



Spécial

INTERINSTITUTIONS

TOUS LES LIEUX D'AFFECTATION

**Dispositions d'interprétation
de la réglementation
relative à la couverture
des risques de maladie
des fonctionnaires
des Communautés européennes**

Commission des Communautés européennes

**Régime commun d'assurance maladie
Bureau central**

**Dispositions d'interprétation
de la réglementation
relative à la couverture
des risques de maladie
des fonctionnaires
des Communautés européennes**

1er janvier 1991

Disposition d'Interprétation

ARTICLE 3

ad. § 1.

Par référence aux dispositions de l'article 1, Annexe VI du Statut, notamment. II y a lieu de préciser :

a) Par activité professionnelle lucrative II convient d'entendre toute activité professionnelle donnant lieu à revenus. Sont des revenus, tous traitements, salaires, honoraires, émoluments ou Indemnités perçus par l'Intéressé au titre de l'activité professionnelle, à l'exclusion des allocations ou Indemnités pour frais ;

b)

En ce qui concerne les revenus. II convient de prendre en considération ceux découlant de l'activité exercée durant l'exercice antérieur (année civile ou année fiscale) ;

la conversion en FB des revenus annuels perçus dans les pays de la Communauté autres que la Belgique se fera sur base du taux de change moyen de l'année au cours de laquelle les revenus ont été perçus ;

pour les pays où II n'y a pas de coefficient correcteur, le coefficient applicable aux revenus professionnels est celui fixé pour la Belgique ;

le coefficient correcteur à prendre en considération est celui en vigueur au 1er novembre ;

Les retenues ou versements pour charges sociales doivent être déduits du montant des revenus à prendre en considération avant déduction de l'Impôt ;

c) Aux fins de permettre aux bureaux liquidateurs compétents de disposer des données nécessaires concernant le conjoint exerçant une activité professionnelle lucrative et les personnes à charge, les Intéressés rempliront un formulaire ad hoc. Toute déclaration devra être étayée par des documents probants (certificat d'Imposition, attestation ou déclaration de salaire émanant de l'employeur, etc...) ;

d) Les bureaux liquidateurs sont en possession de la liste des régimes d'assurance-maladie publics existant dans les pays de la Communauté. L'élément déterminant qui caractérise un tel régime est l'obligation d'assurance.

e) Le terme "couvert" figurant au deuxième tiret du paragraphe 1 doit être interprété en ce sens qu'il signifie que le régime d'assurance-maladie public auquel le conjoint est affilié s'étend au maximum des risques couverts, ou pouvant l'être, par ce régime ;

f) Il y a lieu d'interpréter les termes "mêmes risques" comme signifiant "même ordre de risques que ceux couverts par le régime commun", à savoir les risques de maladie, d'accidents et de maternité (article 1 de la réglementation).

Par conséquent, pour pouvoir bénéficier de la complémentarité prévue par notre régime, les conjoints de fonctionnaires exerçant une activité professionnelle lucrative doivent d'abord être couverts au titre du risque de maladie pour l'ensemble des prestations garanties par le régime commun, quelles que soient les dispositions du régime primaire applicables en la matière.

ad. § 2.

L'article 2 de l'annexe VII du statut définissant les conditions dans lesquelles l'allocation pour enfant à charge est accordée, est applicable dans son intégralité, et en particulier le paragraphe 3b ; la limite d'âge est fixée à 26 ans. Cette limite est fixée à 27 ans lorsqu'il s'agit d'un enfant à charge appelé sous les drapeaux. Les paragraphes 4 et 5 de cet article précisent les exceptions.

ARTICLE 4. § 5. 7. 8

Par les termes "contre les mêmes risques". Il convient d'entendre, compte tenu des dispositions de l'article 72 du statut et de l'article 1 de la réglementation : "Les risques de maladie, d'accident ou de maternité".

ARTICLE 6

Généralités au sujet de l'article 6.

a) La tarification se fera prestation par prestation, seule la différence éventuelle entre le remboursement obtenu du régime extérieur et le montant garanti par notre régime sera susceptible d'être prise en charge dans la limite des plafonds de remboursements prévus.

