être adressée au bureau liquidateur, accompagnée du rapport du médecin traitant de l'Intéressé.

La décision est prise par l'autorité Investie du pouvoir de nomination ou par le bureau liquidateur compétent s'il a été désigné à cet effet par ladite autorité, après avis du médecin-conseil de ce bureau, émis sur la base des critères généraux établis par le Conseil médical.

Les remboursements prévus à 100 % ne s'appliquent pas en cas de maladie professionnelle ou d'accident ayant entraîné l'application des dispositions de l'article 73 du statut.

2. Les frais d'examens de dépistage, pour autant qu'ils soient organisés ou effectués par des centres agréés par la Commission sont remboursés à 100 %.

V. PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Les frais relatifs aux produits pharmaceutiques prescrits par le médecin sont remboursés à 85 %. En cas de renouvellement prévu par la prescription, le produit acquis dans un délai de six mois après la date de délivrance de la prescription fait l'objet d'un remboursement à 85 %.

Les eaux minérales, les vins et liqueurs toniques, les aliments pour nourrissons, les produits capillaires, cosmétiques, diététiques, hygiéniques et les Irrigateurs, thermomètres, tisanes, produits aromathérapeutiques, ainsi que les produits et Instruments analogues ne sont pas considérés comme produits pharmaceutiques.

Toutefois, si des mesures diététiques dérivant d'un état pathologique d'un nourrisson ou d'un enfant exposent l'affilié à des frais supplémentaires, ceux-ci sont remboursés dans les conditions prévues au premier alinéa, pour autant qu'ils concernent l'achat de produits diététiques assimilables dans ce cas à un médicament Indispensable à la survie.

VI. SOINS DENTAIRES, PROTHESES DENTAIRES ET ORTHODONTIE

1. Les frais de soins dentaires pour obturations, extractions, apectomie, frénectomie, détartrage et radiographie, sont remboursés dans les conditions prévues au barème figurant à l'annexe I I I point A. Les frais de

soins dentaires non repris au barème figurant à l'annexe I I I point A sont remboursés à 80%, après avis du médecin-conseil.

Les frais de parodontose sont remboursés à 80 % avec un maximum de BFR 12 000 par sextant sur autorisation préalable accordée après avis du dentiste-conseil.

2. Les "frais de prothèses dentaires sont remboursés dans les conditions prévues au barème figurant à l'annexe I I I point B.

3. Les frais de traitement orthodontique, pour autant qu'une autorisation préalable ait été délivrée après avis éventuel du dentiste-conseil du bureau liquidateur sur la base d'un devis établi par le dentiste traitant, sont remboursés à 80 % avec un montant maximum de BFR 79 500 par enfant à charge. Ce montant couvre l'ensemble du traitement sur une bouche. L'âge maximum au début du traitement est de 18 ans.

Le remboursement des frais d'un second traitement peut être accordé à titre exceptionnel, pour autant qu'il ait fait l'objet d'une autorisation préalable accordée après avis du médecin ou dentiste-conseil sur la base d'un devis et d'un rapport détaillé, justifiant la nécessité absolue du traitement, établis par le dentiste traitant.

VII. RADIOLOGIE, ANALYSES, . EXAMENS DE LABORATOIRE ET AUTRES MOYENS DE DIAGNOSTIC

Ces frais sont remboursés à 85 %.

VIII. ACCOUCHEMENTS

En cas d'accouchement normal, les honoraires médicaux, d'assistance de sage-femme et d'anesthésie, sont remboursés à 100 % avec un montant maximum remboursable de BFR 26 800.

Les frais de salle d'accouchement, d'assistance de kinésiste, ainsi que tous les autres frais se rapportant à des prestations liées directement à l'accouchement sont remboursés séparément à 100 %.

En cas d'accouchement gémellaire, le montant maximum remboursable est augmenté de 50 %. En cas d'accouchement dystocique entraînant des prestations obstétricales spéciales ou une Intervention chirurgicale ou une hospitalisation prolongée pour affection post-partum, les frais mentionnés ci-dessus sont, après avis éventuel du médecin-conseil du bureau liquidateur, remboursés dans les limites de 100 %, suivant les barèmes prévus pour les Interventions chirurgicales, l'hospitalisation et les soins spéciaux.

Dans tous les cas d'accouchement, les frais de séjour dans un établissement hospitalier sont remboursés conformément aux dispositions du point I I I avec un montant maximum remboursable de BFR 4 556 par Jour; sauf en cas de complications, les frais de séjour dans un établissement hospitalier au-delà de dix Jours ne donnent pas lieu à remboursement.

En cas d'accouchement à domicile, le présent régime prend en charge à 100 % les frais d'Infirmière pendant dix Jours; la prise en charge est prolongée en cas de complications.

La formule "accouchement dystocique entraînant des prestations obstétricales spéciales" couvre tous les accouchements qui ne sont pas médicalement des accouchements normaux.

