



Special

INTERINSTITUTIONS
TOUS LES LIEUX D'AFFECTATION
plus Pensionnés

DA	Meddelelse til medlemmerne af den Fælles sygeforsikringsordning	3
DE	Mitteilung an die dem Gemeinsamen krankheitsfürsorgesystem angeschlossenen Personen	7
EL	Ανακοίνωση Στους ασφαλισμένους του κοινού καθεστώτος υγειονομικής ασφάλισης.....	11
EN	Notice to members of the joint sickness insurance scheme	15
ES	Comunicado dirigido a los afiliados al Régimen de seguro médico común	19
FR	Communiqué aux affiliés du Régime commun d'assurance-maladie.....	23
IT	Comunicato agli affiliati del Regime comune di assicurazione-malattia	27
NL	Mededeling aan de aangeslotenen van het Gemeenschappelijk stelsel van ziektekostenverzekering	31
PT	Comunicado aos titulares do Regime Comum de Seguro de Doença	35

Den Fælles Sygeforsikringsordning
HOVEDKONTORET

MEDDELELSE TIL MEDLEMMERNE AF
DEN FÆLLES SYGEFORSIKRINGSORDNING

I. ÆNDRING AF SYGEFORSIKRINGSORDNINGEN
Offentliggørelse af den ajourførte tekst

Ordnningen vedrørende sygeforsikring for tjenestemænd ved De Europæiske Fællesskaber er blevet ændret med virkning fra den 1. januar 1991.

De tilsluttede er blevet orienteret om de nye bestemmelser gennem:

- en kortfattet meddelelse i Infor-Rapide den 20. december 1990
- en officiel meddelelse om de vigtigste ændringer offentliggjort på alle sprog i Meddelelser fra Administrationen den 31. december 1990 ("Spécial Interinstitutions" - Tous lieux d'affectation)
- en række artikler om sygeforsikringen i Personaleposten fra januar 1991.

Herudover er den franske version af den ajourførte ordning blevet omdelt til alle (Meddelelser fra Administrationen af 31.12.1990, "Spécial Interinstitutions" - Tous les lieux d'affectation).

Øvrige sproglige versioner er ved at blive omdelt.

Hvis det til trods herfor måtte vise sig, at de tilsluttede, selv efter at ordningen er blevet omdelt på alle sprog af de forskellige institutioners posttjenester, ikke har fået kendskab til ændringerne af ordningen, kan de henvende sig til afregningskontoret for at få de ønskede oplysninger. Såfremt man ikke har modtaget ordningen gennem den interne post, kan man ligeledes henvende sig til afregningskontoret for at få denne tilsendt.

II. PROBLEMER I FORBINDELSE MED FORTOLKNINGEN AF ORDNINGEN I 1990

I 1990 blev der under Den Fælles Sygeforsikringsordning behandlet næsten 1,5 millioner bilag fra ca. 70 000 tilsluttede fordelt på 110 forskellige lande. De fleste af de tilsluttede befinder sig dog i Bruxelles og Luxembourg. Hovedkontoret og Forvaltningsudvalget behandlede i den samme periode 60 klager i henhold til artikel 90 i Vedtægten (dvs. under 1 klage pr. 1 000 tilsluttede).

Med et så stort antal anmodninger om godtgørelse af udgifter til lægebehandling kan det ikke undgås, at et vist antal afregninger bliver genstand for tvister eller klager i henhold til artikel 90 i Vedtægten. Eftersom ordningen er meget indviklet, kan klagerne ofte tilskrives de tilsluttedes manglende kendskab til visse begrænsninger i mulighederne for at få godtgjort udgifter.

Derfor kan det måske være nyttigt at give en kort oversigt over de problemer, man er stødt på i 1990:

1. Problemer i forbindelse med de godtgørelsessatser, der i praksis anvendes for ydelser, for hvilke der er fastsat et øvre loft, og som er afholdt i andre valutaer end belgiske og luxembourgske franc, især italienske lire.

Dette er et reelt problem, som delvis er blevet afklaret gennem fortolkningsbestemmelserne til den nye ordning, som trådte i kraft den 1. januar i år (Meddelelser fra Administrationen af 31.12.1990, "Spécial Interinstitutions" - Tous les lieux d'Affectation. Efter behandlingen i Forvaltningsudvalget vil der så hurtigt som muligt blive fundet en samlet løsning på dette problem.

2. Dækningsproblemer

Bestemmelserne om, hvilke krav der skal være opfyldt, for at en person kan være omfattet af sygeforsikringsordningen, er udviklede, især i forbindelse med personer, der befinder sig i en "overgangs"-situation (dette er tilfældet for et mindre antal tjenestemænd, der er udtrådt af tjenesten, bl.a. i henhold til artikel 50, og som har indtægtsgivende arbejde). Der har ligeledes været problemer i forbindelse med den i visse tilfælde manglende dækning af ægtefæller, børns dækning og den indtægt, som en ægtefælle, der er omfattet af sygeforsikringsordningen, må have. Spørgsmål vedrørende disse områder bedes rettet til Silvano Sepiaci i Bruxelles og til de ansvarlige for afregningskontorerne i Luxembourg og Ispra.

3. Problemer i forbindelse med tandbehandling

Undertiden glemmes det, at kun børn er omfattet af reglerne om tandregulering, og at omfattende tandbehandlinger kræver, at der indhentes en forhåndsgodkendelse fra den rådgivende tandlæge.

Det skal i denne forbindelse understreges, at de tilsluttede ofte befinder sig i en vanskelig situation, for der findes for øjeblikket en række eksperimentelle teknikker, hvoraf nogle ifølge sygeforsikringsordningens rådgivende tandlæger, der ikke er specielt konservativt indstillede, bør anvendes med forsigtighed. De tilsluttede anbefales på forhånd at rådføre sig med sygeforsikringsordningens rådgivende tandlæger (i Bruxelles er der i Guimard-bygningen blevet indrettet et særligt rådgivningskontor).

4. Diverse problemer

(i) Udgifter til visse former for "alternativ" behandling godtgøres ikke ("udgifter til behandlinger, som af afregningskontoret efter udtalelse fra den rådgivende læge betragtes som ikke funktionelle", pkt. XV i bilag I til ordningen).

(ii) Kirurgiske indgreb, der har æstetiske formål, godtgøres ikke (pkt. II, afsnit 5, i bilag I).

- (iii) Personer, der lider af en alvorlig sygdom, får ikke udgifter til lægebehandling godtgjort med 100%, hvis den rådgivende læge vurderer, at disse ikke kan tilskrives den alvorlige sygdom.
- (iv) Udgifter til hjemtransport af en forsikret i tilfælde af, at denne bliver syg i udlandet, godtgøres ikke. Det er derfor i forsikringstagernes interesse at tegne en privat forsikring, der dækker denne risiko.

Denne meddelelse fra Hovedkontoret skal betragtes som en hjælp til de tilsluttede. I sagens natur vil der altid være et vist antal problemer, som det er vanskeligt at løse, fordi der er tale om grænsetilfælde. Det bør understreges, at et problem, man er tvivl om, ofte kan løses gennem forudgående kontakt med afregningskontoret, hvorved man undgår at skulle gøre brug af de officielle klageprocedurer, f.eks. klager i henhold til artikel 90 i Vedtægten.