Exemple : Cas d'un conjoint d'un fonctionnaire qui exerce une activité professionnelle lucrative à l'extérieur qui remplit les conditions de l'article 3. S'il perçoit un remboursement de la part de sa caisse de l'ordre de 65 % et si, pour ces mêmes prestations, notre régime prévoit un remboursement de 80 %, II recevra les 15 % de différence, sans préjudice des dispositions des annexes I, II et III de la réglementation. SI, par contre, la caisse primaire lui accorde un remboursement supérieur à nos barèmes. II en conservera le bénéfice.

b) Les bénéficiaires de la complémentarité ne peuvent obtenir de prises en charge directes, celles-ci ne pouvant se faire que par une caisse primaire.

c) Si un régime de sécurité sociale nationale exige une période de "stage" (de six à douze mois par exemple), c'est-à-dire un versement de cotisation sans remboursement de prestations en contre partie, notre régime continuera à prendre en charge "l'assuré stagiaire" durant cette période.

Cas susceptibles de se présenter :

1. Cas des conjoints de fonctionnaires exerçant une activité professionnelle, salariée ou non, ouvrant droit aux prestations d'un régime public d'assurance-maladie ;
2. Cas des enfants à charge, au sens de l'article 2 de l'annexe Vil du statut, affiliés à un régime national public de sécurité sociale (étudiants notamment) ;
3. Cas des enfants assurés au premier chef par le parent non affilié à notre régime ;

4. Cas des affiliés à notre régime, actifs ou titulaires de pension, qui sont également bénéficiaires d'un autre régime ;

ad. Cas 1)

a) Sauf faute ou carence Imputable à l'affilié (conjoint) vis-à-vis de ses obligations envers un régime autre que le régime commun, ce dernier Intervient dans le remboursement des prestations au titre de régime complémentaire.⁽¹⁾

b) La condition des revenus annuels figurant à l'article 3 § 1, deuxième tiret, doit être scrupuleusement vérifiée ; les revenus doivent, soit être attestés par l'employeur, soit ressortir clairement et de manière détaillée d'une déclaration fiscale (cf. ci-avant, art. 3, ad §1).

ad. Cas 2)

Sauf faute ou carence Imputable à l'enfant à charge vis-à-vis de ses obligations envers le régime auquel II est affilié obligatoirement, le régime commun Intervient dans le remboursement des prestations au titre de régime complémentaire.' (1)⁽²⁾

ad. Cas 3)

Sauf faute ou carence Imputable au parent - par lequel l'enfant est assuré au premier chef -, vis-à-vis de ses obligations envers un régime autre que le régime commun, ce dernier Intervient dans le remboursement des prestations au titre de régime complémentaire. (1)⁽²⁾

ad. Cas 4)

S'il y a obligation de cotisation à deux régimes, les affiliés à notre régime pourront choisir le régime auquel Ils s'adresseront pour le remboursement des prestations

(1) cf. également ci-après article 9 ad § 1b).

(2) Les frais encourus au titre des enfants à charge visés à l'article 3 paragraphe 2 de la réglementation et que le régime primaire ne prend pas en charge, en partie ou en totalité, font l'objet d'un remboursement dans les conditions et limites de la présente réglementation.

dont Ils ont bénéficié, étant entendu que le régime commun Intervient à titre de régime, complémentaire pour les cas où I I n'Intervient pas comme régime primaire.

ARTICLE 8

ad. 1)

Les dispositions de ce paragraphe ne sont pas, en principe, applicables aux pays de la Communauté.

La liste des pays où le coût des soins est particulièrement élevé, établie de commun accord par les chefs d'Administration, comprend actuellement les pays suivants : USA, CANADA, CHILI, URUGUAY, JAPON et VENEZUELA.

Le remboursement des frais médicaux dans ces pays sera effectué dans la limite maximum du double des plafonds de remboursement figurant aux annexes de la réglementation, sur proposition, le cas échéant, du bureau central et avis conforme du comité de gestion.

La condition de la "lourde charge" sera réputée remplie lorsque les sommes non remboursées au titre des "frais exposés" visées au paragraphe 1 atteignent 60 % de ces frais.

