

N° 785

INTERINSTITUTIONS
TOUS LES LIEUX D'AFFECTATION
+ PENSIONNES

COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

Régime Commun d'assurance-maladie BUREAU CENTRAL

DA	FORTOLKNINGSBESTEMMELSER TIL ORDNINGEN VEDRØRENDE SYGESIKRING FOR TJENESTEMÆND I DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER	3
DE	AUSLEGUNGSBESTIMMUNGEN ZU DER REGELUNG ZUR SICHERSTELLUNG DER KRANKHEITSFÜRSORGE FÜR DIE BEAMTEN DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN	15
EL	ΕΡΜΗΝΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ	27
EN	INTERPRETATION OF SICKNESS INSURANCE RULES	39
ES	DISPOSICIONES DE INTERPRETACIÓN DE LA REGLAMENTACIÓN RELATIVA A LA COBERTURA DE LOS RIESGOS DE ENFERMEDAD DE LOS FUNCIONARIOS DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS	49

FR	DISPOSITIONS D'INTERPRETATION DE LA REGLEMENTATION RELATIVE A LA COUVERTURE DES RISQUES DE MALADIE DES FONCTIONNAIRES DES COMMUNAUTES EUROPEENNES INFORMATIONS ADMINISTRATIVES PARUES LE 15 JANVIER 1993	
IT	DISPOSIZIONI INTERPRETATIVE DELLA REGOLAMENTAZIONE RELATIVA ALLA COPERTURA DEI RISCHI DI MALATTIA DEI FUN- ZIONARI DELLE COMUNITÀ EUROPEE	61
NL	BEPALINGEN BETREFFENDE DE INTERPRETATIE VAN DE REGE- LING INZAKE DE ZIEKTEKOSTENVERZEKERING VAN DE AMBTE- NAREN DER EUROPESE GEMEENSCHAPPEN	73
PT	DISPOSIÇÕES DE INTERPRETAÇÃO DA REGULAMENTAÇÃO RE- LATIVA À COBERTURA DOS RISCOS DE DOENÇA DOS FUNCIO- NÁRIOS DAS COMUNIDADES EUROPEIAS	85

**KOMMISSIONEN FOR
DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER**

**Den fælles sygeforsikringsordning
HOVEDKONTORET**

**FORTOLKNINGSBESTEMMELSER
TIL ORDNINGEN VEDRØRENDE SYGESIKRING
FOR TJENESTEMÆND I
DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER**

Denne udgave af fortolkningsbestemmelserne annullerer og træder i stedet for den udgave, der blev offentliggjort den 22. marts 1991

De nye ændrede fortolkningsbestemmelser
træder i kraft
den 1. januar 1993

ARTIKEL 3

ad nr. 1.

Følgende skal præciseres:

- a) Ved indtægter fra erhvervmæssig indtægtsgivende beskæftigelse forstås alle former for indtægter fra nuværende eller tidligere erhvervmæssig beskæftigelse. Til indtægter henregnes alle former for løn, vederlag, pensioner, som er optjent gennem tidligere erhvervmæssig beskæftigelse, honorarer eller godtgørelser, som den pågældende modtager i forbindelse med den erhvervmæssige beskæftigelse, bortset fra tilskud eller godtgørelser til dækning af udgifter.
- b)
- De indtægter, der skal tages i betragtning, er de disponible indtægter i det seneste regnskabsår (kalenderår eller skatteår).
 - Indtægtsgrænsen for ægtefæller ajourføres hvert år pr. 1. januar på grundlag af den årlige grundløn for tjenestemænd på første løntrin i lønklasse C5, korrigeret med den justeringskoefficient, der er gældende på den pågældende dato. Indtægtsgrænsen omregnes til andre valutaer end belgiske franc ved hjælp af de vekselkurser, der pr. 1. januar i det pågældende år benyttes ved beregningen af lønninger, der udbetales i andre valutaer.
 - For lande, hvor der ikke findes en justeringskoefficient, anvendes justeringskoefficienten for Belgien.
 - De indtægter, der skal tages i betragtning, er indtægterne efter fradrag af indeholdelser eller betaling af bidrag til socialsikring, men inden fradrag af skat.
- c) De pågældende skal udfylde en særlig formular, for at afregningskontorerne kan få alle fornødne oplysninger om ægtefæller, der udøver erhvervmæssig indtægtsgivende beskæftigelse, og om personer, over for hvilke der består forsørgerpligt. Der skal hvert år indsendes dokumentation for indtægtens størrelse (årsopgørelse fra skattevæsenet, lønseddel fra arbejdsgiveren osv.).