Gemeinsames Krankheitsfürsorgesystem
Zentralbüro

**MITTEILUNG AN DIE DEM GEMEINSAMEN KRANKHEITSFÜRSORGESYSTEM
ANGESCHLOSSENEN PERSONEN**

I. ÄNDERUNG DER REGELUNG ZUR SICHERSTELLUNG DER KRANKHEITSFÜRSORGE

Veröffentlichung des überarbeiteten Textes

Die Regelung zur Sicherstellung der Krankheitsfürsorge für die Beamten der Europäischen Gemeinschaften wurde mit Wirkung vom 1. Januar 1991 geändert.

Die dem Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystem angeschlossenen Personen wurden mehrfach auf die neuen Bestimmungen hingewiesen:

- mit einem Flash im Infor-Rapide vom 20. Dezember 1990;
- mit einer in den Verwaltungsmittellungen vom 31. Dezember 1990 ("Spécial Interinstitutions" - Alle Dienstorte) in allen Sprachen veröffentlichten Mitteilung über die wichtigsten Änderungen;
- mit verschiedenen im Personalkurier vom Januar 1991 erschienenen Artikeln über die Krankenversicherung.

Ferner wurde die französische Fassung der überarbeiteten Regelung an alle Mitglieder des Personals verteilt (Verwaltungsmittellungen vom 31. 12. 1990 - "Spécial Interinstitutions"- Alle Dienstorte).

Die verschiedenen Sprachfassungen dieses Textes werden derzeit verteilt.

Sobald die Postdienststellen der Organe die Regelung in allen Sprachen verteilt haben, müssten die Änderungen der Regelung eigentlich allen angeschlossenen Personen bekannt sein. Jede angeschlossene Person kann bei ihrer zuständigen Abrechnungsstelle die für sie wichtigen Auskünfte einholen und die Broschüre anfordern, sollte sie diese nicht mit der Post erhalten haben.

II. HINWEIS AUF EINIGE PROBLEME, DIE IM JAHRE 1990 IN VERBINDUNG MIT DER AUSLEGUNG DER REGELUNG AUFGETRETEN SIND

Im Jahre 1990 bearbeitete die Gemeinsame Krankheitsfürsorge ungefähr 1,5 Millionen Belege von etwa 70.000 Berechtigten. Diese Berechtigten sind auf 110 verschiedene Länder verteilt; die meisten befinden sich allerdings in Brüssel und Luxemburg. Während desselben Zeitraums bearbeiteten Zentralbüro und Verwaltungsbeirat 60 Beschwerden nach Artikel 90 des Statuts (auf 1000 Berechtigte entfällt also weniger als 1 Beschwerde).

Bei so vielen Anträgen ist es unvermeidlich, dass in einigen Fällen die Abrechnung der Krankheitskosten angefochten und Beschwerden nach Artikel 90 eingelegt werden. Bei einer so komplexen Regelung sind Beschwerden häufig darauf zurückzuführen, dass den angeschlossenen Personen nicht bekannt ist, dass bestimmte Erstattungshöchstbeträge festgelegt sind.

Eine Zusammenfassung der im Jahre 1990 festgestellten Probleme dürfte also zweckmässig sein:

I. Tatsächliche Erstattungssätze bei Leistungen, für die Erstattungshöchstbeträge festgelegt sind und für die Kosten in anderen Währungen als der belgischen und luxemburgischen, vor allem in der italienischen Währung, verauslagt wurden

Dieses ernste Problem wurde mit den Auslegungsbestimmungen der neuen und seit 1. Januar dieses Jahres geltenden Regelung teilweise gelöst (Verwaltungsmittelungen vom 31.12.1990 - "Spécial Interinstitutions" - Alle Dienstorte). Im Anschluss an die Erörterungen im Verwaltungsausschuss wird beabsichtigt, dieses Problem so bald wie möglich global zu lösen.

2. Sicherstellung der Krankheitsfürsorge

Die Vorschriften über die Bedingungen zur Sicherstellung der Krankheitsfürsorge sind vor allem für die Personen nicht einfach, die sich in einer "Übergangsphase" befinden. (es handelt sich dabei um eine kleine Anzahl freigesetzter Personalmitglieder und um Personen nach Artikel 50, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen). Ausserdem wurden einige Fragen aufgeworfen: sie bezogen sich auf Fälle, in denen der Ehegatte nicht unter den Versicherungsschutz unseres Krankheitssystems fällt, auf den Versicherungsschutz der Kinder und auf das Einkommen des Ehegatten, der Berechtigter unseres Krankheitsfürsorgesystems ist. Wenden Sie sich für die Beantwortung diesbezüglicher Fragen an Herrn SEPIACCI in Brüssel bzw. an die Verantwortlichen der Abrechnungsstellen in Luxemburg oder Ispra.

3. Zahnärztlicher Bereich

Manchmal wird vergessen, dass Zahnregulierung nur für Kinder erstattet wird und dass für die von den Zahnärzten vorgeschlagenen komplizierten Behandlungen eine vorherige Genehmigung des Vertrauenszahnarztes einzuholen ist.

In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass sich der Krankheitsfürsorge-Berechtigte oft in einer schwierigen Lage befindet. Denn es gibt derzeit viele experimentelle Techniken; doch ist nach Meinung unserer Vertrauensärzte, die nicht als allzu konservativ einzustufen sind, bei einigen Vorsicht geboten. Jeder angeschlossenen Person steht es frei, unsere Vertrauenszahnärzte zur vorherigen Beratung aufzusuchen (In Brüssel wurde im Gebäude Guimard eine Konsultationsstelle für Beamte eingerichtet).

4. Verschiedenes

- (i) Manch "alternative" Medizin wird nicht erstattet (Anhang I Abschnitt XV der Regelung "die Kosten für als nichtfunktionell geltende Behandlungen ... nach Stellungnahme des Vertrauensarztes).
- (ii) Aus "ästhetischen Gründen durchgeführte chirurgische Eingriffe werden nicht erstattet (Anhang I Abschnitt II Absatz 5).

- (iii) Schwer erkrankten Personen werden Krankheitskosten nicht mit einem Satz von 100 %/o erstattet, wenn der Vertrauensarzt die Auffassung vertritt, die Kosten stünden nicht mit der schweren Krankheit in Verbindung.
- (iv) Dem Krankheitsfürsorge-Berechtigten werden bei Krankheit die Kosten für den Transport in die Heimat nicht erstattet. Die angeschlossenen Personen wären also gut beraten, eine Privatversicherung zur Deckung dieser Art von Risiken abzuschliessen.

Mit dieser Information möchte das Zentralbüro den angeschlossenen Personen behilflich sein. Es wird wohl immer einige Fragen geben, die schwer zu lösen sind und sich an der "Grenze" der Regelung befinden. Doch sei nochmals darauf hingewiesen, dass über einen vorherigen Kontakt mit der Abrechnungsstelle oft ein Problem gelöst werden kann. Formliche Verfahren wie Beschwerden gemäss Artikel 90 des Statuts müßten dann nicht in Anspruch genommen werden.

