

date 18/02/1992



**Spécial**

INTERINSTITUTIONS  
TOUS LES LIEUX D'AFFECTATION  
ET PENSIONNES

## **Modification de la réglementation relative à la couverture des risques de maladie**

<b>DA</b>	Indførelse af ligebehandlingskoefficienter og forhøjelse af maksimumsbeløbene .....	3
<b>DE</b>	Einführung der Ausgleichskoeffizienten und Anhebung der Sätze.....	11
<b>EL</b>	Εισαγωγή συντελεστών ισότητας και αύξηση των τιμών .....	19
<b>EN</b>	Introduction of equality coefficients and revision of scales..	27
<b>ES</b>	Introducción de los coeficientes de igualdad y aumento de los baremos .....	35
<b>FR</b>	Introduction des coefficients d'égalité et relèvement des barèmes .....	43
<b>IT</b>	Introduzione dei coefficienti di parità e aumento delle tariffe	51
<b>NL</b>	Invoering van egalisatiecoëfficiënten en verhoging van de maximumbedragen.....	59
<b>PO</b>	Introdução dos coeficientes de igualdade e aumento das tabelas .....	67
	Annexe	

## Ændring af sygeforsikringsordningen for tjenestemand ved De Europæiske Fællesskaber

Sygeforsikringsordningen for tjenestemand ved De Europæiske Fællesskaber blev den 28. november 1991 ændret med virkning fra den 1. januar 1991. Disse ændringer omfatter en forhøjelse af maksimumsbeløbene i bilag I og IV til ordningen og en tilpasning af artikel 8 med henblik på at muliggøre en passende godtgørelse af ydelser, der er afholdt i andre valutaer end belgiske og luxembourgske franc.

De, der er tilsluttet den fælles sygeforsikringsordning, afholder deres udgifter til lægebehandling m.v. i diverse valutaer i de forskellige lande, som har vidt forskellige ordninger og priser for disse ydelser. For at opnå en bedre kontrol af de inflatoriske følger af denne situation har det vist sig hensigtsmæssigt ved forhøjelsen af maksimumsbeløbene kun at fastsætte de maksimale **godtgørelses**beløbudtrykt i belgiske og luxembourgske franc som referencevaluta og - ud fra ønsket om at behandle alle de tilsluttede ens, uanset hvor de afholder deres udgifter - at fastsætte ligebehandlingskoefficienter, således at der kan foretages en passende godtgørelse af disse udgifter.

Ligebehandlingskoefficienterne fastsættes med Jævne mellemrum af institutionernes ansættelsesmyndigheder på grundlag af en rapport fra hovedkontoret og en udtalelse fra Forvaltningskomitéen, således at det i videst muligt omfang sikres, at godtgørelsen finder sted til den i ordningen fastsatte sats og i ud af ti tilfalde inden for grænsen af det maksimale godtgørelsesbeløb i en bestemt valuta.

Ændringerne af ordningen samt ligebehandlingskoefficienterne offentliggøres nedenfor.

De nye bestemmelser træder i kraft den 1. december 1991 med virkning fra den 1. januar 1991, hvorfor der vil blive foretaget reguleringer i den nærmeste fremtid.

## ORDNING

### OM UNDRING AF ORDNINGEN VEDRØRENDE SYGESIKRING FOR TJENESTEMÆND I DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER

KOMMISSIONEN FOR DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER,

under henvisning til vedtægten for tjenestemænd i De Europæiske Fællesskaber og ansættelsesvilkårene for de øvrige ansatte i disse Fællesskaber, fastsat ved forordning (EØF, Euratom, EKSF) nr. 259/68 og senest ændret ved forordning (Euratom, EKSF, EØF) nr. 3736/90 <sup>2)</sup>, særlig artikel 72 i vedtægten og artikel 28 i ansættelsesvilkårene,

under henvisning til ordningen vedrørende sygesikring for tjenestemænd i De Europæiske Fællesskaber, senest ændret ved bekræftelse fra præsidenten for De Europæiske Fællesskabers Domstol den 5. december 1990, særlig artikel 8 og artikel 30 samt bilag I og IV,

under henvisning til udtalelse fra Vedtægtsudvalget,

under henvisning til udtalelse fra Forvaltningskomitéen for Sygeforsikring, og

ud fra følgende betragtninger:

1) EFT nr. L 56 af 4. 3.1968. s. 1.

2) EFT nr. L 360 af 22.12.1990, s. 1.

Maksimumsbeløbene for godtgørelse, der er anført i bilagene til ordningen, er senest blevet fastsat med virkning fra den 1. juli 1986, og flere beløb er endog ikke blevet tilpasset siden den 28. Juli 1983;

den stigning, der siden da har været i udgifterne til ligebehandling, og som varierer fra den ene medlemsstat til den anden, gør det nødvendigt at forhøje maksimumsbeløbene for godtgørelse af visse ydelser på en hensigtsmæssig måde. samtidig med at man er opmærksom på, at det er nødvendigt med besparelser af hensyn til ordningens finansielle balance;

for at nå dette mål bør tabellerne revideres, idet der herved alene tages hensyn til udgifterne i belgiske og luxembourgske francs, der udgør 80% af de samlede udgifter, således at man undgår at tage hensyn til udgifterne i andre valutaer. der afspejler forskellige niveauer for udgifter til lægebehandling;

iagttagelse af princippet om lige behandling af alle tilsluttede, uanset hvor udgiften er afholdt, nødvendiggør dog en tilpasning af ordningens artikel 8, således at institutionerne på samordne! måde kan foretage en hensigtsmæssig godtgørelse af de pågældende udgifter;

selv om stigningen i udgifterne til andre ydelser, bl.a. inden for tandbehandling, kunne tale for en forhøjelse af maksimumsbeløbene for godtgørelse af andre ydelser end dem, der forhøjes i medfør af denne ordning, er det af sparehensyn ikke hensigtsmæssigt at ændre disse beløb;

denne ordnings ikrafttræden er betinget af, at Domstolens præsident bekræfter den falles aftale, der skal indgås mellem samtlige institutioner, for så vidt angår nævnte ordnings indhold -

VEDTAGET FØLGENDE ORDNING:

## Artikel 1

Artikel 8, stk. 1, i ordningen vedrørende sygesikring for tjenestemænd i De Europæiske Fællesskaber affattes således:

"1. Hvis de opståede udgifter skyldes en behandling, som den tilsluttede eller en gennem ham forsikret person har underkastet sig i et land, hvor udgifterne til lægebehandling er særlig store, kan der ydes en særlig godtgørelse, hvis den del af udgifterne, der ikke godtgøres under ordningen, er en stor økonomisk belastning for den tilsluttede.

Inden for rammerne af vedtægtens artikel 110, stk. 3, rådfører institutionerne sig med hinanden om gennemførelsen af dette stykke på grundlag af en rapport fra hovedkontoret, ledsaget af en udtalelse fra forvaltningskomitéen.

Dette stykke finder ikke anvendelse på tilsluttede, der er dækket af den i artikel 24 i bilag X til vedtægten fastsatte tillægssygeforsikring."

## Artikel 2

De maksimumsbeløb, der er anført i bilaget, træder i stedet for de tilsvarende beløb i ordningens bilag I, afsnit I, II, III og VIII, samt bilag IV, afsnit B.2).

## Artikel 3

Denne ordning træder i kraft den første dag i måneden efter den måned, i hvilken en fælles aftale mellem institutionerne, der er nævnt i vedtægtens artikel 72, stk. 1, er bekræftet af præsidenten for De Europæiske Fællesskabers Domstol.

Den anvendes fra den 1. januar 1991.

MAKSIMUMSBELØB FOR GODTGØRELSE PR. 1. JANUAR 1991BILAG IRegler for godtgørelse af udgifter som følge af sygdomI. Konsultationer og besøg1) Praktiserende læger

a) Konsultation i lægen; konsultationstid:	bfr.	744
b) Besøg pS patientens bopæl:	bfr.	780
c) Natbesøg, besøg søn- og helligdage og ved akut sygdom, defineret i overensstemmelse med lokal sædvane:	bfr.	1 192

2) Specialister

a) Konsultation i lægen; konsultationstid:	bfr.	1 258
b) Besøg på patientens bopæl:	bfr.	1 615
c) Natbesøg, besøg søn- og helligdage og ved akut sygdom, defineret i overensstemmelse med lokal sædvane:	bfr.	2 114

## II. Kirurgiske indgreb

Gruppe B	bfr.	37 273
Gruppe D	bfr.	181 932

## III. Hospitalsbehandling

Opholdsudgifter ved medicinsk hospitalsbehandling	bfr.	3 851
---------------------------------------------------	------	-------

## VIII. Fødsler

Normal fødsel	bfr.	33 230
Tvillingefødsel	bfr.	49 850
Vanskelig fødsel (= 100% indgreb gruppe B)	bfr.	43 850
Opholdsudgifter ved ophold på hospital eller klinik	bfr.	5 946

## BILAG IV

### Terapeutisk behandling

B. 2) Psykoterapi	bfr.	1 823
Psykoanalyse	bfr.	1 823"



## **Änderung der Regelung zur Sicherstellung der Krankheitsfürsorge für die Beamten der Europäischen Gemeinschaften**

Die Regelung zur Sicherstellung der Krankheitsfürsorge für die Beamten der Europäischen Gemeinschaften wurde am 28. November 1991 mit Wirkung vom 1. Januar 1991 geändert. Im Zuge dieser Änderungen werden die in den Anhängen I und IV der Regelung genannten Sätze angehoben und wird Artikel 8 der Regelung angepaßt, damit die für ärztliche Leistungen in einer anderen Währung als Belgischen und Luxemburgischen Franken verauslagten Beträge angemessen erstattet werden können.