- d) Udtrykket "dækket mod samme risici" i nr. 1, andet led, skal fortolkes således, at den ved lov eller administrativt fastsatte sygeforsikringsordning, som ægtefællen er tilsluttet, omfatter alle de risici, der dækkes eller kan dækkes af denne ordning, f.eks. dækning af såvel udgifter i forbindelse med hospitalsophold som udgifter til lægehjælp, medicin osv. (gros et petits risques) i Belgien.
- e) Udtrykket "samme risici" skal fortolkes således, at det henviser til de samme risikokategorier som dem, der er omfattet af Vedtægtsens artikel 72, dvs. sygdom, ulykkestilfælde og moderskab (artikel 1 i ordningen).

ad nr. 2.

Artikel 2 i bilag VII til Vedtægten, hvori betingelserne for tildeling af børnetilskud beskrives, finder anvendelse i sin helhed; stk. 3, litra b), finder således også anvendelse. Aldersgrænsen er fastsat til 26 år. Grænsen hæves til 27 år for børn, over for hvem der består forsørgerpligt, og som aftjener deres værnepligt. I stk. 4 og 5 i ovennævnte artikel gøres der rede for undtagelserne.

ARTIKEL 6

Generelle bemærkninger til artikel 6.

- a) Godtgørelsen beregnes for hver enkelt ydelse, og det er kun den eventuelle forskel mellem den fra anden side opnåede godtgørelse og det beløb, den tilsluttede er sikret i henhold til Fællesskabets ordning, der kan godtgøres op til de fastsatte lofter for godtgørelse.

Eksempel: En tjenestemandes ægtefælle udøver erhvervsmæssig indtægtsgivende beskæftigelse uden for fællesskabsinstitutionerne og opfylder betingelserne i artikel 3. Hvis ægtefællen fra sin sygekasse modtager en godtgørelse på 65%, og hvis der i Fællesskabets ordning er fastsat en godtgørelse på 80% for de pågældende ydelser, modtager vedkommende forskellen på 15%, jf. dog bestemmelserne i bilag I, II og III til ordningen. Hvis den primære sygekassederimod yder en godtgørelse, der er større end fællesskabsordningens satser, beholder vedkommende selv det overskydende beløb.

- b) Fællesskabsordningen kan ikke direkte dække udgifter til behandling af modtagere af tillægsgodtgørelser; det er kun en primær sygekasse, der kan gøre dette.
- c) Hvis en social sikringsordning i en medlemsstat opererer med en "karenstid" (f.eks. på 6-12 måneder), hvor den tilsluttede betaler bidrag uden at have ret til godtgørelser, dækkes vedkommende i dette tidsrum af Fællesskabets ordning.
- d) Når den fælles sygeforsikringsordning fungerer som tillægsordning, godtgør den en del af udgifterne til behandling på betingelse af, at primærordningens bestemmelser på forhånd er overholdt.
- e) Hvis der er tale om bidragspligt til to ordninger, kan fællesskabsordningens tilsluttede selv vælge, hvilken ordning de vil henvende sig til for at få godtgjort udgifter til ydelser, de har modtaget; den fælles sygeforsikring fungerer som tillægsordning i de tilfælde, hvor den ikke fungerer som primærordning.

ARTIKEL 8

Det skal understreges, at hele denne artikel ikke gælder for de forsikrede, der er dækket af den i artikel 24 i bilag X til Vedtægten fastsatte tillægssygeforsikring.

ad stk. 1

For at sikre, at ydelser, der afregnes i andre valutaer end belgiske og luxembourgske franc, behandles ens, er der blevet indført en række ligebehandlingskoefficienter. Koefficienterne fastsættes med jævne mellemrum af ansættelsesmyndighederne, og de tilsluttede informeres regelmæssigt om koefficienterne via "Meddelelser fra Administrationen".