Κοινό καθεστώς υγειονομικής ασφάλισης
ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΓΡΑΦΕΙΟ

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΚΑΘΕΣΤΩΤΟΣ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ι. ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΝΟΝΙΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΞΕΩΝ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Δημοσίευση του αναθεωρημένου κειμένου

Οι κανονιστικές διατάξεις για την κάλυψη έναντι των κινδύνων ασθένειας των υπαλλήλων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων τροποποιήθηκαν με ισχύ από την 1η Ιανουαρίου 1991.

Οι νέες διατάξεις επισημάνθηκαν στους δικαιούχους του κοινού καθεστώτος με τις εξής δημοσιεύσεις :

- με το Infor-Rapide της 20ής Δεκεμβρίου 1990.
- με ανακοίνωση σχετικά με τις κυριότερες μεταβολές που έγιναν, η οποία δημοσιεύθηκε σε όλες τις γλώσσες στις διοικητικές πληροφορίες της 31ης Δεκεμβρίου 1990 ("Spécial Interinstitutions"- όλοι οι τόποι υπηρεσίας).
- και με διάφορα άρθρα για την υγειονομική ασφάλιση που δημοσιεύθηκαν στον "Ταχυδρόμο του Προσωπικού" του Ιανουαρίου 1991.

Επιπλέον το γαλλικό κείμενο των αναθεωρημένων κανονιστικών διατάξεων δημοσιεύθηκε στις διοικητικές πληροφορίες "Spécial Interinstitutions"- όλοι οι τόποι υπηρεσίας, της 31.12.1990 οι οποίες διανεμήθηκαν σε όλο το προσωπικό.

Προς το παρόν το κείμενο αυτό διανέμεται και στις υπόλοιπες γλώσσες.

Αν, υπό τις συνθήκες αυτές και μετά τη διανομή των κανονιστικών διατάξεων σε όλες τις γλώσσες από τις υπηρεσίες εσωτερικού ταχυδρομείου των οργάνων, κάποιος ασφαλισμένος δεν έχει λάβει γνώση των τροποποιήσεων, μπορεί να απευθυνθεί στο γραφείο εκκαθάρισης στο οποίο υπάγεται, για να λάβει οποιαδήποτε πληροφορία θεωρεί χρήσιμη. Επίσης μπορεί να απευθυνθεί στο ίδιο γραφείο για να λάβει το σχετικό φυλλάδιο, σε περίπτωση που δεν του έχει διανεμηθεί με το ταχυδρόμιο.

11. ΥΠΕΝΘΥΜΙΣΗ ΟΡΙΣΜΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΘΗΚΑΝ ΤΟ 1990 ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΚΑΝΟΝΙΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΞΕΩΝ

Το 1990, οι υπηρεσίες του κοινού καθεστώτος επεξεργάστηκαν σχεδόν 1,5 εκατομμύρια δικαιολογητικών που υποβλήθηκαν από 70.000 περίπου δικαιούχους του καθεστώτος κατανεμημένους σε 110 διαφορετικές χώρες, ακόμη και αν οι περισσότεροι από αυτούς βρίσκονται στις Βρυξέλλες και στο Λουξεμβούργο. Το Κεντρικό Γραφείο και η Επιτροπή Διαχείρισης επεξεργάστηκαν, κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου, 60 ενστάσεις (κάτω από μία ανά 1.000 δικαιούχους) βάσει του άρθρου 90 του Κανονισμού Υπηρεσιακής Κατάστασης.

Λόγω του υψηλού αριθμού αιτήσεων, είναι αναπόφευκτο ορισμένο αριθμός εκκαθαρίσεων ιατρικών εξόδων να οδηγεί σε αμφισβητήσεις και ενστάσεις βάσει του άρθρου 90. Δεδομένου ότι οι κανονιστικές διατάξεις είναι πολύπλοκες, οι ενστάσεις οφείλονται συχνά σε άγνοια, από μέρους του ασφαλισμένου, ορισμένων περιορισμών που εφαρμόζονται στις επιστροφές εξόδων.

Φαίνεται επομένως σκόπιμο να συνοψιστούν τα προβλήματα που προέκυψαν το 1990 :

1. Προβλήματα σε σχέση με τους πραγματικούς συντελεστές επιστροφής για τις παροχές με ανώτατο όριο που χορηγούνται σε άλλα νομίσματα εκτός του βελγικού και λουξεμβουργιανού φράγκου, και ιδίως σε ιταλικές λιρέττες.

Αυτό είναι πραγματικό πρόβλημα που διευθετήθηκε εν μέρει με τις ερμηνευτικές διατάξεις των νέων κανονιστικών διατάξεων που άρχισαν να ισχύουν την 1η Ιανουαρίου του τρέχοντος έτους (διοικητικές πληροφορίες, "Spécial Interinstitutions" -όλοι οι τόποι υπηρεσίας, της 31.12.1990). Στη συνέχεια των συζητήσεων στο επίπεδο της Επιτροπής Διαχείρισης, υπάρχει η πρόθεση να δοθεί το συντομότερο δυνατό, συνολική λύση στο πρόβλημα αυτό.

2. Προβλήματα κάλυψης.

Οι κανόνες που διέπουν τους όρους κάλυψης είναι πολύπλοκοι, ιδίως όσον αφορά τα πρόσωπα που βρίσκονται σε "μεταβατική" διοικητική κατάσταση (ιδίως περιορισμένος αριθμός υπαλλήλων σε εθελουσία έξοδο και δικαιούχων βάσει του άρθρου 50 που ασκούν κερδοσκοπικές επαγγελματικές δραστηριότητες). Επίσης δημιουργήθηκαν προβλήματα σχετικά με τη μη κάλυψη, σε ορισμένες περιπτώσεις, των συζύγων, με την κάλυψη των παιδιών και με τα εισοδήματα του/της συζύγου που καλύπτεται από το καθεστώς μας. Σε περίπτωση αμφιβολίας σχετικά με τα προβλήματα αυτά, συνιστάται να απευθύνεσθε στον κ. SEPIACCI στις Βρυξέλλες και στους υπεύθυνους των γραφείων εκκαθάρισης στο Λουξεμβούργο και στην Ispra.

3. Προβλήματα στον οδοντιατρικό τομέα.

Υπενθυμίζεται ότι η ορθοδοντική καλύπτεται μόνο για τα παιδιά και ότι οι πολύπλοκες θεραπείες που προτείνουν οι οδοντίατροι πρέπει να υποβάλλονται για εκ των προτέρων έγκριση στον Οδοντίατρο-Σύμβουλο.

Επισημαίνεται σχετικά ότι ο δικαιούχος του κοινού καθεστώτος βρίσκεται συχνά σε δύσκολη θέση, διότι προς το παρόν υπάρχουν πολλές πειραματικές τεχνικές, ορισμένες από τις οποίες, κατά τη γνώμη των οδοντιάτρων- συμβούλων μας που δεν είναι υπερβολικά συντηρητικοί, πρέπει να αντιμετωπίζονται με επιφύλαξη. Οποιοσδήποτε ενδιαφερόμενος έχει τη δυνατότητα να συμβουλευθεί προηγουμένως τους οδοντιάτρους-συμβούλους μας (προς διευκόλυνση των υπαλλήλων λειτουργεί στις Βρυξέλλες, στο κτίριο Guimard, ένα οδοντιατρείο).

4. Διάφορα προβλήματα.