Die von Krankheitsfürsorge-Berechtigten in unterschiedlichen Währungen verauslagten Kosten für ärztliche Leistungen spiegeln die äußerst unterschiedlichen Gesundheitssysteme und ärztlichen Kosten in den einzelnen Ländern wider. Damit die damit verbundenen inflationsbedingten Auswirkungen besser unter Kontrolle gebracht werden können, empfiehlt es sich, bei der Anhebung der Sätze lediglich die Erstattungshöchstbeträge, die auf Belgische oder Luxemburgische Franken (Referenzwährung) lauten, zu berücksichtigen und zur Wahrung des Grundsatzes der Gleichbehandlung aller angeschlossenen Personen unabhängig vom Ort der Jeweils entstehenden Ausgaben Ausgleichskoeffizienten einzuführen, damit die Ausgaben in angemessener Weise erstattet werden können.

Die Anstellungsbehörden der Organe legen regelmäßig die Ausgleichskoeffizienten auf der Grundlage eines Berichts des Zentralbüros und der Stellungnahme des Verwaltungsausschusses fest, so daß die Kosten zu dem in der Regelung genannten Satz in neun von zehn Fällen erstattet werden können, ohne daß die für die Jeweilige Währung festgelegten Erstattungshöchstbeträge überschritten werden.

Die geänderte Regelung sowie die Ausgleichskoeffizienten werden nachstehend veröffentlicht.

Die neuen Bestimmungen treten am 1. Dezember 1991 mit Wirkung vom 1. Januar 1991 in Kraft; die Abrechnungen werden in Kürze vorgenommen.

## REGELUNG

### zur Änderung der Regelung zur Sicherstellung der Krankheitsfürsorge für die Beamten der Europäischen Gemeinschaften

DIE KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN,

gestützt auf das Statut der Beamten der Europäischen Gemeinschaften und die Beschäftigungsbedingungen für die sonstigen Bediensteten dieser Gemeinschaften, festgelegt durch die Verordnung (EWG, Euratom, EGKS) Nr. 259/68 <sup>(1)</sup> und zuletzt geändert durch die Verordnung (Euratom, EGKS, EWG) Nr. 3736/90 <sup>(2)</sup>, insbesondere auf Artikel 72 des Statuts und auf Artikel 28 der Beschäftigungsbedingungen,

gestützt auf die Regelung zur Sicherstellung der Krankheitsfürsorge für die Beamten der Europäischen Gemeinschaften, zuletzt geändert im Wege eines durch den Präsidenten des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften am 5. Dezember 1990 festgestellten gegenseitigen Einverständnisses, insbesondere auf die Artikel 8 und 30 sowie auf die Anhänge I und IV,

nach Stellungnahme des Statutsbeirats.

nach Stellungnahme des Verwaltungsausschusses der Krankheitsfürsorge,

(1) ABI. Nr. L 56 vom 4. 3.1968, S. 1.

(2) ABI. Nr. L 360 vom 22.12.1990, S. 1.

in Erwägung nachstehender Gründe:

Die in den Anhängen der Regelung aufgeführten Erstattungshöchstbeträge sind zuletzt mit Wirkung vom 1. Juli 1986 festgesetzt worden; einige Beträge sind sogar seit dem 28. Juli 1983 nicht mehr geändert worden.

Der Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen seit dieser Zeit, der je Mitgliedstaat unterschiedlich hoch ist, macht es erforderlich, dass die Erstattungshöchstbeträge für bestimmte Leistungen in angemessener Weise angehoben werden, wobei zugleich dem Bestreben Rechnung zu tragen ist, durch die erforderlichen Einsparungen das finanzielle Gleichgewicht der Krankheitsfürsorge sicherzustellen.

Zur Erreichung dieses Ziels empfiehlt es sich, bei der Änderung der Beträge lediglich die Ausgaben in belgischen und luxemburgischen Franken, die 80 % der Ausgaben darstellen, zu berücksichtigen und hierdurch zu vermeiden, dass den Ausgaben in anderen Währungen, die unterschiedliche Kosten der Gesundheitsfürsorge widerspiegeln, Rechnung getragen wird.

Zur Wahrung des Grundsatzes der Gleichbehandlung aller angeschlossenen Personen unabhängig vom Ort der jeweils entstehenden Ausgaben muss jedoch Artikel 8 der Regelung dahingehend angepasst werden, dass die Organe durch ein aufeinander abgestimmtes Vorgehen diese Ausgaben in angemessener Weise erstatten.

Der Kostenanstieg würde zwar eine Anhebung der Erstattungshöchstbeträge bei anderen, insbesondere zahnärztlichen Leistungen, die nicht Gegenstand der vorliegenden Regelung sind, rechtfertigen; jedoch ist es aus Ersparnisgründen **nicht** zweckmässig, diese Beträge zu ändern.

Das Inkrafttreten dieser Regelung ist an die Feststellung des gegenseitigen Einvernehmens aller Organe über den Inhalt dieser Regelung durch den Präsidenten des Gerichtshofs gebunden -

HAT FOLGENDE REGELUNG ERLASSEN:

#### Artikel 1

Artikel 8 Absatz 1 der Regelung zur Sicherstellung der Krankheitsfürsorge für die Beamten der Europäischen Gemeinschaften erhält folgende Fassung,-

"(1) Sondererstattungen können gewährt werden, wenn Kosten für ärztliche Leistungen entstanden sind, die die angeschlossene Person oder eine durch sie mitangeschlossene Person in einem Land mit besonders hohen ärztlichen Behandlungskosten in Anspruch genommen hat, und der aufgrund dieser Regelung nicht erstattete Teil der Kosten eine schwere Belastung für die angeschlossene Person darstellt.

Im Rahmen des Artikels 110 Absatz 3 des Statuts setzen sich die Organe hinsichtlich der Anwendung dieses Absatzes anhand eines Berichts des Zentralbüros und einer diesem Bericht beigefügten Stellungnahme des Verwaltungsausschusses miteinander ins Benehmen.

Dieser Absatz gilt nicht für Personen, die durch die zusätzliche Krankenversicherung gemäss Artikel 24 des Anhangs X des Statuts gesichert sind."

## Artikel 2

Die im Anhang aufgeführten Höchstbeträge ersetzen die entsprechenden Beträge, die in Anhang I Abschnitte I. II. III und VIII sowie in Anhang IV Abschnitt B.2 der Regelung aufgeführt sind.

## Artikel 3

Diese Regelung tritt am ersten Tag des Monats in Kraft, der auf den Monat folgt, in welchem das in Artikel 72 Absatz 1 des Statuts vorgesehene "gegenseitige Einvernehmen der Organischen Gemeinschaften festgestellt worden ist.

Sie gilt ab 1. Januar 1991.

ERSTATTUNGSHÖCHSTBETRÄGE ZUM 1. JANUAR 1991"ANHANG IVorschriften für die Erstattung der KrankheitskostenI. Beratungen und Besuche1. Praktische Ärzte

a) Beratungen In der Sprechstunde des Arztes:	BFR	744
b) Hausbesuch:	BFR	780
c) Nachtbesuch, Sonn- und Feiertagsbesuch, dringender Besuch, jeweils nach den örtlich geltenden Begriffsbestimmungen:	BFR	I 192

2. Fachärzte

a) Beratungen in der Sprechstunde des Arztes:	BFR	1 258
b) Hausbesuch:	BFR	1 615
c) Nachtbesuch, Sonn- und Feiertagsbesuch, dringender Besuch, jeweils nach den örtlich geltenden Begriffsbestimmungen:	BFR	2 114

## 11. Chirurgische Eingriffe

Kategorie B	BFR 37 273
Kategorie D	BFR 181 932

## III. Krankenhausbehandlung

Aufenthaltskosten bei Krankenhausbehandlung	BFR 3 851
---------------------------------------------	-----------

## VIII. Entbindungen

Normal verlaufende Entbindungen	BFR 33 230
Zwillingsentbindungen	BFR 49 850
Erschwerte Entbindungen (= 100 % eines Eingriffs der Kategorie B)	BFR 43 850
Aufenthaltskosten in einer Krankenanstalt	BFR 5 946

## ANHANG IV

### Therapeutische Behandlungen

B. 2) Psychotherapie	BFR 1 823
Psychoanalyse	BFR 1 823"

**Τροποποίηση των κανονιστικών διατάξεων για την κάλυψη έναντι των κινδύνων ασθενείας των υπαλλήλων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων**

Οι κανονιστικές διατάξεις για την κάλυψη έναντι των κινδύνων ασθενείας των υπαλλήλων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων τροποποιήθηκαν στις 28 Νοεμβρίου 1991 με αποτελέσματα από την 1η Ιανουαρίου 1991. Οι τροποποιήσεις αυτές έχουν ως αντικείμενο την αύξηση των τιμών που αναφέρονται στα παραρτήματα I και IV των κανονιστικών διατάξεων και την προσαρμογή του άρθρου 8 των εν λόγω διατάξεων, προκειμένου να είναι δυνατή η αρμόζουσα επιστροφή των παροχών που έχουν πληρωθεί σε νομίματα διαφορετικά από το βελγικό και λουξεμβουργιανό φράγκο.

Πράγματι, οι ιατρικές παροχές προς τους δικαιούχους του κοινού καθεστώτος καταβάλλονται στα διάφορα νομίματα των κρατών που έχουν εντελώς διαφορετικά συστήματα και κόστος ιατρικών φροντίδων. Για να αντιμετωπίζονται καλύτερα οι πληθωριστικές συνέπειες της κατάστασης αυτής, αποδείχθηκε σκόπιμο, κατά την αύξηση των τιμών, να ληφθούν υπόψη μόνο τα ανώτατα ποσά επιστροφής τα οποία εκφράζονται σε βελγικά και λουξεμβουργιανά φράγκα ως νόμισμα αναφοράς και να προβλεφθούν συντελεστές ισότητας, με στόχο την τήρηση της αρχής της ίσης μεταχείρισης για όλους τους ασφαλισμένους ανεξάρτητα από τον τόπο στον οποίο πραγματοποιούν τις δαπάνες, ώστε να είναι δυνατή η αρμόζουσα επιστροφή των εν λόγω δαπανών.

