



Special

INTERINSTITUTIONS  
TOUS LES LIEUX D AFFECTATION

<b>DA</b>	<b>Fortolkningsbestemmelser til ordningen vedrørende sygesikring for tjenestemænd ved de Europæiske fællesskaber - den 1. Januar 1991....</b>	<b>3</b>
<b>DE</b>	<b>Auslegungsbestimmungen zu der Regelung zur Sicherstellung der Krankheitsfürsorge für die Beamten der europäischen Gemeinschaften - 1. Januar 1991 .....</b>	<b>21</b>
<b>EL</b>	<b>Ερμηνευτικές διατάξεις της ρύθμισης σχετικά με την κάλυψη κατά των κινδύνων ασθένειας των υπαλλήλων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων - 1η Ιανουαρίου 1991 .....</b>	<b>39</b>
<b>EN</b>	<b>Interpretation of sickness Insurance rules - 1 January 1991 .....</b>	<b>56</b>

**Fortolkningsbestemmelser til ordningen vedrørende sygesikring  
for tjenestemænd ved de Europæiske fællesskaber  
den 1. Januar 1991**

Ad. stk. 1

Under henvisning til bestemmelserne i artikel 1 i bilag VII TIL Vedtægten skal det indskræpnes:

- a) Ved erhvervsmæssig indtægtsgivende beskæftigelse forstås enhver form for erhvervsmæssig beskæftigelse, for hvilken der ydes vederlag. Ved vederlag forstås enhver form for løn, honorar eller godtgørelse, som den pågældende modtager i forbindelse med den erhvervsmæssige beskæftigelse, bortset fra tilskud eller godtgørelse til dækning af udgifter.
- b) Det vederlag, der tages i betragtning, er vederlaget for beskæftigelse i det foregående regnskabsår (kalenderår eller skatteår);
  - omregning til bfr. af det årlige vederlag, der er modtaget i andre fællesskabslande end Belgien, vil blive foretaget på grundlag af en gennemsnitskurs for det år, hvor vederlaget er indtjent;
  - for de lande, hvor der ikke er fastsat en justeringskoefficient, er den koefficient, der anvendes på erhvervsindtægter, den der gælder for Belgien;
  - den justeringskoefficient, der skal tages i betragtning, er den, der gælder den 1. november;
  - det indtægtsbeløb, der skal tages i betragtning, er beløbet efter fradrag af indeholdelser eller betaling af bidrag til socialsikring, men inden fradrag af skat.
- c) Med henblik på at give afregningskontorerne alle fornødne oplysninger om ægtefæller, der udøver erhvervsmæssig indtægtsgivende beskæftigelse, og om personer, over for hvilke der består forsørgerpligt, skal de pågældende udfylde en hertil beregnet formular. Alle oplysninger skal ledsages af bevisligheder (skatteattest, lønseddel fra arbejdsgiveren m.m.).

- d) Afregningskontorerne er i besiddelse af en fortegnelse over de offentlige sygeforsikringsordninger i Fællesskabets medlemlande. Afgørende for at en sådan ordning tages i betragtning er forsikringstagerens forpligtelse til at være forsikret.
- e) Udtrykket "dækket" i andet led af stk. 1 skal fortolkes således, at den offentlige sygeforsikringsordning, som ægtefællen er tilsluttet, omfatter alle de risici, der dækkes eller kan dækkes af denne ordning.
- f) Udtrykket "samme risici" skal fortolkes som "samme type risici som dem, der dækkes af den fælles ordning", dvs. sygdom, ulykkestilfælde og moderskab (ordningens artikel 1).

For også at være omfattet af fællesskabsordningen skal en tjenerstemands ægtefælle, der udøver en erhvervsmæssig indtægtsgivende beskæftigelse, derfor i forvejen være dækket af en sygeforsikring, som gælder alle de af den fælles ordning omfattede risici, uanset den primære ordnings bestemmelser på området.

#### Ad. stk. 2

Artikel 2 i bilag VII til Vedtægten, hvori betingelserne for tildelelse af børnetilskud beskrives, anvendes i fuld udstrækning og i særdeleshed stk. 3 b; aldersgrænsen fastsættes til 26 år. For børn, over for hvilke der består forsørgerpligt, og som aftjener deres værnepligt, fastsættes grænsen til 27 år. I stk. 4 og 5 i denne artikel gøres der rede for undtagelserne.

#### ARTIKEL 4, STK. 5, 7 OG 8

Ved udtrykket "mod samme risici" skal forstås, i henhold til bestemmelserne i Vedtægtens artikel 72 og artikel 1 i ordningen: "risici som følge af sygdom, ulykkestilfælde eller moderskab".

## ARTIKEL 6

### Generelt om artikel 6

- a) Beregningen foretages ydelse for ydelse, idet kun den eventuelle forskel mellem den fra anden side opnåede godtgørelse og det beløb, den tilsluttede er sikret i henhold til Fællesskabets ordning, vil kunne give anledning til godtgørelse op til de herfor fastsatte maksimumsbeløb.

Eksempel: Et tilfælde hvor en tjenstemands ægtefælle udøver erhvervsmæssig indtægtsgivende beskæftigelse uden for institutionerne, og samtidig opfylder betingelserne i artikel 3. Hvis ægtefællen fra sygekassen modtager en godtgørelse på 65%, og hvis der i fællesskabets ordning er fastsat en godtgørelse på 80% for disse samme ydelser, modtager vedkommende forskellen på 15%, forudsat at denne ikke overstiger det maksimumsbeløb, der er fastsat i den til ordningen knyttede tabel. Hvis derimod den primære sygekasse yder en godtgørelse der er større end fællesskabsordningens satser, beholder vedkommende selv det overskydende beløb.

- b) Modtagere af tillægsgodtgørelser kan ikke opnå at udgifterne overtages direkte, idet dette kun kan gøres af en primær sygeforsikring.
- c) Såfremt en socialsikringsordning i en medlemsstat opererer med en "karenstid" (på 6-12 måneder f.eks.), hvor den tilsluttede betaler bidrag uden at have ret til godtgørelser til gengæld, dækkes den "tilsluttede" i dette tidsrum af Fællesskabets ordning.

Eksempler på tilfælde, der kan opstå:

Tjenstemandens ægtefælle, der udøver erhvervsmæssig beskæftigelse, lønnet eller ulønnet, som giver ret til ydelser fra en offentlig sygeforsikringsordning;

2. Børn, overfor hvem der består forsørgerpligt i henhold til artikel 2 i bilag VII til vedtægten, som er tilsluttet en socialsikringsordning i en medlemsstat, (bl.a. studerende).
3. Børn som i første række er forsikret gennem en af forældrene, der ikke er tilsluttet Fællesskabets ordning.

4. Tilsluttede til Fællesskabets ordning, tjenestegørende eller pensionerede, som også er tilsluttet en anden ordning.

Ad. tilfælde 1

- a) Bortset fra fejl eller karens, som kan tilskrives den tilsluttede (ægtefælle) i forbindelse med dennes forpligtelser overfor en anden ordning end den fælles ordning, indtræder denne ved refusion af ydelserne som tillægsordning.(1)
- b) Betingelsen vedrørende den årlige indtægt, der findes i artikel 3, stk. 1, andet led, skal nøje kontrolleres; indtægten skal enten bekræftes af arbejdsgiveren eller fremgå klart og detaljeret af en selvangivelse (jf. ovenfor, artikel 3, ad. stk. 1).

Ad. tilfælde 2

Bortset fra fejl eller karens, der kan tilskrives et barn, over for hvem der består forsørgerpligt, i forbindelse med forpligtelsen overfor en ordning, hvortil dette obligatorisk er tilsluttet, indtræder den fælles ordning ved refusion af ydelserne som tillægsordning (1) (2).

Ad. tilfælde 3

Bortset fra fejl eller karens, som kan tilskrives den af forældrene - gennem hvem barnet er forsikret i første række - i forbindelse med dennes forpligtelser overfor en anden ordning end den fælles ordning, indtræder sidstnævnte ordning ved refusion af ydelserne som tillægsordning (1) (2).

Ad. tilfælde 4

Hvis der er tale om bidragspligt til to ordninger, kan de til fællesskabsordningen tilsluttede selv vælge hvilken ordning, de vil henvende sig til for at få godtgjort udgifter til ydelser, de har modtaget, idet den fælles ordning indgår som tillægssygeforsikringsordning i de tilfælde, hvor den ikke indgår som primær-

---

(1) Jf. ligeledes artikel 9, ad. stk. 1 b)

(2) Udgifter i forbindelse med børn, over for hvem der består forsørgerpligt som omhandlet i ordningens artikel 3, stk. 2, kan, hvis udgifterne hverken helt eller delvis dækkes af primærordningen, refunderes på de vilkår og inden for de grænser, ordningen fastsætter.

ordning.

## ARTIKEL 8

### Ad. stk. 1

Bestemmelserne i dette stykke finder principielt ikke anvendelse på Fællesskabets lande.

Listen over lande, med særlig store udgifter til lægebehandling, der er blevet opstillet af administrationscheferne efter fælles aftale, omfatter for øjeblikket følgende lande: USA, CANADA, CHILE, URUGUAY, JAPAN og VENEZUELA.

Udgifter til lægebehandling i disse lande godtgøres med indtil det dobbelte af de maksimumsbeløb for godtgørelse, der er anført i bilagene til ordningen, og givet fald efter indstilling fra hovedkontoret og efter samstemmende udtalelse fra Forvaltningskomiteen.

Betingelsen om "en stor økonomisk belastning" anses for opfyldt, når de beløb, som ikke godtgøres som "opståede udgifter" i henhold til stk. 1, beløber sig til 60% af disse omkostninger.

Ved anvendelsen af dette stykke skal de "opståede udgifter" vurderes ydelse for ydelse.

### Ad. stk. 2

Bestemmelserne i artikel 8 finder ikke anvendelse på de tilsluttede, der er omfattet af den supplerende sygeforsikring, der omhandles i artikel 24 i bilag X til vedtægten.

- a) Såfremt perioden på 12 efter hinanden følgende måneder omfatter dele af måneder, beregnes den gennemsnitlige månedsgrundløn på grundlag af de grundlønninger, der er ydet fra den måned, i hvilken den omtalte periode begyndte, indtil den måned, i hvilken denne periode sluttede. Ændrer den familieretlige stilling sig i løbet af den valgte periode, lægges den for den tilsluttede mest fordelagtige familieretlige stilling til grund ved beregningen af godtgørelsesprocenten.

- b) Dette stykke finder anvendelse med forbehold af fortolkningsbestemmelserne i pkt. I og XV i bilag I.
- c) Når begge ægtefæller er tilsluttet ordningen, har de mulighed for, såfremt de er enige herom, at sammenlægge de ikke-godtgjorte udgifter som følge af sygdom forudsat at:
- resultatet af sammenlægningen sammenholdes med den højeste af de to grundlønninger;
  - den ægtefælle, hvis ikke godtgjorte del af udgifterne tages i betragtning ved opgørelsen af udgifterne for den ægtefælle, der har den højeste grundløn, giver afkald på at indgive en særskilt anmodning på grundlag af bestemmelserne i vedtægtens artikel 72, stk. 3 og ordningens artikel 8, stk. 2;
  - at den valgte periode på 12 måneder, er den samme for begge ægtefæller.

## ARTIKEL 9

### Ad. stk. 1

- a) Disse bestemmelser medfører ikke automatisk godtgørelse af de opståede transport- og befodringsudgifter; godtgørelse heraf afgøres fortsat i henhold til bestemmelserne i bilag 1, pkt. XIII.
- b) Det frie valg finder kun anvendelse for modtagerne af supplerende godtgørelse, såfremt deres primærordning tillader det.

### Ad. stk. 2

#### Overenskomster med medlemmer af lægestanden og med behandlingsinstitutioner

Tilsluttede, der gør tjeneste eller er bosat i Bruxelles, modtager en løsbladsbrochure (reference IX/12000/juli 1976) (1) med oplysninger om indholdet af de overenskomster, som De Europæiske Fællesskabers institutioner og organer har indgået med medlemmerne af lægestanden og med behandlingsinstitutioner, først og fremmest i Storbruxelles, samt indholdet af en overenskomst, der er indgået med Société des Thermes de Montecatini (provinsen Pistoia, Italien)

(1) Ajourført ved Meddelelser fra Administrationen af 20.6.1977, 24.6.1977, 18.7.1978 og 12.9.1980.

Den ansatte opfordres til, i egen og pårørendes interesse, at opbevare denne brochure omhyggeligt. Der vil fra tid til anden blive omdelt løssblade til ajourføring af brochuren, og disse blade bør indsættes på deres rette plads.

Opmærksomheden henledes på, at brochurens løssblade er "til tjenestebrug", der udelukkende er beregnet på ansatte i De Europæiske Fællesskaber og på personer, som gennem dem er dækket af sygesikringsordningen. Løssbladene må ikke videregives til andre, selv ikke når de er forældede; de skal i så fald tilintetgøres.

Indholdsfortegnelsen, de "almindelige bemærkninger", der tjener som en forklarende indledning til hele dokumentet, og de "almindelige oplysninger", der sammenfatter indholdet af den enkelte overenskomst samt de tilsvarende ajourføringer omdelles på de seks fællesskabsprog; bilagene til de enkelte overenskomster, som nærmere angiver honorarer, konsultationstid og -betingelser samt andre tekniske detaljer, er gengivet i deres helhed, men kun på overenskomstens *originalsprog*.

Eftersom dokumentet hovedsagelig er af interesse for personale, som gør tjeneste i Bruxelles, har man ikke skønnet det nødvendigt at omdele det til ansatte, der gør tjeneste andetsteds. Dog vil ansatte og personer, der gennem dem dækkes af sygesikringsordningen, såfremt de behandles af praktiserende læger eller institutioner, med hvilke der er indgået overenskomst, drage fordel af disse overenskomster uanset deres tjenestested, således f.eks. hvis de befinder sig på tjenesterejse eller er på ferie i Storbruxelles, eller hvis de er på kurophold i Thermes de Montecatini.

De i Bruxelles omdelte løssblade ligger til gennemsyn i fællesskabsinstitutionernes administrative tjenestegrene i Luxembourg og Det Fælles Forskningscenters anlæg samt på afregningskontorerne for sygesikringsordning for tjenestemænd i Fællesskaberne i Bruxelles, Luxembourg og Ispra. Der gøres endvidere opmærksom på, at der inden for rammerne af de indgåede overenskomster kan ske ændringer i satserne for hospitalsophold og behandling, og at sådanne ændringer under de nuværende forhold forekommer ret hyppigt. Personalet



anmodes derfor indstændigt om i hvert enkelt tilfælde nøje at få fastlagt betingelserne, når de reserverer en seng i en behandlingsinstitution, med hvilken der er indgået overenskomst.