- i) η μη επιστροφή ορισμένων "εναλλακτικών" θεραπειών (βλ. σημείο XV του Παραρτήματος I των κανονιστικών διατάξεων "τα έξοδα των θεραπειών που θεωρούνται μη λειτουργικές....μετά από γνωμάτευση του ιατρού-συμβούλου).
- ii) η μη επιστροφή των χειρουργικών επεμβάσεων για αισθητικούς λόγους (παράγραφος 5 του σημείου II του Παραρτήματος I).

iii) η μη επιστροφή των ιατρικών εξόδων κατά 100% για τα πρόσωπα που πάσχουν από σοβαρή ασθένεια, όταν ο ιατρός-σύμβουλος δεν θεωρεί ότι τα έξοδα αυτά συνδέονται με τη σοβαρή ασθένεια.

iv) η μη επιστροφή εξόδων επαναπατρισμού του δικαιούχου σε περίπτωση ασθένειας. Κατά συνέπεια, είναι προς το συμφέρον των ασφαλισμένων να έχουν ιδιωτική ασφάλιση για την κάλυψη των κινδύνων αυτού του τύπου.

Το Κεντρικό Γραφείο δημοσιεύει αυτές τις πληροφορίες για να βοηθήσει τους ασφαλισμένους. Είναι φυσικό να υπάρχουν ορισμένα προβλήματα, η επίλυση των οποίων είναι δύσκολη διότι βρίσκονται "στα όρια" των κανονιστικών διατάξεων. Σε περίπτωση αμφιβολίας είναι χρήσιμο να υπενθυμιστεί ότι με μία προηγούμενη επαφή με το γραφείο εκκαθάρισης μπορούν συχνά να επιλυθούν ορισμένα προβλήματα, χωρίς να χρειάζεται να καταφύγει κανείς σε τυπικές διαδικασίες, όπως οι ενστάσεις βάσει του άρθρου 90 του Κανονισμού Υπηρεσιακής Κατάστασης.

Joint Sickness Insurance Scheme
Central Office

NOTICE TO MEMBERS OF THE JOINT SICKNESS
INSURANCE SCHEME

I. AMENDMENT OF THE SICKNESS INSURANCE RULES
Publication of the updated text

The Rules on sickness insurance for officials of the European Communities were amended with effect from 1 January 1991.

The attention of members of the Joint Sickness Insurance Scheme was drawn to the new provisions by:

- an Infor-Rapide dated 20 December 1990;
- a notice on the main changes published in all the official languages in a special issue of Administrative Notices on 31 December 1990 (all institutions, all postings); and
- a number of items in the January 1991 issue of the Staff Courier.

The French version of the updated Rules themselves was distributed to all staff in a separate issue of Administrative Notices on 31 December 1990. The other language versions are now being distributed too.

If you do not receive the amended Rules through the internal mail, you should get in touch with your Claims Office, which will send you a copy direct. The Claims Office will also be glad to answer any particular queries you may have.

II. SOME RECENT PROBLEMS OF INTERPRETATION

Last year the Joint Sickness Insurance Scheme processed almost 1.5 million supporting documents from some 70 000 members, who, though most of them are located in Brussels and Luxembourg, are to be found in 110 different countries. During the same period the Central Office and the Management Committee dealt with 60 complaints under Article 90 of the Staff Regulations (fewer than one per thousand members).

It is inevitable that, with so many claims for reimbursement of medical expenses, there should be a number which are disputed and give rise to complaints under Article 90. Given the complexity of the Rules, some of the complaints are based on members' ignorance of certain restrictions on reimbursement.

We therefore thought it might be useful to draw attention to some of the problems encountered in 1990.

1. Scale of reimbursement of treatment on which a ceiling is set where fees are expressed in currencies other than Belgian or Luxembourg francs, in particular Italian lire

This is a real problem which has been partly settled by the provisions for interpretation of the new Rules (effective from 1 January this year), which were published in a special issue of Administrative Notices (all institutions, all postings) on 31 December 1990. The matter has been discussed in the Management Committee, and it is intended to implement a comprehensive solution as soon as possible.

2. Extent of cover

The rules governing the terms of cover are complex, particularly as regards persons in a "transitional" situation (notably a small number of persons who have retired under the make-way arrangements or under Article 50 and are gainfully employed). Questions relating to the absence of cover, in certain cases, for spouses, to cover for children and to the income of a spouse covered by the Scheme have likewise arisen. If you have any queries about these matters, you should contact Mr Sepiacci in Brussels or the Claims Office in Luxembourg or Ispra.

3. Dental treatment

It is sometimes forgotten that orthodontic treatment is covered only in respect of children and that complex treatments suggested by dentists require prior authorization by the Scheme's dental consultants. Members of the Scheme often find themselves in difficulty over dental treatment for there are many techniques at present regarded as experimental, some of which, in the view of our dental consultants (who are not over-conservative), should be regarded with some caution. Anyone covered by the Scheme may seek advice from our consultants in advance (their surgery is in the Guimard building in Brussels).

4. Other

- (i) Certain "alternative" medicines are not reimbursable (point XV of Annex I to the Rules: expenses related to treatments considered to be non-functional on the advice of the medical officer).
- (ii) Plastic surgery for purely cosmetic purposes is not reimbursable (fifth paragraph of point II of Annex I).

- (iii) Expenses incurred by persons suffering from a serious illness are not reimbursable at the 100% rate where the medical officer takes the view that the expenses in question are not related to the serious illness.

- (iv) Expenses incurred in repatriating patients are not reimbursable. Members would be well advised to take out a private insurance policy covering this type of risk.

The Central Office is publishing this notice with the aim of helping members. In the nature of things, there will always be questions which are difficult to settle under the Rules because they fall within "grey areas". If you are in any doubt about such a matter, do contact your Claims Office: they will often be able to solve your problem so that there will be no need to resort to formal procedures such as an Article 90 complaint.

Régimen de seguro médico común
OFICINA CENTRAL

COMUNICADO DIRIGIDO A LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN
DE SEGURO MÉDICO COMÚN

I. MODIFICACIÓN DE LA REGLAMENTACIÓN DEL SEGURO MÉDICO
Publicación del texto actualizado

La reglamentación relativa a la cobertura de riesgos de enfermedad de los funcionarios de las Comunidades Europeas se ha modificado con efectos al 1 de enero de 1991.

Las nuevas disposiciones se han hecho llegar a los beneficiarios a través de los siguientes medios:

- una nota del Infor-Rapide de 20 de diciembre de 1990;
- un comunicado sobre los principales cambios producidos, publicado en todas las lenguas en las Informaciones administrativas de 31 de diciembre de 1990 ("Spécial interinstitutions" - Tous lieux d'affectation);
- diferentes artículos sobre el seguro médico aparecidos en el Courrier du Personnel de enero de 1991.

Además, el texto francés de la reglamentación actualizada tuvo ya una difusión de carácter general (Informations administratives, "Spécial interinstitutions" - Tous lieux d'affectation, de 31 de diciembre de 1990);

Actualmente se está difundiendo este texto en las distintas versiones lingüísticas.

Si, habida cuenta de estas circunstancias y después de la distribución de la reglamentación en todas las lenguas llevada a cabo por los servicios de correo de las instituciones, algún afiliado sigue sin conocer las modificaciones producidas en la reglamentación, puede dirigirse a su oficina liquidadora para obtener cualquier información que considere útil. También puede dirigirse al mismo servicio para recibir el folleto en caso de que no le haya llegado por el correo interno.