**IX. PHYSIOTHERAPIE, KINESITHERAPIE ET
TRAITEMENTS ASSIMILABLES : APPAREILS
DE TRAITEMENTS MEDICAUX**

1. Les frais relatifs aux traitements énumérés à l'annexe IV, points A et B, prescrits par un médecin (dans le cas de la psychothérapie et traitements similaires, par un psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue) sont remboursés à 80% pour autant qu'ils soient effectués par

une personne habilitée professionnellement. Le nombre maximum de séances, remboursables par période de douze mois, est également fixé à l'annexe IV. A titre exceptionnel et sur présentation d'un certificat médical dûment motivé, un nombre plus élevé de séances peut faire l'objet d'un remboursement.

Les traitements figurant à l'annexe IV, point B sont en outre soumis à autorisation préalable, après avis du médecin-conseil.

2. Les frais d'appareils pour traitements médicaux sont remboursés à 80 %, après autorisation préalable.

X. PRESTATIONS D'AUXILIAIRES MEDICAUX ET GARDE-MALADE

1. Les frais de prestations d'auxiliaires médicaux sont remboursés à 80 % à condition qu'elles aient été prescrites par le médecin traitant et exécutées par une personne légalement autorisée à exercer la profession.

2.

a) Les frais de garde post-opératoire en milieu hospitalier, engagée sur prescription du médecin traitant, sont remboursés à 80% sur autorisation préalable accordée après avis du médecin-conseil du bureau liquidateur, avec un plafond de BFR 2 415 par garde de Jour ou de nuit et de BFR 3 459 par garde de 24 heures/Jour.

b) les frais de garde à domicile Indispensable après une hospitalisation, engagée sur prescription du médecin traitant, sont remboursés à 80% sur autorisation préalable accordée après avis du médecin-conseil du bureau liquidateur avec un plafond de BFR 2 415 par garde de Jour ou de nuit et pour une durée maximum de 45 Jours; en cas de nécessité absolue dûment motivée par le médecin traitant, et sur autorisation préalable accordée après avis du médecin-conseil du bureau liquidateur, une prolongation peut être accordée avec le même plafond par garde de Jour

ou de nuit, pour une période n'excédant pas 45 Jours. Le plafond pour une garde par période de 24 heures est fixé à BFR 3 000.

c) Les frais de garde à domicile, engagée sur prescription dûment motivée du médecin traitant sont remboursés à 80X pour une période maximum de 90 Jours, sur autorisation préalable accordée après avis du médecin-conseil du bureau liquidateur, avec un plafond de BFR 2 415 par garde pour une période de 24 heures.

d) Au-delà des périodes mentionnées sous b) et c), un montant mensuel pour des prestations de garde pourra être accordé, sur prescription dûment motivée du médecin traitant, après autorisation préalable et avis du médecin-conseil du bureau liquidateur. Une prolongation peut être accordée pour une période n'excédant pas 12 mois et peut être renouvelée. Le montant remboursable est fixé à 80% des frais exposés avec un plafond égal au traitement de base d'un fonctionnaire de grade C 5, premier échelon, en vigueur lors de la décision, diminué d'un montant égal à 10% du traitement de base ou de la pension de l'affilié ou de l'Indemnité de l'affilié dans les cas visés à l'article 2 points 3), 5), 6), 7), 8), 12), 17), 18), 19) et 20) de la réglementation.

e) Les prestations de garde doivent être exécutées par une personne légalement autorisée à exercer la profession de garde-malade.

f) Les frais de déplacement, de logement et de nourriture ou tous autres frais accessoires du ou de la garde-malade, ne donnent pas lieu à remboursement.

XI. CURES

1. Les frais de logement à l'exclusion des frais de nourriture, relatifs à une cure prescrite par le médecin traitant, pour autant que cette cure ait été reconnue strictement nécessaire par le médecin-conseil du bureau liquidateur, qu'elle ait fait l'objet d'une autorisation préalable et qu'elle ait été effectuée sous contrôle

médical, sont remboursés à 80 % dans les limites prévues ci-dessous :

a) cure de convalescence ou cure post-opératoire, pour une période maximum de vingt-huit Jours par an : montant maximum remboursable de BFR 1 176 par Jour; l'autorisation peut être renouvelée en cas de rechute ou de nouvelle maladie;

b) cure thermale, pour une période maximum de vingt-et-un Jours par an; montant maximum remboursable de BFR 815 par Jour; les frais de logement relatifs à une telle cure ne peuvent en aucun cas être considérés comme des frais d'hospitalisation;

c) cure pour enfants débiles : montant maximum remboursable de BFR 1 176 par Jour; sauf cas exceptionnel, le remboursement n'est accordé que Jusqu'à l'âge de 16 ans et pour une période maximum de six semaines par an.

Sauf dans le cas des cures visées sous a), la demande d'autorisation préalable pour une cure doit être Introduite auprès du bureau liquidateur au moins six semaines avant la date prévue pour le début de la cure.