Det anbefales ligeledes de ansatte så vidt muligt på forhånd at indhente nøjagtige oplysninger om honorarerne for alle behandlinger og indgreb, især hvor der er tale om større behandlinger og indgreb.

Det påpeges, at der kun er indgået overenskomster med private behandlingsinstitutioner, fordi de ansatte i De Europæiske Fællesskaber og deres medforsikrede er ligestillede med den lokale befolkning, hvad statslige behandlingsinstitutioner angår.

### ARTIKEL 13

Bestemmelserne vedrørende fortabelse af retten til godtgørelse skal nøje overholdes. Det påhviler tjenestemanden at bevise, at der har været tale om force majeure. Afregningskontorerne træffer de nødvendige afgørelser. I tilfælde af stridsspørgsmål skal der indhentes udtalelse fra hovedkontoret og de i artikel 16 nævnte klageadgange er naturligvis altid åbne.

De tilsluttedes opmærksomhed henledes specielt på ændringen af bestemmelserne i stk. 1 i denne artikel. Anmodning om godtgørelse af udgifter som følge af sygdom skal herefter indsendes inden 12 måneder fra det kalenderhalvår, hvor behandlingerne har fundet sted. F. eks.: konsultation d. 18.8. - regningen skal senest indsendes den 31.12. det følgende år; konsultation d. 28.6. - regningen skal senest indsendes den 30.6. det følgende år.

### ARTIKEL 15

Fortabelsen omfatter retten til godtgørelse af den samlede ydelse, for hvilken der har været forsøgt bedrageri.

## ARTIKEL 16

Enhver, der rejser en klage på grundlag af vedtægtens artikel 90 og som protesterer mod en afgørelse, der er truffet i medfør af vedtægtens artikel 72 og de tilhørende gennemførelsesbestemmelser, kan vedlægge dokumentation af medicinsk karakter i lukket kuvert med påtegningen "fortroligt-medicinsk dokumentation". Disse aktstykker vil kun blive undersøgt af tjenestemænd, der er bemyndiget til at kende sagen.

## ARTIKEL 30

### Ad. stk. 1

I tilfælde af revision af reglerne for godtgørelse af udgifter som følge af sygdom (bilag I, II, III og IV til ordningen), finder de nye maksimale godtgørelsesbeløb anvendelse fra den pågældende revisions ikrafttrædelsesdato, for medicinsk behandling, der løber på denne dato.

## BILAG I

### Indledende bemærkninger

1. De behandlinger, der er anført i bilagene til denne ordning, skal udføres af personer, der er autoriseret til at udøve lægevirksomhed eller paramedicinsk virksomhed, eller af lægevidenskabelige eller paramedicinske behandlingsinstitutioner, der er behørigt godkendt af de kompetente myndigheder.
2. De Europæiske Fællesskabers fælles sygeforsikringsordning indgår ikke i omkostningerne til behandling, som gives af en fagmand (læge, tandlæge, jordemoder, sygeplejerske, osv.) til dennes ægtefælle, børn og børnebørn, forældre og bedsteforældre, svigerfader, svigermoder, brødre, søstre, svigersønner og svigerdøtre. Derimod godtgøres omkostningerne til produkter og leverancer, der anvendes i forbindelse med ydelserne i henhold til bestemmelserne i ordningen nedenfor.

## BILAG I - PUNKT I

### Ad 1) og 2)

I de tilfælde hvor bestemmelserne i ordningens artikel 8, stk. 1, finder anvendelse, vil godtgørelsen af honorarer for disse ydelser (konsultation og besøg af praktiserende læger og specialister), når de er udtrykt i italienske lire og pund sterling, blive fastsat på grundlag af en koefficient, der højst kan være 2.

Hvis de nationale kompetente myndigheder på visse ansættelsessteder eller hjemsteder i forbindelse med godtgørelser af ydelser sidestiller en praktiserende læges behandling med en specialists, godtgør ordningen denne behandling på grundlag af satserne for specialister.

### Ad. stk. 3

Psykoteraapeutisk behandling skal - medmindre den er udført af lægen - for at blive refunderet af ordningen, være ordineret af en psykiater, neuropsykiater, eller neurolog. For børn under 15 år kan behandlingen ordineres af en børnelæge.

Lægens ordination skal anføre:

- 1) varighed og antal behandlinger
- 2) navnet på den kompetente person med angivelse af de nødvendige kvalifikationer
- 3) at behandlingen gennemføres under lægens tilsyn og på hans ansvar.

Denne bestemmelse gælder for lande, hvor psykoteraapeuter ikke er godkendt af den sociale sikringsordning i det land, hvori terapeuten arbejder.

### BILAG I - PUNKT III

Ad stk. 1, andet afsnit og stk. 2

Såfremt den faste pris for hospitalsophold, inklusive de i stk. 1, andet afsnit, omhandlede opholdsudgifter og en del af eller alle de i stk. 2, 1. punktum, nævnte udgifter, er højere end 8.000 bfr. pr. dag, skal der indhentes udtalelse fra afregningskontorets rådgivende læge; der tages dog hensyn til bestemmelserne i bilag I, pkt. XV, stk. 3, til ordningen.

### BILAG I - PUNKT IV

Ad punkt IV, hele stk. 1

Godtgørelsen af disse udgifter skal i alle tilfælde ske efter de i ordningen fastsatte procedureregler.

Ad stk. 1, første afsnit

På grund af visse alvorlige sygdommes midlertidige karakter vurderes det i hvert enkelt tilfælde af de kompetente lægemyndigheder, hvor længe bestemmelserne i artikel 72, stk. 1, i Vedtægten og punkt IV i bilag I til ordningen finder anvendelse.

Ad stk. 1, andet og tredje afsnit

Fortolkningsbestemmelserne til punkt XV finder anvendelse.

### BILAG I - PUNKT V

Udgifter til køb af sprøjter i forbindelse med permanent behandling af diabetes kan godtgøres.

## BILAG I - PUNKT VI

### Ad. stk. 2 og bilag 3

Såfremt der kræves særskilt betaling for udfærdigelse af overslag og det deri nævnte beløb faktureres, godtgøres dette beløb som "tandpleje". Ved faste proteser skal der - såfremt to dele af samme tand behandles særskilt - ske godtgørelse af hver af disse to behandlinger inden for de fastsatte lofter.

Endvidere bør det understreges, at de i bilag III fastsatte lofter kun gælder selve proteserne og ikke det forudgående og eventuelt efterfølgende arbejde i forbindelse hermed.

For så vidt angår løse proteser, skal krom-kobalt basispladen ikke betragtes som et supplement til basispladen af kunststof, men skal særskilt godtgøres inden for det fastsatte loft.

### Ad. stk. 3

Som følge af ændring af tjenestestedet er det flere gange blevet konstateret, at arbejdsmetoderne inden for tandregulering er forskellige fra land til land. Når en tandreguleringsbehandling skal påbegyndes på ny som følge af en ændring af tjenestestedet, bør der derfor bevilges en yderligere godtgørelse efter udtalelse fra den rådgivende læge eller tandlæge.

## BILAG I - PUNKT IX

### Ad. stk. 1

"Undtagelsesvis" dækker bl.a. alvorlig tilskadekomst (som følge af en ulykke o.lign.) eller sygdom, der er anerkendt som alvorlig sygdom (100% godtgørelse).

## BILAG I - PUNKT X

### Ad. stk. 2, litra d)

Datoen for afgørelsen er den dato, der er angivet på den administrative afgørelse. I tilfælde af forlængelse anvendes datoen for afgørelsen om forlængelse.

## BILAG I - PUNKT XI

Det understreges, at rejseudgifter til kursteder er for patientens regning.

## BILAG I - PUNKT XII

### Ad. stk. A

Korrigerende brilleglas, der er mere end A-tonede (12-15% toning) godtgøres ikke, medmindre det er konstateret lægeligt nødvendigt ved en detaljeret rapport fra en øjenspecialist; rapporten vil eventuelt blive sendt til udtalelse hos afregningskontorets rådgivende læge.

Den i punkt XII A 2) omhandlede godtgørelse bevilges på grundlag af en specificeret og kvitteret regning udstedt af optikeren, under forudsætning af at de første korrigerende brilleglas, som er blevet godtgjort under ordningen, var ordineret af en læge.

### Ad. stk. B

Bestemmelserne i punkt XII B i ordningen anvendes tilsvarende for stel til de under A ovenfor omhandlede glas.

### Ad. stk. C

En tilsluttet, der har fået godtgjort udgifter til kontaktlinser til sig selv eller en gennem ham forsikret person, kan desuden få godtgjort udgifter til anskaffelse af et par brilleglas og et brillestel, forudsat at de fastsatte frister er overholdt.

Den i punkt XII C 2) omhandlede godtgørelse bevilges på grundlag af en specificeret og kvitteret regning udstedt af optikeren, forudsat at de første kontaktlinser, der er blevet godtgjort under ordningen, var ordineret af en øjenlæge.

Udgifterne til vedligeholdelse af kontaktlinser dækkes af ordningen med indtil 85% af de afholdte udgifter. Udgifterne til undersøgelse hos en optometrist godtgøres med 85%, men godtgørelsen kan ikke overstige loftet for godtgørelsen for en konsultation hos en praktiserende læge.

Ad F, stk. 1

Korrigerende sko efter mål henhører under dette punkt; derimod godtgøres ortopædiske sko for væsentlige misdannelser med 80% efter forhåndstilladelse ledsaget af et overslag. Under alle omstændigheder finder pkt. XV, stk. 3, i ordningen stadig anvendelse.

Ortopædiske indlæg, der ordineres på grundlag af en fodterapeuts undersøgelse, godtgøres i henhold til punkt XII F 1), forudsat at undersøgelsen er blevet gennemført efter henvisning fra en læge.

Ved fornyelse af indlæg godtgøres disse, såfremt de er købt på de i foregående afsnit nævnte betingelser, i overensstemmelse med punkt XII F 1).

#### BILAG I - PUNKT XIII

Ad. stk. 1

Grundlag for godtgørelse: 80% på grundlag af dokumentation vedrørende udgifterne til sygetransport (der skal forelægges bilag) eller hvis dette ikke findes, ydes som fast beløb 80% af jernbanebilletprisen på 1. klasse.

## Ad. stk. 2

Godtgørelsesgrundlag: 80% af jernbanebilletprisen på 1. klasse.

### Generelle bemærkninger vedrørende bilag 1, punkt XIII, stk. 1 og 2

Ved gennemgangen af anmodninger om forhåndstilladelse vil der blive taget hensyn til de problemer, som opstår for de tilsluttede på visse af institutionernes tjenestesteder, fordi der ikke i nærheden findes et universitetshospitalscenter.

Såfremt den behandlede læge foreskriver, at en tilsluttet på grund af alder og/eller sygdommens art har behov for under transport eller rejse at blive ledsaget (af én person)

- kræves der en udtalelse fra den rådgivende læge vedrørende nødvendigheden heraf;
- såfremt der afgives positiv udtalelse, vil den ledsagende persons transport- eller rejseomkostninger blive godtgjort med 80% mod forelæggelse af dokumentation eller - i mangel heraf - med et fast beløb svarende til 80% af jernbanebilletprisen på 1. klasse.

### BILAG I - PUNKT XIV

Denne godtgørelse må ikke forveksles med den, der er fastsat i artikel 75 i vedtægten.

### BILAG I - PUNKT XV

Ad stk. 3, andet afsnit

1. Udgifter, der med 50% (halvtreds procent) overstiger udgifterne svarende til 100% (hundrede procent) af de lofter, der er fastsat i bilag I til ordningen, med undtagelse af de lofter, der omhandles i punkt VI (tandpleje, tandproteser og tandregulering), betragtes som urimeligt store og kan ikke godtgøres i henhold til ordningens artikel 8, stk. 2, medmindre andet er fastsat i ordningens bilag I, punkt IV, stk. 1, andet afsnit.



For så vidt angår priser udtrykt i italienske lire og pund sterling for de ydelser, der omhandles i bilag I, pkt. 1, nr. 1 og 2, (konsultationer og besøg), fastsættes denne procentsats til 10% (ti procent) af udgifterne svarende til 100% af de lofter, der fremkommer efter anvendelse af fortolkningsbestemmelsen til punkt I, nr. 1 og 2.

2. Udgifter, der med 6% (seks procent) overstiger udgifterne svarende til 100% af de lofter, der er fastsat dels i bilag I, pkt. VI, stk. 1, sidste afsnit, og stk. 3, dels i bilag III (tandpleje og tandproteser), betragtes som urimeligt store og kan ikke godtgøres i henhold til ordningens artikel 8, stk. 2, medmindre andet er fastsat i ordningens bilag I, pkt. IV, stk. 1, andet afsnit. For ydelser udtrykt i italienske lire gælder denne procentsats først efter, at fortolkningsbestemmelserne til bilag III A og B har fundet anvendelse.

### BILAG III A

Priserne for ydelser udtrykt i italienske lire fastsættes på grundlag af og inden for loftet af den koefficient, der for hver type ydelses vedkommende er anført i nedenstående liste:

Normal tandfyldning	2,5
Tandfyldning med enkeltrodsbehandling	2,4
Tandfyldning med flerrodsbehandling	2,3
Normal tandudtrækning	2,3
Kirurgisk tandudtrækning	1,7
Udtrækning af retineret tand	1,3
Apektomi	1,2
Frenektomi	1,2
Fuldstændig tandrensning	1,8
Røntgenbillede af en tand	1,2
Panorama-røntgenbillede	1,2

### BILAG III B

Priserne for ydelser udtrykt i italienske lire fastsættes på grundlag af og inden for loftet af den koefficient, der for hver type ydelses vedkommende er anført i nedenstående liste:

Guldkrone, bro, guld og porcelæn	1,1
Specialforankring	
Akrylindlæg	1,4
Almindelig stifttand	1
Richmond-stifttant - stiftopbygning	1,2

**Auslegungsbestimmungen zu der Regelung zur Sicherstellung  
der Krankheitsfürsorge für die Beamten  
der europäischen Gemeinschaften  
1. Januar 1991**

Artikel 3

Zu Absatz 1:

Unter Hinweis auf Anhang VII des Statuts, Artikel 1, ist folgendes zu präzisieren:

- a) Als berufliche Erwerbstätigkeit gilt jede berufliche Tätigkeit, alt der ein Einkommen erzielt wird. Einkommen sind - mit Ausnahme von Unkostenzuschüssen oder Unkostenvergütungen - alle Arten von Gehältern, Löhnen, Honoraren, Bezügen oder Vergütungen, die der Betreffende aus seiner Berufstätigkeit erzielt.
- b)
- Maßgebend ist das Einkommen aus der während des vorhergehenden Jahres (Kalenderjahr oder Steuer) ausgeübten Tätigkeit.
  - Die während eines Jahres in anderen Ländern der Gemeinschaft als Belgien erzielten Einkommen werden zu den für das Jahr, in den das Einkommen erzielt wurde, geltenden durchschnittlichen Umrechnungskurs in BFR umgerechnet.
  - Wurde das Einkommen in Ländern erzielt, für die kein Berichtigungskoeffizient vorgesehen ist, so wird der für Belgien gültige Berichtigungskoeffizient angewendet.
  - Maßgebend ist der am 1. November gültige Berichtigungskoeffizient.
  - Maßgebend ist das Einkommen nach Abzug oder Entrichtung der Sozialausgaben, jedoch vor Abzug der Steuern.
- c) Die erforderlichen Angaben über die Erwerbstätigkeit des Ellegatten und die unterhaltsberechtigten Personen sind *der* Abrechnungsstelle auf einem entsprechenden Vordruck zusammen mit den dazugehörigen Belegen (Steuerbescheid, Lohnabrechnung oder Lohnbescheinigung des Arbeitgebers usw.) zu übermitteln.

d) Den Abrechnungsstellen liegt das Verzeichnis der in den Mitgliedstaaten der Gemeinschaft bestehenden öffentlichen Krankheitsfürsorgesysteme vor. Bestimmendes Merkmal eines solchen Systems ist die Pflichtmitgliedschaft.

e) Das Wort "angeschlossen" in Absatz 1, zweiter Gedankenstrich, bedeutet, daß das öffentliche Krankheitsfürsorgesystem, der der Ehegatte als Pflichtmitglied angehört, den höchsten Versicherungsschutz gewährleistet, der im Rahmen dieses Systems geboten wird oder geboten werden kann.

f) Der Begriff "dieselben Risiken" ist zu verstehen als "Risiken, die artgleich sind mit den vom gemeinsamen System abgedeckten Risiken", d.h. Krankheit, Unfall und Mutterschutz (Artikel 1 der Regelung).