Αυτοί οι συντελεστές ισότητας ορίζονται περιοδικά από τις Αρμόδιες για τους Διορισμούς Αρχές των οργάνων βάσει έκθεσης του Κεντρικού Γραφείου και γνώμης της Επιτροπής Διαχείρισης, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται, στο μέτρο του δυνατού, η επιστροφή με το ποσοστό που προβλέπεται στις κανονιστικές διατάξεις για 9 στις 10 περιπτώσεις μέσα στα όρια του ανώτατου ποσού επιστροφής σε δεδομένο νόμισμα.

Οι τροποποιήσεις των κανονιστικών διατάξεων καθώς και οι συντελεστές ισότητας δημοσιεύονται παρακάτω.

Δεδομένου ότι οι νέες διατάξεις αρχίζουν να ισχύουν την 1η Δεκεμβρίου 1991 και παράγουν αποτελέσματα από την 1η Ιανουαρίου 1991, οι τακτοποιήσεις θα γίνουν στο εγγύς μέλλον.



## ΚΑΝΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

για την τροποποίηση των κανονιστικών διατάξεων σχετικά  
με την κάλυψη των κινδύνων ασθενείας των υπαλλήλων  
των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων

Η ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ,

Εχοντας υπόψη :

τον κανονισμό υπηρεσιακής κατάστασης των υπαλλήλων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων και το καθεστώς που ισχύει για το λοιπό προσωπικό των Κοινοτήτων αυτών, όπως καθορίστηκαν από τον κανονισμό (ΕΟΚ, Ευρατόμ, ΕΚΑΧ) αριθ. 259/68 <sup>(1)</sup> και τροποποιήθηκαν τελευταία από τον κανονισμό (Ευρατόμ, ΕΚΑΧ, ΕΟΚ) αριθ. 3736/90 <sup>(2)</sup>, και ιδίως το άρθρο 72 του προαναφερθέντος κανονισμού υπηρεσιακής κατάστασης και το άρθρο 28 του προαναφερθέντος καθεστώτος,

τις κανονιστικές διατάξεις για την κάλυψη των κινδύνων ασθενείας των υπαλλήλων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, όπως τροποποιήθηκαν τελευταία σύμφωνα με τη διαπίστωση που έγινε από τον Πρόεδρο του Δικαστηρίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, στις 5 Δεκεμβρίου 1990, και ιδίως τα άρθρα 8 και 30, καθώς και τα παραρτήματα I και IV.

τη γνώμη της Επιτροπής Κανονισμού Υπηρεσιακής Κατάστασης,

τη γνώμη της Επιτροπής Διαχείρισης Υγειονομικής Ασφάλισης,

---

(1) ΕΕ αριθ. L 56 της 4. 3. 1968, σ. 1.

(2) ΕΕ αριθ. L 360 της 22.12.1990, σ. 1.

Εκτιμώντας :

ότι τα ανώτατα όρια επιστρεφόμενων ποσών που αναγράφονται στα παραρτήματα των κανονιστικών διατάξεων ορίστηκαν για τελευταία φορά με ισχύ από 1ης Ιουλίου 1986, ενώ ορισμένα ποσά δεν αναπροσαρμόστηκαν από τις 28 Ιουλίου 1983,

ότι η άνοδος του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης από τις ημερομηνίες αυτές, διαφορετική σε κάθε κράτος μέλος, καθιστά αναγκαία την επαρκή αύξηση των μέγιστων ποσών επιστροφής ορισμένων παροχών, με παράλληλη μέριμνα την επίτευξη οικονομίας απαραίτητης για τη δημοσιονομική ισορροπία του καθεστώτος,

ότι, για την επίτευξη του στόχου αυτού, πρέπει να αναθεωρηθούν οι πίνακες, λαμβανομένων υπόψη μόνον των δαπανών που καταβάλλονται σε φράγκα Βελγίου και Λουξεμβούργου, οι οποίες αντιπροσωπεύουν το 80% των δαπανών, ώστε να αποφεύγεται να λαμβάνονται υπόψη οι δαπάνες που καταβάλλονται σε άλλο νόμισμα, οι οποίες αντικατοπτρίζουν το διαφοροποιημένο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης.

ότι, εντούτοις, η τήρηση της αρχής της ίσης μεταχείρισης μεταξύ όλων των ασφαλισμένων, οπουδήποτε και αν υποβάλλονται σε δαπάνες, επιβάλλει την αναπροσαρμογή του άρθρου 8 των κανονιστικών διατάξεων, ώστε να μπορέσουν τα θεσμικά όργανα να προβούν σε ικανοποιητική επιστροφή των δαπανών αυτών, μέσα σε εναρμονισμένα πλαίσια,

ότι, παρ' όλο που οι αυξήσεις των δαπανών θα δικαιολογούσαν αύξηση των μέγιστων ποσών επιστροφής άλλων παροχών, ιδίως στον τομέα της οδοντιατρικής, καθώς και των παροχών για τις οποίες αποφασίζεται αύξηση δυνάμει των κανονιστικών αυτών διατάξεων, δεν είναι σκόπιμο να τροποποιηθούν τα ποσά αυτά, για λόγους οικονομίας.

ότι, για να αρχίσουν να ισχύουν οι παρούσες κανονιστικές διατάξεις, πρέπει πρώτα να διαπιστωθεί, από τον Πρόεδρο του Δικαστηρίου, η ύπαρξη της κοινής συμφωνίας που πρέπει να επιτευχθεί μεταξύ όλων των θεσμικών οργάνων όσον αφορά το περιεχόμενο των εν λόγω κανονιστικών διατάξεων.

ΕΞΕΔΩΣΕ ΤΙΣ ΠΑΡΟΥΣΕΣ ΚΑΝΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ :

#### Άρθρο 1

Στο άρθρο 8 των κανονιστικών διατάξεων σχετικά με την κάλυψη των κινδύνων ασθενειών των υπαλλήλων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, η παράγραφος 1 αντικαθίσταται από το ακόλουθο κείμενο :

"1.Είναι δυνατόν να χορηγηθούν ειδικές επιστροφές όταν τα πραγματοποιηθέντα έξοδα αφορούν περίθαλψη που παρασχέθηκε στον άμεσο ασφαλισμένο ή σε καλυπτόμενο από την ασφάλισή του πρόσωπο σε χώρα όπου το κόστος της ιατρικής περίθαλψης είναι ιδιαίτερα υψηλό και το μέρος των εξόδων που δεν επιστρέφονται από το καθεστώς υγειονομικής ασφάλισης επιβάλλει μεγάλη επιβάρυνση στον ασφαλισμένο.

Στα πλαίσια του άρθρου 110, τρίτο εδάφιο του κανονισμού υπηρεσιακής κατάστασης, τα θεσμικά όργανα προβαίνουν σε συνεννόηση για την εφαρμογή της παρούσας παραγράφου, με βάση έκθεση του κεντρικού γραφείου, συνοδευόμενη από τη γνώμη της επιτροπής διαχείρισης.

Η παρούσα παράγραφος δεν εφαρμόζεται στους ασφαλισμένους που καλύπτονται από τη συμπληρωματική υγειονομική ασφάλιση που προβλέπεται από το άρθρο 24 του παραρτήματος Χ του κανονισμού υπηρεσιακής κατάστασης."

## Άρθρο 2

Τα μέγιστα ποσά που αναγράφονται στο παράρτημα αντικαθιστούν τα αντίστοιχα ποσά που αναγράφονται στο παράρτημα I, σημεία I, II, III και VIII καθώς και στο παράρτημα IV σημείο B.2) των κανονιστικών διατάξεων.

## Άρθρο 3

Οι παρούσες κανονιστικές διατάξεις αρχίζουν να ισχύουν την πρώτη ημέρα του μηνός που ακολουθεί τον μήνα κατά τη διάρκεια του οποίου ο Πρόεδρος του Δικαστηρίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων διαπιστώνει την κοινή συμφωνία των θεσμικών οργάνων, η οποία προβλέπεται από το άρθρο 72 παράγραφος 1 του κανονισμού υπηρεσιακής κατάστασης.

Είναι εφαρμοστέες από 1ης Ιανουαρίου 1991.

ΜΕΓΙΣΤΑ ΕΠΙΣΤΡΕΦΟΜΕΝΑ ΠΟΣΑ ΤΗΝ 1η ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 1991

"ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Κανόνες που διέπουν την επιστροφή των Ιατρικών Εξόδων

I. Επισκέψεις στο Ιατρείο και επισκέψεις στο σπίτι

1) Γενικοί Ιατροί - Παθολόγοι

α) επίσκεψη στο Ιατρείο :	BFR	744
β) επίσκεψη στο σπίτι του ασθενούς :	BFR	780
γ) επίσκεψη στο σπίτι του ασθενούς, νυκτερινή, Κυριακές ή αργίες και για έκτακτο περιστατικό (όπως καθορίζονται από τις τοπικές συνήθειες) :	BFR	1 192

2) Ειδικευμένοι Ιατροί

α) επίσκεψη στο Ιατρείο :	BFR	1 258
β) επίσκεψη στο σπίτι του ασθενούς :	BFR	1 615
γ) επίσκεψη στο σπίτι του ασθενούς, νυκτερινή, Κυριακές ή αργίες και για έκτακτο περιστατικό (όπως καθορίζονται από τις τοπικές συνήθειες) :	BFR	2 114

## II. Χειρουργικές επεμβάσεις

Κατηγορία Β	BFR	37 273
Κατηγορία Δ	BFR	181 932

## III. Έξοδα νοσοκομείου

Έξοδα παραμονής (νοσηλεία)	BFR	3 851
----------------------------	-----	-------

## VIII. Τοκετοί

Φυσιολογικός τοκετός	BFR	33 230
Τοκετός διδύμων	BFR	49 850
Δύσκολος τοκετός (= 100 % παρέμβαση κατ. Β)	BFR	43 850
Έξοδα παραμονής (νοσηλεία)	BFR	5 946

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

### Φυσιοθεραπείες

Β. 2) Ψυχοθεραπεία	BFR	1 823
Ψυχανάλυση	BFR	1 823."