Aux fins d'application de ce paragraphe les "frais exposés" sont à apprécier prestation par prestation.

ad. 2)

Les dispositions de cet article 8 ne sont pas applicables aux assurés couverts par l'assurance maladie complémentaire prévue à l'article.24 de l'annexe X du statut.

a) Au cas où la période de douze mois consécutifs comporterait des fractions de mois, la moyenne du traitement mensuel de base sera calculée en prenant en considération les traitements de base alloués depuis le premier mois au cours duquel a débuté la période visée, Jusqu'au mois au cours duquel cette période a pris fin. La situation familiale pouvant varier pendant la période choisie, la plus favorable sera retenue pour la détermination du pourcentage à rembourser.

b) L'application de ce paragraphe se fait sous réserve de l'application des dispositions d'Interprétation des points 1 et XV de l'annexe I.

c) Lorsque deux conjoints sont tous deux affiliés au régime, ceux-ci ont de commun accord la faculté d'opter pour le cumul des parties non remboursées de leurs frais de maladie sous réserve :

que celui-ci se fasse dans le chef du conjoint affilié ayant le traitement de base le plus élevé ;

que le conjoint - dont la partie non remboursée des frais serait prise en considération lors du décompte des frais du conjoint ayant le traitement de base le plus élevé - renonce à l'Introduction séparée d'une demande sur base des dispositions des articles 72 § 3 du statut et 8 § 2 de la réglementation ;

que la période de douze mois prise en considération soit la même pour les deux conjoints.

ARTICLE 9

ad. § 1.

a) Ces dispositions n'impliquent pas automatiquement le remboursement des frais de transport ou de déplacement ainsi occasionnés ; un tel remboursement reste régi par les dispositions de l'annexe I, point XIII.

b) Le libre choix ne s'applique aux bénéficiaires de la complémentarité que si leur régime primaire le permet.

ad. § 2.

Accords avec des membres des professions médicales et des établissements de soins.

Les affiliés en service ou résidant à Bruxelles reçoivent une brochure à feuillets mobiles (référence IX/1200/Juillet 1976)⁽¹⁾ faisant connaître le contenu des accords conclus par les Institutions et organes des Communautés européennes avec des membres des professions médicales et des établissements de soins principalement dans l'agglomération

(1) Mise à Jour par des communications parues dans les Informations administratives des 20.06 et 24.06.1977, 18.07 et 12.09.1980.

bruxelloise, ainsi que le contenu d'un accord conclu avec la Société des Thermes de Montecatini (Province de PISTOLA, Italie).

L'attention est attirée sur le caractère des feuillets contenus dans la brochure : ceux-ci constituent des documents "restreints" à l'usage exclusif des membres du personnel des Communautés européennes et des personnes assurées de leur chef contre les risques de maladie. Les feuillets, même périmés, ne doivent pas être communiqués à d'autres personnes ; Ils doivent être détruits.

La table des matières, les "Observations générales" servant d'Introduction explicative à l'ensemble du document et les "Indications générales" résumant le contenu de chaque accord, ainsi que les mises à Jour correspondantes sont diffusées dans les six langues des Communautés ; les annexes à chaque accord, qui précisent les tarifs, heures et conditions de consultation et autres détails techniques, sont reproduites In extenso, mais seulement dans la langue de l'original de l'accord.

Le document en question ayant principalement un Intérêt local. Il n'a pas été Jugé nécessaire de le diffuser à chaque membre du personnel en service en dehors de Bruxelles. Toutefois, les membres du personnel et les personnes assurées de leur chef contre la maladie, qui recevraient des soins de praticiens et établissements avec lesquels des accords ont été conclus, bénéficieraient de ces accords, quel que soit le lieu de leur affectation, par exemple s'ils se trouvaient en mission ou en congé dans l'agglomération bruxelloise ou faisaient une cure aux Thermes de Montecatini.

Les feuillets distribués à Bruxelles peuvent être consultés auprès des services administratifs des Institutions des Communautés à Luxembourg et des établissements du Centre commun de recherche et auprès des services liquidateurs de l'assurance-maladie des fonctionnaires des Communautés à Bruxelles, Luxembourg et Ispra. Des variations des tarifs d'hospitalisation et de traitement sont possibles dans le cadre des accords conclus. Ces variations sont assez fréquentes dans les circonstances actuelles. Il est donc particulièrement recommandé aux membres du personnel de se

faire préciser Individuellement les conditions au moment où Ils réservent un lit dans un établissement de soins avec lequel un accord a été conclu.

Il leur est recommandé aussi de **se** faire préciser préalablement, dans la mesure du possible, les honoraires pour tout traitement ou Intervention surtout s'ils sont Importants.

Il est rappelé que les accords conclus ne le sont qu'avec des établissements de caractère privé puisqu'on ce qui concerne ceux relevant de l'Etat, les membres du personnel des Communautés européennes et les personnes assurées de leur chef sont assimilées à la population locale.