Um die in unserer Regelung vorgesehene zusätzliche Erstattung in Anspruch nehmen zu können, müssen Ehegatten von Beamten, sofern sie eine berufliche Erwerbstätigkeit ausüben, zunächst einmal selbst im vollen Umfang der Leistungen des Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems krankenversichert sein, und zwar ungeachtet der von der Erstversicherung festgelegten einschlägigen Bestimmungen.

#### Zu Absatz 2:

Artikel 2 des Anhangs VII zum Statut, in der die Voraussetzungen für die Gewährung der Kinderzulage festgelegt wurden, wird voll angewendet, insbesondere Absatz 3b. Die Altersgrenze beträgt 26 Jahre. Bei unterhaltsberechtigten Kindern, die zum Wehrdienst einberufen werden, gilt eine Altersgrenze von 27 Jahren. Die Ausnahmen werden in Anhang VII, Artikel 2 Absätze 4 und 5 genannt.

#### ARTIKEL 4 Absätze 5, 7 und 8

Die Worte "gegen die gleichen Risiken" bedeuten gemäß Artikel 72 des Statuts und Artikel 1 der Regelung "Krankheit Unfall oder Mutterschutz".

## ARTIKEL 6

### Allgemeine Bemerkungen zu Artikel 6:

a) Die Tarifierung erfolgt für jede Leistung einzeln, nur die etwaige Differenz zwischen der von der anderen Krankenversicherung gewährten Erstattung und den von unserer Krankheitsfürsorge garantierten Betrag kann innerhalb der vorgesehenen Erstattungshochstsätze übernommen werden.

Beispiel : Der Ehegatte eines Beamten übt außerhalb der Gemeinschaftsorgane eine berufliche Erwerbstätigkeit aus und erfüllt die Voraussetzungen des Artikels 3. Erstattet seine Kasse 65% und sieht unsere Krankheitsfürsorge für die gleichen Leistungen eine Erstattung von 80% vor, so wird ihm die Differenz von 15% vergütet, unbeschadet der Bestimmungen von Anhang I, 2 und 3 der Regelung. Gewährt die Primarkasse ihm hingegen eine über unseren Satzen liegende Erstattung, so verbleibt ihm der Überschuß.

b) Die Begünstigten dieser Anschlußversicherung haben keinen Anspruch auf eine direkte Kostenübernahme durch das Krankheitsfürsorgesystem der Gemeinschaft mit Hilfe von Kostenübernahmeerklärungen. Derartige Erklärungen können nur von einer Primarkasse abgegeben werden.

c) Sieht ein einzelstaatliches Sozialversicherungssystem eine Wartezeit (beispielsweise sechs bis zwölf Monate) vor, in der Beiträge zu entrichten sind, aber kein Anspruch auf Erstattung der Kosten besteht, so gewährt unser System dem Mitglied der betreffenden Sozialversicherung während dieses Zeitraums weiterhin Versicherungsschutz.

### Beispiele :

1. Die (der) Ehefrau (Ehemann) eines (einer) Beamten (Beamtin) geht einer abhängigen oder selbständigen Erwerbstätigkeit nach und hat Anspruch auf die Leistungen einer öffentlichen Krankheitsfürsorge.
2. Die gemäß Absatz 2 des Anhangs VII zur Statut unterhaltsberechtigten Kinder (insbesondere Studenten) sind bei einem einzelstaatlichen Sozialversicherungsträger versichert.
3. Die Kinder sind primär von dem Elternteil mitversichert, der unserem gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystem nicht angehört.

4. Berechtigte des gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems - aktive Beamte oder Ruhestandsbeamte - sind gleichzeitig Mitglied bei einer anderen Krankheitsfürsorge.

Zu Beispiel 1

a) Das gemeinsame Krankheitsfürsorgesystem übernimmt bei der Erstattung der Krankheitskosten die Rolle der Zusatzversicherung, außer wenn dem Berechtigten (Ehefrau/Ehemann) rechtswidriges Verhalten oder Nichterfüllung gegenüber einer anderen Krankheitsfürsorge als dem gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystem zur Last gelegt wird (1).

b) Das Jahreseinkommen gemäß Artikel 3, Absatz 1, zweiter Gedankenstrich der Regelung, ist genau zu überprüfen. Die Angaben über das Jahreseinkommen sind entweder vom Arbeitgeber zu bestätigen oder müssen einwandfrei und in allen Einzelheiten aus einer Steuererklärung hervorgehen (s. oben Artikel 3, zu Absatz 1).

Zu Beispiel 2

Das gemeinsame Krankheitsfürsorgesystem übernimmt bei der Erstattung der Krankheitskosten die Rolle der Zusatzversicherung, außer wenn dem unterhaltsberechtigten Kind rechtswidriges Verhalten oder Nichterfüllung gegenüber der öffentlichen Krankheitsfürsorge, der es als Pflichtmitglied angehört, zur Last gelegt wird. (1) (2)

Zu Beispiel 3

Das gemeinsame Krankheitsfürsorgesystem übernimmt bei der Erstattung der Krankheitskosten die Rolle der Zusatzversicherung, außer wenn dem Elternteil, von dem das Kind primär mitversichert ist, rechtswidriges Verhalten oder Nichterfüllung gegenüber einer anderen Krankheitsfürsorge als dem gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystem zur Last gelegt wird. (1) (2)

Zu Beispiel 4

Sind die Berechtigten zur Mitgliedschaft bei beiden Versicherungsträgern verpflichtet, so können die Angehörigen des gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems wählen, bei welcher Versicherungsträger sie die Kostenerstattung beantragen wollen. Das

-----  
(1) Vgl. im folgenden Artikel 9, zu Absatz 1, Buchstabe b)

(2) Für unterhaltsberechtigende Kinder im Sinne von Artikel 3 Absatz 2 der Regelung entstandene Kosten, die von der öffentlichen Krankheitsfürsorge weder ganz noch teilweise übernommen werden, werden im Rahmen der in der Regelung genannten Bedingungen und Höchstbeträge übernommen.

gemeinsame Krankheitsfürsorgesystem übernimmt die Rolle einer Zusatzversicherung in den Fällen, in denen es nicht als primärer Versicherungsträger in Anspruch genommen wird.

### ARTIKEL 8

Zu Absatz 1)

Absatz 1 gilt im Prinzip nicht für die Länder der Gemeinschaft. Die von den Verwaltungschefs im gegenseitigen Einvernehmen erstellte Liste der Länder mit besonders hohen Behandlungskosten umfaßt zur Zeit die USA, KANADA, CHILE, URUGUAY, JAPAN und VENEZUELA.

Die in diesen Ländern anfallenden Krankheitskosten werden ggfs. auf Vorschlag des Zentralbüros und nach Zustimmung des Verwaltungsausschusses bis zu einem Höchstbetrag erstattet, der doppelt so hoch ist wie die in den Anhängen zur Regelung genannten erstattungsfähigen Höchstbeträge.

Eine "schwere Belastung" gilt als gegeben, wenn der nicht erstattete Teil der "Kosten" (s. Artikel 8, Absatz 1) 60% dieser Kosten ausmacht.

Im Hinblick auf die Anwendung des Artikels 8, Absatz 1, sind diese "Kosten" für jede einzelne Leistung zu beurteilen.

Zu Absatz 2)

Die Bedingungen von Artikel 8 gelten nicht für Versicherte, die der in Artikel 24 des Anhangs X zum Statut vorgesehenen Zusatzversicherung angeschlossen sind.

a) Enthält der Zeitraum von zwölf aufeinanderfolgenden Monaten Bruchteile von Monaten, so wird das durchschnittliche monatliche Grundgehalt unter Berücksichtigung der Grundgehälter berechnet, die ab dem Monat, in dem der betreffende Zeitraum begonnen hat, bis zu dem Monat gezahlt wurden, in dem dieser Zeitraum geendet hat. Ändern sich die Familienverhältnisse während des gewählten Zeitraums, so wird bei der Bestimmung des Erstattungssatzes die günstige Situation zugrunde gelegt.

b) Die Bestimmungen dieses Absatzes gelten vorbehaltlich der Anwendung der Auslegungsvorschriften zu den Abschnitten I und XV des Anhangs I.

c) Sind beide Ehegatten dem Krankheitsfürsorgesystem angeschlossen, so können sich diese im gegenseitigen Einvernehmen für die Kumulierung der nicht erstatteten Teile ihrer Krankheitskosten entscheiden, sofern

- die Kumulierung auf den Namen des Ehegatten erfolgt, der das höhere Grundgehalt bezieht;
- der Ehegatte, dessen nicht erstatteter Teil der Kosten bei der Abrechnung der Kosten des Ehegatten mit dem höheren Grundgehalt berücksichtigt wird, auf die Einreichung eines gesonderten Antrags gemäß Artikel 72, Absatz 3 des Statuts und Artikel 8, Absatz 2 der Regelung verzichtet;
- der betreffende Zeitraum von zwölf Monaten für beide Ehegatten der gleiche ist.

#### ARTIKEL 9

Zu Absatz 1:

a) Der Berechtigte hat damit noch nicht automatisch Anspruch auf Erstattung der anfallenden Transport- oder Reisekosten; für die Erstattung dieser Kosten gelten weiterhin die Bestimmungen des Anhangs I, Abschnitt XIII.

b) Die freie Wahl des Arztes und der Krankenanstalt gilt für mitangeschlossene Personen nur dann, wenn ihre primäre Krankenversicherung dies zuläßt.

Zu Absatz 2:

Abkommen mit Angehörigen der ärztlichen Berufe und mit Krankenanstalten.

Die in Brüssel beschäftigten oder wohnhaften angeschlossenen Personen erhalten eine Lose-Blattsammlung (Dok. IX/1200/Juli 1976) (1) mit dem Abkommen, die die Institutionen und Organe der Europäischen Gemeinschaften mit Mitgliedern der ärztlichen Berufe und mit Krankenanstalten in Brüssel abgeschlossen haben. Außerdem enthält sie den Inhalt eines Abkommens, das mit der Badergesellschaft von Montecatini (Provinz Pistoia, Italien) getroffen worden ist.

-----  
(1) Die Sammlung wurde durch Bekanntmachungen in den Verwaltungsmittellungen vom 20.6.1977, 24.6.1977, 18.7.1978 und 12.9.1980 vervollständigt.



Es wird darauf hingewiesen, daß die einzelnen Blätter der Broschüre nur für den Dienstgebrauch, also nur für die bei der Krankheitsfürsorge der Europäischen Gemeinschaften versicherten Mitglieder des Personals und die durch sie mitangeschlossenen Personen, bestimmt sind. Der Inhalt der Blätter darf, selbst wenn er überholt ist, anderen Personen nicht mitgeteilt werden; diese Blätter sind vielmehr zu vernichten.

Das Inhaltsverzeichnis, die "Allgemeinen Bemerkungen", die eine erläuternde Einführung geben, die "Allgemeinen Hinweise" mit einer Kurzfassung aller Abkommen sowie die entsprechenden Ergänzungen erscheinen in den sechs Amtssprachen der Gemeinschaften; die Anhänge zu den einzelnen Abkommen mit Angaben über Sätze, Sprechstunden und Konsultationsbedingungen sowie weiteren technischen Einzelheiten werden ungekürzt, jedoch nur in der Originalsprache des Abkommens abgedruckt.

Da das Dokument in erster Linie für die in Brüssel tätigen Bediensteten von Interesse ist, bestand kein Anlaß, es an alle außerhalb Brüssels beschäftigten Mitglieder des Personals zu verteilen. Die Bestimmungen der Abkommen gelten jedoch unabhängig vom Dienort auch für diejenigen Mitglieder des Personals und die durch sie mitangeschlossenen Personen, die sich bei einem niedergelassenen Arzt oder einer Krankenanstalt, mit denen ein Abkommen getroffen wurde, in Behandlung begeben, z.B. wenn sie sich auf einer Dienstreise in Brüssel aufhalten oder eine Kur in Montecatini machen.

Die in Brüssel verteilten losen Blätter können bei den Verwaltungsdienststellen der Organe der Europäischen Gemeinschaften in Luxemburg, bei den Verwaltungsdienststellen der Forschungsanstalten der Gemeinsamen Forschungsstelle sowie bei den Abrechnungsstellen der Krankheitsfürsorge der Beamten der Europäischen Gemeinschaften in Brüssel, Luxemburg und Ispra eingesehen werden.

Außerdem wird darauf hingewiesen, daß Änderungen der Satze für Krankheitsaufenthalte und Behandlungen im Rahmen der Abkommen möglich sind. Derartige Änderungen sind unter den gegenwertigen Umständen sogar recht häufig. Dem Personal wird daher nachdrücklich empfohlen, sich bei der Reservierung eines Bettes in einer Krankenanstalt, mit der ein Abkommen abgeschlossen worden ist, jeweils die genauen Bedingungen mitteilen zu lassen.

Es wird ferner geraten, sich insbesondere vor umfangreichen Behandlungen oder Eingriffen möglichst vorher nach den genauen Kosten zu erkundigen.

Es wird daran erinnert, daß Abkommen nur mit privaten Einrichtungen geschlossen worden sind, weil die Bediensteten der Europäischen Gemeinschaften und die durch sie mitangeschlossenen Personen in staatlichen Einrichtungen der einheimischen Bevölkerung gleichgestellt werden.