Amendments to the rules on sickness Insurance  
for officials of the European Communities

The rules on sickness Insurance for officials of the European Communities were amended on 28 November with effect from 1 January 1991. The purpose of these amendments is to revise the scales contained in Annexes I and IV and to adapt Article 8 to allow appropriate reimbursement for services paid for in currencies other than Belgian and Luxembourg francs.

The Joint scheme covers officials who pay for medical services in various currencies and in countries which have widely different health care systems and costs. In order to contain the inflationary effects of this situation without compromising the principle of equality of treatment of all members, regardless of where expenditure is incurred, it has been decided to revise the scales using the reimbursement ceilings in Belgian and Luxembourg francs as the only point of reference and to introduce equality coefficients so that expenditure may be reimbursed at appropriate levels.

The equality coefficients will be set periodically by the appointing authorities of the institutions on the basis of a report from the Central Office and an opinion from the Management Committee in such a way that, as far as possible, the reimbursement of expenditure at the rate laid down in the rules falls within the limit of the reimbursement ceiling in a given currency in nine out of ten cases.

The amendments to the rules and the equality coefficients are published below.

The new provisions came into force on 1 December 1991 and apply from 1 January 1991. Backdated corrections will be made soon.

## RULES

### amending the rules on sickness insurance for officials of the European Communities

THE COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES,

Having regard to the Staff Regulations of Officials of the European Communities and the Conditions of Employment of Other Servants of the European Communities as laid down in Regulation (EEC, Euratom, ECSC) No 259/68 (1) . as last amended by Regulation (Euratom, ECSC, EEC) No 3736/90 (2), and in particular Article 72 of the said Staff Regulations and Article 28 of the said Conditions of Employment,

Having regard to the Rules on Sickness Insurance for Officials of the European Communities, as last amended in accordance with the confirmation by the President of the Court of Justice of the European Communities on 5 December 1990, and in particular Articles 8 and 30 thereof and Annexes I and IV thereto,

Having regard to the opinion of the Staff Regulations Committee.

Having regard to the opinion of the Management Committee for Sickness Insurance,

(1) OJ No L 56. 4. 3.1968, p. 1 .

(2) OJ No L 360, 22.12.1990, p. 1.



Whereas the reimbursement ceilings laid down in the Annexes to the Rules were last fixed with effect from 1 July 1986, certain amounts having undergone no further adjustments since 28 July 1983;

Whereas the increase in the cost of health care since those dates, varying according to the Member State involved, requires that reimbursement ceilings for certain services be increased appropriately, with concern for the economy necessary for the financial balance of the Scheme;

Whereas, for that objective to be achieved, the scales should be revised on the basis of expenditure in Belgian and Luxembourg francs only, which accounts for 80% of expenditure, in order to avoid taking into account expenditure in other currencies, which reflects differential health care costs;

Whereas, however, observance of the principle of equal treatment of all members, regardless of where expenditure is incurred, requires that Article 8 of the Rules be adapted so that the institutions may proceed with appropriate reimbursement of the said expenditure in a concerted framework;

Whereas, although Increased costs would justify an increase in reimbursement ceilings for services, particularly in dentistry, other than those in respect of which an increase is adopted under these Rules, it is not desirable, on grounds of economy, to amend such amounts;

Whereas the entry into force of these Rules Is subject to confirmation, by the President of the Court of Justice, of the agreement to be reached between all the institutions on the content of the said Rules,

HAS ADOPTED THESE RULES:

### Article 1

Article 8(1) of the Rules on Sickness Insurance for Officials of the European Communities is hereby replaced by the following:

"1. Special reimbursements may be granted when the expenses incurred are for treatment of the member or of a person covered by his insurance in a country where the cost of medical treatment is particularly high and the portion of expenses not reimbursed by the Scheme places a heavy financial burden on the member.

Under the third paragraph of Article 110 of the Staff Regulations, the institutions shall consult each other concerning the application of this paragraph on the basis of a report from the Central Office accompanied by the opinion of the Management Committee.

This paragraph shall not apply to insured persons covered by the supplementary sickness insurance provided for in Article 24 of Annex X to the Staff Regulations."

## Article 2

The maximum ceilings Indicated in the Annex shall replace the corresponding amounts in Annex I, points I, II, III and VIII and in Annex IV point B.(2), of the Rules.

## Article 3

These Rules shall enter into force on the first day of the month following that (luring which the agreement between the institutions provided for in Article 72(1) of the Staff Regulations is confirmed by the President of the Court of Justice of the European Communities.

They shall apply from 1 January 1991.

MAXIMUM REIMBURSABLE AMOUNTS AS AT 1 JANUARY 1991

"ANNEX I

Rules governing the reimbursement of medical **expenses**

I. Surgery visits and home calls

(1) General practitioners

- (a) visit to the doctor's consulting room: BF 744
- (b) call at the patient's home: BF 780
- (c) calls at night, on Sundays and on public holidays, emergency calls, as defined by local custom: BF 1 192

(2) Consultants

- (a) visit to the consultant's consulting room: BF 1 258
- (b) call at the patient's home: BF 1 615
- (c) calls at night, on Sundays and on public holidays, emergency calls as defined by local custom: BF 2 114

## II. Surgical operations

Category B	BF 37 273
Category D	BF 181 932

## III. Hospitalization

Costs of a stay in hospital for medical treatment	BF 3 851
---------------------------------------------------	----------

## VIII. CONFINEMENTS

Normal confinements	BF 33 230
Twin births	BF 49 850
Difficult confinements (= 100% cat. B operation)	BF 43 850
Costs of a stay in hospital	BF 5 946

### ANNEX IV

Therapeutic treatment

B.(2) Psychotherapy	BF 1 823
Psychoanalysis	BF 1 823

## **Modificación de la normativa sobre la cobertura de los riesgos de enfermedad de los funcionarios de las Comunidades Europeas**

El 29 de noviembre se modificó, con efecto desde el 1 de enero de 1991, la normativa relativa a la cobertura de los riesgos de enfermedad de los funcionarios de las Comunidades Europeas. El objeto de estas modificaciones fue aumentar los haremos de sus Anexos I y IV y adaptar su artículo 8 para permitir el adecuado reembolso de las prestaciones expresadas en monedas distintas del franco belga o luxemburgués.

En efecto, las prestaciones médicas que reciben los beneficiarios del régimen común se expresan en las diferentes monedas de los Estados miembros, cuyos regímenes difieren mucho entre sí, al igual que los costes de los cuidados médicos. Con objeto de controlar mejor los efectos inflacionistas que se derivan de esta situación, se ha considerado oportuno, al aumentar los haremos, retener únicamente los importes máximos de reembolso expresados en francos belgas o luxemburgueses como moneda de referencia y establecer coeficientes de igualdad, respetando el principio de Igualdad de trato entre todos los afiliados e independientemente del lugar en que éstos efectúen los gastos médicos, con el fin de lograr que dichos gastos sean reembolsados adecuadamente.

Las autoridades facultadas para proceder a los nombramientos de las instituciones aprobarán periódicamente los coeficientes de igualdad sobre la base de un informe de la oficina central y previo dictamen del Comité de Gestión de forma que, en la medida de lo posible, el reembolso previsto por la normativa quede garantizado en 9 de cada 10 casos, dentro del límite del importe máximo de reembolso en una moneda dada.

A continuación se publican las modificaciones de la normativa y los coeficientes de Igualdad. Las nuevas disposiciones entrarán en vigor el 1 de diciembre de 1991 con efecto desde el 1 de enero de 1991; próximamente se procederá a efectuar las correspondientes regularizaciones.

## REGLAMENTACIÓN

por la que se modifica la reglamentación relativa a la cobertura de los riesgos de enfermedad de los -funcionarios de Las Comunidades Europeas

LA COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS,

Visto el Estatuto de los funcionarios de las Comunidades Europeas y el régimen aplicable a los demás agentes de dichas Comunidades, establecido por el Reglamento (CEE. Euratom. CECA) n° 259/68(1) y modificado en último término por el Reglamento (Euratom. CECA, CEE) n° 3736/90(2) , y en particular el artículo 72 del mencionado Estatuto y el artículo 28 de dicho régimen,

Vista la reglamentación relativa a la cobertura de los riesgos de enfermedad de los funcionarios de las Comunidades Europeas, modificada en último término con arreglo a la comprobación efectuada por el Presidente del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas el 5 de diciembre de 1990, y en particular sus artículos 8 y 30, así como sus anexos I y IV,

Visto el dictamen del Comité del Estatuto,

Visto el dictamen del Comité de Gestión del Seguro Médico,

(1) DO n° L 56 de 4. 3.1968, p. 1.

(2) DO n° L 360 de 22.12.1990. p. 1.

Considerando que los importes máximos de reembolso recogidos en los anexos de la reglamentación se fijaron en último término con efectos a partir del 1 de Julio de 1985, y que, incluso, algunas cantidades no se adaptaron desde el 28 de julio de 1983;

Considerando que el aumento del coste de las atenciones sanitarias desde las citadas fechas, distinto según los Estados miembros, hace necesario aumentar los importes máximos de reembolso de determinadas prestaciones, de una forma adecuada y teniendo presente la necesidad de reducir gastos para conseguir un equilibrio financiero en el régimen;

Considerando que, para lograr tal objetivo, es conveniente revisar los haremos teniendo en cuenta únicamente los gastos efectuados en francos belgas y luxemburgueses, que representan el 80% de los gastos, para evitar tomar en consideración los gastos realizados en otras divisas, que reflejan costes diferenciados para las atenciones médicas;

Considerando, sin embargo, que el principio de igualdad de trato entre todos los afiliados, independientemente del lugar en el que se efectúen los gastos, hace necesaria la adaptación del artículo 8 de la reglamentación para que las instituciones, de forma concertada, puedan realizar el adecuado reembolso de dichos gastos:

Considerando que, aunque el incremento de su coste justificaría el aumento de los importes máximos de reembolso de otras prestaciones, especialmente de odontología, distintas de las prestaciones para las que la presente reglamentación dispone un aumento, por razones de economía, no es conveniente modificar dichos importes;



Considerando que la entrada en vigor de la presente reglamentación está subordinada a que el Presidente del Tribunal de Justicia declare el común acuerdo a que deberán llegar las instituciones en lo relativo al contenido de dicha reglamentación,

HA ADOPTADO LA PRESENTE REGLAMENTACIÓN

### Artículo 1

El apartado 1 del artículo 8 de la reglamentación relativa a la cobertura de los riesgos de enfermedad de los funcionarios de las Comunidades Europeas se sustituye por el siguiente texto:

"1. Podrán concederse reembolsos especiales cuando los gastos efectuados correspondan a cuidados médicos que se hayan prestado al afiliado o a una persona asegurada por cuenta de éste en un país donde el coste de los cuidados médicos sea particularmente elevado y cuando la parte de los gastos que el régimen no reembolse suponga para el afiliado una pesada carga.