Cette demande devra être accompagnée, à l'Intention du médecin-conseil du bureau liquidateur, de la prescription médicale ainsi que d'un rapport médical détaillé Justifiant la nécessité de la cure.

La demande de remboursement des frais de logement, à l'exclusion des frais de nourriture, de traitement et de contrôle médical exposés pendant une cure doit être appuyée d'un rapport médical établi à la fin de la cure à l'Intention du médecin-conseil du bureau liquidateur et précisant les traitements suivis et les résultats constatés.

2. Les frais de traitement et de contrôle médical exposés pendant les cures sont remboursés dans la limite des taux et des plafonds prévus pour chaque prestation.

XII. PROTHESES
SUR PRESCRIPTION MEDICALE

A. Verres de lunettes

1. Les frais d'acquisition de verres correcteurs, prescrits par ordonnance médicale sont remboursés à 85 %. Les frais d'acquisition d'une paire de verres de teinte A (12 % de coloration) non correcteurs, à l'exclusion des verres uniquement destinés à la protection solaire, sont remboursés également à 85 %.

2. En cas de renouvellement, le remboursement visé au paragraphe 1 n'est accordé qu'après un délai de dix-huit mois (douze mois lorsqu'il s'agit d'enfants Jusqu'à l'âge de 18 ans) à compter de la date de la dernière acquisition sauf en cas de variation des conditions de visus médicalement constatée.

B. Montures de lunettes

1. Les frais d'acquisition d'une monture par paire de verres correcteurs et d'une monture pour verres de teinte A (12 % de coloration) non correcteurs sont remboursés à 85 % avec un plafond de BFR 2 560 par monture.

2. En cas de renouvellement, le remboursement visé au paragraphe 1 n'est accordé qu'après un délai de trente-six mois (douze mois lorsqu'il s'agit d'enfants Jusqu'à l'âge de 18 ans) à compter de la date de la dernière acquisition.

3. Les frais de réparation de monture donnent lieu à remboursement si les conditions prévues pour le renouvellement de la monture sont remplies; le montant remboursé pour la réparation vient en déduction du montant maximum remboursable en cas d'acquisition d'une nouvelle monture dans le même délai.

C. Lentilles de contact

1. Les frais d'acquisition de lentilles de contact sont remboursés à 85 % lorsqu'elles sont prescrites par un médecinophtalmologiste.

2. En cas de renouvellement, le remboursement à 85 % n'est accordé qu'après un délai de vingt-quatre mois à compter de la date de la dernière acquisition, sauf en cas de variation des conditions de visus médicalement constatée.

D. Yeux artificiels

Les frais d'acquisition d'yeux artificiels sont remboursés à 85 %.

E. Appareils auditifs

1. L'acquisition ainsi que la réparation d'un appareil auditif prescrit par un médecin oto-rhino-laryngologiste donnent lieu à un remboursement à 85 % avec un montant maximum remboursable de BFR 37 250.

2. En cas de renouvellement, le remboursement visé au paragraphe 1 n'est accordé qu'après un délai de 5 ans, sauf en cas de variation des conditions audiométriques et prescription par un médecin ORL.

3. Les frais d'acquisition de plies pour un appareil auditif sont remboursés à 85 %.

F. Appareils orthopédiques, bandages et autres prothèses

Les frais d'acquisition ou de location des articles suivants prescrits par un médecin, ainsi que les frais de réparation des articles visés aux points 3) et 4), sont remboursés à 85 % :

1) chaussures orthopédiques sur mesure et semelles orthopédiques (deux paires par période de douze mois) avec un montant maximum remboursable de BFR 14 510 par paire de chaussures;

2) bandages élastiques - bas varices (3 paires par période de douze mois) - autres : par exemple ceintures de grossesse, genouillères, chevillères et ceintures lombaires;

3) membres et segments de membres, béquilles et cannes;

- 4) fauteuils roulants et appareils auxiliaires assimilés, sur présentation d'un devis.

Toutefois, une autorisation préalable, après avis du médecin-conseil du bureau liquidateur, est requise pour l'acquisition de chaussures orthopédiques et des articles visés au point 4); la demande d'autorisation préalable pour les chaussures orthopédiques devra être accompagnée d'un devis.

XIII. FRAIS DE TRANSPORT ET FRAIS DE DEPLACEMENT

1. Les frais de transport du malade peuvent être remboursés à 80 % des frais réels, après avis éventuel du médecin-conseil du bureau liquidateur, lorsque ce transport présentait un caractère d'urgence ou de nécessité absolue.

2. Les frais de déplacement exposés pour recevoir des soins en dehors du lieu d'affectation ou de résidence ne sont remboursés qu'à titre exceptionnel, après autorisation préalable accordée après avis du médecin-conseil du bureau liquidateur.

XIV. FRAIS FUNERAIRES

Les frais funéraires prévus à l'article 10 de la réglementation sont remboursés avec un montant maximum de BFR 94.000.- sur présentation de pièces Justificatives.

Les frais dépassant le montant de BFR 94.000.- ne seront pas pris en considération pour le calcul prévu à l'article 8 de la réglementation.