### ARTIKEL 13

Die Bestimmungen über den Verlust des Leistungsanspruchs sind genauestens zu beachten. Die Beweislast im Falle höherer Gewalt trägt der Beante. Für die erforderlichen Entscheidungen sind die Abrechnungsstellen zuständig. Selbstverständlich steht der in Artikel 16 vorgesehene Beschwerde- und Rechtsweg in Streitfällen offen.

Die Berechtigten werden besonders auf die Änderung in Absatz 1 dieses Artikels hingewiesen. Die Anträge auf Erstattung von Krankheitskosten sind künftig innen zwölf Monaten nach dem Ende des Kalenderhalbjahres zu beantragen, in der die Leistungen erbracht worden sind. Beispiel: Für eine ärztliche Behandlung vom 18.8. ist die Rechnung spätestens am 31.12. des darauffolgenden Kalenderjahres einzureichen; für eine ärztliche Behandlung vom 28.6. ist die Rechnung spätestens am 30.6. des darauffolgenden Kalenderjahres einzureichen.

### ARTIKEL 15

Der Anspruch auf Erstattung erlischt für die gesamte Leistung, die Gegenstand eines Betrugsversuchs war.

## ARTIKEL 16

Jeder, der eine Beschwerde nach Artikel 90 des Statuts einreicht und eine aufgrund des Artikels 72 sowie der entsprechenden Durchführungsbestimmungen erlassene Verfügung anfechtet, kann medizinische Nachweise in einem verschlossenen Umschlag mit dem Vermerk "vertraulich - medizinische Unterlagen" beifügen. Diese Unterlagen werden nur von den Beamten geprüft, die zu der Akte Zugang haben.

## ARTIKEL 30

Zu Absatz 1:

Bei Änderung der Vorschriften für die Erstattung der Krankheitskosten (Anhänge I, II, III und IV der Regelung) werden die neuen Erstattungshöchstsätze und -beträge vom Tage des Inkrafttretens der Änderung an auf die zu diesem Zeitpunkt laufenden ärztlichen Behandlungen angewendet.

## ANHANG I

### Vorbemerkungen

1. Die in den Anhängen zu dieser Regelung aufgeführten Leistungen sind durch Personen, die zur Ausübung eines ärztlichen oder arztähnlichen Berufs befugt sind, oder durch von den zuständigen Behörden anerkannte medizinische oder paramedizinische Einrichtungen zu erbringen.
2. Das gemeinsame Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften übernimmt keine Kosten für Behandlungen, die der Erbringer der Leistung (Arzt, Zahnarzt, Hebamme, Krankenschwester, Angehöriger eines arztähnlichen Berufstandes usw.) an seinem Ehegatten, seinen Verwandten in absteigender und aufsteigender Linie, seinem Schwiegervater, seiner Schwiegermutter, seinen Brüdern, Schwestern, Schwiegersöhnen oder Schwiegertöchtern vornimmt. Dagegen werden die Kosten für die bei diesen Leistungen verwendeten Heilmittel und Materialien im Rahmen der Bestimmungen der vorstehend genannten Regelung erstattet.

## ANHANG I, ABSCHNITT I

Zu 1) und 2)

Auf die Honorare für diese Leistungen (Beratungen oder Besuche durch praktische Ärzte oder Fachärzte), die in LIT oder UKL abgerechnet werden, wird bei der Erstattung gemäß den Bestimmungen von Artikel 8 Absatz 1 der Regelung der Koeffizient 2 angewandt.

Zu 1)

Falls die zuständigen einzelstaatlichen Behörden an bestimmten Dienst- oder Wohnorten die Behandlung durch einen praktischen Arzt mit der Behandlung durch einen Facharzt im Hinblick auf die Erstattung der Kosten gleichsetzen, so erstattet das gemeinsame Krankheitsfürsorgesystem die Kosten für die Behandlung durch einen Facharzt bis zu dem in der Regelung vorgesehenen Höchstbetrag.

Zu 3)

Zur Erstattung der Kosten für die - nicht durch einen Arzt durchgeführten - psychotherapeutischen Behandlungen ist das Attest eines Psychiaters, eines Neuropsychiaters oder Neurologen vorzulegen. Für Kinder unter 15 Jahren kann das Attest durch einen Kinderfacharzt ausgestellt werden.

In dem ärztlichen Attest sind

- 1) die Dauer und die Anzahl der Behandlungen sowie
- 2) der Name der zuständigen Person und die Art der erforderlichen Fachkenntnisse anzugeben;
- 3) es ist ferner zu bestätigen, daß die Behandlung unter der Aufsicht und der Verantwortung des Arztes durchgeführt wird.

Diese Bestimmung gilt für die Länder, in denen der Beruf des Psychotherapeuten von der Sozialversicherung des Landes, in dem dieser seinen Beruf ausübt, nicht anerkannt wird.

### ANHANG I, ABSCHNITT III

#### Zu Absatz 1, 2. Unterabsatz sowie zu Absatz 2

Wird für die Krankenhausbehandlung ein Tagespauschalsatz in Rechnung gestellt, in dem die in Absatz 1, 2. Unterabsatz genannten Aufenthaltskosten sowie die im ersten Satz des zweiten Absatzes aufgeführten Kosten ganz oder teilweise enthalten sind, so ist insbesondere mit Rücksicht auf die Bestimmungen in Anhang I, Abschnitt XV, Absatz 3 der Regelung die Stellungnahme des Vertrauensarztes der Abrechnungsstelle einzuholen, wenn der Tagespauschalsatz 8.000 BFR überschreitet.

### ANHANG I, ABSCHNITT IV

#### Zu Abschnitt IV, Absatz 1, in extenso

Die Erstattung dieser Kosten unterliegt in jedem Fall den Verfahrensvorschriften der Regelung.

#### Zu Absatz 1, 1. Unterabsatz

Da bestimmte schwere Erkrankungen vorübergehender Art sind, entscheiden die zuständigen medizinischen Instanzen von Fall zu Fall, wie lange Artikel 72, Absatz 1 des Statuts und Abschnitt IV des Anhangs I der Regelung anzuwenden sind.

#### Zu Absatz 1, 2. und 3. Unterabsatz

Es gelten die Auslegungsbestimmungen zu Abschnitt XV.

### ANHANG I, ABSCHNITT V

Die Kosten für Spritzen im Rahmen einer Dauerbehandlung von Diabetikern werden erstattet.

## ANHANG I, ABSCHNITT VI

Zu Absatz 2 und Anhang III

Wird ein Kostenvoranschlag für Zahnersatz erstellt und wird der in dem Voranschlag genannte Betrag berechnet, so wird dieser Betrag wie bei einer Zahnbehandlung erstattet. Werden bei feststehendem Zahnersatz zwei Teile des gleichen Zahns getrennt behandelt, so sind die Kosten für diese beiden Teile im Rahmen der geltenden Höchstbeträge zu erstatten.

Die in Anhang III B genannten Höchstbeträge gelten nur für den eigentlichen Zahnersatz ohne Vorbehandlungen oder gegebenenfalls Nachbehandlungen im Zusammenhang mit diesem Zahnersatz. Bei herausnehmbarem Zahnersatz ist die skelettierte Chrom-Kobalt-Prothese nicht als eine Ergänzung der Kunstharzplatte anzusehen. Für sie gilt der erstattungsfähige Höchstbetrag.

Zu Absatz 3

Beamte, die ihren Dienstort gewechselt haben, haben wiederholt feststellen müssen, daß die Zahnregulierungsmethoden von Land zu Land verschieden sind. Daher ist nach Stellungnahme des Vertrauensarztes oder Vertrauenszahnarztes eine zweite Erstattung zu genehmigen, wenn eine Zahnregulierung wegen Änderung des Dienstortes neu begonnen werden muß.

## ANHANG I, ABSCHNITT IX

Absatz 1

Als "Ausnahmefälle" gelten insbesondere schwere Verletzungen (infolge eines Unfalls usw. ...) oder ein als "schwere Krankheit" anerkanntes Leiden (Erstattung 100 %).

#### ANHANG I - ABSCHNITT X

Zu Absatz 2, Unterabsatz d)

Bei Erstanträgen und Anträgen auf Verlängerung gilt als Zeitpunkt der Genehmigung das auf dem Antragsformular vermerkte Datum der Stellungnahme des Vertrauensarztes.

#### ANHANG I - ABSCHNITT XI

Die Kosten für die Reise zum Kurort trägt der Krankheitsfürsorge-Berechtigte.

#### ANHANG I - ABSCHNITT XII

Zu A)

Kosten für Brillengläser zur Korrektur von Sehfehlern mit einer stärkeren Tönung als der Tönung A (12 bis 15% Tönung) werden nur erstattet, wenn die Notwendigkeit, derartige Brillengläser zu tragen, durch einen Facharzt für Augenheilkunde in einem eingehenden ärztlichen Bericht ordnungsgemäß nachgewiesen wird. Der Bericht kann gegebenenfalls dem Vertrauensarzt der Abrechnungsstelle zur Stellungnahme vorgelegt werden.

Für Erstattungen gemäß Abschnitt XII A 2) genügt eine detaillierte und vom Optiker quittierte Rechnung, sofern die ersten von der Krankheitsfürsorge erstatteten Brillengläser ärztlich verordnet wurden.

Zu B)

Punkt XII B der Regelung ist entsprechend auf das Brillengestell für die unter A) genannten Gläser anzuwenden.

Zu C)

Einem Krankheitsfürsorge-Berechtigten, dem die Ausgaben für Kontaktlinsen für sich selbst oder für eine von ihm mitversicherte Person erstattet worden sind, können vorbehaltlich

der in der Regelung festgelegten Fristen auch die Ausgaben für ein Paar Brillengläser und ein Brillengestell erstattet werden.

Für Erstattungen gemäß Abschnitt XII C 2) genügt eine detaillierte und vom Optiker quittierte Rechnung, sofern die ersten, von der Krankheitsfürsorge erstatteten Kontaktlinsen von einem Facharzt für Augenheilkunde verordnet wurden.

Kosten für Pflegemittel für Kontaktlinsen werden auf ärztliche Verordnung vom gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystem bis zu 85% erstattet. Die Kosten für die Untersuchung durch einen staatlich geprüften Optiker werden in Höhe von 85% (und zwar bis zu dem Höchstbetrag, der für eine Beratung durch einen praktischen Arzt vorgesehen ist) erstattet.

Zu F) Nr. 1

Unter diesen Punkt fallen auch maßgearbeitete Schuhe zur Korrektur von Fußfehlern. Für orthopädische Schuhe, die wegen schwerwiegenden Mißbildungen benötigt werden, ist ein Voranschlag einzureichen. Nach Genehmigung des Voranschlags werden die Kosten hierfür bis zu 80% erstattet. In jedem Fall bleibt Abschnitt XV, Absatz 3, weiterhin gültig.

Die von einem Fußspezialisten aufgrund einer Untersuchung verordneten orthopädischen Einlagen werden gemäß Abschnitt XII F 1) erstattet, sofern diese Untersuchung ärztlich angeordnet wurde.

Für etwaige Folgeanträge gilt Abschnitt XII F 1).

#### ANHANG I - ABSCHNITT XIII

Zu Absatz 1

Erstattungsgrundlage: 80% anhand der Belege über den Transport des Kranken (die Belege sind vorzulegen) oder, falls keine Belege vorhanden sind, ein Pauschalbetrag in Höhe von 80% des Preises für eine Eisenbahnfahrt in der ersten Klasse.



Zu Absatz 2

Erstattungsgrundlage: 80% des Preises für eine Eisenbahnfahrt in der ersten Klasse.

Allgemeine Bemerkungen zu Anhang I, Abschnitt XIII, Absätze 1 und 2:

Bei der Prüfung der Anträge auf Genehmigung werden die Schwierigkeiten berücksichtigt, die für die Versicherten dadurch entstehen, daß es an bestimmten Dienstorten der Organe keine Universitätskrankenanstalten gibt.

Benötigt ein Versicherter wegen seines Alters und/oder der Art seiner Krankheit laut Anordnung des behandelnden Arztes eine Begleitung (eine Person), so

- ist die Stellungnahme des Vertrauensarztes zur Notwendigkeit der Begleitung einzuholen;
- erfolgt bei positiver Stellungnahme eine Erstattung von 80% der durch Belege nachgewiesenen Kosten für die Begleitung oder, falls keine Belege beigebracht werden, eine Pauschal-erstattung in Höhe von 80% des Preises für eine Eisenbahn- fahrt in der ersten Klasse.

#### ANHANG I - ABSCHNITT XIV

Dieser Zuschuß ist auf gar keinen Fall mit dem in Artikel 75 des Statuts vorgesehenen Zuschuß gleichzusetzen.

#### ANHANG I - ABSCHNITT XV

Zu Absatz 3, zweiter Unterabsatz

1. Kosten, die die in Anhang I der Regelung festgelegten Höchstbeträge (100% = hundert v.H.) um 50% (fünfzig v.H.) überschreiten (ausgenommen Kosten für die in Abschnitt VI genannten Leistungen wie Zahnbehandlung, Zahnersatz und Zahnregulierung), gelten als unangemessen hoch und können nicht nach den Bestimmungen von Artikel 8 Absatz 2 der Regelung erstattet werden.

Ausnahmen sind in Anhang I Abschnitt IV Absatz 1 zweiter Unterabsatz der Regelung aufgeführt.

Für in LIT und UKL abgerechneten Kosten für in Anhang I Abschnitt I, sub 1) und 2) (Beratungen und Besuche) aufgeführte Leistungen wird dieser Prozentsatz auf 10% (zehn v.H.) der Höchstbeträge (100% = hundert v.H.), die sich nach Anwendung der Auslegungsbestimmungen zu Abschnitt I, sub 1) und 2), ergeben, festgesetzt.

2. Vorbehaltlich der Bestimmungen in Anhang I Abschnitt IV Absatz 2 zweiter Unterabsatz werden Kosten, die die in Anhang I Abschnitt VI Absatz 1 letzter Unterabsatz und Absatz 3 sowie in Anhang III (Zahnbehandlung und Zahnersatz) genannten Höchstbeträge (100% = hundert v.H.) um 6% (sechs v.H.) überschreiten, als unangemessen hoch betrachtet und können-vorbehaltlich der in Anhang I Abschnitt IV Absatz 1 zweiter Unterabsatz genannten Bedingungen-nicht nach Artikel 8 Absatz 2 der Regelung erstattet werden. Derselbe Prozentsatz gilt nach der Anwendung der Auslegungsbestimmungen der Anhänge III A und B auch für Leistungen, die in LIT abgerechnet werden.