En el marco del párrafo tercero del artículo no del Estatuto, las instituciones procederán a una concertación sobre la aplicación del presente apartado basándose en un informe de la Oficina central, acompañado del dictamen del Comité de Gestión.

El presente apartado no se aplicará a los asegurados cubiertos por el seguro de enfermedad complementario contemplado en el artículo 24 del anexo X del Estatuto."

## Artículo 2

Los importes máximos indicados en el anexo sustituyen a los importes correspondientes que figuran en los puntos I, II, III y VIII del anexo I y en el punto B.2) del anexo IV de la reglamentación.

## Artículo 3

La presente reglamentación entrará en vigor el primer día del mes siguiente a aquél en que el Presidente del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas declare el común acuerdo de las instituciones a que se refiere el apartado 1 del artículo 72 del Estatuto.

Será aplicable a partir del 1 de enero de 1999).

IMPORTE MÁXIMOS REEMBOLSABLES AL 1 DE ENERO DE 1991

"ANEXO I

Normas que rigen el reembolso de los gastos médicos

I. Consultas y visitas

1) Medicina general

a) consulta en el consultorio del médico:	FB	744
b) visita en el domicilio del enfermo:	FB	780
c) visita nocturna, en domingo o día festivo, visita de urgencia, definidas con arreglo al uso local:	FB	1 192

2) Especialistas

a) consulta en el consultorio del médico:	FB	1 258
b) visita en el domicilio del enfermo:	FB	1 615
c) visita nocturna, en domingo o día festivo, visita de urgencia, definidas con arreglo al uso local;	FB	2 114

## II. Intervenciones quirúrgicas

Categoría B	FB	37 273
Categoría D	FB	181 932

## III. Hospitalización

Gastos de estancia en caso de hospitalización médica	FB	3 851
------------------------------------------------------	----	-------

## VIII. Partos

Parto normal	FB	33 230
Parto múltiple	FB	49 850
Parto distócico (= 100% intervención cat. B)	FB	43 850
Gastos de estancia en un establecimiento hospitalario	FB	5 946

## ANEXO IV

### Tratamientos terapéuticos

B.2) Psicoterapia	FB	1 823
Psicoanálisis	FB	1 823."

**Modification de la réglementation relative à la  
couverture des risques de maladie  
des fonctionnaires des Communautés européennes.**

La réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes a été modifiée le 28 novembre 1991 avec effet au 1er Janvier 1991. Ces modifications ont pour objet le relèvement des barèmes visés aux annexes I et IV de la réglementation et l'adaptation de son article 8 afin de permettre le remboursement adéquat de prestations exposées en d'autres devises que les francs belge et luxembourgeois.

En effet, les prestations médicales prodiguées aux bénéficiaires du régime commun sont exposées dans les diverses devises des Etats connaissant des régimes et des coûts de soins médicaux très divergents. Afin de mieux maîtriser les effets inflationnistes qui résultent de cette situation, il s'est avéré opportun, lors du relèvement des barèmes, de ne retenir que les montants maximum de remboursement exprimés en francs belge et luxembourgeois comme monnaie de référence et de prévoir, dans le respect du principe d'égalité de traitement entre tous les affiliés, quel que soit le lieu où Ils effectuent des dépenses, des coefficients d'égalité afin qu'il puisse être procédé au remboursement adéquat desdites dépenses.

Ces coefficients d'égalité sont arrêtés périodiquement par les A.I.P.N. des Institutions sur base d'un rapport du bureau central et avis du Comité de gestion de telle sorte que, dans toute la mesure du possible, le remboursement au taux prévu par la réglementation puisse être assuré dans 9 cas sur 10 dans la limite du montant maximum de remboursement dans une devise donnée.

Les modifications de la réglementation ainsi que les coefficients d'égalité sont publiés ci-après.

Les nouvelles dispositions entrant en vigueur le 1er décembre 1991 avec effet au 1er Janvier 1991, les régularisations se feront prochainement.

## REGLEMENTATION

### modifiant la réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes

LA COMMISSION DES COMMUNAUTES EUROPEENNES

vu le statut des fonctionnaires des Communautés européennes ainsi que le régime applicable aux autres agents de ces Communautés, fixés par le règlement (CEE, Euratom, CECA) n° 259/68 (1) et modifiés en dernier lieu par le règlement (Euratom, CECA, CEE) n° 3736/90 (2), et notamment l'article 72 audit statut et l'article 28 audit régime,

vu la réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes, modifiée en dernier lieu selon la constatation opérée par le président de la Cour de justice des Communautés européennes le 8 décembre 1990, et notamment ses articles 8 et 30, ainsi que ses annexes 1 et IV,

vu l'avis du Comité du statut,

vu l'avis du Comité de gestion de l'assurance maladie,

(1) JO n° L 56 du 4. 3.1968, p. 1.

(2) JO n° L 360 du 22.12.1990, p. 1.

considérant que les montants maximums de remboursement figurant dans les annexes à la réglementation ont été fixés en dernier lieu avec effet au 1er juillet 1986, certains montants n'ayant même plus été adaptés depuis le 28 juillet 1983 ;

considérant que la hausse du coût des soins de santé depuis ces dates, différente selon les Etats membres, rend nécessaire de relever les montants maximums de remboursement de certaines prestations, de manière adéquate et dans un souci d'économie nécessaire à l'équilibre financier du régime ;

considérant que, pour atteindre cet objectif, il convient de réviser les barèmes en tenant compte des seules dépenses effectuées en francs belges et luxembourgeois, qui représentent 80 % des dépenses, de sorte à éviter de prendre en considération les dépenses effectuées dans d'autres devises, lesquelles reflètent des coûts différenciés des soins de santé ;

considérant toutefois que le respect du principe d'égalité de traitement entre tous les affiliés, quel que soit le lieu où ils effectuent des dépenses, impose d'adapter l'article 8 de la réglementation, afin que les institutions, dans un cadre concerté, puissent procéder au remboursement adéquat desdites dépenses ;

considérant que, bien que leur coût en hausse justifierait une augmentation des montants maximums de remboursement d'autres prestations, notamment en dentisterie, que celles pour lesquelles la présente réglementation arrête une augmentation, il n'est pas opportun de modifier ces montants, pour des raisons d'économie ;

considérant que L'entrée en vigueur de La présente réglementation est subordonnée à La constatation, par Le président de La Cour de justice, du commun accord à intervenir au niveau des institutions en ce qui concerne Le contenu de Ladite réglementation,

A ARRÊTE LA PRESENTE REGLEMENTATION :

### Article premier

A L'article 8 de La réglementation relative à La couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes. Le paragraphe 1 est remplacé par Le texte suivant :

"1. Des remboursements spéciaux peuvent être accordés Lorsque Les frais exposés se rapportent à des soins prodigués à L'affilié ou à une personne assurée de son chef dans un pays où Le coût des soins médicaux est particulièrement élevé et que La partie des frais non remboursés par Le régime impose une Lourde charge à L'affilié.

Dans Le cadre de l'article 110 troisième alinéa du statut. Les institutions procèdent à une concertation sur l'application du présent paragraphe sur La base d'un rapport du bureau central, assorti de L'avis du comité de gestion.

Le présent paragraphe n'est pas applicable aux assurés couverts par L'assurance maladie complémentaire prévue à l'article 24 de L'annexe X du statut."



## Article 2

Les montants maximums indiqués à l'annexe remplacent les montants correspondants figurant à l'annexe 1 points I, II, III et VIII ainsi qu'à l'annexe IV point B.2) de la réglementation.

## Article 3

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

Elle est applicable à partir du 1er janvier 1991.

MONTANTS MAXIMUMS REMBOURSABLES AU 1er JANVIER 1991

"ANNEXE 1

Règles régissant le remboursement des frais médicaux

1. Consultations et visites

1) Omnipraticiens

a) consultation au cabinet du médecin :	BFR	744
b) visite au domicile du malade :	BFR	780
c) visite de nuit, visite les dimanches et jours fériés, visite d'urgence, définies conformément aux usages locaux :	BFR	1 192

2) Médecins spécialistes

a) consultation au cabinet du médecin :	BFR	1 258
b) visite au domicile du malade :	BFR	1 615
c) visite de nuit, visite les dimanches et jours fériés, visite d'urgence, définies conformément aux usages locaux ;	BFR	2 114

## II. Interventions chirurgicales

Catégorie B	BFR 37 273
Catégorie D	BFR 181 932

## III. Hospitalisation

Frais de séjour en cas d'hospitalisation médicale	BFR 3 851
------------------------------------------------------	-----------

## VIII. Accouchements

Accouchement normal	BFR 33 230
Accouchement gémellaire	BFR 49 850
Accouchement dystocique (= 100 % intervention cat. B)	BFR 43 850
Frais de séjour dans un établissement hospitalier	BFR 5 946

## ANNEXE IV

### Traitements thérapeutiques

B.2) P s y c h o t h é r a p i e	BFR 1 823
Psychanalyse	BFR 1 823"

**Modifica della regolamentazione relativa alla copertura  
del rischi di malattia  
dei funzionari delle Comunità europee**

La regolamentazione relativa alla copertura del rischi di malattia del funzionari delle Comunità europee è stata modificata il 28 novembre 1991 con effetto al 1° gennaio 1991. Obiettivo di tali modifiche è l'aumento delle tariffe di cui agli allegati I e IV della regolamentazione e la modifica dell'articolo 8 al fine di consentire un adeguato rimborso delle prestazioni espresse in divise diverse dal franco belga e lussemburghese.