XV. DISPOSITIONS COMMUNES AU REMBOURSEMENT DES DIVERSES PRESTATIONS

1. Les dispositions qui suivent sont applicables au remboursement des frais médicaux visés aux points 1 à XIII.

2. Les frais relatifs à des prestations non prévues par les annexes de la réglementation peuvent être remboursés à 80 % après avis du médecin-conseil du bureau liquidateur. Des montants maxima remboursables pourront être fixés après avis du comité de gestion.

3. Les frais relatifs aux traitements considérés comme non fonctionnels ou non nécessaires par le bureau liquidateur, après avis du médecin-conseil, ne donnent pas lieu à remboursement.

La partie des frais considérés comme excessifs par le bureau liquidateur, après avis du médecin-conseil, ne donne pas lieu à remboursement.

4. Les consultations des sommités médicales, reconnues nécessaires par le médecin-conseil du bureau liquidateur, sont remboursées à 85 % avec un montant maximum remboursable triple de celui prévu pour les consultations de spécialistes.

La première visite d'urgence à domicile effectuée par une sommité médicale est remboursée à 85 %.

Les visites successives sont remboursées, après autorisation préalable accordée sur avis du médecin-conseil du bureau liquidateur, à 85 % avec un montant maximum remboursable triple de celui prévu pour les visites à domicile de spécialistes.

**LISTE DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
(ventilées par catégories)**

**A. CATEGORIE AA
(Montant maximum remboursable : BFR 11 390)**

AA.1 - Chirurgie

1. Incision d'un abcès superficiel, d'un furoncle ou d'un panaris sous-cutané
2. Incision de plusieurs abcès ou de plusieurs furoncles
3. Incision d'un panaris osseux ou des gaines, avec drainage
4. Incision d'un abcès profond
5. Incision d'un abcès du Douglas
6. Incision d'un phlegmon des parties molles ou excision d'un anthrax
7. Enlèvement d'un corps étranger superficiel palpable situé sous la peau ou une muqueuse
8. Excision d'une petite tumeur située dans ou sous la peau ou dans ou sous une muqueuse ou biopsie d'une telle tumeur au niveau d'organes superficiels (par exemple : lèvres, peau, muqueuse)
9. Excision d'une grande tumeur (par exemple : ganglions, neurones, ganglions lymphatiques, tumeurs aponévrotiques) sans ouverture d'une cavité
10. Traitement sclérosant, par injections, des varices ou des hémorroïdes ou ligature des hémorroïdes
11. Intervention chirurgicale portant sur une articulation des doigts, du carpe, des orteils ou du tarse

12. Ostéotomie d'un petit os ou trépanation biopsique d'un os
13. Prélèvement d'un greffon osseux
14. Réduction d'une fracture du nez
15. Réduction d'une fracture d'un os de la face
16. Réduction d'une fracture de la clavicule
17. Réduction d'une fracture de l'omoplate ou du sternum
18. Réduction d'une fracture du bras
19. Réduction d'une fracture de l'avant-bras
20. Réduction d'une fracture simple du bassin
21. Réduction d'une fracture d'un doigt, d'un orteil, du métacarpe, du métatarse, du carpe ou du tarse
22. Réduction d'une fracture de la rotule
23. Réduction d'une fracture de la jambe (tibia et/ou péroné)
24. Enlèvement du matériel d'enclouage et/ou de cerclage d'un os
25. Réduction d'une luxation du maxillaire inférieur
26. Réduction d'une luxation de la clavicule ou de la rotule
27. Réduction d'une luxation du coude ou du genou
28. Réduction d'une luxation du pouce
29. Réduction d'une luxation d'un doigt ou d'un orteil
30. Désarticulation d'un doigt ou d'un orteil

31. Amputation partielle ou totale, d'un doigt ou d'un orteil
 32. Amputation d'un métacarpien ou d'un métatarsien
 33. Trachéotomie
 34. Réduction ou tentative de réduction d'une hernie étranglée
 35. Opération d'une fissure anale ou rectale
 36. Opération d'une fistule rectale
 37. Réduction d'un prolapsus rectal
 38. Extirpation d'un corps étranger du rectum par voie anale
 39. Opération d'un phimosis
 40. Dilatation de l'urètre
 41. Extirpation d'un polype urétral
 42. Extraction non sanglante d'un corps étranger de l'urètre
 43. Ponction de la vessie
 44. Vasectomie
- AA. 2 - Ophtalmologie**
1. Extirpation d'un corps étranger de la conjonctive, de la cornée ou de la sclérotique
 2. Extirpation d'une tumeur d'une paupière, de la conjonctive ou de la sclérotique
 3. Enucléation d'un chalazion
 4. Ouverture d'un canal lacrymal

5. Traitement de la sténose d'un canal lacrymal
6. Opération d'un phlegmon du sac lacrymal
7. Extirpation d'un sac lacrymal
8. Opération d'une glande lacrymale
9. Opération d'une fente palpébrale rétrécie ou élargie
10. Opération d'un ectropion ou d'un entropion
11. Traitement au laser