### Anhang III A

Auf die nachstehenden Leistungen wird, sofern sie in LIT abgerechnet wurden, folgender Koeffizient angewandt:

Normale Zahnfüllung	2,5
Zahnfüllung mit Devitalisierung einer Zahnwurzel	2,4
Zahnfüllung mit Devitalisierung mehrerer Zahnwurzeln	2,3
Normale Zahnextraktion	2,3
Chirurgische Zahnextraktion	1,7
Extraktion eines retinierten, impaktierten oder tief verlagerten Zahns	1,3
Wurzelspitzenresektion	1,2
Beseitigung von Schleimhautbändern	1,2
Vollständige Entfernung des Zahnsteins	1,8
Röntgenaufnahme eines Zahns	1,2
Panoramaaufnahme	1,2

### Anhang III B

Auf die nachstehenden Leistungen wird, sofern sie in LIT abgerechnet wurden, folgender Koeffizient angewandt:

Krone, Gold, Porzellan Spezialverankerung	1,1
Einlagefüllung aus Kunstharz	1,4
Stiftkrone, einfach	1
Stiftkrone, Richmond - Stiftkrone mit falschem Stumpf	1,2

**Ερμηνευτικές διατάξεις της ρύθμισης σχετικά με την κάλυψη κατά των κινδύνων ασθένειας των υπαλλήλων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων  
1η Ιανουαρίου 1991**

**ΑΡΘΡΟ 3**

προσθ. παρ. 1.

Όσον αφορά τις διατάξεις του άρθρου 1, Παράρτημα VII του κανονισμού υπηρεσιακής κατάστασης των υπαλλήλων, διευκρινίζονται τα ακόλουθα:

α) με τον όρο κερδοσκοπική επαγγελματική δραστηριότητα νοείται κάθε επαγγελματική δραστηριότητα που αποφέρει εισοδήματα. Ως εισοδήματα νοούνται κάθε είδους αποδοχές, μισθού, αμοιβές, απολαβές ή αποζημιώσεις που εισπράττει ο ενδιαφερόμενος, βάσει της επαγγελματικής του δραστηριότητας, με εξαίρεση τα επιδόματα ή τις επιστροφές εξόδων,

β)

- όσον αφορά τα εισοδήματα, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη αυτά που προέρχονται από την ασκούμενη δραστηριότητα κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους (ημερολογιακού ή οικονομικού),
- η μετατροπή σε βελγικά φράγκα των ετησίων εισοδημάτων που εισπράττονται στις άλλες χώρες της Κοινότητας πλην του Βελγίου, θα γίνεται βάσει της μέσης τιμής συναλλάγματος του έτους κατά τη διάρκεια του οποίου έχουν εισπραχθεί τα εισοδήματα,
- για τις χώρες όπου δεν υπάρχει διορθωτικός συντελεστής, ο συντελεστής που πρέπει να εφαρμόζεται στα επαγγελματικά εισοδήματα είναι αυτός που καθορίζεται για το Βέλγιο,
- ο διορθωτικός συντελεστής που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη είναι αυτός που ισχύει την 1η Νοεμβρίου,
- οι κρατήσεις ή καταβολές για κοινωνικές επιβαρύνσεις πρέπει να εκπίπτονται από το ποσό των εισοδημάτων που λαμβάνεται υπόψη πριν από την αφαίρεση του φόρου,

γ) οι ενδιαφερόμενοι θα συμπληρώνουν έντυπο ad hoc, έτσι ώστε τα αρμόδια γραφεία εκκαθάρισης να έχουν στη διάθεσή τους τα απαραίτητα στοιχεία σχετικά με το/τη σύζυγο που ασκεί κερδοσκοπική επαγγελματική δραστηριότητα και τα συντηρούμενα πρόσωπα. Κάθε δήλωση πρέπει να συνοδεύεται από τα κατάλληλα αποδεικτικά έγγραφα (πιστοποιητικό της εφορίας, βεβαίωση ή δήλωση του μισθού που θα προέρχεται από τον εργοδότη, κλπ.),

δ) τα γραφεία εκκαθάρισης διαθέτουν τον κατάλογο των δημοσίων συστημάτων υγειονομικής ασφάλισης που ισχύουν στις χώρες της Κοινότητας. Το καθοριστικό στοιχείο που χαρακτηρίζει αυτά τα συστήματα είναι η υποχρέωση ασφάλισης,

ε) ο όρος "καλύπτει" που αναφέρεται στη δεύτερη περίπτωση της παραγράφου 1 πρέπει να ερμηνευτεί με την έννοια ότι το δημοσιο σύστημα υγειονομικής ασφάλισης στο οποίο ο/η συζυγος είναι ασφαλισμένος/η επεκτείνεται στο ανώτατο όριο των κινδύνων που καλύπτει ή είναι δυνατόν να καλύπτει το σύστημα αυτό,

στ) με τον όρο "ίδιοι κίνδυνοι" νοούνται "κίνδυνοι ιδίου τύπου με αυτούς που καλύπτονται από το κοινό καθεστώς" δηλαδή οι κίνδυνοι ασθενείας, ατυχήματος και μητρότητας (άρθρο 1 της ρύθμισης).

Κατά συνέπεια, για να μπορούν να επωφεληθούν από το σύστημα επικουρικότητας που προβλέπει το καθεστώς μας, οι συζυγοί των υπαλλήλων που ασκούν κερδοσκοπική επαγγελματική δραστηριότητα πρέπει πρώτα να καλύπτονται κατά τον κίνδυνο ασθενείας για το σύνολο των παροχών που εξασφαλίζονται από το κοινό καθεστώς, ανεξάρτητα από τις διατάξεις του κυρίου συστήματος που εφαρμόζονται σχετικά.

προσθ. παρ. 2.

Το άρθρο 2 του παραρτήματος VII του κανονισμού υπηρεσιακής κατάστασης που καθορίζει τους όρους βάσει των οποίων χορηγείται το επίδομα συντηρούμενου τέκνου, εφαρμόζεται καθ'ολοκλήρεια και ιδιαίτερα η παράγραφος 3 β' το όριο ηλικίας είναι τα 26. Το όριο αυτό είναι το 27ο έτος όταν το συντηρούμενο τέκνο εκπληρώνει τις στρατιωτικές του υποχρεώσεις. Στις παραγράφους 4 και 5 του άρθρου αυτού διευκρινίζονται οι εξαιρέσεις.

#### ΑΡΘΡΟ 4. παρ. 5, 7, 8

Λαμβανομένων υπόψη των διατάξεων του άρθρου 72 του κανονισμού υπηρεσιακής κατάστασης και τον άρθρον 1 της ρυθμίσης, με τους όρους "κατά των ίδιων κινδύνων", νοούνται : " οι κίνδυνοι ασθενείας, ατυχήματος ή μητρότητας".

## ΑΡΘΡΟ 6

Γενικά όσον αφορά το άρθρο 6.

α) Η τιμολόγηση γίνεται για κάθε παροχή χωριστά, μόνο η ενδεχόμενη διαφορά μεταξύ της επιστροφής που λαμβάνεται από το εξωτερικό σύστημα και του ποσού που προβλέπεται από το δικό μας σύστημα είναι δυνατό να καλύπτεται εντός των προβλεπόμενων ανωτάτων ορίων των επιστροφών.

Παράδειγμα : Περίπτωση συζύγου υπαλλήλου που ασκεί εξωτερική κερδοσκοπική επαγγελματική δραστηριότητα που πληρεί τους όρους του άρθρου 3. Εάν εισπράττει επιστροφή εκ μέρους του ταμείου του ύψους 65 % και εάν, για τις ίδιες αυτές παροχές, το σύστημά μας προβλέπει επιστροφή ύψους 80 %, λαμβάνει το 15 % της διαφοράς, με την επιφύλαξη των διατάξεων των παραρτημάτων I, II και III της ρύθμισης. Εάν, αντίθετα, το πρώτο ταμείο του χορηγεί υψηλότερη επιστροφή από τη δική μας, διατηρεί το δικαίωμα αυτό.

β) Οι δικαιούχοι συμπληρωματικής ασφάλισης δεν δικαιούνται αμέσων καλύψεων, εφόσον αυτές είναι δυνατό να γίνονται μόνο από το ταμείο της κυρίας ασφάλισης τους.

γ) Εάν ένα εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης απαιτεί "δοκιμαστική" περίοδο (π.χ. έξι έως δώδεκα μηνών), δηλαδή καταβολή της εισφοράς χωρίς επιστροφή των παροχών σε αντάλλαγμα, το δικό μας σύστημα συνεχίζει να καλύπτει τον "δόκιμο ασφαλιζόμενο" κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής.

Περιπτώσεις που ενδέχεται να παρουσιαστούν :

1. Περίπτωση συζύγων υπαλλήλων που ασκούν επαγγελματική δραστηριότητα, μισθωτή ή όχι, η οποία παρέχει το δικαίωμα στις παροχές ενός δημοσίου συστήματος υγειονομικής ασφάλισης,
2. Περίπτωση συντηρούμενων τέκνων, κατά την έννοια του άρθρου 2 του παραρτήματος VII του κανονισμού, που είναι ασφαλισμένα σε εθνικό δημόσιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (κυρίως σπονδαστές),
3. Περίπτωση τέκνων που ασφαλίζονται κατά κύριο λόγο από το γονέα τον μη ασφαλισμένο στο δικό μας σύστημα,

4. Περίπτωση εν ενεργεία ή συνταξιούχων υπαλλήλων, που καλύπτονται και από άλλο σύστημα, ασφαλισμένων στο δικό μας σύστημα.

προσθ. περίπτωση 1)

- α) Με εξαίρεση την περίπτωση παραπτώματος ή παραλείψεως του ασφαλισμένου (συζύγου) έναντι των υποχρεώσεών του προς κάποιο άλλο σύστημα εκτός του κοινού συστήματος των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, το τελευταίο ισχύει στην περίπτωση επιστροφής των παροχών σαν συμπληρωματικό σύστημα.
- β) Η κατάσταση των ετησίων εισοδημάτων που αναφέρεται στο άρθρο 3 παρ. 1, δεύτερη περίπτωση, πρέπει να ελέγχεται με σχολαστικότητα: τα εισοδήματα πρέπει είτε να βεβαιώνονται από τον εργοδότη, είτε να προκύπτουν σαφώς και λεπτομερώς από φορολογική δήλωση (βλ. ανωτέρω, αρθρ. 3, προσθ. παρ. 1).

Προσθ. περίπτωση 2)

Με εξαίρεση την περίπτωση παραπτώματος ή παραλείψεως του συντηρουμένου τέκνου έναντι των υποχρεώσεών του προς το σύστημα στο οποίο είναι ασφαλισμένο υποχρεωτικά, το κοινό σύστημα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων ισχύει στην περίπτωση επιστροφής των παροχών σαν συμπληρωματικό σύστημα. (1) (2)

Προσθ. περίπτωση 3)

Με εξαίρεση στο γονέα - από τον οποίο ασφαλίζεται κατά κύριο λόγο το τέκνο - έναντι των υποχρεώσεών του προς κάποιο άλλο σύστημα εκτός του κοινού συστήματος των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, το τελευταίο ισχύει στην περίπτωση επιστροφής των παροχών σαν συμπληρωματικό σύστημα. (1)(2)

προσθ. περίπτωση 4)

Εαν υπάρχει υποχρέωση εισφοράς σε δύο συστήματα, οι ασφαλισμένοι στο δικό μας σύστημα μπορούν να επιλέξουν το σύστημα το οποίο θα χρησιμοποιήσουν για την επιστροφή των

---

(1) βλ. επίσης παρακάτω αρθρ. 9, προσθ. παρ. 1 β).

(2) Τα έξοδα για τα συντηρούμενα παιδιά που αναφέρονται στο άρθρο 3 παράγραφος 2 της ρύθμισης και τα οποία δεν καλύπτονται εν μέρει ή εξ ολοκλήρου από το κύριο σύστημα, επιστρέφονται υπό τους όρους και εντός των ορίων που καθορίζει η παρούσα ρύθμιση.

παροχών που έχουν λάβει· εννοείται ότι το κοινό σύστημα της Επιτροπής ισχύει ως συμπληρωματικό σύστημα στις περιπτώσεις που δεν ισχύει ως κύριο.

## ΑΡΘΡΟ Β

προσθ. 1)

Οι διατάξεις αυτής της παραγράφου δεν εφαρμόζονται, καταρχήν, στις χώρες της Κοινότητας.

Ο πίνακας των χωρών στις οποίες το κόστος περίθαλψης είναι ιδιαίτερα υψηλό, ο οποίος καταρτίστηκε μετά από κοινή συμφωνία από τους προϊσταμένους της διοίκησης, περιλαμβάνει σήμερα τις ακόλουθες χώρες :

ΗΠΑ, ΚΑΝΑΔΑ, ΧΙΛΗ, ΟΥΡΟΥΓΟΥΑΗ, ΙΑΠΩΝΙΑ και ΒΕΝΕΖΟΥΕΛΑ.

Η επιστροφή των ιατρικών εξόδων στις χώρες αυτές θα πραγματοποιείται με μέγιστο όριο το διπλάσιο των ανώτατων ορίων επιστροφών που αναφέρονται στα παραρτήματα της ρύθμισης, ενδεχομένως μετά από πρόταση του κεντρικού γραφείου και με σύμφωνη γνώμη της επιτροπής διαχείρισης.

Ο όρος "μεγάλη επιβάρυνση" θεωρείται ότι πληρούται όταν τα μη επιστρεφόμενα βάσει των "υποβληθέντων εξόδων" ποσά που αναφέρονται στην παράγραφο 1 φθάνουν το 50 % των εξόδων αυτών.

Για την εφαρμογή αυτής της παραγράφου τα "υποβληθέντα έξοδα" πρέπει να υπολογίζονται για κάθε παροχή χωριστά.

προσθ. 2)

Οι διατάξεις του άρθρου Β δεν εφαρμόζονται στους ασφαλισμένους που καλύπτονται από την συμπληρωματική υγειονομική ασφάλιση που προβλέπεται στο άρθρο Ζ4 του παραρτήματος Χ του κανονισμού υπηρεσιακής κατάστασης.

α) Σε περίπτωση που η περίοδος των δώδεκα συνεχών μηνών περιλαμβάνει κλάσματα μήνα, ο μέσος όρος του μηνιαίου βασικού μισθού υπολογίζεται λαμβάνοντας υπόψη τους βασικούς μισθούς, που έχουν χορηγηθεί από τον μήνα ενάρξεως μέχρι το μήνα λήξεως αυτής της περιόδου. Επειδή η οικογενειακή κατάσταση ενδέχεται να μεταβληθεί κατά την επιλεγείσα περίοδο, για τον καθορισμό του επιστρεφόμενου ποσοστού θα λαμβάνεται υπόψη η εννοικότερη κατάσταση.



β) Η παράγραφος αυτή εφαρμόζεται υπό τον όρο της εφαρμογής των ερμηνευτικών διατάξεων των σημείων I και XV του παραρτήματος I.