In effetti, le prestazioni mediche effettuate a favore dei beneficiari del regime comune sono espresse nelle varie divise degli Stati membri i quali hanno regimi e costi assai diversi. Al fine di controllare meglio gli effetti inflazionistici derivanti da tale situazione, si è ritenuto opportuno, al momento dell'aumento delle tariffe, adottare solo massimali di rimborso espressi in franchi belgi e lussemburghesi come moneta di riferimento e prevedere, nel rispetto del principio di parità di trattamento fra tutti gli affiliati, indipendentemente dal luogo dove vengono effettuate le spese, dei coefficienti di parità in modo che si possa procedere a un rimborso adeguato delle suddette spese.

Tali coefficienti di parità sono adottati periodicamente dalle AIPN delle istituzioni sulla base di una relazione dell'ufficio centrale e parere del comitato di gestione in modo da assicurare, nella misura del possibile. Il rimborso al tasso previsto dalla regolamentazione, in nove casi su dieci, nei limiti del massimale di rimborso in una determinata divisa.

Le modifiche della regolamentazione nonché i coefficienti di parità sono pubblicati quid! seguito.

Dato che le nuove disposizioni entrano in vigore il 1° dicembre 1991 con effetto al 1° gennaio 1991, le regolarizzazioni avverranno prossimamente.

## REGOLAMENTAZIONE

che modifica la regolamentazione relativa alla copertura  
dei rischi di malattia dei funzionari  
delle Comunità europee

LA COMMISSIONE DELLE COMUNITÀ EUROPEE,

visto lo statuto dei funzionari delle Comunità europee e il regime applicabile agli altri agenti di tali Comunità, definiti dal regolamento (CEE, Euratom, CECA) n° 259/68(1) e modificati, da ultimo, dal regolamento (Euratom, CECA, CEE) n° 3736/90 (2), in particolare l'articolo 72 dello statuto e l'articolo 28 del regime,

vista la regolamentazione relativa alla copertura dei rischi di malattia dei funzionari delle Comunità europee, modificata, da ultimo, secondo la constatazione effettuata dal Presidente della Corte di giustizia delle Comunità europee il 5 dicembre 1990, in particolare gli articoli 8 e 30 nonché gli allegati I e IV,

visto il parere del Comitato dello statuto,

visto il parere del Comitato di gestione dell'assicurazione malattia.

(1) GU n° L 56 del 4. 3.1968, pag. 1.

(2) GU n° L 360 del 22.12.1990. pag. 1.

considerando che gli importi massimi di rimborso di cui agli allegati della regolamentazione sono stati fissati da ultimo con effetto al 1° luglio 1986, e taluni importi non sono stati più adeguati dal 28 luglio 1983 ;

considerando che l'aumento del costo delle cure sanitarie da queste ultime date, diverso a seconda degli Stati membri, rende necessario aumentare gli importi massimi di rimborso di talune prestazioni in modo adeguato e ai fini di un'economia necessaria all'equilibrio finanziario del regime ;

considerando che, per raggiungere tale obiettivo, occorre rivedere le tariffe tenendo conto delle sole spese effettuate in franchi belgi e lussemburghesi che rappresentano l'80 % delle spese, in modo da evitare di prendere in considerazione le spese effettuate in altre divise che riflettono costi differenziati delle cure sanitarie ;

considerando tuttavia che il rispetto del principio di parità di trattamento tra tutti gli affiliati, indipendentemente dal luogo in cui effettuano le spese, richiede di adeguare l'articolo 8 della regolamentazione affinché le istituzioni in un ambito concertato possano procedere all'adeguato rimborso di dette spese ;

considerando che, benché gli aumenti di costo giustifichino un aumento degli importi massimi di rimborso di altre prestazioni, in particolare nel complesso delle cure dentarie, diverse da quelle per le quali il presente regolamento prevede un aumento, non è opportuno modificare tali importi per motivi di economia ;

considerando che l'entrata in vigore della presente regolamentazione è subordinata alla constatazione da parte del Presidente della Corte di giustizia del comune accordo di tutte le istituzioni per quanto riguarda il contenuto di detta regolamentazione,

HA ADOTTATO LA PRESENTE REGOLAMENTAZIONE :

#### Articolo 1

L'articolo 8, paragrafo 1 della regolamentazione relativa alla copertura dei rischi di malattia dei funzionari delle Comunità europee è sostituito dal testo seguente :

"1. Rimborsi speciali possono essere accordati quando le spese sostenute si riferiscono a cure prodigate all'affiliato o ad una persona assicurata suo tramite in un paese in cui il costo delle cure mediche è particolarmente elevato e la parte delle spese non rimborsate dal regime costituisce un pesante onere per l'affiliato.

Nell'ambito dell'articolo 110, terzo comma dello statuto, le istituzioni procedono ad una concertazione sull'applicazione del presente paragrafo in base ad una relazione dell'Ufficio centrale, corredata del parere del Comitato di gestione.

Il presente paragrafo non si applica agli assicurati coperti dall'assicurazione malattia complementare prevista all'articolo 24 dell'allegato X dello statuto."

## Articolo 2

Gli importi massimi indicati nell'allegato sostituiscono gli importi corrispondenti, riportati nell'allegato I, punti I, II, III e Vili nonché nell'allegato IV, punto B.2 della regolamentazione.

## Articolo 3

La presente regolamentazione entra in vigore il primo giorno del mese successivo a quello durante il quale il Presidente della Corte di giustizia delle Comunità europee constata il comune accordo delle istituzioni previsto dall'articolo 72. paragrafo 1 dello statuto.

Essa è applicabile a decorrere dal 1° gennaio 1999).



NUOVI MASSIMALI RIMBORSABILI AL 1° GENNAIO 1991

"ALLEGATO I

Norme che disciplinano il rimborso delle spese mediche

I. Visite

1) Medici generici

a) visita al gabinetto del medico :	BFR-	744
b) visita al domicilio del malato :	BFR	780
e) visita notturna, domenicale e festiva, d'urgenza, definite in conformità degli usi locali :	BFR	1 192

2) Medici specialisti

a) visita al gabinetto del medico :	BFR	1 258
b) visita al domicilio del malato :	BFR	1 615
e) visita notturna, domenicale e festiva, d'urgenza, definite in conformità degli usi locali :	BFR	2 114

## II. Interventi chirurgici

Categoria B	BFR	37 273
Categoria D	BFR	181 932

## III. Ricovero

Spese di soggiorno in caso di ricovero in medicina	BFR	3 851
-------------------------------------------------------	-----	-------

## VIII. Parti

Parto normale	BFR	33 230
Parto gemellare	BFR.	49 850
Parto distocico (= 100 % intervento cat. B)	BFR	43 850
Spese di soggiorno in un istituto ospedaliero	BFR	5 946

## ALLEGATO IV

### Trattamenti terapeutici

B. 2) Psicoterapia	BFR	1 823
Psicanalisi	BFR	1 823. "

## Wijziging van de regeling Inzake de ziektkostenverzekering van de ambtenaren der Europese Gemeenschappen

De regeling inzake de ziektekostenverzekering van de ambtenaren van de Europese Gemeenschappen werd op 28 november 1991 gewijzigd met ingang van 1 Januari 1991. Deze wijzigingen beogen de verhoging van de in de bijlagen I en IV van de regeling bedoelde maximumbedragen alsmede de aanpassing van artikel 8 van de regeling ten einde een passende vergoeding te waarborgen voor kosten van geneeskundige verzorging die in andere valuta dan de Belgische of de Luxemburgse frank zijn gemaakt.

De kosten voor geneeskundige verzorging van rechthebbenden van het gemeenschappelijk stelsel zijn immers vaak uitgedrukt in munteenheden van landen met zeer uiteenlopende regelingen en tarieven. Om de Inflatoire gevolgen daarvan beter op te vangen moet bij de verhoging van de maximumbedragen niet alleen rekening worden gehouden met de In de referentievaluta - Belgische of Luxemburgse frank - uitgedrukte bedragen; met het oog op het beginsel van de gelijke behandeling van alle aangeslotenen, ongeacht de plaats waar zij hun uitgaven verrichten, is het dienstig gebleken egalisatiecoëfficiënten in te voeren, zodat een adequate vergoeding van de bovenbedoelde kosten kan worden verzekerd.

Deze egalisatiecoëfficiënten worden op gezette tijden door het tot aanstelling bevoegde gezag van de Instellingen vastgesteld aan de hand van een verslag van het Centraal Bureau en na advies van het Beheerscomité; aldus kan In de meeste gevallen en in de mate van het mogelijke, de vergoeding tegen het In de regeling bepaalde tarief worden verzekerd binnen de grenzen van de in een bepaalde munteenheid uitgedrukte maximumbedragen.

De wijzigingen In de regeling en de egalisatiecoëfficiënten worden hierna bekendgemaakt.

De nieuwe bepalingen treden In werking op 1 december 1991 en zijn van toepassing met ingang van 1 Januari 1991; regularisering en zullen binnenkort plaatsvinden.

## REGELING

### tot wijziging van de regeling inzake de ziektekostenverzekering van de ambtenaren der Europese Gemeenschappen

DE COMMISSIE VAN DE EUROPESE GEMEENSCHAPPEN,

gelet op het Statuut van de ambtenaren van de Europese Gemeenschappen en de regeling welke van toepassing is op de andere personeelsleden van deze Gemeenschappen, vastgesteld bij Verordening (EEG, Euratom, EGKS) nr. 259/68(1) en laatstelijk gewijzigd bij Verordening (EEG, Euratom, EGKS) nr. 3736/90(2), inzonderheid op artikel 72 van voornoemd statuut en artikel 28 van voornoemde regeling,

gelet op de regeling inzake de ziektekostenverzekering van de ambtenaren van de Europese Gemeenschappen, laatstelijk op 5 december 1990 gewijzigd overeenkomstig de constatering van onderlinge overeenstemming door de President van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen, inzonderheid op de artikelen 8 en 30, alsmede op de bijlagen I en IV,

gezien het advies van het Comité voor het Statuut.

gezien het advies van het Beheerscomité voor de ziektekostenverzekering,

(1) PB nr. L 56 van 4. 3.1968, biz. 1.