Ordningens artikel 8 er ikke til hinder for, at der kan træffes særlige afgørelser i enkelte tilfælde, som ikke er dækket af ligebehandlingskoefficienterne.

I disse tilfælde

- kan der højst ydes en godtgørelse på det dobbelte af de lofter for godtgørelse, der er anført i bilagene til ordningen, i givet fald på forslag af hovedkontoret og efter udtalelse fra Forvaltningskomiteen;
- anses betingelsen om, at udgifterne skal udgøre "en stor økonomisk belastning", for opfyldt, når den ikke-godtgjorte del af de "opståede udgifter" når op på 60% af disse udgifter;
- skal de "opståede udgifter" vurderes for hver enkelt ydelse.

ad stk. 2

- a) Hvis perioden på tolv på hinanden følgende måneder omfatter dele af måneder, beregnes den gennemsnitlige månedlige grundløn, pension eller godtgørelse på grundlag af de grundlønninger, der er ydet fra den måned, hvor den pågældende periode begyndte, indtil den måned, hvor perioden sluttede. Hvis den familiemæssige situation ændrer sig i løbet af den valgte periode, lægges den for den tilsluttede mest fordelagtige situation til grund ved beregningen af godtgørelsesprocenten.
- b) Dette stykke finder anvendelse med forbehold af fortolkningsbestemmelserne til artikel 8, stk. 1, og punkt XV i bilag I.
- c) Når begge ægtefæller er tilsluttet ordningen, har de mulighed for, hvis de enige herom, at sammenlægge de ikke-godtgjorte udgifter til behandling, forudsat at:
 - anmodningen om den særlige godtgørelse af de sammenlagte udgifter indsendes af den ægtefælle, der har den højeste grundløn;
 - den anden ægtefælle (hvis ikke-godtgjorte udgifter medregnes til den højstslønnede ægtefælles udgifter) giver afkald på at indgive en særskilt anmodning på grundlag af bestemmelserne i Vedtægtens artikel 72, stk. 3, og ordningens artikel 8, stk. 2;
 - den periode på 12 måneder, der tages i betragtning, er den samme for begge ægtefæller.

ARTIKEL 9

Ad stk. 1

- a) Muligheden for frit at vælge læge eller behandlingsinstitution gælder kun for modtagere af tillægsgodtgørelser, når de på forhånd har henvendt sig til deres primære sygekasse og fulgt dennes bestemmelser.
- b) Disse bestemmelser betyder ikke, at de herved opståede transport- og befodringsudgifter automatisk godtgøres; godtgørelse af sådanne udgifter sker fortsat i henhold til bestemmelserne i bilag I, punkt XIII.

ARTIKEL 13

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

ARTIKEL 16

Enhver, der rejser en klage på grundlag af Vedtægtens artikel 90, eller som gør indsigelse mod en afgørelse, der er truffet i medfør af Vedtægtens artikel 72 og de tilhørende gennemførelsesbestemmelser, kan vedlægge dokumentation af lægelig art i lukket kuvert med påtegningen "Fortroligt - lægelig dokumentation". Denne dokumentation vil kun blive undersøgt af de personer, der er bemyndiget til at få kendskab til sagen.

ARTIKEL 30

Ad stk. 1

Når reglerne for godtgørelse af udgifter (bilag I, II, III og IV til ordningen) revideres, finder de nye maksimumssatser for godtgørelse af udgifter til igangværende lægebehandlinger anvendelse fra revisionens ikrafttrædelsesdato.

BILAG I

Indledende bemærkninger

1. De behandlinger, der er anført i bilagene til denne ordning, skal udføres af personer, der er autoriserede til at udøve lægevirksomhed eller paramedicinsk virksomhed, eller af lægevidenskabelige eller paramedicinske behandlingsinstitutioner, der er behørigt godkendt af de kompetente myndigheder.
2. De Europæiske Fællesskabers fælles sygeforsikringsordning dækker ikke udgifter til behandlinger, som læger, tandlæger, jordemødre, sygeplejersker, personer i de paramedicinske erhverv osv. giver deres ægtefæller, børn, børnebørn, forældre, bedsteforældre, svigerfædre, svigermødre, søskende, svigersønner og svigerdøtre. Dog godtgøres udgifterne til produkter og materialer, der anvendes i forbindelse med behandlingerne, i henhold til bestemmelserne i ovennævnte ordning.