γ) Όταν οι δύο σύζυγοι είναι ασφαλισμένοι στο σύστημα, έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν μετά από κοινή συμφωνία, τη σώρευση των μη επιστρεφόμενων μερών των εξόδων ασθένειας τους με την επιφύλαξη :

- ότι αυτό θα γίνει όσον αφορά τον/την ασφαλισμένο/η σύζυγο με τον υψηλότερο βασικό μισθό,
- ότι ο/η σύζυγος - το μη επιστρεφόμενο μέρος των εξόδων του οποίου θα ληφθεί υπόψη κατά την εκκαθάριση των εξόδων του/της συζύγου με τον υψηλότερο βασικό μισθό - δεν θα υποβάλει χωριστή αιτήση βάσει των διατάξεων του άρθρου 72 παράγραφος 3 του κανονισμού και του άρθρου 8 παράγραφος 2 της ρύθμισης,
- ότι η δωδεκάμηνη περίοδος που θα ληφθεί υπόψη θα είναι η ίδια και για τους δύο συζύγους.

#### ΑΡΘΡΟ 9

προσθ. παρ. 1.

α) Οι διατάξεις αυτές δεν συνεπάγονται αυτομάτως την επιστροφή των συνεπαγομένων εξόδων μεταφοράς ή μετακίνησης επιστροφή τέτοιων εξόδων διέπεται από τις διατάξεις του παραρτήματος I, σημείο XIII.

β) Η ελεύθερη επιλογή ισχύει για τους δικαιούχους συμπληρωματικής ασφάλισης μόνο εφόσον τους το επιτρέπει το σύστημα κύριας ασφάλισης στο οποίο υπάγονται.

προσθ. παρ. 2.

Συμφωνίες με μέλη ιατρικών επαγγελματιών και με νοσηλευτικά ιδρύματα.

Οι εν υπηρεσία ή διαμένοντες στις Βρυξέλλες ασφαλισμένοι λαμβάνουν ενημερωτικό φυλλάδιο με κινητά φύλλα (αναφορά IX/1200/Ιούλιος 1976)(1) στο οποίο εκτίθεται το περιεχόμενο των συμφωνιών που έχουν συνάψει τα όργανα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων με μέλη ιατρικών επαγγελματιών και με νοσηλευτικά

---

1) Ενημέρωση μέσω ανακοινώσεων στις διοικητικές πληροφορίες της 20.6.1977, 24.6.1977, 18.7.1980 και 12.9.1980.

ιδρύματα, κυρίως στην περιοχή των Βρυξελλών, καθώς και το περιεχόμενο της συμφωνίας που έχει συναφθεί με την Εταιρία Θερμών Πηγών του Montecatini (επαρχία Pistoia της Ιταλίας).

Εφιστάται η προσοχή στον χαρακτήρα των φύλλων που περιλαμβάνονται στο φυλλάδιο : πρόκειται για έντυπα περιορισμένης χρήσεως, που απευθύνονται αποκλειστικά στα μέλη του προσωπικού των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων και στα πρόσωπα που είναι προσωπικά ασφαλισμένα κατά των κινδύνων ασθένειας. Τα φύλλα δεν πρέπει να μεταβιβάζονται σε άλλα άτομα ακόμα κι αν δεν ισχύουν πλέον, αλλά πρέπει να καταστρέφονται.

Ο πίνακας περιεχομένων, οι "Γενικές παρατηρήσεις" που αποτελούν την επεξηγηματική εισαγωγή όλου του εντύπου, οι "Γενικές ενδείξεις" που συνοψίζουν, το περιεχόμενο κάθε συμφωνίας, καθώς και οι ενημερώσεις διανέμονται στις έξι κοινοτικές γλώσσες: τα παραρτήματα κάθε συμφωνίας, στα οποία καθορίζονται οι τιμές, οι ώρες και οι προϋποθέσεις των επισκεψών και άλλες τεχνικές λεπτομέρειες, εκτίθενται εκτενώς, αλλά μόνο στη γλώσσα του πρωτοτύπου της συμφωνίας.

Επειδή το εν λόγω έγγραφο έχει κυρίως τοπική χρήση, δεν κρίθηκε απαραίτητο να διανεμηθεί σε όλα τα μέλη του προσωπικού που υπηρετούν εκτός Βρυξελλών. Ωστόσο, τα μέλη του προσωπικού και τα πρόσωπα που καλύπτονται προσωπικά κατά των κινδύνων ασθένειας, τα οποία περιθάλπονται από ιατρούς ή ιδρύματα με τα οποία έχουν συναφθεί συμφωνίες, απολαύουν των όρων των συμφωνιών αυτών ανεξάρτητα από τον τόπο διορισμού τους: εάν, για παράδειγμα, βρίσκονται σε αποστολή ή σε διακοπές στην περιοχή των Βρυξελλών ή εάν κάνουν θεραπεία στις θερμές πηγές του Montecatini.

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να συμβουλευθούν τα φύλλα που διανέμονται στις Βρυξέλλες στις διοικητικές υπηρεσίες των οργάνων των Κοινοτήτων στο Λουξεμβούργο και στις εγκαταστάσεις του Κοινού Κέντρου Ερευνών καθώς και στο γραφείο εκκαθάρισης της Υπηρεσίας Υγειονομικής Ασφάλισης των υπαλλήλων των Κοινοτήτων, στις Βρυξέλλες, στο Λουξεμβούργο και στην Ίσπρα. Στα πλαίσια των συμφωνιών που έχουν συναφθεί, είναι δυνατό να υπάρχουν διαφορές μεταξύ των τιμών νοσοκομειακής περίθαλψης και θεραπείας. Οι διαφορές αυτές είναι αρκετά συχνές στις παρούσες συνθήκες. Επομένως, συνιστάται ιδιαίτερα στα μέλη του προσωπικού να

διευκρινίζουν ατομικά τους όρους όταν κάνουν κράτηση σε νοσηλευτικό ίδρυμα με το οποίο έχει συναφθεί συμφωνία. Επίσης τους συνιστάται να διευκρινίζουν προηγουμένως, στο μέτρο του δυνατού, τις αμοιβές για κάθε θεραπεία ή επέμβαση, ιδίως όταν είναι σημαντική.

Υπενθυμίζεται ότι πρόκειται για συμφωνίες που έχουν συναφθεί με ιδιωτικά ιδρύματα, διότι όσον αφορά τα κρατικά, τα μέλη του προσωπικού των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων και τα καλυπτόμενα πρόσωπα εξομοιώνονται με τον τοπικό πληθυσμό.

### ΑΡΘΡΟ 13

Οι διατάξεις που αφορούν την εκπτώση πρέπει να εξετάζονται με ιδιαίτερη προσοχή. Ο υπάλληλος οφείλει να αποδείξει την "ανωτέρα βία". Τα γραφεία εκκαθάρισης αποφασίζουν αναλόγως. Σε περίπτωση διαφωνίας, ζητείται η γνώμη της κεντρικής υπηρεσίας, ενώ είναι αυτονόητο ότι υφίσταται πάντα η δυνατότητα προσφυγής που προβλέπεται στο άρθρο 16.

Επιστάται ιδιαίτερα η προσοχή των ασφαλισμένων στην τροποποίηση των διατάξεων της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού. Οι αιτήσεις για την επιστροφή των ιατρικών εφόδων πρέπει στο εξής να υποβάλλονται εντός προθεσμίας των δώδεκα μηνών που ακολουθούν το ημερολογιακό έδαμνην κατά τη διάρκεια του οποίου πραγματοποιήθηκαν οι παροχές. Παράδειγμα : επίσκεψη στις 16.8 - η απόδειξη πρέπει να υποβληθεί το αργότερο στις 31.12 του επόμενου έτους, επίσκεψη στις 28.6 - η απόδειξη πρέπει να υποβληθεί το αργότερο στις 30.6 του επόμενου έτους.

### ΑΡΘΡΟ 15

Η έκπτωση αφορά το δικαίωμα επιστροφής του συνόλου της παροχής που αποτέλεσε αντικείμενο απόπειρας απάτης.

## ΑΡΘΡΟ 16

Κάθε πρόσωπο που υποβάλλει ένσταση βάσει του άρθρου 90 του κανονισμού υπηρεσιακής καταστασης και αμφισβητεί απόφαση που έχει ληφθεί δυνάμει του άρθρου 72 του κανονισμού και των σχετικών ρυθμίσεων εφαρμογής, δύναται να επισυνάψει τα ιατρικά δικαιολογητικά σε κλειστή επιστολή με την ένδειξη "εμπιστευτικό - ιατρικά δικαιολογητικά".

Τα στοιχεία αυτά εξετάζονται μόνο από τους αρμοδίους υπαλλήλους που δικαιούνται να λάβουν γνώση του υπηρεσιακού φακέλου.

## ΑΡΘΡΟ 30

προσθ. παρ. 1

Σε περίπτωση αναθεώρησης των κανόνων που διέπουν την επιστροφή των ιατρικών εξόδων (παραρτήματα I, II, III και IV της ρύθμισης), τα νέα ανώτατα όρια επιστροφής εφαρμόζονται - από την ημερομηνία που αρχίζει να ισχύει η εν λόγω αναθεώρηση - στις ιατρικές θεραπείες που έχουν ήδη αρχίσει κατά την ημερομηνία αυτή.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

### Προκαταρκτικές παρατηρήσεις

1. Οι παροχές που ορίζονται στα παραρτήματα της παρούσας ρύθμισης πρέπει να πραγματοποιούνται από πρόσωπο ή πρόσωπα που έχουν άδεια άσκησης ιατρικού ή παρα-ιατρικού επαγγέλματος ή από ιατρικά ή παρα-ιατρικά ιδρύματα εγκεκριμένα από τις αρμόδιες αρχές.

2. Το κοινό σύστημα υγειονομικής ασφάλισης των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων δεν παρεμβαίνει για την κάλυψη του κόστους περίθαλψης που παρείχε πρόσωπο (ιατρός, οδοντίατρος, μαία, νοσοκόμος, παραϊατρικό σώμα, κλπ.) στο/στη συζυγό του, στους κατιόντες, ανιόντες και στους συγγενείς εξ αγγιστείας. Ωστόσο το κόστος των προϊόντων και του εξοπλισμού που χρησιμοποιήθηκαν επ' ευκαιρία των παροχών, επιστρέφεται βάσει των διατάξεων της συγκεκριμένης ρύθμισης.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι. ΣΗΜΕΙΟ Ι

υπο. 1) και 2)

Τα έξοδα για αυτές τις παροχές (επισκέψεις και γνωματεύσεις παθολόγων και ειδικών ιατρών) σε ιταλικές λίρες και λίρες στερλίνες καθορίζονται με βάση και εντός των ορίων ενός συντελεστή δύο κατ'εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου Β παράγραφος 1 της ρύθμισης.

προσθ. 1)

Εάν, σε-ορισμένους τύπους διορισμού ή-διακονίας,-οι-αρμόδιες κρατικές αρχές εξομοιώνουν, όσον αφορά την επιστροφή των παροχών, με τους παθολόγους, με τους ειδικούς ιατρούς, το σύστημα επιστρέφει τα έξοδα αυτών των παροχών βάσει του ανώτατου ορίου που προβλέπεται στο τιμολόγιο για τους ειδικούς ιατρούς.

προσθ. 3)

Για να καλυφθούν από το σύστημα οι ψυχοθεραπείες - εφόσον δεν πραγματοποιούνται από τον ιατρό - πρέπει να αποτελούν αντικείμενο εντολής ψυχιάτρου, νευροψυχιάτρου ή νευρολόγου. Για παιδιά κάτω των 15 ετών, η εντολή μπορεί να προέρχεται από παιδίατρο.

Η ιατρική εντολή πρέπει να διευκρινίζει :

- 1) τη διάρκεια και τον αριθμό των επισκέψεων,
- 2) το όνομα του αρμόδιου προσώπου με δήλωση των απαραίτητων προσόντων,
- 3) ότι η θεραπεία έγινε υπό την επίβλεψη και υπευθύνη του ιατρού.

Η διάταξη αυτή εφαρμόζεται στις χώρες όπου ο ψυχοθεραπευτής δεν είναι αναγνωρισμένος από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης της χώρας στην οποία ασκεί το επάγγελμα.

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΣΗΜΕΙΟ ΙΙΙ

προσθ. παράγραφος Ι, δεύτερο εδάφιο και παράγραφος Ζ

Στην περίπτωση καθορισμού πάγιας ημερήσιας τιμής νοσοκομειακής περίθαλψης που περιλαμβάνει τα έξοδα παραμονής που αναφέρονται στο δεύτερο εδάφιο της παραγράφου Ι καθώς και το σύνολο ή τμήμα των εξόδων που απαριθμούνται στην πρώτη φράση της παραγράφου Ζ, απαιτείται η γνώμη του ιατρικού συμβούλου του γραφείου εκκαθάρισης εφόσον η πάγια τιμή υπερβαίνει τις 8.000 βελγ. φρ. ημερησίως, λαμβανομένων ωστόσο υπόψη των διατάξεων του παραρτήματος Ι, σημείο XV, παράγραφος 3 της ρύθμισης.

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΣΗΜΕΙΟ ΙV

προσθ. σημείο IV, παράγραφος Ι, in extenso

Η επιστροφή των εξόδων αυτών υπόκειται, εν πάση περιπτώσει, στους όρους των διαδικασιών που προβλέπονται από τη ρύθμιση.

προσθ. παράγραφος Ι - πρώτο εδάφιο

Λόγω του προσωρινού χαρακτήρα ορισμένων σοβαρών-ασθενειών, η διάρκεια εφαρμογής των διατάξεων του άρθρου 72 παρ. Ι του κανονισμού υπηρεσιακής κατάστασης και του σημείου IV του παραρτήματος Ι της ρύθμισης, υπολογίζεται για κάθε περίπτωση χωριστά από τις αρμόδιες ιατρικές αρχές.

προσθ. παράγραφος Ι - δεύτερο και τρίτο εδάφιο

Εφαρμόζονται οι ερμηνευτικές διατάξεις του σημείου XV.

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΣΗΜΕΙΟ V

Επιτρέπεται η επιστροφή εξόδων αγοράς συρίγγων για τη μόνιμη θεραπεία διαβητικού.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΣΗΜΕΙΟ VI

προσθ. παρ. 2 και παράρτημα III

Στην περίπτωση που συντάσσεται ανάλυση των προβλεπομένων εξόδων για την τοποθέτηση προθέσεων και το ποσό που αναφέρεται σ' αυτήν έχει τιμολογηθεί, το ποσό αυτό επιστρέφεται βάσει της "οδοντιατρικής περίθαλψης". Όσον αφορά τις σταθερές προθέσεις, - σε περίπτωση ξεχωριστής θεραπείας δύο στοιχείων του ίδιου δοντιού - τα έξοδα για τα δύο αυτά στοιχεία πρέπει να επιστρέφονται σύμφωνα με τα προβλεπόμενα ανώτατα όρια.

