

date 15/01/1993

**No 762**

INTERINSTITUTIONS  
TOUS LES LIEUX D'AFFECTATION  
+ PENSIONNES

**Régime Commun d'assurance-maladie  
BUREAUCENTRAL**

DISPOSITIONS D'INTERPRETATION  
DE LA REGLEMENTATION RELATIVE  
A LA COUVERTURE DES RISQUES DE MALADIE  
DES FONCTIONNAIRES  
DES COMMUNAUTES EUROPEENNES

Cette édition des dispositions d'interprétation  
annule et remplace celle publiée  
à la date du 31 décembre 1990

Ces nouvelles dispositions d'interprétation  
modifiées entreront en vigueur à la date du  
**1<sup>er</sup> janvier 1993**

### ARTICLE 3

ad. § 1.

I l ya lieu de préciser :

a) Par revenus d'une activité professionnelle lucrative i l convient d'entendre tout revenu découlant d'une activité professionnelle présente ou antérieure. Sont qualifiés de revenus, tous traitements, salaires, pensions découlant d'une activité professionnelle antérieure, honoraires, émoluments ou indemnités perçus par l'intéressé au titre de l'activité professionnelle, à l'exclusion des allocations ou indemnités pour frais;

b)

- En ce qui concerne les revenus, i l convient de prendre en considération ceux disponibles découlant de l'exercice le plus récent (année civile ou année fiscale) ;
- La limite applicable aux revenus du conjoint est mise à jour chaque année au 1er janvier sur base du traitement de base annuel d'un fonctionnaire de grade C5 au premier échelon affecté du coefficient correcteur applicable à la même date. La limite exprimée en une monnaie autre que le franc belge est calculée sur la base des taux de change applicables aux rémunérations payées en devise à la date du 1er Janvier de l'année en cours;
- Pour les pays où i l n'y a pas de coefficient correcteur, le coefficient applicable est celui fixé pour la Belgique;
- Les retenues ou versements pour charges sociales doivent être déduits du montant des revenus à prendre en considération avant déduction de l'impôt ;

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

d) Le terme "couvert contre les mêmes risques" figurant au deuxième tiret du paragraphe 1 doit être interprété en ce sens qu'il signifie que le régime d'assurance-maladie légal ou réglementaire auquel le conjoint est affilié s'étend au maximum des risques couverts, ou pouvant l'être, par ce régime, par exemple, couverture gros et petits risques en Belgique;

e) I I y a lieu d'interpréter les termes "mêmes risques" comme se rapportant aux mêmes catégories de risques que ceux couverts par l'article 72 du Statut, à savoir les risques de maladie, d'accidents et de maternité (article 1 de la réglementation).

ad. § 2.

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

## ARTICLE 6

Généralités au sujet de l'article 6.

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

Exemple : Cas d'un conjoint d'un fonctionnaire qui exerce une activité professionnelle lucrative à l'extérieur qui remplit les conditions de l'article 3. S'il perçoit un remboursement de la part de sa caisse de l'ordre de 65 % et si, pour ces mêmes prestations, notre régime prévoit un remboursement de 80 %, il recevra les 15 % de différence, sans préjudice des dispositions des annexes I, I I et I I I de

la réglementation. Si, par contre, la caisse primaire lui accorde un remboursement supérieur à nos barèmes, il en conservera le bénéfice.

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

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

d) Le Régime commun intervient dans le remboursement des prestations à titre de régime complémentaire pour autant que les procédures du régime primaire aient été préalablement respectées.

e) S'il y a obligation de cotisation à deux régimes, les affiliés à notre régime pourront choisir le régime auquel ils s'adresseront pour le remboursement des prestations dont ils ont bénéficié, étant entendu que le régime commun intervient à titre de régime complémentaire pour les cas où il n'intervient pas comme régime primaire.

## **ARTICLE 8**

Il est constaté que l'ensemble de cet article n'est pas applicable aux assurés couverts par l'assurance maladie complémentaire prévue à l'article 24 de l'annexe X du statut.

ad. 1)

Afin de réaliser un traitement égal des prestations liquidées dans des devises autres que les francs belge et luxembourgeois, des coefficients d'égalité sont instaurés. La liste de ces coefficients arrêtés périodiquement par les AIPN est portée régulièrement à la connaissance des affiliés au moyen d'une "Information Administrative".