(2) PB nr. L 360 van 22.12.1990, biz. 1.

overwegende dat de maximumvergoedingen in de bijlagen bij de regeling laatstelijk zijn vastgesteld per 1 Juli 1986, terwijl sommige bedragen zelfs niet meer aangepast zijn sinds 28 juli 1983 ;

overwegende dat de stijging van de kosten voor geneeskundige verzorging sinds die data, variërend per Lid-Staat, het noodzakelijk maakt om de maximumvergoedingen voor bepaalde prestaties passend te verhogen, daarbij de noodzaak van bezuiniging met het oog op het financiële evenwicht van de regeling voor ogen houdend ;

overwegende dat, om dit doel te bereiken, de tarieven herzien moeten worden, rekening houdend uitsluitend met de uitgaven in Belgische en Luxemburgse frank, die 80 % uitmaken van de uitgaven, zodat de uitgaven in andere valuta, die een gedifferentieerd beeld geven van de kosten voor geneeskundige verzorging, buiten beschouwing worden gelaten ;

overwegende evenwel dat het beginsel van gelijke behandeling van alle aangeslotenen, ongeacht de plaats waar zij uitgaven verrichten, noopt tot aanpassing van artikel 8 van de regeling, zodat de Instellingen in onderlinge overeenstemming kunnen overgaan tot passende vergoeding van voornoemde uitgaven ;

overwegende dat, hoewel de kostenstijgingen met name op het gebied van de tandheelkunde een verhoging van de maximumvergoedingen voor andere prestaties dan die waarvoor deze regeling een verhoging vaststelt zouden rechtvaardigen, het om redenen van bezuiniging niet opportuun is deze bedragen te wijzigen ;

overwegende dat deze regeling pas in werking treedt als de President van het Hof van Justitie de onderlinge overeenstemming tussen alle Instellingen ten aanzien van de inhoud van deze regeling heeft vastgesteld,

HEEFT DE VOLGENDE REGELING VASTGESTELD :

#### Artikel 1

Artikel 8, lid 1, van de regeling inzake de ziektekostenverzekering van de ambtenaren der Europese Gemeenschappen wordt vervangen door :

"1. Bijzondere vergoedingen kunnen worden toegekend indien de gemaakte kosten betrekking hebben op de verzorging van de aangeslotene of een uit zijnen hoofde verzekerde in een land waar de kosten van geneeskundige verzorging buitengewoon hoog zijn en het door het onderhavige stelsel niet vergoede gedeelte van de kosten een zware last vormt voor de aangeslotene.

In het kader van artikel 110, derde alinea, van het Statuut, plegen de Instellingen overleg over de toepassing van het bepaalde in dit lid aan de hand van een verslag van het Centraal Bureau, vergezeld van het advies van het Beheerscomité.

Het bepaalde in dit lid is niet van toepassing op degenen die verzekerd zijn krachtens de aanvullende ziektekostenverzekering bedoeld in artikel 24 van bijlage X van het Statuut."

## Artikel 2

De in de bijlage vernielde maximumbedragen komen in de plaats van de overeenkomstige bedragen in bijlage I. punten I, II, III en VIII, alsmede in bijlage IV, punt B.2, van de regeling.

## Artikel 3

Deze regeling treedt in werking op de eerste dag van de maand volgend op die waarin de President van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen de onderlinge overeenstemming tussen de Instellingen, bedoeld in artikel 72, lid 1, van het Statuut, heeft geconstateerd.

Zij is van toepassing met ingang van 1 januari 1991.

MAXIMUMVERGOEDINGEN PER 1 JANUARI 1991

"BIJLAGE I

Regels inzake de vergoeding van ziektekosten

I. Consulten en visites

1) Huisartsen

a) consult	744 Bfr
b) visite	780 Bfr
c) nachtvisites, visites op zon- en feestdagen en spoedvisites, overeenkomstig plaatselijke gebruiken	1 192 Bfr

2) Specialisten

a) consult	1 258 Bfr
b) visite	1 615 Bfr
c) nachtvisites, visites op zon- en feestdagen en spoedvisites, overeenkomstig plaatselijke gebruiken	2 114 Bfr



## II. Operaties

---

Categorie B	37 273 Bfr
Categorie D	181 932 Bfr

## III. Ziekenhuisopneming

---

Kosten van verblijf ingeval van opname op medische gronden	3 851 Bfr
------------------------------------------------------------	-----------

## VIII. Bevallingen

---

Normale bevalling	33 230 Bfr
Bevalling van een tweeling	49 850 Bfr
Moeilijke bevalling (= 100 % operatie categorie B)	43 850 Bfr
Verblijfkosten in een ziekenhuisinrichting	5 946 Bfr

## BIJLAGE IV

---

### Geneeskundige behandelingen

B. 2) Psychotherapie	1 823 Bfr
Psycho-analyse	1 823 Bfr"

**Alteração da regulamentação relativa à  
cobertura dos riscos de doença  
dos funcionários das Comunidades Europeias**

A regulamentação relativa à cobertura dos riscos de doença dos funcionários das Comunidades Europeias foi alterada em 28 de Novembro de 1991 com efeitos a partir de 1 de Janeiro de 1991. Estas alterações têm por objecto o aumento das tabelas referidas nos Anexos I e IV da regulamentação e a adaptação do seu artigo 80. a fim de permitir o reembolso adequado das prestações apresentadas noutras divisas que não os francos belgas e luxemburgueses.

Com efeito, os custos dos tratamentos médicos prestados aos beneficiários do regime comum são apresentados nas diferentes divisas dos Estados- -membros, os quais possuem regimes e custos dos cuidados médicos muito divergentes. A fim de melhor controlar os efeitos inflacionistas que resultam desta situação, entendeu-se ser oportuno, aquando do aumento das tabelas, apenas considerar os montantes máximos de reembolso expressos em francos belgas e luxemburgueses como moeda de referência e prever, no respeito do princípio de Igualdade de tratamento entre todos os inscritos, independentemente do local em que efectuam as suas despesas, coeficientes de igualdade de modo a poder-se proceder ao reembolso adequado das referidas despesas.

Estes coeficientes de igualdade são adoptados periodicamente pelas ECPN das instituições com base num relatório do Serviço Central e no parecer do Comité de Gestão por forma a que, na medida do possível, o reembolso á taxa prevista pela regulamentação possa ser assegurado em 9 de cada 10 casos dentro do limite do montante máximo de reembolso para uma divisa determinada.

As alterações da regulamentação, bem como os coeficientes de igualdade são publicados em anexo.

As novas disposições entram em vigor em 1 de Dezembro de 1991 com efeitos a partir de 1 de Janeiro de 1991, estando previstas para breve as regularizações.

## REGULAMENTAÇÃO

### que altera a regulamentação relativa à cobertura dos riscos de doença dos funcionários das Comunidades Europeias

A COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS,

Tendo em conta o Estatuto dos Funcionários das Comunidades Europeias, assim como o regime aplicável aos outros agentes destas Comunidades, fixados pelo Regulamento (CEE, Euratom, CECA) n.º 259/68, com a última redacção que lhe foi dada pelo Regulamento (Euratom, CECA, CEE) n.º 3736/90 e, nomeadamente, o artigo 72.º do citado estatuto e o artigo 28.º do referido regime.

Tendo em conta a regulamentação relativa à cobertura dos riscos de doença dos funcionários das Comunidades Europeias, com a última redacção decorrente da constatação efectuada pelo Presidente do Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias em 5 de Dezembro de 1990 e, nomeadamente, os seus artigos 8.º e 30.º, bem como os Anexos I e IV.

Tendo em conta o parecer do Comité do Estatuto.

Tendo em conta o parecer do Comité de Gestão do Seguro de Doença.

(1) JO n.º L 56 de 4. 3.1968, p. 1.

(2) JO n.º L 360 de 22.12.1990, p. 1.

Considerando que os montantes máximos de reembolso constantes dos anexos à regulamentação foram fixados pela última vez com efeitos a partir de 1 de Julho de 1986, não tendo alguns montantes sido adaptados desde' 28 de Julho de 1983;

Considerando que o aumento de custo dos cuidados de saúde desde estas datas, diferente consoante os Estados-membros, torna necessário aumentar os montantes máximos de reembolso de certas prestações, de forma adequada, e com a preocupação de economia necessária para o equilíbrio financeiro do regime;

Considerando que, para atingir este objectivo, é necessário rever as tabelas, tendo em conta apenas as despesas efectuadas em francos belgas e luxemburgueses, que representam 80% das despesas, de forma a evitar tomar em consideração as despesas efectuadas noutras divisas, as quais reflectem custos diferenciados dos cuidados de saúde;

Considerando todavia que o respeito do principio da igualdade de tratamento entre todos os inscritos, seja qual for o local em que efectuem as despesas, impõe a adaptação do artigo 8º da regulamentação para que as Instituições possam, num âmbito concertado, proceder ao reembolso adequado das referidas despesas;

Considerando que, embora os aumentos dos custos justificassem um aumento dos montantes máximos de reembolso de outras prestações, nomeadamente os tratamentos dentários para além daquelas que a presente regulamentação decidir aumentar, não é oportuno modificar estes montantes, por razões de economia:

Considerando que a entrada em vigor da presente regulamentação está subordinada à verificação, pelo Presidente do Tribunal de Justiça, do comum acordo a obter ao nível das Instituições quanto ao respectivo conteúdo.