AA. 3 - Oto-rhino-laryngologie

1. Extirpation d'un corps étranger
2. Extirpation simple de polypes (faciles à opérer) ou d'autres tumeurs du nez
3. Ouverture d'un sinus maxillaire
4. Adenectomie
5. Extraction non sanglante d'un corps étranger du larynx
6. Extirpation non sanglante d'un polype ou d'une autre tumeur du larynx
7. Biopsie au niveau du larynx
8. Opération sur le conduit auditif externe
9. Extraction d'un corps étranger du conduit auditif externe ou de la caisse du tympan
10. Extirpation d'un polype ou d'une autre tumeur du conduit auditif externe ou de la caisse du tympan
11. Drain trans-tympanique

AA. 4 - Gynécologie

1. Reposition d'une inversion utérine
2. Extirpation d'un polype du col utérin
3. Biopsie du col utérin
4. Opération d'une déchirure incomplète du périnée
5. Intervention chirurgicale portant sur les organes génitaux externes de la femme (par exemple : extirpation d'un kyste vaginal ou d'une glande de Bartholin).

CATEGORIE AB

(Montant maximum remboursable : BFR 22 780)

AB. 1 - Chirurgie

1. Enlèvement, par voie sanglante, d'un corps étranger profondément situé, des parties molles ou d'un os
2. Biopsie de la langue, au niveau de tissus profonds (tissu adipeux, aponévrose, muscle) ou au niveau d'organes sans ouverture d'une cavité
3. Greffe simple de la peau ou greffe simple par lambeau
4. Réduction d'une luxation de la main ou du pied
5. Opération du bec-de-lièvre simple .
6. Excision en coin de la langue
7. Opération d'une fistule salivaire ou ablation par voie sanglante d'un calcul salivaire
8. Opération des polypes du rectum
9. Opération d'une fistule coccygienne
10. Résection du coccyx

11. Incision d'un abcès périnéphrétique
12. Opération d'une fistule urétrale
13. Intervention chirurgicale, non sanglante, sur la vessie (par exemple : extirpation d'un corps étranger ou d'une petite tumeur)
14. Ablation de matière ostéo-synthèse
15. Varicocèle, hydrocèle
16. Epididymectomie
17. Opération pour cryptorchidie ou ectopie testiculaire
18. Laparoscopie simple
19. Opération d'une tumeur du sein
20. Chémounucléolyse pour hernie discale
21. Opération du canal carpien

AB. 2 - Ophtalmologie

1. Plastie d'une paupière partiellement adhérente au globe oculaire
2. Opération d'un ptérygion
3. Suture d'une plaie de la cornée ou de la sclérotique
4. Iridotomie
5. Traitement d'un prolapsus de l'iris ou du corps ciliaire
6. Aspiration d'un corps vitré

AB. 3 - Oto-rhino-laryngologie

1. Amygdalectomie
2. Fermeture plastique par lambeau d'une fistule rétro-auriculaire ou d'une fistule du sinus maxillaire
3. Plastie du pavillon de l'oreille

AB. 4 - Gynécologie

1. Curetage utérin
2. Insufflation tubo-utérine et/ou injection de produits de contraste pour hystérosalpingographie
3. Opération plastique sur le col utérin
4. Amputation du col utérin

B. CATEGORIE B

(Montant maximum remboursable : BFR 26 180)

B. 1 - Chirurgie

1. Greffe difficile de la peau ou greffe difficile par lambeau
2. Greffe d'un os
3. Opération d'un anévrisme
4. Embolectomie artérielle
5. Résection du sympathique lombaire
6. Résection du sympathique thoracique
7. Opération complète de la rétraction palmaire de Dupuytren
8. Résection d'une articulation du maxillaire, de la main ou du pied

9. Arthroplastie d'une articulation du maxillaire, de la main ou du pied
10. Intervention chirurgicale portant sur une articulation du maxillaire
11. Extirpation d'un corps étranger d'une articulation de l'épaule, du coude ou du genou
12. Opération du ménisque
13. Opération de la luxation habituelle de l'épaule ou du genou
14. Ostéotomie d'un petit os avec transplantation tendineuse
15. Réduction d'une fracture d'une vertèbre
16. Réduction opératoire d'une fracture de la clavicule
17. Réduction d'une fracture du fémur
18. Réduction et cerclage d'une fracture de la rotule
19. Réduction opératoire d'une fracture du bras, de l'avant-bras ou de la jambe (tibia et/ou péroné)
20. Réduction opératoire d'une fracture du carpe ou du tarse
21. Opération d'une pseudarthrose
22. Opération d'une fracture guérie avec déplacement
23. Réduction d'une luxation de la hanche
24. Réduction d'une luxation d'une vertèbre
25. Désarticulation du bras
26. Désarticulation de la cuisse