BILAG I - PUNKT I

Ad 1)

Hvis de nationale kompetente myndigheder på visse tjenestesteder eller hjemsteder i forbindelse med godtgørelse af ydelser sidestiller behandlinger foretaget af praktiserende læger med behandlinger foretaget af speciallæger, godtgør ordningen sådanne behandlinger på grundlag af lofterne for speciallæger.

Ad 3)

Hvis psykoterapeutiske behandlinger ikke udføres af lægen skal de være ordineret af en psykiater, neuropsykiater eller neurolog for at kunne dækkes af ordningen. For børn under 15 år kan behandlingen ordineres af en børnelæge.

Følgende skal være anført på lægens ordination:

- 1) Behandlingernes længde og antal
- 2) Navnet på den kompetente person med angivelse af de nødvendige kvalifikationer

- 3) At behandlingen gennemføres under lægens tilsyn og på hans ansvar
Denne bestemmelse gælder for lande, hvor psykoterapeuter ikke er godkendt af den sociale sikringsordning.

BILAG I - PUNKT III

Ad stk. 1, andet afsnit, og stk. 2

Hvis den faste dagspris for hospitalsophold, inkl. de i stk. 1, andet afsnit, omhandlede opholdsudgifter og alle eller en del af de i stk. 2, første punktum, nævnte udgifter, overstiger 10 000 bfr., skal der indhentes udtalelse fra afregningskontorets rådgivende læge, særlig under hensyntagen til bestemmelserne i punkt XV, stk. 3, i bilag I til ordningen.

BILAG I - PUNKT IV

Ad punkt IV, hele stk. 1

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

Ad stk. 1, første afsnit

Da visse alvorlige sygdomme er af midlertidig art, vurderes det i hvert enkelt tilfælde på grundlag af en udtalelse fra de kompetente lægemyndigheder, hvor længe bestemmelserne i artikel 72, stk. 1, i Vedtægten og punkt IV i bilag I til ordningen finder anvendelse.

BILAG I - PUNKT V

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

BILAG I - PUNKT VI

Ad stk. 2 og bilag III

Hvad angår faste proteser, skal der - såfremt to dele af samme tand behandles særskilt - ved ske godtgørelse af hver af disse to behandlinger inden for de fastsatte lofter for godtgørelse.

Hvad angår løse proteser, betragtes en krom-koboltbasis ikke som et supplement til kunststofbasispladen, men er underlagt loftet for godtgørelse.

Ad stk. 3

Ved flytning fra et tjenestested til et andet er det flere gange blevet konstateret, at arbejdsmetoderne inden for tandregulering er forskellige fra land til land. Når en ny tandregulering skal påbegyndes som følge af flytning fra et tjenestested til et andet, bør der derfor bevilges en yderligere godtgørelse efter udtalelse fra den rådgivende læge eller tandlæge.

BILAG I - PUNKT IX

Stk. 1

"Undtagelsesvis" dækker bl.a. alvorlig tilskadekomst som følge af en ulykke, og lidelser, der er anerkendt som alvorlige sygdomme.

BILAG I - PUNKT XI

Rejseudgifter og udgifter til ledsagelse og kost godtgøres ikke.

Hvis der faktureres en fast pris for kost og logi, vil kun halvdelen af det fakturerede beløb blive taget i betragtning ved beregningen af godtgørelsen.

BILAG I - PUNKT XII

Ad A)

Korrigerende brilleglas, der er mere end A-tonede (12-15% toning), godtgøres ikke, medmindre det i en detaljeret rapport fra en øjenlæge er påvist, at de er lægeligt nødvendige; rapporten kan eventuelt forelægges for afregningskontorets rådgivende læge til udtalelse.

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

Ad B)

Bestemmelserne i punkt XII B i ordningen finder tilsvarende anvendelse på stel til de glas, der er omtalt under A ovenfor.