ADOPTOU A PRESENTE REGULAMENTAÇÃO:

#### Artigo 1º

No artigo 8º da regulamentação relativa à cobertura dos riscos de doença dos funcionários das Comunidades Europeias o nº 1 é substituído pelo seguinte texto:

"1. Podem ser atribuídos reembolsos especiais sempre que as despesas declaradas se referirem a tratamentos prestados ao inscrito ou a uma pessoa segurada em função do inscrito num país onde o custo da assistência médica for particularmente elevado e a fracção das despesas não reembolsada pelo regime imponha um pesado encargo ao inscrito.

No âmbito do terceiro parágrafo do artigo 110º do Estatuto, as Instituições procederão a uma concertação sobre a aplicação do presente número, com base num relatório do Serviço Central, acompanhado do parecer do Comité de Gestão.

O presente número não se aplica aos inscritos abrangidos pelo seguro de doença complementar previsto no artigo 24º do Anexo X do Estatuto."

### Artigo 2º

Os montantes máximos indicados em anexo substituem os montantes correspondentes que constam do Anexo I, pontos I, II, III e VIU, bem como do Anexo IV. ponto B.2 da regulamentação.

### Artigo 3º

A presente regulamentação entra em vigor no primeiro dia do mês seguinte àquele em que tiver sido verificado pelo Presidente do Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias o comum acordo das Instituições previsto no nº 1 do artigo 72º do Estatuto.

A presente regulamentação é aplicável a partir de 1 de Janeiro de 1991.

MONTANTES MÁXIMOS REEMBOLSADOS A PARTIR DE 1 DE JANEIRO DE 1991

"ANEXO I

Normas para o reembolso das despesas médicas

I. Consultas e visitas

1) Médicos generalistas

a) consulta no consultório médico:	BFR	744
b) visita ao domicilio do doente:	BFR	780
c) visita nocturna, visitas em domingos e feriados e visitas de urgência definidas de acordo com os usos locais:	BFR	1 192

2) Médicos especialistas

---

a) consultas no consultório:	BFR	1 258
b) visita ao domicilio do doente:	BFR	1 615
c) visita nocturna, visitas em domingos e feriados, visitas de urgência definidas de acordo com os usos locais:	BFR	2 114

## II. Intervenções cirúrgicas

---

Categoria B	BFR	37 273
Categoria D	BFR	181 932

## III. Hospitalização

---

Despesas de estadia em caso de hospitalização medica	BFR	3 851
---------------------------------------------------------	-----	-------

## VIII. Partos

---

Parto normal	BFR	33 230
Parto gemelar	BFR	49 850
Parto distócio (= 100% intervenção categoria B)	BFR	43 850
Despesas de estadia num estabelecimento hospitalar	BFR	5 946

## ANEXO IV

---

### Tratamentos terapêuticos

---

B. 2) Psicoterapia	BFR	1 823
Psicanálise	BFR	1 823



COEFFICIENTS D'EGALITE

	DM	LIY	FF	FL	DK	UKL	IRL	DRA	PTA	ESC	BEC/ LUF
011 CONSULTATION OMNIPRATICIEN	100	172	114	100	132	148	100	136	185	124	100
012 CONSULTATION SPECIALISTE	100	206	114	100	159	148	154	100	179	100	100
013 VISITE OMNIPRATICIEN	165	164	109	100	136	148	114	150	218	148	100
014 VISITE SPECIALISTE	100	166	101	100	136	148	154	100	169	100	100
015 VIS. URG. DIMANCHE OMNIPRAT.	221	192	127	116	114	148	102	178	185	100	100
016 VISITE URG. DIMANCHE SPECIAL.	129	170	100	100	114	148	154	124	168	100	100
018 EXAMEN PSYCHOLOGIQUE	110	138	113	100	114	123	102	100	110	100	100
020 INTERV. CHIRURGIC. CATEG. AA	100	102	100	100	114	223	102	107	111	100	100
021 INTERV. CHIRURGIC. CATEG. AB	100	107	100	100	114	124	102	101	110	100	100
022 INTERV. CHIRURGIC. CATEG. B	100	223	177	100	114	100	102	100	110	100	100
023 INTERV. CHIRURGIC. CATEG. C	100	253	113	100	114	105	102	100	110	100	100
024 INTERV. CHIRURGIC. CATEG. D	110	138	113	100	114	123	102	100	110	100	100
031 SEJOUR HOSPITALIS. CHIRURGIE	175	133	113	100	114	238	102	100	110	100	100
032 SEJOUR HOSPITAL. SOINS											
033 SEJOUR AUTRE ETABL. MED.	110	138	113	100	114	123	102	100	110	100	100
035 SEJOUR HOSPITALIS. FORFAITAIRE	116	108	212	162	201	191	127	100	100	100	100
037 SEJOUR ACCOUCHE. FORFAIT.	140	100	117	118	114	113	100	100	100	100	100
038 SOINS ACCOUCHEMENT	100	165	118	100	114	134	102	102	110	100	100
039 SOINS ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE	100	165	118	100	114	134	102	102	110	100	100
040 SOINS ACCOUCHEMENT DYSTOCIQUE	102	165	121	100	114	134	102	102	110	100	100
041 SEJOUR ACCOUCHEMENT	110	138	132	100	114	123	102	100	110	100	100
048 FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT PAR JOUR	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
049 FRAIS GARDE MAL. HOSP.(CHIR) 12H	110	127	113	100	114	100	102	100	110	100	100

	DM	LIT	FF	FL	OK	URL	IRL	DFA	PTA	ESC	SEC LUF
050 FRAIS GARDE MAL. (CHIR) 24 H	110	127	113	100	114	123	102	100	110	100	100
051 FRAIS GARDE MAL. POST. HOSP. 12 H	110	127	113	100	114	123	102	100	110	100	100
052 FRAIS GARDE MAL. POST. HOSP. 24 H	110	127	113	100	114	123	102	100	110	100	100
053 FRAIS GARDE MAL. DOMIC. (24 H)	110	127	113	100	114	123	102	100	110	100	100
054 FRAIS GARDE MAL. DOMIC. PAR MOIS	110	127	113	100	114	123	102	100	110	100	100
070 CHARNIERE	100	113	116	100	112	100	102	100	100	100	100
071 COURON.ELEM.OR-PROCEL.ATTACH.	100	113	116	100	112	100	102	100	100	100	100
072 INLAY-ELEM. OR RESINE	100	118	114	100	114	132	102	100	110	100	100
073 PIVOT SIMPLE	100	100	113	100	114	123	102	100	110	100	100
074 PIV. RICHM./COUR.+FAUX MOIGNON	100	130	133	100	118	100	120	100	100	100	100
075 PLAQUE BASE RESINE	106	176	112	100	114	123	102	100	110	100	100
076 DENT SUPPL. RESINE	106	176	112	100	114	123	102	100	110	100	100
077 CROCHET RESINE	106	176	112	100	114	123	102	100	110	100	100
078 DENTIER RES. COMPL. HAUT OU BAS	106	176	112	100	114	123	102	100	110	100	100
079 SUPPL. PLAQUE MET. (SYST. SUCC.)	106	176	112	100	114	123	102	100	110	100	100
080 DENT. SQUEL. CHR. COB. BASE + CORCH.	100	107	121	100	114	123	102	100	110	100	100
081 DENT. SQUEL. CHR. COB. DENTS	140	127	197	100	114	118	100	100	100	100	100
082 REPARATION BASE	106	176	112	100	114	123	102	100	110	100	100
083 REBASAGE PAR MACHOIRE	106	176	112	100	114	123	102	100	110	100	100
084 ADJONCTION DENT	106	176	112	100	114	123	102	100	110	100	100
085 ADJONCTION DENTS SUIV.	106	176	112	100	114	123	102	100	110	100	100
086 REMONTAGE PAR MACHOIRE	106	176	112	100	114	123	102	100	110	100	100
087 FRAIS DE PROTHESE PROVISOIRE	106	176	112	100	114	123	102	100	110	100	100

	DM	LIT	FF	FL	DK	UKL	IRL	DRA	PTA	ESC	BEC	LUF
088 REPAR. PROTHESE FIXE	108	178	112	100	114	123	102	100	110	100	100	100
093 PARODONTOSE	102	122	129	100	114	115	104	100	103	100	100	100
094 ORTHODONTIE	102	122	129	100	114	115	104	100	103	100	100	100
095 MONTURE LUNETTES	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
099 APPAREILS AUDITIFS	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
103 CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES	135	100	113	100	114	123	102	100	110	100	100	100
105 SEJOUR CURE DE CONVALESCENCE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
107 SEJOUR CURE THERMALE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
109 SEJOUR CURE ENFANTS DEBILES	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
116 FRAIS FUNERAIRES	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
122 CONSULTATIONS SOMMITE MEDICALE	100	206	114	100	159	148	154	100	179	100	100	100
124 VISITES SUCCESSIVES SOM. MED.	100	166	101	100	136	148	154	100	169	100	100	100
146 ACUPUNCTURE	110	138	113	100	114	123	102	100	110	100	100	100
153 PSYCHOTHERAPIE-PSYCHANALYSE	129	131	100	100	100	118	100	100	110	100	100	100
160 OBTURATION NORMALE	102	122	129	100	114	115	104	100	103	100	100	100
161 OBTUR. AVEC DEVITAL. MONORAD.	102	122	129	100	114	115	104	100	103	100	100	100
162 OBTUR. AVEC DEVITAL. PLURIRAD.	102	122	129	100	114	115	104	100	103	100	100	100
163 EXTRACTION NORMALE	102	122	129	100	114	115	104	100	103	100	100	100
164 EXTRACTION CHIRURGICALE	102	122	129	100	114	115	104	100	103	100	100	100
165 EXTRACTION DENT INCLUSE	102	122	129	100	114	115	104	100	103	100	100	100
166 APECTOMIE	102	122	129	100	114	115	104	100	103	100	100	100
167 FRENECTOMIE	102	122	129	100	114	115	104	100	103	100	100	100
168 DETARTRAGE COMPLET	102	122	129	100	114	115	104	100	103	100	100	100
169 RADIOGRAPHIE UNE DENT	102	122	129	100	114	115	104	100	103	100	100	100
170 RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE	102	122	129	100	114	115	104	100	103	100	100	100