Πρέπει, άλλωστε, να υπογραμμιστεί ότι τα ανώτατα όρια που προβλέπονται στο παράρτημα III πρέπει να λαμβάνονται υπόψη μόνο για τις προθέσεις, με εξαίρεση τις προηγούμενες ή ενδεχομένως μεταγενέστερες εργασίες που αφορούν τις ίδιες αυτές προθέσεις.

Στον τομέα των κινητών προθέσεων, η βάση "χρωμίον - κοβαλτίου" δεν θεωρείται συμπλήρωμα της βασικής πλάκας ρητίνης, αλλά υπόκειται στο ανώτατο όριο επιστροφής.

προσθ. παρ. 3

Πολλές φορές διαπιστώθηκε, μετά από αλλαγή του τόπου διορισμού του ασφαλισμένου, ότι οι μέθοδοι εργασίας στην ορθοδοντική ποικίλλουν από χώρα σε χώρα. Πρέπει, συνεπώς, στην περίπτωση που πρέπει να ξαναρχίσει μία ορθοδοντική θεραπεία μετά από αλλαγή του τόπου διορισμού, να χορηγείται μια δεύτερη επιστροφή μετά από γυμνοδότηση του ιατρικού συμβούλου ή του συμβούλου-οδοντιάτρου.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΣΗΜΕΙΟ ΙΧ

Παράγραφος Ι

Με τον όρο "εξαιρετικά" νοούνται οι περιπτώσεις σοβαρού τραυματισμού (λόγω ατυχήματος, κλπ.) ή πάθησης που έχει χαρακτηριστεί σοβαρή ασθένεια (επιστροφή κατά 100 %).

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΣΗΜΕΙΟ Χ

προσθ. παράγραφος 2 - εδάφιο δ)

Η ημερομηνία απόφασης είναι αυτή που αναφέρεται στη διοικητική απόφαση. Σε περίπτωση ανανέωσης, η ημερομηνία που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι η ημερομηνία της απόφασης ανανέωσης.

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΣΗΜΕΙΟ ΧΙ

Διευκρινίζεται ότι τα έξοδα ταξιδιού για τη μετακίνηση στον τόπο θεραπείας βαρύνουν τον έλκοντα το δικαίωμα.

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΣΗΜΕΙΟ ΧΙΙ

προσθ. Α)

Τα έξοδα διορθωτικών κρυστάλλων σκορρότερης απόχρωσης από την απόχρωση Α (12-15 % χρωμάτισης) δεν επιστρέφονται παρά μόνο αν υφίσταται ιατρικός λόγος που πιστοποιείται από αναλυτική έκθεση οφθαλμιάτρου για την έκθεση αυτή είναι δυνατόν να ζητείται η γνώμη του ιατρικού συμβούλου του γραφείου εκκαθάρισης.

Η επιστροφή που προβλέπεται στο σημείο ΧΙΙ Α 2) χορηγείται βάσει αναλυτικής απόδειξης εξοφλήσεως οπτικού εφάσον για τα πρώτα διορθωτικά κρύσταλλα, τα έξοδα αγοράς των οποίων έχουν επιστραφεί βάσει του κοινού κατεστώτος, έχει εκδοθεί ιατρική συνταγή.

προσθ. Β)

Οι διατάξεις του σημείου ΧΙΙ Β της ρύθμισης εφαρμόζονται κατ'αναλογία και στο σκελετό των κρυστάλλων που αναφέρονται στο σημείο Α ανωτέρω.

προσθ. Γ)

Στον ασφαλισμένο στον οποίο έχουν επιστραφεί τα έξοδα αγοράς φακών επαφής δικών του ή κάποιου καλυπτόμενου προσώπου,



μπορούν επίσης να επιστραφούν τα έξοδα αγοράς κρυστάλλων και σκελετού, με την επιφύλαξη των κοινωνικών προθεσμιών.

Η επιστροφή που προβλέπεται στο σημείο II Γ Ζ) χορηγείται εφόσον υποβληθεί αναλυτική απόδειξη εξοφλήσεως οπτικού και εφόσον οι πρώτοι φακοί επαφής, τα έξοδα αγοράς των οποίων έχουν επιστραφεί βάσει του κοινού καθεστώτος, έχουν χορηγηθεί βάσει συνταγής οφθαλμιάτρον.

Τα έξοδα συντήρησης των φακών επαφής καλύπτονται από το καθεστώς μέχρι ποσοστού 85 % των εξόδων. Τα έξοδα για την εξέταση από οπτικό επιστρέφονται κατά 85 %, αλλά δεν μπορούν να υπερβαίνουν το ανώτατο όριο που προβλέπεται για ιατρική επίσκεψη σε παθολόγο.

προσθ. ΣΤ) Σημείο I

Στο σημείο αυτό υπάγονται τα επί παραγγελία διορθωτικά υποδήματα· αντίθετα, τα έξοδα αγοράς ορθοπεδικών υποδημάτων για σημαντικές παραμορφώσεις επιστρέφονται κατά ποσοστό 80 % μετά από προηγούμενη έγκριση συννοσημένη από ανάλυση των προβλεπόμενων εξόδων. Εν πάση περιπτώσει, το σημείο XV/3 της ρύθμισης εξακολουθεί να εφαρμόζεται.

Τα έξοδα αγοράς ορθοπεδικών πελμάτων για τα οποία έχει εκδοθεί συνταγή από ιατρό ποδολόγο μετά από σχετική εξέταση, επιστρέφονται σύμφωνα με το σημείο XII ΣΤ 1), εφόσον η εξέταση αυτή έχει πραγματοποιηθεί βάσει κατόπιν ιατρικής συνταγής.

Σε περίπτωση ανανέωσης, τα έξοδα αγοράς των πελμάτων που έχουν αγορασθεί υπό τους όρους της προηγούμενης παραγράφου επιστρέφονται σύμφωνα με το σημείο XII ΣΤ 1).

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΣΗΜΕΙΟ XIII

προσθ. παράγραφος 1.

Βάση επιστροφής : το 80 % βάσει των δικαιολογητικών των σχετικών με τη μεταφορά του ασθενούς (δικαιολογητικά που πρέπει να υποβληθούν) ή, ελλείψει αυτών και κατ' αποκοπή, το 80 % της αξίας σιδηροδρομικού εισιτηρίου πρώτης θέσης.

προσθ. παράγραφος 2.

Βάση επιστροφής : το 80 % της αξίας σιδηροδρομικού εισιτηρίου πρώτης θέσης.

Γενικές παρατηρήσεις για τις παραγράφους 1 και 2 του σημείου XIII του παραρτήματος 1.

Κατά την εξέταση των αιτήσεων εγκρίσεως, λαμβάνονται υπόψη οι δυσκολίες που συναντούν οι ασφαλισμένοι λόγω του γεγονότος ότι δεν υπάρχουν πανεπιστημιακά νοσοκομειακά κέντρα σε ορισμένους τόπους εγκατάστασης των οργάνων.

Όταν ένας δικαιούχος, λαμβανομένης υπόψη της ηλικίας του και/ή της φύσης του διορισμού του, έχει, βάσει ιατρικής συνταγής, ανάγκη συνοδού (ενός ατόμου) για την μεταφορά ή την μετακίνησή του :

- λαμβάνεται η γιγνμάτευση του ιατρικού συμβούλου σχετικά με την ανάγκη συνοδείας,
- σε περίπτωση που η γιγνμάτευση αυτή είναι θετική, η επιστροφή καλύπτει το 80 % των εξόδων μεταφοράς ή μετακίνησης του συνοδευόντος προσώπου που πιστοποιούνται από τα υποβαλλόμενα δικαιολογητικά ή, ελλείψει τέτοιων δικαιολογητικών, κατ' αποκοπήν το 80 % του σιδηροδρομικού εισιτηρίου πρώτης θέσης.

#### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 - ΣΗΜΕΙΟ XIV

Η αποζημίωση αυτή δεν συγχέεται σε καμιά περίπτωση με την προβλεπόμενη στο άρθρο 75 του κανονισμού υπηρεσιακής κατάστασης.

#### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 - ΣΗΜΕΙΟ XV

προσθ. παράγραφος 3, δεύτερο εδάφιο

1. Τα έξοδα που υπερβαίνουν κατά 50 % (πενήντα τοις εκατό) το κόστος που αντιστοιχεί στο 100 % (εκατό τοις εκατό) των ανωτάτων ορίων που προβλέπονται στο παράρτημα I της ρύθμισης, με εξαίρεση αυτά που περιλαμβάνονται στο σημείο VI (οδοντιατρική περίθαλψη, οδοντικές προθέσεις και ορθοδοντική), θεωρούνται υπερβολικά και

δεν επιστρέφονται δυνάμει του άρθρου 8 παράγραφος 2 της ρύθμισης, με την επιφύλαξη αυτών που προβλέπονται στο παράρτημα Ι, σημείο IV, παράγραφος 1, δεύτερο εδάφιο της ρύθμισης.

Όσον αφορά την τιμή των παροχών που προβλέπονται στο παράρτημα Ι, σημείο Ι, υπό 1 και 2 (γνωματεύσεις και επισκέψεις), σε ιταλικές λίρες και λίρες στερλίνες, το ποσοστό αυτό καθορίζεται σε 10 % (δέκα τοις εκατό) του κόστους που αντιστοιχεί στο 100 % των ανωτάτων ορίων που προκύπτουν αν εφαρμοσθεί η ερμηνευτική διάταξη που αφορά το σημείο Ι, υπό 1 και 2.

2. Τα έξοδα που υπερβαίνουν κατά 6 % (έξι τοις εκατό) το κόστος που αντιστοιχεί στο 100 % των ανωτάτων ορίων που προβλέπονται στο παράρτημα Ι, σημείο VI, παράγραφοι 1 τελευταίο εδάφιο και 3, καθώς και στο παράρτημα III (οδοντιατρική περίθαλψη και οδοντικές προσθέσεις), θεωρούνται υπερβολικά και δεν επιστρέφονται δυνάμει του άρθρου 8 παράγραφος 2 της ρύθμισης, με την επιφύλαξη αυτών που προβλέπονται στο παράρτημα Ι, σημείο IV, παράγραφος 1, δεύτερο εδάφιο της ρύθμισης. Εξυπακούεται ότι για τις παροχές σε ιταλικές λίρες, το ποσοστό αυτό ισχύει εφόσον εφαρμοσθεί η ερμηνευτική διάταξη του παραρτήματος III A και Β.

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ Α

Οι τιμές των παροχών σε Ιταλικές λίρες θα καθοριστούν με βάση και εντός των ορίων του συντελεστή που ισχύει για κάθε τύπο παροχής που περιλαμβάνεται στον ακόλουθο κατάλογο :

Κανονικό σφράγισμα	2,5
Σφράγισμα με απονεύρωση μονόριζου δοντιού	2,4
Σφράγισμα με απονεύρωση πολύριζου δοντιού	2,3
Κανονική εξαγωγή	2,3
Χειρουργική εξαγωγή	1,7
Εξαγωγή έγκλειστου δοντιού	1,3
Εκτομή ρίζας	1,2
Εκτομή χαλινού	1,2
Πλήρης αφαίρεση τρυγίας	1,8
Ακτινογραφία δοντιού	1,2
Πανοραμική ακτινογραφία	1,2

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ Β

Οι τιμές των παροχών σε Ιταλικές λίρες θα καθορισθούν με βάση και στα πλαίσια του συντελεστή που ισχύει για κάθε τύπο παροχής που περιλαμβάνεται στον ακόλουθο κατάλογο :

Στεφάνη με χρυσό - πορσελάνη, ελαστική συγκράτηση	1,1
Έμβετο με ρητινη	1,4
Δόντι με απλό άξονα	1
Δόντι με άξονα κατά το σύστημα Richmond - άξονας + ψευδοκροσθώμια	1,2

## Interpretation of sickness Insurance rules 1 January 1991

### ARTICLE 3

#### Article 3(1)

This is to be interpreted, in the same way as Article 1 of Annex VII to the Staff Regulations:

- (a) Gainful employment means any occupation from which, an income is derived.. Income means any salary, wages, fee, emolument or allowance received, by the person in respect of the occupation, but excluding expense allowances.
- (b) - the income to be taken into account is earned, income for the previous year (calendar year or tax year) ;
  - annual income earned, in Community countries other than Belgium is converted Into Belgian francs at the average exchange rate for the year during which the Income was earned;
  - for countries with no weighting, -*Ose* weighting applicable to earned income is that for Belgium;
  - the weighting to be taken into account is that in force on 1 November;
  - deductions or payments for social security contributions should be deducted from the pre-tax income.
- (c) To give the claims offices the information they need on spouses in gainful employment and on dependent persons, members of the scheme must **fill** in a special form. The declaration must be supported by documentary evidence (tax certificate, salary statement from the employer, etc.).

- (d) The claims offices have lists of all the public sickness insurance schemes in Community countries. The key feature of these schemes is that membership is compulsory.
- (e) The term "covered." in the second, indent of paragraph. 1 must be interpreted as meaning that the public sickness insurance scheme of which the spouse is a member covers all the risks covered, or coverable, by that scheme.
- (f) "The same risks" means "the same kind of risks as those covered by the joint scheme", namely illness, accident and confinement (Article 1 of the Rules).

Consequently, in order to benefit from the additional cover offered by the Community scheme, spouses who are gainfully employed must already be covered by another sickness insurance scheme for all the benefits guaranteed by the Community scheme, irrespective of the provisions of the primary scheme.

#### Article 3(2)

Article 2 (and in particular paragraph 3(b)) of Annex VII to the Staff Regulations, laying down the conditions on which a dependent child allowance is payable, is applicable in its entirety. The age limit is 26, except in the case of a dependent child called up for military service, when it is 27. Paragraphs 4 and 5 of that article define the exceptions to the general rule.

#### Article 4(5), (7) and (8)

In the light of Article 72 of the Staff Regulations and Article I of the Rules, the phrase "against the same risks" must be interpreted as meaning the risks of "illness, accident or confinement".

## ARTICLE 6

### General comments

- (a) The reimbursement will be worked out for each item; all that will be paid is the difference, if any, between the amount reimbursed under the outside scheme and the amount reimbursed by our scheme, taking account of the various ceilings imposed by our scheme.

Example: An official's spouse is gainfully employed outside the Community institutions and satisfies the requirements of Article 3. If 65% of the spouse's medical expenses is reimbursed by his or her own scheme, and our scheme refunds 80% of expenses for the same treatment, he or she is paid the 15% difference, subject to the conditions of Annexes 1, 2 and 3 of the Rules. If, on the other hand, the spouse's principal scheme refunds more than is provided for on our scale, he retains this advantage but nothing is reimbursed by our scheme.

- (b) Our scheme cannot make direct payments to hospitals for beneficiaries entitled to supplementary reimbursement as this can be done only by the main insurer.
- (c) If a national social security system requires payment of contributions for a period during which no reimbursement is made ("qualifying period"), our scheme will continue to cover for this period.