ARTICLE 13

Les dispositions en matière de déchéance sont à observer scrupuleusement. La charge de la preuve de la "force majeure" Incombe au fonctionnaire. Les bureaux liquidateurs prendront les décisions nécessaires. En cas de contestation, l'avis du Bureau central sera requis, les voles de recours prévues à l'article 16 restent bien entendu toujours ouvertes.

L'attention des affiliés est particulièrement attirée sur la modification des dispositions du paragraphe 1 de cet article. Les demandes de remboursement de frais médicaux devront dorénavant être introduites dans le délai de douze mois qui suit le semestre civil au cours duquel les prestations ont été dispensées. Exemple : consultation du 18.08 - la facture doit être Introduite au plus tard le 31.12. de l'année suivante: consultation du 28.06. - la facture doit être Introduite au plus tard le 30.06. de l'année suivante.

ARTICLE 15

La déchéance porte sur le droit à remboursement de la totalité de la prestation qui a fait l'objet d'une tentative de fraude.

ARTICLE 16

Toute personne qui Introduit une réclamation au titre de l'article 90 du statut et qui conteste une décision prise en vertu de l'article 72 du statut et des réglementations d'application afférentes peut Joindre les pièces Justificatives de caractère médical sous pli fermé avec la mention "confidentiel-pièces médicales".

Ces pièces ne seront examinées que par les fonctionnaires habilités à connaître le dossier.

ARTICLE 30

ad. § 1.

En cas de révision des régies régissant le remboursement des frais médicaux (annexes I, II, III et IV de la réglementation), les nouveaux maxima remboursables s'appliquent, à partir de la date d'effet de ladite révision, aux traitements médicaux en cours à cette date.

ANNEXE 1

Remarques liminaires

1. Les prestations mentionnées dans les annexes à la présente réglementation doivent être exécutées par une ou des personnes légalement autorisées à exercer la profession médicale ou para-médicale, ou par des établissements médicaux ou paramédicaux dûment agréés par les autorités compétentes.

2. Le régime commun d'assurance-maladie des Communautés européennes n'intervient pas dans le coût des soins dispensés par un prestataire (médecin, praticien de l'art dentaire, accoucheuse, infirmière, corps para-médical, etc...) à son conjoint, à ses descendants, ascendants, beau-père, belle-mère, frères, soeurs, gendres et belles-filles. Toutefois, le coût des produits et fournitures utilisés à l'occasion des prestations est remboursable suivant les dispositions de la réglementation reprise sous objet.

ANNEXE 1 - POINT 1

sub. 1) et 2)

Les honoraires pour ces prestations (consultations et visites des omnipraticiens et des médecins spécialistes) exprimés en lires Italiennes et en livres sterling, seront tarifés sur base et dans la limite d'un coefficient deux en application des dispositions de l'article 8 paragraphe 1 de la réglementation.

ad. 1)

SI, dans certains lieux d'affectation ou de résidence, les autorités nationales compétentes assimilent, sur le plan du remboursement des prestations, l'acte médical d'un omnipraticien à celui d'un spécialiste, le régime remboursera une telle prestation sur base du plafond prévu au barème pour les spécialistes.

ad. 3)

Aux fins de leur prise en charge par le régime, les traitements de psychothérapie - s'ils ne sont pas effectués par le médecin - doivent faire l'objet d'une prescription du psychiatre, neuro-psychiatre ou neurologue. Pour les enfants au-dessous de 15 ans, la prescription peut être établie par un pédiatre.

La prescription médicale doit préciser :

- 1) La durée et le nombre des séances,
- 2) le nom de la personne compétente avec Indication des qualifications nécessaires,
- 3) que le traitement est effectué sous la surveillance et la responsabilité du médecin.

Cette disposition est d'application pour les pays où le psychothérapeute n'est pas agréé par le régime de sécurité sociale du pays dans lequel II exerce.

ANNEXE 1 - POINT I I I

ad. paragraphe 1, 2ème alinéa et paragraphe 2

En cas de facturation forfaitaire du prix de la Journée d'hospitalisation comprenant les frais de séjour visés au deuxième alinéa du paragraphe 1 ainsi que la totalité ou une partie des frais énumérés à la première phrase du paragraphe 2, l'avis du médecin-conseil du bureau liquidateur sera requis si le prix forfaitaire est supérieur à 8.000 PB par Jour compte tenu notamment des dispositions de l'annexe 1, point XV, paragraphe 3 de la réglementation.