II. RESUMEN DE ALGUNOS PROBLEMAS VINCULADOS A LA INTERPRETACIÓN DE LA REGLAMENTACIÓN QUE SE PLANTEARON EN 1990

En 1990, el régimen de seguro médico se ocupó de casi un millón y medio de documentos justificativos procedentes de unos 70.000 beneficiarios que, aunque en su mayoría se encuentran en Bruselas y Luxemburgo, están repartidos en 110 países diferentes. La Oficina Central y el Comité de Gestión tramitaron durante el mismo período 60 reclamaciones presentadas al amparo del artículo 90 del Estatuto (lo que supone una cifra inferior a 1 por cada 1.000 beneficiarios).

Es inevitable que con una cantidad tan elevada de demandas, exista un cierto número de liquidaciones de gastos médicos que den lugar a protestas y reclamaciones con arreglo al artículo 90. Dada la complejidad de la reglamentación, las reclamaciones a menudo tienen su origen en el desconocimiento, por parte de los afiliados, de las limitaciones que se aplican a los reembolsos de los gastos.

Por ello, sería útil resumir los problemas que han surgido en 1990:

1. Problemas relativos a los tipos de reembolso efectivos de las prestaciones que tienen un límite máximo y se expresan en divisas distintas del FB y el FLux, en especial aquéllas que se expresan en liras italianas.

Es éste un problema real que ha sido paliado en parte por las disposiciones de interpretación de la nueva reglamentación en vigor desde el 1 de enero de este año (Informations administratives, "Spécial interinstitutions" - Tous lieux d'affectation, de 31.12.1990). Tras los debates sostenidos en el Comité de Gestión, existe la voluntad de llegar a una solución global de este problema tan pronto como sea posible.

2. Problemas de cobertura.

Las normas que regulan las condiciones de cobertura son complejas, sobre todo por lo que se refiere a las personas que se encuentran en situaciones de "transición" (en concreto un pequeño número de funcionarios acogidos a la jubilación anticipada y de las personas amparadas por el artículo 50 que desempeñan actividades o profesiones lucrativas). Se han planteado también cuestiones relativas a la falta de cobertura de los cónyuges, en algunos casos, a la cobertura de los hijos y a los ingresos del cónyuge beneficiario de nuestro régimen. Si existe alguna duda sobre estos problemas, deberá contactarse con el Sr. SEPIACCI en Bruselas y con los responsables de las oficinas liquidadoras de Luxemburgo e Ispra.

3. Problemas en el ámbito de los cuidados dentales.

A veces se olvida que la ortodoncia se cubre sólo para los niños y que los tratamientos complejos que propongan los dentistas deben someterse a la autorización previa del Consejero-Dentista.

A este respecto hay que señalar que el beneficiario del régimen común se encuentra a menudo en una situación difícil, ya que existen muchas técnicas experimentales, algunas de las cuales deben abordarse con prudencia en opinión de nuestros consejeros dentistas, que no pecan de exceso de conservadurismo. Queda a la libre decisión de cada uno consultar previamente a nuestros consejeros-dentistas (en Bruselas se ha abierto una consulta en el edificio Guimard para comodidad de los funcionarios).

4. Otros problemas

- (i) no se reembolsan algunas medicinas "alternativas" (punto XV del Anexo I de la Reglamentación "los gastos de tratamientos considerados no funcionales... quedan sometidos al dictamen del consejero-médico);
- (ii) no se reembolsarán las intervenciones de cirugía estética (apartado 5 del punto II del Anexo I);

- (iii) no se reembolsará el 100% de los gastos médicos de las personas aquejadas de una enfermedad grave cuando el consejero-médico no considere que dichos gastos están vinculados a esa enfermedad.
- (iv) no se reembolsarán los gastos relativos a la repatriación del beneficiario en caso de enfermedad. En consecuencia, los afiliados deberían contratar un seguro privado que cubra este tipo de riesgos.

La Oficina Central publica esta información con el propósito de ayudar a los afiliados. Siempre existirá un cierto número de problemas difíciles de resolver por encontrarse en los "límites" de la Reglamentación. Conviene recordar que para aclarar una duda, un contacto previo con la Oficina Liquidadora puede resolver con frecuencia el problema evitando la necesidad de recurrir a procedimientos formales como las reclamaciones presentadas al amparo del artículo 90 del Estatuto.

Régime commun d'assurance-maladie
BUREAU CENTRAL

COMMUNIQUE AUX AFFILIES DU REGIME COMMUN
D'ASSURANCE-MALADIE

I. MODIFICATION DE LA REGLEMENTATION ASSURANCE MALADIE
Publication du texte mis à jour

La réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes a été modifiée avec effet au 1er janvier 1991.

L'attention des bénéficiaires du régime commun a été attirée sur les nouvelles dispositions :

- par un flash dans l'Infor-Rapide du 20 décembre 1990;
- par un communiqué relatif aux principaux changements intervenus publié dans toutes les langues dans les Informations administratives datées du 31 décembre 1990 ("Spécial Interinstitutions" -Tous lieux d'affectation);
- et par différents articles au sujet de l'assurance maladie parus dans le Courrier du Personnel de janvier 1991.

En outre, le texte français de la réglementation mise à jour a fait l'objet d'une diffusion générale (Informations administratives, "Spécial Interinstitutions"- Tous lieux d'affectation, du 31.12.1990);

La diffusion de ce texte dans les différentes versions linguistiques est en cours.

Si, dans ces conditions, et à l'issue de la distribution de la réglementation dans toutes les langues par les services "Courrier" des institutions, un affilié n'a pas eu connaissance des modifications intervenues dans la réglementation, il peut s'adresser à son bureau liquidateur pour obtenir toute information qui lui semble être utile. De même il peut s'y adresser pour recevoir la brochure au cas où il ne l'aurait pas obtenue par courrier.

II. RAPPEL DE QUELQUES PROBLEMES QUI SE SONT POSES EN 1990 LIES A L'INTERPRETATION DE LA REGLEMENTATION

En 1990, le RCAM a traité presque 1,5 million de pièces justificatives en provenance de quelque 70.000 bénéficiaires du régime qui, même si la plupart d'entre eux se trouvent à Bruxelles et Luxembourg, sont répartis sur 110 pays différents. Le Bureau Central et le Comité de Gestion, pendant la même période, ont traité 60 réclamations au titre de l'article 90 du Statut (moins de 1 par 1.000 bénéficiaires).

Il est inévitable qu'avec un si grand nombre de demandes, il y ait un certain nombre de liquidations de frais médicaux qui donnent lieu à des contestations et à des réclamations au titre de l'article 90. Vu la complexité de la réglementation, les réclamations ont souvent pour origine une méconnaissance, de la part des affiliés, de certaines limitations appliquées aux remboursements des frais.

Pour ce motif, il paraît utile de résumer les problèmes rencontrés en 1990 :

1. Problèmes des taux de remboursement effectifs des prestations plafonnées et exposées dans des devises autres que le FB et le FLux, notamment en lire italienne.