Ad C)

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

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

Udgifter til vedligeholdelse af kontaktlinser dækkes af ordningen med indtil 85% af de afholdte udgifter. Udgifterne til undersøgelse hos en optometrist godtgøres med 85%; godtgørelsen kan dog ikke overstige den maksimale godtgørelse for en konsultation hos en praktiserende læge.

Ad F 1)

Korrigerende sko efter mål henhører under dette punkt; derimod godtgøres ortopædiske sko, som er nødvendige på grund af alvorlige misdannelser, med 80%, når der er indhentet forhåndstilladelse på grundlag af et overslag. Under alle omstændigheder finder punkt XV, stk. 3, stadig anvendelse.

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

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

BILAG 1 – PUNKT XIII

Ad stk. 1

Godtgørelsesgrundlag: 80% på grundlag af dokumentation for sygetransporten eller, hvis der ikke forelægges dokumentation for udgifterne, en fast godtgørelse på 80% af jernbanebilletprisen på 1. klasse.

Ad stk. 2

Godtgørelsesgrundlag: 80% af jernbanebilletprisen på 1. klasse.

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

Ved behandlingen af anmodninger om forhåndstilladelse vil der blive taget hensyn til de problemer, som opstår for de tilsluttede, fordi der på visse af institutionernes tjenestesteder ikke findes universitetshospitaler.

Når den behandelende læge attesterer, at en forsikret på grund af sin alder og/eller sygdommens art har behov for ledsagelse (af én person) under transporten eller rejsen, kræves der en udtalelse fra den rådgivende læge om, at dette er nødvendigt.

Hvis den rådgivende læge afgiver en positiv udtalelse, godtgøres 80% af den ledsagende persons transport- eller rejseudgifter mod forelæggelse af dokumentation; hvis der ikke forelægges dokumentation for udgifterne, ydes der en fast godtgørelse på 80% af prisen for én jernbanebillet på 1. klasse.

BILAG 1 – PUNKT XIV

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

BILAG I - PUNKT XV

Ad stk. 3, andet afsnit

1. Udgifter, der overstiger et beløb svarende til 100% (hundrede procent) af de lofter, der er fastsat i bilag I til ordningen, med 50% (halvtreds procent), betragtes som urimeligt store og kan ikke godtgøres i henhold til ordningens artikel 8, stk. 2, medmindre andet er fastsat i punkt IV, stk. 1, andet afsnit i bilag I til ordningen.
2. Med hensyn til ydelser i valutaer, for hvilke der findes en ligebehandlingskoefficient, gælder denne procentsats (50%) efter omregning med ligebehandlingskoefficienten.

**KOMMISSION DER
EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN**

**Gemeinsames Krankheitsfürsorgesystem
ZENTRALBÜRO**

**AUSLEGUNGSBESTIMMUNGEN ZU DER
REGELUNG ZUR SICHERSTELLUNG DER KRANKHEITSFÜRSORGE
FÜR DIE BEAMTEN DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN**

Diese Auslegungsbestimmungen treten an die Stelle
der am 22.3.1991 veröffentlichten Bestimmungen,
die damit aufgehoben werden.

Die neuen Auslegungsbestimmungen treten
am 1. Januar 1993 in Kraft.

ARTIKEL 3

Zu Absatz 1 ist folgendes zu präzisieren:

a) Als Einkommen aus einer beruflichen Erwerbstätigkeit gilt jede Art von Einkommen aus einer gegenwärtig oder früher ausgeübten Berufstätigkeit. Einkommen sind alle Arten von Gehältern, Löhnen, Ruhegehältern aus einer früheren Berufstätigkeit, Honoraren, Bezügen oder Vergütungen, die der Betreffende aus seiner Berufstätigkeit erzielt, mit Ausnahme von Kostenzuschüssen oder Kostenvergütungen.

b)