ANNEXE 1 - POINT IV

ad. point IV, paragraphe 1, In extenso

Le remboursement de ces frais reste en tout état de cause soumis aux conditions de procédures prévues par la réglementation.

ad. paragraphe 1 - premier alinéa

Vu le caractère temporaire de certaines maladies graves, la durée d'application des dispositions de l'article 72 § 1 du statut et du point IV de l'annexe 1 de la réglementation est appréciée, cas par cas, par les Instances médicales compétentes.

ad. paragraphe 1 - deuxième et troisième alinéas

Les dispositions d'interprétation du point XV sont d'application.

ANNEXE 1 - POINT Y

Le remboursement des frais pour l'acquisition de seringues dans le cadre d'un traitement permanent de diabétique est autorisé.

ANNEXE 1 - POINT VI

ad. § 2 et annexe I I I

Dans le cas où un devis pour l'établissement de prothèses est établi et que le montant qui y figure est facturé, ce montant est remboursé à titre de "soins dentaires". En ce qui concerne les prothèses fixes. I I y a lieu - dans le cas où deux éléments de la même dent sont traités séparément - de rembourser ces deux éléments selon les plafonds prévus.

Par ailleurs. I I est à souligner que les plafonds prévus à l'annexe I I I B ne sont à considérer que pour les prothèses proprement dites, à l'exclusion des travaux préalables et éventuellement postérieurs concernant ces mêmes prothèses. Dans le domaine des prothèses mobiles, la base "chrome cobalt" n'est pas à considérer comme étant un supplément à la plaque de base résine, mais comme étant assujettie au plafond de remboursement.

ad. § 3

I I a été constaté à plusieurs reprises qu'à la suite du changement de lieu d'affectation, les méthodes de travail en orthodontie variaient d'un pays à l'autre. Il convient donc, lorsqu'un traitement orthodontique doit être recommencé suite à un changement d'affectation, d'accorder un second remboursement après avis du médecin-conseil ou dentiste-conseil.

ANNEXE 1 - POINT IX

Paragraphe 1

Par "A titre exceptionnel" on entend notamment des cas relevant d'une traumatologie lourde (suite à un accident, etc...) ou d'une affection reconnue comme maladie grave (remboursement à 100%).

A

ANNEXE 1 - POINT X

ad. paragraphe 2 - alinéa d)

La date de la décision est celle qui figure sur la décision administrative. En cas de renouvellement, la date à prendre en considération est celle de la décision de renouvellement.

ANNEXE 1 - POINT XI

II est précisé que les frais de voyage pour se rendre au lieu de cure sont à charge de l'ayant droit.

ANNEXE 1 - POINT XII

ad. A)

Les verres correcteurs de teinte plus importante que la teinte A (12 - 15 % de coloration) ne sont pas remboursés sauf s'il existe une nécessité médicale dûment constatée par un rapport circonstancié d'un médecin ophtalmologue ; le rapport peut être soumis éventuellement à l'avis du médecin conseil du bureau, liquidateur.

Le remboursement prévu au point XII A 2) est accordé sur base d'une facture détaillée et acquittée de l'opticien pour autant que les premiers verres correcteurs remboursés par le régime aient été prescrits par ordonnance médicale.

ad. B)

Les dispositions du point XII B de la réglementation s'appliquent par analogie à la monture pour verres visés sub A ci-dessus.

ad. C)

L'affilié ayant obtenu le remboursement de lentilles de contact pour lui-même ou pour une personne assurée de son

chef, peut également obtenir le remboursement des frais exposés pour l'acquisition d'une paire de verres et d'une monture, sous réserve des délais réglementaires.

Le remboursement prévu au point XII C 2) est accordé sur base d'une facture détaillée et acquittée de l'opticien pour autant que les premières lentilles remboursées par le régime aient été prescrites par un médecin ophtalmologiste.

Les frais d'entretien des lentilles de contact sont pris en charge par le régime dans la limite des 85% des frais exposés. Les frais d'examen de l'opticien-optométriste sont remboursés à 85% sans toutefois pouvoir dépasser le plafond de remboursement prévu pour la consultation d'un optométricien.

ad. F. Point 1.

Les chaussures collectives sur mesure relèvent de ce point ; par contre, les chaussures orthopédiques pour malformations importantes sont remboursées à 80 % après autorisation préalable accompagnée d'un devis. En tout état de cause, le point XV/3 de la réglementation reste d'application.