Ceci est un problème réel qui a été pallié partiellement par les Dispositions d'Interprétation de la nouvelle Réglementation mise en vigueur le 1er janvier de cette année (Informations administratives, "Spécial Interinstitutions" -Tous lieux d'affectation, du 31.12.1990). Suite aux débats au niveau du Comité de Gestion, on a l'intention de mettre en oeuvre une solution globale pour ce problème aussitôt que possible.

2. Problèmes de couverture.

Les règles régissant les conditions de couverture sont complexes surtout en ce qui concerne les personnes qui se trouvent dans des positions de "transition" (notamment un petit nombre de dégagés et de bénéficiaires de l'article 50 qui ont des activités professionnelles lucratives). Des questions relatives à la non-couverture, dans certains cas, des conjoints, à la couverture des enfants et aux revenus du conjoint bénéficiaire de notre régime se sont également posées. En cas de doute sur ces problèmes, il est indiqué de prendre contact avec M. SEPIACCI à Bruxelles et avec les responsables des bureaux liquidateurs à Luxembourg et Ispra.

3. Problèmes dans le domaine dentaire.

On oublie parfois que l'orthodontie est couverte uniquement pour les enfants et que les traitements complexes proposés par les dentistes doivent être soumis à l'accord préalable du Dentiste-Conseil.

A cet égard, il faut signaler que le bénéficiaire du régime commun se trouve souvent dans une situation difficile car il existe beaucoup de techniques expérimentales pour le moment dont, d'après nos dentistes-conseils qui ne sont pas conservateurs outre mesure, quelques-unes doivent être abordées avec prudence. Il est loisible à chacun de consulter au préalable nos dentistes-conseils (à Bruxelles un cabinet a été installé au bâtiment Guimard pour la convenance des fonctionnaires).

4. Problèmes divers

(i) le non-remboursement de quelques médecines "alternatives" (point XV de l'Annexe I de la Réglementation "les frais relatifs aux traitements considérés comme non-fonctionnels ... après avis du médecin-conseil);

(ii) le non remboursement des interventions chirurgicales aux fins esthétiques (paragraphe 5 du Point II de l'Annexe I);

- (iii) le non-remboursement de frais médicaux à 100 % pour des personnes atteintes d'une maladie grave lorsque le médecin-conseil ne considère pas que ces frais sont liés à la maladie grave;
- (iv) le non-remboursement des frais relatifs au rapatriement du bénéficiaire en cas de maladie. Par conséquent, les affiliés auraient intérêt à contracter une assurance privée couvrant ce type de risques.

Le Bureau Central publie cette information dans le but d'aider les affiliés. Par la nature des choses, il y aura toujours un certain nombre de questions difficiles à résoudre qui se situent à la "limite" de la Réglementation. Pour éclaircir un doute, il est utile de se rappeler qu'un contact préalable avec le Bureau Liquidateur peut souvent résoudre un problème sans la nécessité de faire appel à des procédures formelles, comme les réclamations au titre de l'article 90 du Statut.

Regime comune di assicurazione malattia
UFFICIO CENTRALE

COMUNICATO AGLI AFFILIATI DEL REGIME COMUNE
DI ASSICURAZIONE MALATTIA

I. MODIFICA DELLA REGOLAMENTAZIONE ASSICURAZIONE MALATTIA
Pubblicazione del testo aggiornato

La regolamentazione relativa alla copertura dei rischi di malattia dei funzionari delle Comunità europee è stata modificata con effetto al 1° gennaio 1991.

Le nuove disposizioni sono state portate a conoscenza dei beneficiari del regime comune mediante:

- un breve messaggio nell'Infor-Rapide del 20 dicembre 1990;
- un comunicato relativo alle principali modifiche apportate, pubblicato in tutte le lingue nelle Informazioni amministrative del 31 dicembre 1990 ("Speciale interistituzionale" - Tutte le sedi di servizio);
- diversi articoli in materia di assicurazione malattia apparsi nel Corriere del personale del gennaio 1991.

Il testo francese della regolamentazione aggiornata ha inoltre formato oggetto di una diffusione generale (Informazioni amministrative, "Spécial interinstitutions" - Tutte le sedi di servizio, del 31 dicembre 1990).

Il testo tradotto nelle diverse lingue è attualmente in corso di distribuzione.

Qualora al termine della distribuzione della regolamentazione in tutte le lingue da parte del servizio postale interno delle Istituzioni, un affiliato non fosse comunque venuto a conoscenza delle modifiche ad essa apportate potrà rivolgersi al suo ufficio liquidatore per ottenere tutte le informazioni che ritiene utili, nonché per ricevere l'opuscolo in caso di mancato recapito.

II. DESCRIZIONE DI ALCUNI PROBLEMI RELATIVI ALL'INTERPRETAZIONE DELLA REGOLAMENTAZIONE RISCONTRATI NEL 1990

Nel 1990, l'RCAM ha esaminato circa un milione e mezzo di pezzi giustificative provenienti da circa 70 000 beneficiari del regime che, sebbene si trovino per la maggior parte a Bruxelles e a Lussemburgo, sono ripartiti su 110 paesi diversi. L'Ufficio centrale e il Comitato di gestione hanno esaminato, nello stesso periodo, 60 reclami ai sensi dell'articolo 90 dello statuto (meno di uno ogni 1 000 beneficiari).

È inevitabile che, considerato l'elevato numero di domande, alcune liquidazioni di spese mediche diano luogo a contestazioni e a reclami ai sensi dell'articolo 90. Vista la complessità della regolamentazione, i reclami sono spesso dovuti al fatto che gli affiliati non sono a conoscenza di alcuni limiti applicati al rimborso delle spese.

Si ritiene quindi utile riassumere i problemi riscontrati nel 1990:

1. Problemi relativi ai tassi di rimborso effettivi delle prestazioni soggette a un massimale e sostenute in valuta diversa dal franco belga e dal franco lussemburghese, in particolare in lire italiane

Si tratta di un problema effettivo al quale si è tentato in parte di ovviare mediante le disposizioni di interpretazione della nuova regolamentazione entrata in vigore il 1° gennaio 1991 (Informazioni amministrative, "Spécial interinstitutions" - Tutte le sedi di servizio, del 31 dicembre 1990 1990). In seguito ai dibattiti in seno al Comitato di gestione, si intende trovare al più presto una soluzione globale a tale problema.

2. Problemi di copertura

Le norme che disciplinano le condizioni di copertura sono complesse soprattutto per quanto riguarda le persone che si trovano in situazioni "transitorie" (in particolare un esiguo numero di persone che hanno lasciato il servizio ed i beneficiari dell'articolo 50 che esercitano attività professionali lucrative). Si sono inoltre presentati problemi relativi alla mancata copertura, in alcuni casi, dei coniugi, alla copertura dei figli e ai redditi del coniuge che beneficia del regime comune. Qualora sorgessero dubbi in merito a tali problemi, si consiglia di rivolgersi al sig. SEPIACCI a Bruxelles e ai responsabili degli Uffici liquidatori a Lussemburgo e ad Ispra.

3. Problemi nel settore odontoiatrico

Viene spesso dimenticato che le spese sostenute per cure ortodontiche sono coperte soltanto per i bambini e che le cure complesse proposte dai dentisti devono ottenere il consenso preliminare del dentista di fiducia dell'istituzione. A tale proposito è opportuno segnalare che il beneficiario del regime comune si trova spesso in una situazione difficile poiché, secondo i dentisti di fiducia dell'istituzione che tuttavia non sono oltremodo conservatori, alcune delle numerose tecniche sperimentali esistenti devono essere considerate con cautela. Ognuno ha la possibilità di consultare innanzitutto i dentisti di fiducia dell'istituzione (a Bruxelles, nell'edificio Guimard, è stato installato un gabinetto dentistico per i funzionari).