27. Désarticulation de l'avant-bras ou de la jambe (tibia et/ou péroné)
28. Désarticulation de la main ou du pied
29. Amputation du bras
30. Amputation de la cuisse
31. Amputation de l'avant-bras ou de la jambe (tibia et/ou péroné)
32. Réduction d'une fracture de deux os de l'avant-bras
33. Amputation dans le métacarpe ou le métatarse
34. Ouverture de la boîte crânienne avec ponction du cerveau
35. Réfection du nez
36. Opération du bec-de-lièvre compliqué
37. Résection partielle de la langue
38. Laryngotomie
39. Résection partielle du larynx
40. Mammectomie simple
41. Laparotomie exploratrice ou laparoscopie plus intervention
42. Appendicectomie
43. Ouverture d'un abcès dans la cavité abdominale
44. Ouverture d'un abcès sous-phrénique
45. Opération d'une hernie inguinale ou crurale
46. Opération d'une hernie simple ombilicale ou de la ligne blanche

47. Opération d'une éventration
48. Ouverture d'une sténose du rectum
49. Opération d'un prolapsus rectal avec ouverture de la cavité abdominale
50. Opération pour insuffisance sphinctérienne anale par plastique musculaire
51. Electroréssection de la prostate ou du col vésical (prostatectomie endoscopique)
52. Lombotomie exploratrice
53. Décapsulation rénale
54. Néphostomie
55. Drainage rénal
56. Népropexie
57. Ouverture de la vessie par voie sus-pubienne
58. Opération pour une blessure de la vessie
59. Ouverture de la fosse ischiorectale
60. Extraction d'un corps étranger de l'urètre par voie sanglante
61. Urétrostomie périnéale
62. Suture de l'urètre
63. Plastie de l'urètre
64. Lithotrite et évacuation d'un calcul vésical sous le contrôle de la vue, par séance
65. Extirpation par voie endovésicale d'une grande tumeur de la vessie, par séance

66. Cystectomie partielle
67. Extraction d'un calcul urétral par sonde lasso
68. Opération pour implantation d'un pace-maker
69. Suture nerveuse
70. Opération d'un prolapsus rectal
71. Opération des hémorroïdes
72. Extirpation des varices par voie sanglante.
73. Interventions classées en catégorie A, mais combinées ou compliquées

B.2 - Ophtalmologie

1. Extraction d'un corps étranger de la cavité oculaire
2. Extirpation d'une tumeur de la cavité oculaire
3. Extirpation d'une tumeur de la cornée
4. Opération d'un sac lacrymal d'après Toti
5. Opération d'un ptosis
6. Plastie d'une paupière partiellement conservée
7. Plastie d'une paupière complètement adhérente au globe oculaire
8. Opération sur les muscles du globe oculaire pour correction du strabisme
9. Plastie de la cornée
10. Opération pour une anomalie de la cornée
11. Opération pour maladie ou blessure du cristallin

12. Cyclodialyse, iridectomie ou fenestration, ou opération du glaucome
13. Opération préventive d'un décollement de la rétine
14. Enucléation du globe oculaire
15. Excision du nerf optique
16. Interventions classées en catégorie A, mais combinées ou compliquées

B. 3 - Oto-rhino-laryngologie

1. Résection endonasale d'une oblitération choanale osseuse
2. Trépanation ou évidement d'un sinus nasal par voie endonasale
3. Opération radicale sur un sinus maxillaire ou frontal
4. Extirpation d'un fibrome naso-pharyngien
5. Opération d'un sac lacrymal par voie endonasale d'après West
6. Bronchoscopie ou oesophagoscopie avec extraction d'un corps étranger de la trachée et de ses branches de division ou de l'oesophage
7. Trépanation de la mastoïde
8. Opération d'une tumeur de l'oreille moyenne
9. Tympanoplastie
10. Résection sous-muqueuse de la cloison
11. Interventions classées en catégorie A, mais combinées ou compliquées

B. 4 - Gynécologie

1. Hystéropexie
2. Opération d'une déchirure complète du périnée
3. Colporraphie, avec ou sans périnéoraphie
4. Opération du prolapsus génital
5. Extirpation d'un fibrome utérin par voie vaginale
6. Myomectomie par voie vaginale ou abdominale
7. Extirpation d'une annexe
8. Opération pour l'incontinence urinaire chez la femme
9. Césarienne
10. Accouchement dystocique (par ventouse ou forceps)
11. Interventions classées en catégorie A, mais combinées ou compliquées.