- Maßgebend ist das verfügbare Einkommen aus der im jeweils letzten Jahr (Kalenderjahr oder Steuerjahr) ausgeübten Tätigkeit.
- Die für die Einkommen des Ehegatten festgelegte Grenze wird jedes Jahr zum 1. Januar aktualisiert; als Grundlage dient dabei das jährliche Grundgehalt eines Beamten der Besoldungsgruppe C5 Dienstaltersstufe 1 unter Berücksichtigung des zum gleichen Zeitpunkt geltenden Berichtigungskoeffizienten. Die in einer anderen Währung als in belgischen Franken ausgedrückte Grenze wird auf der Grundlage der Wechselkurse berechnet, die am 1. Januar des laufenden Jahres für die in Devisen ausgezahlten Bezüge gelten.
- Wurde das Einkommen in Ländern erzielt, für die kein Berichtigungskoeffizient vorgesehen ist, so wird der für Belgien gültige Berichtigungskoeffizient angewendet.
- Maßgebend ist das Einkommen nach Abzug oder Entrichtung der Sozialabgaben, jedoch vor Abzug der Steuern.

c) Die erforderlichen Angaben über die berufliche Erwerbstätigkeit des Ehegatten und die unterhaltsberechtigten Personen sind der Abrechnungsstelle auf einem entsprechenden Vordruck zusammen mit den dazugehörigen Belegen (Steuerbescheid, Lohnabrechnung oder Lohnbescheinigung des Arbeitgebers usw.) alljährlich zu übermitteln.

d) Die Formulierung "gegen dieselben Risiken versichert" in Absatz 1 zweiter Gedankenstrich bedeutet, daß das gesetzliche Krankheitsfürsorgesystem, dem der Ehegatte als Pflichtmitglied angehört, den höchsten Versicherungsschutz gewährleistet, der im Rahmen dieses Systems geboten wird oder geboten werden kann, beispielsweise in Belgien die Versicherung gegen Großrisiken und Kleinrisiken.

e) Unter dem Begriff "dieselben Risiken" sind die Risiken zu verstehen, die unter die in Artikel 72 des Statuts vorgesehenen Risikokategorien fallen, d.h. Krankheit, Unfall und Mutterschutz (Artikel 1 der Regelung).

Zu Absatz 2:

Artikel 2 des Anhangs VII zum Statut, in dem die Voraussetzungen für die Gewährung der Kinderzulage festgelegt sind, ist in vollem Umfang anwendbar, insbesondere Absatz 3b. Die Altersgrenze beträgt 26 Jahre. Bei unterhaltsberechtigten Kindern, die zum Wehrdienst einberufen werden, liegt die Altersgrenze bei 27 Jahren. Die Ausnahmen sind in Anhang VII Artikel 2 Absätze 4 und 5 festgelegt.

ARTIKEL 6

Allgemeine Bemerkungen zu Artikel 6.

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

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

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

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

d) Das Gemeinsame Krankheitsfürsorgesystem übernimmt bei der Kostenerstattung die Rolle der Zusatzversicherung, sofern die Verfahren der Primärversicherung vorher angewandt worden sind.

e) Sind die Berechtigten zur Mitgliedschaft bei beiden Versicherungsträgern verpflichtet, so können die Begünstigten des Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems wählen, bei welchem Versicherungsträger sie die Kostenerstattung beantragen wollen. Das Gemeinsame Krankheitsfürsorgesystem übernimmt die Rolle einer Zusatzversicherung in den Fällen, in denen es nicht als primärer Versicherungsträger in Anspruch genommen wird.

ARTIKEL 8

Es wird festgestellt, daß dieser Artikel nicht für Personen gilt, die durch die in Artikel 24 des Anhangs X zum Statut vorgesehene zusätzliche Krankenversicherung gesichert sind.

Zu Absatz 1:

Im Hinblick auf eine Gleichbehandlung der in anderen Währungen als in belgischen und luxemburgischen Franken abgerechneten Leistungen werden Ausgleichskoeffizienten eingeführt. Die Liste dieser Koeffizienten, die von der Anstellungsbehörde regelmäßig festgelegt werden, wird jedesmal in einer "Verwaltungsmitteilung" bekanntgegeben.

Artikel 8 der Regelung schließt nicht aus, daß in Einzelfällen, in denen die Ausgleichskoeffizienten nicht anwendbar sind, besondere Verfügungen getroffen werden.