4. Altri problemi

- i) Non sono rimborsabili alcune medicine "alternative" (Allegato I, punto XV,) della regolamentazione "le spese relative alle cure considerate come non funzionali ... previo parere del medico di fiducia dell'istituzione");
- ii) non sono rimborsabili gli interventi chirurgici per fini estetici (Allegato I, punto II, paragrafo 5);

iii) non sono rimborsabili al 100% le spese mediche sostenute da persone colpite da malattia grave se il medico di fiducia dell'istituzione non le considera collegate a detta malattia;

iv) non sono rimborsabili le spese relative al rimpatrio del beneficiario in caso di malattia. È pertanto nell'interesse degli affiliati stipulare un'assicurazione privata che copra questo tipo di rischi;

Con la pubblicazione di tali informazioni l'Ufficio centrale si prefigge di aiutare gli affiliati. Naturalmente esisteranno sempre alcune questioni difficilmente risolvibili situate al "limite" della regolamentazione. Per chiarire qualsiasi dubbio è utile rammentare che un contatto preliminare con l'Ufficio liquidatore può spesso risolvere un problema senza che si debba ricorrere a procedure formali quali i reclami ai sensi dell'articolo 90 dello Statuto.

Gemeenschappelijk stelsel van ziektekostenverzekering
CENTRAAL BUREAU

MEDEDELING AAN DE AANGESLOTENEN VAN HET
GEMEENSCHAPPELIJK STELSEL VAN ZIEKTEKOSTENVERZEKERING

I. WIJZIGING VAN DE REGELING INZAKE ZIEKTEKOSTENVERZEKERING
Publicatie van de bijgewerkte tekst

De regeling inzake ziektekostenverzekering van de ambtenaren der Europese Gemeenschappen is met ingang van 1 januari 1991 gewijzigd.

De begunstigen van het gemeenschappelijk stelsel werden op de nieuwe bepalingen gewezen :

- door een berichtje in Infor-Rapide van 20 december 1990;
- door een medeling betreffende de belangrijkste wijzigingen in de regeling, in alle talen gepubliceerd in Mededelingen van de Administratie van 31 december 1990 (Speciaal nummer alle instellingen - alle standplaatsen);
- en door verschillende artikelen over de ziektekostenverzekering in de Personeelskoerier van januari 1991.

Verder werd de Franse tekst van de bijgewerkte regeling onder alle personeelsleden verspreid (Mededelingen van de Administratie, Speciaal nummer alle instellingen - alle standplaatsen, van 31 december 1990).

De verspreiding van deze tekst in de andere talen is momenteel gaande.

Aangeslotenen die desondanks en na de verspreiding van de nieuwe regeling in alle talen door de dienst Postzaken van de instellingen geen kennis hebben kunnen nemen van de wijzigingen in de regeling, kunnen zich voor alle gewenste inlichtingen wenden tot het Afwikkelingsbureau waaronder zij vallen. Bij dat Afwikkelingsbureau kunnen zij ook de brochure krijgen voor zover zij die niet via de post hebben ontvangen.

II. OVERZICHT VAN EEN AANTAL PROBLEMEN DAT ZICH IN 1990 IN VERBAND MET DE INTERPRETATIE VAN DE REGELING HEEFT VOORGEDAAN

In 1990 werden in het kader van het gemeenschappelijk stelsel van ziektekostenverzekering zo'n 1,5 miljoen bewijsstukken behandeld van ongeveer 70.000 begunstigen van de regeling. Deze begunstigen zijn over 110 landen verspreid, zij het dan dat de meesten van hen zich in Brussel of in Luxemburg bevinden. Het Centraal Bureau en het Beheerscomité hebben gedurende diezelfde periode 60 klachten krachtens artikel 90 van het Statuut behandeld (dit is minder dan 1 klacht op 1.000 begunstigen).

Het is onvermijdelijk dat bij een zo groot aantal verzoeken de afwikkeling van de ziektekosten in bepaalde gevallen aanleiding geeft tot betwisting en tot klachten in de zin van artikel 90. Daar de regeling nogal ingewikkeld is zijn de klachten vaak het gevolg van onwetendheid bij de aangeslotenen ten aanzien van bepaalde maxima voor de vergoeding van kosten.

Het is daarom wellicht nuttig een overzicht te geven van de problemen die zich in 1990 hebben voorgedaan :

1. Problemen in verband met het vergoedingspercentage voor verstrekkingen waarvoor een maximum geldt en waarvan de kosten zijn uitgedrukt in andere valuta dan de Belgische frank en de Luxemburgse frank, met name in Italiaanse lire.

Dit is een reëel probleem, dat deels kon worden opgelost door de interpretatievoorschriften bij de nieuwe regeling die op 1 januari van dit jaar in werking trad (Mededelingen van de Administratie, Speciaal nummer alle instellingen - alle standplaatsen, van 31.12.1990). In aansluiting op de besprekingen in het Beheerscomité is het de bedoeling zo snel mogelijk een definitieve oplossing voor dit probleem te vinden.

2. Problemen in verband met het al dan niet in aanmerking komen voor vergoeding

De bepalingen inzake de voorwaarden voor vergoeding zijn ingewikkeld, vooral wanneer het gaat om personen die in een "overgangsspositie" verkeren (met name een klein aantal personen die onder de afvloeiingsregeling of onder artikel 50 vallen en een winstgevende beroepsbezigheid uitoefenen). Ook zijn er problemen gerezen in verband met een aantal gevallen waarin de echtgenoten niet voor vergoeding in aanmerking kwamen, vergoedingen voor kinderen en met het inkomen van de medeverzekerde echtgenoot. In geval van twijfel over dergelijke problemen is het raadzaam contact op te nemen met de heer SEPIACCI in Brussel of met de bevoegde personen van de Afwikkelingsbureaus in Luxemburg en Ispra.

3. Problemen op het gebied van tandheelkundige verzorging

Het wordt soms vergeten dat orthodontie uitsluitend wordt vergoed voor kinderen, en dat voor de ingewikkelde behandelingen die door tandartsen worden voorgesteld eerst de voorafgaande goedkeuring van de Raadgevend tandarts moet worden aangevraagd.

In dat verband moet wel worden gezegd dat de begunstigten van het gemeenschappelijk stelsel vaak in een moeilijke positie verkeren, aangezien er momenteel veel experimentele technieken bestaan en volgens onze raadgevende tandartsen, die zich toch niet extreem conservatief opstellen, ten aanzien van sommige van deze technieken de nodige voorzichtigheid in acht moet worden genomen. Het staat iedereen vrij vooraf contact op te nemen met onze raadgevende tandartsen (in Brussel werd ten behoeve van de ambtenaren daartoe een speciaal kantoor in het Guimardgebouw ingericht).