L'article 8 de la réglementation n'exclut pas que des décisions spéciales soient prises dans des cas individuels non couverts par les coefficients d'égalité.

Dans ces cas,

le remboursement est effectué dans la limite du double des plafonds de remboursement figurant aux annexes de la réglementation, sur proposition, le cas échéant, du Bureau central et avis du Comité de Gestion;

la condition de "lourde charge" est réputée remplie lorsque les sommes non remboursées au titre des "frais exposés" atteignent 60% de ces frais;

les "frais exposés" sont à apprécier prestation par prestation.

ad. 2)

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

b) L'application de ce paragraphe se fait sous réserve de l'application des dispositions d'interprétation de l'article 8 paragraphe 1 et du point XV de l'annexe I.

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

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

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

#### ARTICLE 9

ad. § 1.

a) Le libre choix ne s'applique aux bénéficiaires de la complémentarité qu'après avoir fait recours aux possibilités du régime primaire.

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

#### ARTICLE 13

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

#### ARTICLE 16

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

Ces pièces ne seront examinées que par les personnes habilitées à connaître le dossier.

## ARTICLE 30

ad. § 1.

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

## ANNEXE 1

### Remarques liminaires

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

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

### ANNEXE 1 - POINT 1

ad. 1)

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

ad. 3)

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

La prescription médicale doit préciser :

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

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

#### ANNEXE 1 - POINT I I I

ad. paragraphe 1, 2ème alinéa et paragraphe 2

En cas de facturation forfaitaire du prix de la journée d'hospitalisation comprenant les frais de séjour visés au deuxième alinéa du paragraphe 1 ainsi que la totalité ou une partie des frais énumérés à la première phrase du paragraphe 2, l'avis du médecin-conseil du bureau liquidateur sera requis si le prix forfaitaire est supérieur à 10.000.-FB par jour compte tenu notamment des dispositions de l'annexe 1, point XV, paragraphe 3 de la réglementation.

#### ANNEXE 1 - POINT IV

ad. point IV, paragraphe 1, in extenso

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



ad. paragraphe 1 - premier alinéa

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

#### ANNEXE 1 - POINT V

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

#### ANNEXE 1 - POINT VI

ad. § 2 et annexe 111

En ce qui concerne les prothèses fixes, il y a lieu - dans le cas où deux éléments de la même dent sont traités séparément - de rembourser ces deux éléments selon les plafonds prévus.

Dans le domaine des prothèses mobiles, la base "chrome cobalt" n'est pas à considérer comme étant un supplément à la plaque de base résine, mais comme étant assujettie au plafond de remboursement.

ad. § 3

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

ANNEXE 1 - POINT IX

Paragraphe 1

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

ANNEXE 1 - POINT XI

Les frais de voyage, d'accompagnement et de nourriture ne donnent pas lieu à remboursement.

En cas de facturation forfaitaire des frais de pension, seule la moitié du montant facturé sera prise en considération pour le remboursement.

ANNEXE 1 - POINT XII

ad. A)

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

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

ad. B)

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

ad. C)

L'affilié ayant obtenu le remboursement de lentilles de contact pour lui-même ou pour une personne assurée de son chef, peut également obtenir le remboursement des frais exposés pour l'acquisition d'une paire de verres et d'une monture, sous réserve des délais réglementaires.

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

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

ad. F. Point 1.

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

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

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

#### ANNEXE 1 - POINT XIII

ad. § 1.

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

ad. § 2.

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

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

Lors de l'examen des demandes d'autorisation, il sera tenu compte des difficultés que rencontrent les assurés du fait de l'absence de centres hospitaliers universitaires dans certains lieux d'affectation.

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

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

#### **ANNEXE 1 - POINT XIV**

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

#### **ANNEXE 1 - POINT XV**

ad. paragraphe 3, deuxième alinéa

1. Les frais dépassant de 50% (cinquante pour cent) le coût correspondant à 100% (cent pour cent) des plafonds prévus à l'annexe 1 de la réglementation, sont à

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

2. En ce qui concerne les prestations exprimées en devises affectées d'un coefficient d'égalité, ce pourcentage (50%) est d'effet après application de ce coefficient."

La traduction dans les huit  
autres Langues sera publiée ultérieurement