CATEGORIE C

(Montant maximum remboursable : BFR 75 616)

C. 1 - Chirurgie

1. Opération d'une anomalie artérielle
2. Résection d'une articulation de l'épaule, du coude, du genou ou de la hanche
3. Arthroplastie d'une articulation de l'épaule, du coude ou du genou
4. Arthroplastie de la cavité cotyloïdienne
5. Intervention chirurgicale portant sur une articulation de la hanche

6. Réparation des ligaments du genou
7. Opération d'une fracture du col du fémur
8. Désarticulation de la ceinture scapulaire
9. Opération d'une fracture du crâne
10. Résection unilatérale ou totale d'un maxillaire
11. Plastie du voile du palais
12. Résection complète de la langue
13. Extirpation d'une glande salivaire
14. Plastie du larynx avec déplacement des cordes vocales
15. Extirpation partielle ou totale de la glande thyroïde
16. Mammectomie avec évidement ganglionnaire du creux axillaire
17. Ouverture du péricarde sans intervention sur le cœur
18. Gastrectomie
19. Intervention chirurgicale portant sur la vésicule biliaire ou les voies biliaires
20. Intervention chirurgicale portant sur un organe de la cavité abdominale, par laparotomie (p. ex. gastro-entérostomie, anastomose digestive, résection intestinale, résection de la queue du pancréas splénectomie)
21. Opération d'une hernie étranglée avec résection intestinale
22. Opération d'une hernie ombilicale ou de la ligne blanche, volumineuse ou compliquée
23. Opération d'une éventration avec plastie

24. Extirpation du rectum par voie anale
25. Intervention chirurgicale portant sur l'urètre
26. Opération d'une hernie diaphragmatique
27. Extirpation de la prostate et des vésicules séminales par voie abdominale
28. Ouverture du bassinnet rénal avec extraction de calculs
29. Néphrectomie
30. Résection d'un pôle rénal ou section de l'isthme du rein à fer à cheval
31. Plastie du bassinnet rénal
32. Résection partielle de la vessie avec transplantation d'un uretère
33. Opération d'une incontinence urinaire avec plastie
34. Opération de l'hernie discale
35. Dilatation transluminale des artères coronaires ou autres
36. Destruction des calculs urinaux par ondes de choc extra-corporel
37. Interventions classées en catégorie B, mais combinées ou compliquées

2 - Ophtalmologie

1. Plastie d'une paupière totalement détruite
2. Transplantation de la cornée
3. Opération de la cataracte
4. Opération d'une luxation du cristallin

5. Opération d'un décollement de la rétine
6. Coagulation ou photocoagulation d'une tumeur de la rétine ou de la choroïde
7. Reconstruction du canal lacrymal
8. Interventions classées en catégorie B, mais combinées ou compliquées

C. 3 - Oto-rhino-laryngologie

1. Opération radicale de plusieurs sinus d'un même côté
2. Evidement pétro-mastoïdien
3. Fenestration ou opération sur les osselets, dans l'oreille moyenne
4. Interventions classées en catégorie B, mais combinées ou compliquées

C. 4 - Gynécologie

1. Hystérectomie totale avec ou sans ablation des annexes
2. Extirpation des deux annexes
3. Hystérectomie totale ou sub-totale interannexielle par voie vaginale ou abdominale
4. Interventions classées en catégorie B, mais combinées ou compliquées

D. CATEGORIE D

(Montant maximum remboursable : BFR 99 080)

D. 1 - Chirurgie

1. Prothèse totale de la hanche

2. Ouverture de la boîte crânienne avec intervention chirurgicale portant sur le système nerveux central
3. Extirpation d'une tumeur du canal rachidien
4. Intervention chirurgicale portant sur la moëlle épinière
5. Résection unilatérale du maxillaire avec évidement des territoires lymphatiques
6. Ouverture du péricarde avec intervention chirurgicale portant sur le coeur, y compris pontage, greffe cardiaque
7. Péricardectomie
8. Intervention chirurgicale portant sur les grands vaisseaux de la cage thoracique
9. Extirpation d'une tumeur médiastinale
10. Intervention chirurgicale portant sur l'oesophage, par voie thoracique
11. Résection de la tête du pancréas ou extirpation du pancréas
12. Gastrectomie avec résection partielle d'un organe voisin
13. Anastomose portocave ou opération similaire
14. Extirpation abdomino-périnéale du rectum
15. Pneumonectomie
16. Laryngectomie totale
17. Intervention chirurgicale portant sur le foie
18. Interventions classées en catégorie C, mais combinées ou compliquées

D. 2 - Ophtalmologie

1. Interventions classées en catégorie C, mais combinées ou compliquées

D. 3 - Oto-rhino-laryngologie

1. Evidement pétro-mastoïdien avec ouverture de la boîte crânienne
2. Trépanation de la selle turcique
3. Interventions classées en catégorie C, mais combinées ou compliquées.

D. 4 - Gynécologie

1. Opération d'une fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale
2. Opération plastique pour absence totale de vagin
3. Interventions classées en catégorie C, mais combinées ou compliquées

ANNEXE III

**BAREME POUR LE REMBOURSEMENT DES SOINS
ET PROTHESES DENTAIRES**

A. SOINS DENTAIRES

Les frais pour les prestations énumérées ci-après sont remboursés à 80% avec un maximum remboursable de :

Obturation normale	1.200.- FB
Obturation avec dévitalisation monoradiculaire	1.600.- FB
Obturation avec dévitalisation pluriradiculaire	2.400.- FB
Extraction normale	800.- FB
Extraction chirurgicale	1.600.- FB
Extraction dent incluse	2.900.- FB
Apectomie	2.400.- FB
Frénectomie	1.600.- FB
Détartrage complet	640.- FB
Radiographie d'une dent	512.- FB
Radiographie panoramique	1.600.- FB

Les prestations non prévues ci-dessus sont remboursées à 80% après avis du dentiste-conseil.