In diesen Fällen

- erfolgt die Erstattung - gegebenenfalls auf Vorschlag des Zentralbüros und nach Stellungnahme des Verwaltungsausschusses - bis zu einem Höchstbetrag, der doppelt so hoch ist wie die in den Anhängen zur Regelung aufgeführten erstattungsfähigen Höchstbeträge;
- gilt eine "schwere Belastung" als gegeben, wenn der nicht erstattete Teil der Kosten 60 % dieser Kosten ausmacht;
- sind diese Kosten für jede einzelne Leistung zu beurteilen.

Zu Absatz 2:

a) Enthält der Zeitraum von zwölf aufeinanderfolgenden Monaten Bruchteile von Monaten, so wird der Durchschnitt der Grundbeträge des monatlichen Gehalts, des monatlichen Ruhegehalts oder der monatlichen Zulage unter Berücksichtigung der Grundgehälter berechnet, die ab dem Monat, in dem der betreffende Zeitraum begonnen hat, bis zu dem Monat gezahlt wurden, in dem dieser Zeitraum geendet hat. Ändern sich die Familienverhältnisse während des gewählten Zeitraums, so wird bei der Bestimmung des Erstattungssatzes die günstigste Situation zugrunde gelegt.

b) Die Bestimmungen dieses Absatzes gelten vorbehaltlich der Anwendung der Auslegungsbestimmungen zu Artikel 8 Absatz 1 und zu Abschnitt XV des Anhangs I.

c) Sind beide Ehegatten dem Krankheitsfürsorgesystem angeschlossen, so können sie sich einvernehmlich für die Kumulierung der nicht erstatteten Teile ihrer Krankheitskosten entscheiden, sofern:

- die Kumulierung auf den Namen des Ehegatten erfolgt, der das höhere Grundgehalt bezieht;

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

ARTIKEL 9

Zu Absatz 1:

- a) Die freie Wahl des Arztes und der Krankenanstalt gilt für mitangeschlossene Personen erst nach Inanspruchnahme der primären Krankenversicherung.
- b) Der Berechtigte hat damit noch nicht automatisch Anspruch auf Erstattung der anfallenden Transport- oder Reisekosten; für die Erstattung dieser Kosten gelten weiterhin die Bestimmungen des Anhangs I Abschnitt XIII.

ARTIKEL 13

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

ARTIKEL 16

Wer eine Beschwerde nach Artikel 90 des Statuts einreicht oder eine aufgrund des Artikels 72 sowie der entsprechenden Durchführungsbestimmungen erlassene Verfügung anfechtet, kann medizinische Unterlagen in einem verschlossenen Umschlag mit dem Vermerk "vertraulich - medizinische Unterlagen" beifügen.

Diese Unterlagen werden nur von den Personen geprüft, die zu der Akte Zugang haben.

ARTIKEL 30

Zu Absatz 1:

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

ANHANG I

Vorbemerkungen

1. Die in den Anhängen zu dieser Regelung aufgeführten Leistungen sind durch Personen, die zur Ausübung eines ärztlichen oder arzttähnlichen Berufs befugt sind, oder durch von den zuständigen Behörden anerkannte medizinische oder paramedizinische Einrichtungen zu erbringen.

2. Das Gemeinsame Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften übernimmt keine Kosten für Behandlungen, die der Erbringer der Leistung (Arzt, Zahnarzt, Hebamme, Krankenpflegerin, Angehöriger eines arzttähnlichen Berufsstandes usw.) an seinem Ehegatten, seinen Verwandten in absteigender und aufsteigender Linie, seinem Schwiegervater, seiner Schwiegermutter, seinen Brüdern, Schwestern, Schwiegersöhnen oder Schwiegertöchtern vornimmt. Dagegen werden die Kosten für die bei diesen Leistungen verwendeten Heilmittel und Materialien im Rahmen der Bestimmungen der vorstehend genannten Regelung erstattet.