Les semelles orthopédiques prescrites à la suite de l'examen d'un podologue sont remboursées conformément au point XII F 1) pour autant que cet examen ait été effectué sur base d'une prescription médicale.

En cas de renouvellement, le remboursement des semelles acquises dans les conditions de l'alinéa précédent est accordé conformément au point XII F 1).

ANNEXE 1 - POINT XIII

ad. § 1. —

Base de remboursement : 80 % sur base des pièces justificatives afférentes au transport du malade (pièces à présenter) ou, à défaut et à titre forfaitaire, 80 % du coût d'un billet de chemin de fer en première classe.

ad. § 2.

Base de remboursement : 80 % du coût d'un billet de chemin de fer en première classe.

Remarques générales pour les paragraphes 1 et 2 du point XIII de l'annexe I.

Pour l'examen des demandes d'autorisation. II sera tenu compte des difficultés que rencontrent les assurés du fait de l'absence de centres hospitaliers universitaires dans certains lieux des Institutions.

Lorsque, sur prescription du médecin traitant, un bénéficiaire qui, compte tenu de son âge et/ou de la nature de l'affection, a besoin lors de son transport ou de son déplacement d'être accompagné (une personne) :

L'avis du médecin-conseil sur la nécessité de l'accompagnement sera requis ;
en cas d'avis positif, le remboursement s'effectuera à raison de 80 % des frais de transport ou de déplacement de la personne accompagnante sur la base des pièces justificatives à présenter ou, à défaut et à titre forfaitaire, à raison de 80 % d'un billet de chemin de fer en première classe.

ANNEXE 1 - POINT XIV

Ce remboursement ne se confond en aucun cas avec celui prévu à l'article 75 du statut.

ANNEXE 1 - POINT XV

ad. paragraphe 3, deuxième alinéa

1. Les frais dépassant de 50% (cinquante pour cent) le coût correspondant à 100% (cent pour cent) des plafonds prévus à l'annexe 1 de la réglementation, à l'exception de ceux repris au point VI (soins dentaires, prothèses dentaires et orthodontie), sont à considérer comme excessifs et ne

donnent pas lieu à remboursement au titre de l'article 8, paragraphe 2 de la réglementation, sous réserve de ce qui est prévu à l'annexe I, point IV, paragraphe 1, deuxième alinéa de la réglementation.

En ce qui concerne le prix, exprimé en liras Italiennes et en livre sterling, des prestations prévues à l'annexe I, point I, sub 1 et 2 (consultations et visites), ce pourcentage est fixé à 10% (dix pour cent) du coût correspondant à 100% des plafonds obtenus après application de la disposition d'Interprétation relative au point I, sub 1 et 2.

2. Les frais dépassant de 6% (six pour cent) le coût correspondant à 100% des plafonds prévus à l'annexe I, point VI, paragraphe 1, dernier alinéa et 3, ainsi qu'à l'annexe I I I (soins et prothèses dentaires), sont à considérer comme excessifs et ne donnent pas lieu à remboursement au titre de l'article 8, paragraphe 2 de la réglementation, sous réserve de ce qui est prévu à l'annexe I, point IV, paragraphe 1, deuxième alinéa de la réglementation. Entendu que pour les prestations exprimées en liras Italiennes, ce pourcentage est d'effet après application de la disposition d'Interprétation de l'annexe I I I A et B.

ANNEXE I I I A

Le prix des prestations exprimées en liras Italiennes sera tarifé sur base et dans la limite du coefficient Indiqué en regard de chaque type de prestations figurant dans la liste ci-dessous :

Obturation normale	2,5
Obturation avec dévitalisation monoradiculaire	2,4
Obturation avec dévitalisation pluriradiculaire	2,3
Extraction normale	2,3
Extraction chirurgicale	1,7
Extraction dent Incluse	1,3
Apectomie	1,2
Frenectomie	1,2
Détartrage complet	1,8
Radiographie d'une dent	1,2
Radiographie panoramique	1,2

ANNEXE I I I B

Le prix des prestations exprimées en liras Italiennes sera tarifé sur base et dans la limite du coefficient Indiqué en regard de chaque type de prestations figurant dans la liste ci-dessous :

Couronne, élément or, porcelaine attachement à résillence	1.1
Inlay élément résine	1,4
Dent à pivot simple	1
Dent à pivot Richmond - pivot + faux moignon	.1,2

* * * * *

La traduction dans les huit autres langues
sera publiée ultérieurement

* * * * *