B. PROTHESES DENTAIRES

1. Prothèses fixes

Les frais de prothèses fixes ayant fait l'objet d'une autorisation préalable accordée sur présentation d'un devis sont remboursés à 80% avec un maximum remboursable de :

Remboursement maximum par dent

Couronne, or jacket résine	7.500.- FB
Élément de bridge-résine	7.500.- FB
Inlay or, faux moignon coulé	7.500.- FB
Dent à pivot simple	7.500.- FB
Dent à pivot Richmond ou couronne ceramo-métallique,	
Veneer ou élément de bridge ceramo-métallique	7.500.- FB
Élément de bridge or-porcelaine	7.500.- FB
Attachement à résilience	7.500.- FB
Charnière	3.900.- FB

2. Prothèses mobiles

Dentier complet haut ou bas (14 dents, plaque résine)	27.195.- FB
Dentier partiel (plaque résine) :	
- plaque base	6.040.- FB
- par dent	1.885.- FB
- par crochet	1.355.- FB
Supplément par plaque métal inox (par mâchoire)	5.130.- FB
Supplément pour système à succion (Lausap, Fixomatic, Vaccum, Matic)	5.130.- FB
Dentier squelette chromo-cobalt :	
- base et crochet	12.585.- FB
- par dent	4.210.- FB

3. Réparation

- de la base - résine	2.420.- FB
- adjonction d'une dent, ou crochet sur base de résine	2.715.- FB
- rebasage (par mâchoire)	10.810.- FB
	(40% du dentier complet)
- remontage (par mâchoire)	20.400.- FB
	(75% du dentier complet)

4. Remarques pour l'application du barème sur les prothèses dentaires

a) Dans les conditions prévues au barème ci-dessus, les frais de prothèses provisoires sont remboursés dans la limite de 50% du maximum fixé pour la même prothèse définitive exécutée en résine.

b) Les frais de réparation, de rebasage, de remontage et de renouvellement des prothèses qui ont déjà fait l'objet d'une intervention du régime d'assurance-maladie ne peuvent être remboursés qu'après autorisation préalable, sauf pour les réparations, en cas d'urgence dûment constatée.

c) Les frais d'empreintes et d'essayage de prothèse mobile facturés à part sont remboursés conformément au point VI paragraphe 1 de l'annexe I.

TRAITEMENTS THERAPEUTIQUES

Les listes ci-dessous comprennent les traitements thérapeutiques susceptibles de donner lieu à remboursement. Le nombre maximum de séances remboursables par période de douze mois est spécifié pour chaque type de traitement.

Après remboursement, les prescriptions médicales sont classées au dossier médical de l'affilié.

A. Traitements pour lesquels une prescription médicale datant de moins de six mois avant la date du premier traitement est requise

<u>Nature des prestations</u>	<u>Nombre maximum de séances remboursables par période de douze mois</u>
1)	
Kinésithérapie)
Massages médicaux)
Gymnastique médicale)
Gymnastique pré-et postnatale)
Mobilisation)
Rééducation) 60
Mécanothérapie)
Tractions)
Bains de boue - fango)
Hydromassage)
Hydrothérapie)
Toute combinaison de ce qui précède)
2)	
Physiothérapie)
Electrothérapie)
Courants diadynamiques)
Radar)
Ionisation) 60
Ondes courtes)
Courants spéciaux)
Combinaison)

3)		
Aérosolthérapie)	
Inhalations)	
Insufflations)	30
Irrigations)	
Nébulisations - Pulvérisations)	
Combinaison)	
4)		
Rayons Infrarouges)	
)	40
Ultrasons)	
5)		
Radiumthérapie)	
Radiothérapie)	sans
Röntgenthérapie)	limite
6)		
Acupuncture effectuée par un médecin		
Montant maximum remboursable : 900,- FB)	30

**B. Traitements soumis à autorisation préalable,
sur prescription médicale**

<u>Nature des prestations</u>	<u>Nombre maximum de séances remboursables par période de douze mois</u>
-------------------------------	--

1)		
Laser-thérapie		20
Rayons ultraviolets		40
Chiropraxie		24
Ostéopathie		20
Pédicure médicale/ podologie		12
Mésothérapie		30
Acupuncture (effectuée par une personne non médecin-montant maximum remboursable: 900,- FB)		30

2)

Psychothérapie-montant maximum remboursable: 1.800,- FB)

Psychanalyse - montant maximum remboursable: 1.800,- FB)

Logopédie) 60

Graphomotricité)

Psychomotricité)

La traduction dans les huit autres langues
sera publiée ultérieurement