### Specimen cases

**Case 1.** An official's spouse is in employment, gainful or otherwise, entitling him or her to treatment under a public sickness insurance scheme.

**Case 2.** Dependent children within the meaning of Article 2 of Annex VII to the Staff Regulations (notably students) are covered by a national social security system.

**Case 3.** Children are covered by the insurance of the parent who is not a member of our scheme.

Case 4. Members of our scheme, whether In active employment or in receipt, of a pension, are simultaneously covered, by another scheme.

#### Case 1

(a) Provided, the member (or spouse) is in good standing with the outside scheme, our scheme reimburses expenditure on treatment as a supplementary scheme.

(b) The annual income qualification in the second indent of Article 3(1) must be scrupulously checked: income must be certified by a statement from the employer or emerge clearly from a tax return (see interpretation of Article 3(1)).

#### Case 2

Provided, the dependent child is in good standing with the scheme of which he/she is a compulsory member, our scheme reimburses expenditure on treatment as a supplementary scheme.<sup>1,2</sup>

#### Case 3

Provided the parent with whom the child is mainly insured is in good standing with an outside scheme, our scheme reimburses expenditure on treatment as a supplementary scheme.<sup>1,2</sup>

#### Case\_4

Members of our scheme who are obliged to contribute to two schemes may select the scheme to which they apply for reimbursement, it being understood that our scheme intervenes as a supplementary scheme where it does not intervene as the primary scheme.

1 See also Interpretation of Article 9(1)(b) below.

2 Costs incurred In connection with the dependent children referred to in Article 3(2) of the Rules which, are not reimbursed in whole or in part by the primary scheme are reimbursed under the conditions and within the limits of these Rules.



## ARTICLE 8

### Article 8(1)

Article 8(1) is not applicable in Community countries.

The countries where the cost of medical treatment is particularly high have been determined, by the administrative heads of the institutions. At present they are in the USA, Canada, Chile, Uruguay, Japan and Venezuela.

Expenses incurred in those countries will be reimbursed up to double the maximum amounts set out in the Annexes to the Rules, where appropriate, on a proposal from the Central Office and subject to approval by the Management Committee.

The condition of "a heavy financial burden" is deemed, to be met when the portion of expenses not reimbursed amounts to 60% of the expenses incurred..

For the purpose of this paragraph "expenses incurred" are assessed item by item.

### Article 8(8)

Article 8(2) does not apply to those covered by the supplementary scheme provided for by Article 24 of Annex X to the Staff Regulations.

- (a) Where the consecutive twelve-month period includes fractions of months, the average basic monthly salary will be calculated from the basic salaries received from the first month in which the period began up to the month in which the period ends. Since family situations can vary over such periods, the most favourable one will be used in fixing the rate of reimbursement.

- (b) This paragraph applies subject to the rules for the Interpretation of Sections I and XV of Annex 1.
- (c) Where both spouses are members of the scheme, they may jointly opt for aggregation of non-reimbursed expenses provided that:
- the application is made by the spouse whose basic salary is higher;
  - the spouse whose non-reimbursed expenses are included with those of the spouse whose basic salary is the higher agrees not to send in a separate application for reimbursement under Article 72(3) of the Staff Regulations and Article 8(2) of the Rules;
  - the twelve-month period taken into consideration is the same for both spouses.

## ARTICLE 9

### Article 9(1)

- (a) This provision does not imply automatic reimbursement of any transport costs and travelling expenses incurred. This point is governed by Section XIII of Annex 1.
- (b) Beneficiaries entitled to supplementary reimbursement are free to choose their practitioner only if this is permitted by the main insurer.

### Article 9(2)

Agreements with medical practitioners, hospital and clinics

Members of the scheme who work or live in Brussels receive a loose-leaf brochure (IX/12000/July 1976)<sup>1</sup> describing the agreements concluded by the institutions and organs of the European Communities with members of the medical professions, hospitals and clinics, mainly in the Brussels metropolitan

<sup>1</sup> Updated by notices published in Administrative Notices of 20.6.1977, 24.6.1977, 18.7.1978 and 12.9.1980.

area, and the agreement with the Società delle Terme di Montecatini, Province of Pistoia, Italy.

Staff are also reminded, that the information in the brochure is intended solely for Community staff and persons covered by their insurance. It must therefore be treated as for official use only and out-of-date pages must be destroyed.

The Contents, the General Remarks introducing and explaining the document as a whole, and the General Information summarizing each agreement, and any pages updating these sections are issued in the nine Community languages. Particulars of rates, times and conditions of consultations and other technical details of the agreements are given in full in annexes, but only in the original language of the agreement.

Since the agreements will mainly benefit staff living in and around Brussels, it was not considered to issue it to personnel serving elsewhere. However, members of staff and persons covered by their insurance who are treated by the practitioners, hospitals and clinics with whom agreements have been made, qualify under these agreements regardless of their place of employment: for instance, if they receive treatment while on mission or on leave in Brussels or take a cure at Montecatini.

The pages issued in Brussels can be consulted in the administrative departments of the Community institutions in Luxembourg and the Establishments of the Joint Research Centre and in the sickness insurance claims offices in Brussels, Luxembourg and Ispra. Members of staff are reminded that the agreements allow for changes in the costs of both hospital residence and hospital treatment. As such changes are a regular occurrence in present circumstances, staff are advised

to inquire about terms whenever a bed is being reserved, in any of the hospitals or clinics which have agreements with the Communities: they should also, wherever possible, ascertain beforehand what the fee for any operation or course of treatment will be, particularly if it is of a more than minor nature.

The agreements are confined to private hospitals and clinics since Community staff and persons covered by their insurance are treated in the same way as the local population by State hospitals and clinics.

#### **ARTICLE 14**

The rules of this article are to be strictly applied. The burden of proving force majeure rests on the official. The claims offices will take the necessary decisions. In case of dispute the opinion of the central office will be sought. Appeals can be lodged under Article 16.

Members' attention is drawn to the amendment made to paragraph 1. Applications for reimbursement of medical expenses must now be submitted within a period of 12 months following the calendar half-year during which treatment was administered. Example: the bill for a consultation on 28 June must be submitted not later than, 30 June of the following year.

#### **ARTICLE 15**

Loss of entitlement relates to the entire sum for which fraudulent claims for reimbursement were made.

## ARTICLE 16

Any person submitting a complaint under Article 90 of the Staff Regulations, or contesting a decision taken under Article 72 of the Staff Regulations and the relevant Implementing rules, can submit medical evidence in a sealed envelope marked "Confidential - Medical Documents". Only officials authorized to deal with the case will examine such documents.

## ARTICLE 50

### Article 30(1)

In the event of the rules governing the reimbursement of medical expenses (Annexes I, II, III and IV to the Rules) being revised, the new maximum rates will apply, from the date on which, the amendment takes effect, to treatment in progress at that date.

## ANNEX1

### Preliminary comments

1. The treatments specified in the Annexes to these Rules must be administered by a person or persons legally authorized to exercise a medical or paramedical profession or by approved medical or paramedical establishments.
2. The Joint Sickness Insurance Scheme does not cover the cost of treatment administered by doctors, dentists, midwives, nurses and medical auxiliaries to their spouses, relatives in the ascending or descending line, fathers-in-law, mothers-in-law, brothers, sisters, sons-in-law and daughters-in-law. However, the cost of products and supplies used in the course of such treatment is reimbursable in accordance with, these Rules.

## ANNEX 1 - SECTION I

### Paragraphs 1 and 2

A weighting of 2 will be applied to the maximum reimbursement of the fees for surgery visits and home calls by general practitioners and specialists billed in Italian lire or pounds sterling pursuant to Article 8(1) of the Rules.

Paragraph 1 If the national authorities in certain places of employment or residence make no distinction between general practitioners and specialists in the matter of reimbursement, our scheme reimburses such treatment on the basis of the ceiling set for specialists.

Paragraph 3 If psychotherapy is not administered by a doctor, it must be prescribed by a psychiatrist, neuropsychiatrist or neurologist before it can be covered by the scheme. The prescription can be made out by a paediatrician for children under the age of 15.

The prescription must specify:

1. the number and duration of sessions;
2. the name of the therapist and his or her qualifications;
3. that treatment is being administered under the supervision and responsibility of the doctor.

This applies in countries where psychotherapists are not recognized by the social security scheme.

### ANNEX 1 - SECTION III

Second subparagraph of paragraph 1 and paragraph 2  
If the all-in charge for a day in hospital, comprising the cost of the stay as defined in the second subparagraph of paragraph 1 and all or part of the expenses referred to in the first sentence of paragraph 2, is more than Bfrs 8 000, the medical officer of the claims office will be consulted, account being taken of paragraph 3 of Section XV.

### ANNEX 1 - SECTION IV

Paragraph 1

In any event reimbursement is subject to the procedures defined in the Rules.

First subparagraph of paragraph 1

Since certain serious illnesses are temporary, the period during which this Section and Article 72(1) of the Staff Regulations should apply is assessed in each case by the competent medical authorities.

Second and third subparagraphs of paragraph 1

The interpretation rule relating to Section XV applies.

### ANNEX 1 - SECTION V

The cost of hypodermic syringes for the treatment of diabetes is reimbursed.

## ANNEX 1 - SECTION VI

### Paragraph 2 and Annex 3

Where an estimate for dental prostheses is prepared and invoiced, the cost of the estimate will be reimbursed as dental treatment. As regards fixed prostheses, where two elements of the same tooth are treated separately, costs will be reimbursed up to the separate maximum figures.

The limits set in Annex 3 relate only to the prostheses proper and do not cover the preparatory or any subsequent work.

As regards removable prostheses, the chrome cobalt plate is not regarded as supplementary to the resin plastic plate but as subject to the maximum limit of reimbursement.

### Paragraph 3

It has been noted on numerous occasions that orthodontic treatment varies from country to country. Where treatment recommences following a change in the place of employment, a second reimbursement should be made after the medical or dental officer has been consulted.

## ANNEX I - SECTION IX

### Paragraph 1

"By way of exception" refers to cases involving severe trauma (following an accident or the like) or a disorder recognized as a serious illness (reimbursement at 100%).



ANNEX 1 - SECTION X

Paragraph 2(d)

The date of the decision is the date appearing on the administrative decision. In the event of renewal, the date to be considered is that of the renewal decision.

ANNEX 1 - SECTION XI

Travelling expenses to the cure resort must be borne by the member.

ANNEX 1 - SECTION XII

(A)

The cost of corrective lenses darker than tint A (12-15% coloration) is not reimbursed unless there is a medical need duly substantiated by a detailed report by an ophthalmologist, which may be submitted for an opinion to the medical officer of the claims office.

Reimbursement under Section XII(A)(2) will be paid against a detailed and receipted optician's bill, provided the initial corrective lenses reimbursed under the scheme were medically prescribed.

(B)

The provisions of Section XII(B) apply by analogy to frames for the lenses referred to in (A).

(C)

A member who has had the cost of contact lenses for himself or for persons covered by his insurance reimbursed, may also be

reimbursed the cost of a pair of spectacles (frame and lenses), subject to the time-scales laid down in the Rules.

Reimbursement under Section XII(C)(2) will be allowed against a detailed and receipted optician's bill, provided that the initial lenses reimbursed under the scheme were prescribed by an ophthalmologist.

The cost of maintaining contact lenses is reimbursed at the rate of 85%. The cost of the optician-ophthometrist's eye-test is reimbursed at 85%, but may not exceed the maximum reimbursement allowed for consulting a general practitioner.

(F)(1)

Made-to-measure corrective footwear comes under this heading. However, orthopaedic footwear for serious malformations is reimbursed at the rate of 80%, upon prior authorization following presentation of an estimate. In any event paragraph 3 of Section XV applies.

Orthopaedic solsoles prescribed following a chiropodist's examination are reimbursed under Section XII(F)(1), provided the examination was medically prescribed.

In the event of renewal, reimbursement of soles purchased under the conditions of the preceding paragraph is granted in accordance with Section XII(F)(1).

#### ANNEX 1 - SECTION XIII

##### Paragraph 1

Basis for reimbursement: 80% of the cost of transporting the sick person established by supporting documents or, if no supporting documents are produced, a standard 80% of the first-class rail fare.

Paragraph 2

Basis for reimbursement: 80% of the first-class rail fare.

General comments on Annex 1 - Section XIII. both paragraphs

When applications for authorization are considered, account will be taken of the difficulties arising from the fact that certain places where the institutions employ staff do not have teaching hospitals.

Where a practitioner certifies that by reason of age or condition a person covered by the scheme needs to be accompanied (by one person), the medical officer will be consulted on the need for an accompanying person.

If the medical officer agrees, 80% of the costs incurred by the accompanying person will be reimbursed if supporting documents are produced, otherwise a standard 80% of the first-class rail fare will be reimbursed.

ANNEX 1 - SECTION XIV

This allowance is not to be confused with the costs referred to in Article 75 of the Staff Regulations.

ANNEX 1 - SECTION XV

Second subparagraph of paragraph 3

1. Expenses exceeding by 50% (fifty percent) the cost corresponding to 100% (one hundred percent) of the maximum rates laid down in Annex I to the Rules, except for those under Section VI (dental care, prostheses and orthodontic treatment), are to be considered excessive and will not be

reimbursed under Article 8(2) of the Rules, subject to the second subparagraph of Section IV(1) of Annex I.

Where the cost of the treatment provided for in Annex I, Section I(1) and (2)(visits and home calls) is billed in Italian lire or pounds sterling, this rate is 10% (ten percent) of the cost corresponding to 100% of the maximum rates obtained after application of the interpretation rule relating to Section I(1) and (2).

2. Expenses exceeding by 6% (six percent) the cost corresponding to 100% of the maximum rates specified in the last subparagraph of Section VI(1), in Section VI(3) of Annex 1, and in Annex 3 (dental care and prostheses) are to be regarded as excessive and will not be reimbursed under Article 8(2) of the Rules, subject to the second subparagraph of Section IV(1) of Annex 1 to the Rules. For treatment billed in Italian lire, the 6% rate applies after application of the interpretation rule relating to Annex III(A) and (B).

### ANNEX III A

The following weightings will be applied to ceilings for the treatment concerned where fees are expressed in Italian lire:

Normal filling	2.5
Filling with devitalization of one root	2.4
Filling with devitalization of more than one root	2.3
Normal extraction	2.3
Surgical extraction	1.7
Extraction of impacted tooth	1.3
Apectomy	1.2
Gingivectomy	1.2
Full scaling and polishing	1.8
X-ray of a single tooth	1.2
General X-ray	1.2

### ANNEX III B

The following weightings will be applied to ceilings for the prostheses concerned where costs are expressed in Italian lire:

Crown, gold porcelain spring attachment	1.1
Resin element inlay	1.4
Pivot crown	1
Richmond crown - pivot tooth with false stump	1.2