4. Diverse problemen

- (i) het niet-vergoeden van bepaalde "alternatieve"-geneeswijzen (punt XV van Bijlage I van de Regeling "Kosten in verband met behandelingen die, na advies van de raadgevend arts, niet-functioneel worden geacht ...);
- (ii) het niet-vergoeden van operaties voor esthetische doeleinden (vijfde alinea van punt II van Bijlage I);

- (iii) het niet-vergoeden van medische kosten voor 100 % voor personen die lijden aan een ernstige ziekte wanneer de raadgevend arts van mening is dat deze kosten geen verband houden met de ernstige ziekte;
- (iv) het niet-vergoeden van de kosten voor repatriëring van de begunstigde in geval van ziekte. De aangeslotenen zouden dus beter een particuliere verzekering afsluiten voor het dekken van dergelijke risico's.

Het Centraal Bureau publiceert deze informatie met de bedoeling de aangeslotenen te helpen. Het is onvermijdelijk dat zich altijd nog bepaalde moeilijke gevallen zullen voordoen waarvan niet meteen duidelijk is of ze al dan niet onder de regeling vallen. In geval van twijfel kan men wellicht eerst contact opnemen met het Afwikkelingsbureau waardoor het vaak mogelijk is een probleem op te lossen zonder gebruik te maken van officiële procedures zoals klachten krachtens artikel 90 van het Statuut.

Regime Comum de Seguro de Doença
SERVIÇO CENTRAL

COMUNICADO AOS TITULARES DO REGIME COMUM
DE SEGURO DE DOENÇA

I. ALTERAÇÃO DA REGULAMENTAÇÃO RELATIVA AO SEGURO DE DOENÇA
Publicação do texto actualizado

A regulamentação relativa à cobertura dos riscos de doença dos funcionários das Comunidades Europeias foi alterada, tendo a nova redacção entrado em vigor em 1 de Janeiro de 1991.

Chamou-se por várias vezes a atenção dos beneficiários do Regime Comum para as novas disposições por intermédio de :

- um flash no Infor-Rapide de 20 de Dezembro de 1990;
- um comunicado relativo às principais alterações publicado em todas as línguas nas Informações Administrativas de 31 de Dezembro de 1990 (Spécial Interinstitutions - Tous lieux d'affectation);
- vários artigos sobre o seguro de doença publicados no Courrier du Personnel de Janeiro de 1991.

Além disso, o texto francês da regulamentação com a nova redacção foi objecto de uma divulgação geral (Informações Administrativas, Spécial Interinstitutions - Tous lieux d'affectation, de 31.12.1990).

Está em curso a divulgação nas diferentes versões linguísticas.

Se, apesar destas condições e após a distribuição da regulamentação em todas as línguas pelos serviços de correio das Instituições, um titular do seguro não tiver tido conhecimento das alterações da regulamentação, pode dirigir-se ao respectivo Serviço de Liquidação a fim de obter quaisquer informações que considere necessárias. Poderá, além disso, dirigir-se ao referido serviço para receber a brochura em causa, caso não a tenha obtido por correio.

II. ALGUNS PROBLEMAS QUE SE LEVANTARAM EM 1990 RELACIONADOS COM A INTERPRETAÇÃO DA REGULAMENTAÇÃO

Em 1990, o Regime Comum de Seguro de Doença tratou quase 1 500 000 documentos comprovativos provenientes de cerca de 70 000 beneficiários do Regime, que, embora na sua maioria se encontrem em Bruxelas e no Luxemburgo, se repartem por 110 países diferentes. Durante esse mesmo período, o Serviço Central e o Comité de Gestão trataram 60 reclamações a título do artigo 90º do Estatuto (o que é inferior a uma por 1000 beneficiários).

É inevitável que, perante um tão grande número de pedidos, um determinado número de liquidações de despesas médicas dê origem a contestações e reclamações a título do artigo 90º. Dada a complexidade da regulamentação, as reclamações devem-se frequentemente ao desconhecimento, por parte dos beneficiários do seguro, de determinadas limitações aplicadas ao reembolso das despesas.

Por tal motivo, afigura-se de grande utilidade resumir os problemas que se levantaram em 1990:

1. Problemas decorrentes das taxas de reembolso efectivas das prestações submetidas a limite máximo e expressas noutras divisas que não o FB e o FLux, nomeadamente em liras Italianas

Trata-se de um problema real que, em certa medida, foi atenuado pelas disposições de interpretação da nova regulamentação, que entrou em vigor em 1 de Janeiro do corrente ano (Informações Administrativas, Spécial Interinstitutions - Tous lieux d'affectation, de 31.12.1990). Na sequência dos debates havidos a nível do Comité de Gestão, pretende-se recorrer a uma solução global para este problema logo que seja possível.

2. Problemas relativos à cobertura

As normas que regem as condições de cobertura são bastante complexas, sobretudo no que diz respeito às pessoas que se encontram em posições de "transição" (nomeadamente um reduzido número de alguns dos funcionários que cessaram funções beneficiando do regime de dégagement e de beneficiários do artigo 50º que têm actividades profissionais lucrativas). Surgiram igualmente alguns problemas relativos à não cobertura nalguns casos dos cônjuges, à cobertura dos filhos e aos rendimentos do cônjuge beneficiário do Regime Comum. Caso existam dúvidas quanto a estas questões, é favor entrar em contacto com o Sr. SEPIACCI em Bruxelas e com os responsáveis dos Serviços de Liquidação no Luxemburgo e em Ispra.

3. Problemas no domínio dentário

Esquece-se frequentemente que os tratamentos de ortodontia só são cobertos quando dizem respeito a crianças e que os tratamentos complexos propostos pelos dentistas têm de ser objecto de acordo prévio por parte do Dentista-assessor. A este respeito, deve realçar-se que os beneficiários do Regime Comum se encontram frequentemente numa situação difícil, dado que existem actualmente muitas técnicas ainda em fase experimental, algumas das quais, segundo os dentistas-assessores do Regime Comum - que não são demasiadamente conservadores -, devem ser abordadas com prudência. Qualquer funcionário pode consultar previamente os dentistas-assessores do Regime Comum (em Bruxelas foi instalado um consultório no edifício Guilmard para servir os funcionários interessados).

4. Problemas diversos

- (I) o não reembolso de algumas medicações "alternativas" (ponto XV do Anexo I da regulamentação "as despesas relativas aos tratamentos considerados não funcionais (...) após parecer do médico-assessor);
- (II) o não reembolso das intervenções cirúrgicas para fins estéticos (nº 5 do Ponto II do Anexo I);

- (iii) o não reembolso de 100% das despesas médicas para pessoas que padecem de doença grave, sempre que o médico-assessor considerar que tais despesas não estão ligadas à doença grave em causa;
- (iv) o não reembolso das despesas relativas ao repatriamento do beneficiário em caso de doença. Por conseguinte, os titulares do seguro de doença terão eventualmente interesse em celebrar um contrato com uma seguradora privada que cubra este tipo de riscos.

O Serviço Central publica esta informação com o objectivo de auxiliar os titulares do seguro de doença. Pela própria natureza das coisas, existirá sempre um determinado número de questões difíceis de resolver que constituem casos "limite" da regulamentação. Lembra-se que, com o objectivo de esclarecer quaisquer dúvidas, um contacto prévio com o Serviço de Liquidação poderá frequentemente contribuir para a resolução de um problema sem necessidade de recurso a procedimentos formais, tais como as reclamações a título do artigo 90^o do Estatuto.