ANHANG I - ABSCHNITT I

Zu Absatz 1:

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

Zu Absatz 3:

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

In dem ärztlichen Attest sind

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

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

ANHANG I – ABSCHNITT III

Zu Absatz 1 zweiter Unterabsatz sowie zu Absatz 2:

Wird für die Krankenhausbehandlung ein Tagespauschalsatz in Rechnung gestellt, in dem die in Absatz 1 zweiter Unterabsatz genannten Aufenthaltskosten sowie die in Absatz 2 erster Satz aufgeführten Kosten ganz oder teilweise enthalten sind, so ist insbesondere mit Rücksicht auf die Bestimmungen in Anhang I Abschnitt XV Absatz 3 der Regelung die Stellungnahme des Vertrauensarztes der Abrechnungsstelle einzuholen, wenn der Tagespauschalsatz 10.000 BFR überschreitet.

ANHANG I – ABSCHNITT IV

Zu Abschnitt IV Absatz 1 in extenso:

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

Zu Absatz 1 erster Unterabsatz:

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

ANHANG I - ABSCHNITT V

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

ANHANG I - ABSCHNITT VI

Zu Absatz 2 und Anhang III:

Werden bei feststehendem Zahnersatz zwei Teile des gleichen Zahns getrennt behandelt, so sind die Kosten für diese beiden Teile im Rahmen der geltenden Höchstbeträge zu erstatten.

Bei herausnehmbarem Zahnersatz ist die skelettierte Chrom-Kobalt-Prothese nicht als eine Ergänzung der Kunstharzplatte anzusehen. Für sie gilt der erstattungsfähige Höchstbetrag.

Zu Absatz 3:

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

ANHANG I - ABSCHNITT IX

Absatz 1:

Als "Ausnahmefälle" gelten insbesondere schwere Verletzungen infolge eines Unfalls oder ein als schwere Krankheit anerkanntes Leiden.

ANHANG I - ABSCHNITT XI

Die Kosten für die Reise zum Kurort sowie die Kosten für Begleitung und Verpflegung sind nicht erstattungsfähig. Werden die Pensionskosten pauschal in Rechnung gestellt, so wird für die Erstattung nur die Hälfte des angegebenen Betrags berücksichtigt.

ANHANG I - ABSCHNITT XII

Zu A:

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

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

Zu B:

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

Zu C:

Einem Krankheitsfürsorge-Berechtigten, dem die Ausgaben für Kontaktlinsen für sich selbst oder für eine von ihm mitversicherte Person erstattet worden sind, können vorbehaltlich der in der Regelung festgelegten Fristen auch die Ausgaben für ein Paar Brillengläser und ein Brillengestell erstattet werden.

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

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

Zu F Nr. 1:

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

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

Für etwaige Folgeanträge gilt Abschnitt XII F 1.

ANHANG I - ABSCHNITT XIII

Zu Absatz 1:

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

Zu Absatz 2:

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

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

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

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

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

ANHANG I – ABSCHNITT XIV

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

ANHANG I – ABSCHNITT XV

Zu Absatz 3 zweiter Unterabsatz:

1. Kosten, die die in Anhang I der Regelung festgelegten Höchstbeträge (100 % = hundert v.H.) um 50 % (fünfzig v.H.) überschreiten, gelten als unangemessen hoch und können nicht nach den Bestimmungen von Artikel 8 Absatz 2 der Regelung erstattet werden. Ausnahmen sind in Anhang I Abschnitt IV Absatz 1 Unterabsatz 2 der Regelung aufgeführt.

2. Bei auf Devisen lautenden Leistungen, die einem Ausgleichskoeffizienten unterliegen, wird dieser Prozentsatz (50 %) nach Anwendung des Ausgleichskoeffizienten angewandt.

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ

Κοινό σύστημα ασφαλίσεως ασθενείας
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

ΕΡΜΗΝΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ
ΤΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ

Η παρούσα έκδοση ερμηνευτικών διατάξεων
καταργεί και αντικαθιστά την έκδοση
της 22.03.1991

Οι νέες αυτές τροποποιηθείσες
ερμηνευτικές διατάξεις θα αρχίσουν να ισχύουν
την 01.01.1993

ΑΡΘΡΟ 3

προσθ. παρ. 1.

Διευκρινίζονται τα ακόλουθα:

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

β)

- Όσον αφορά τα εισοδήματα, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη αυτά που προέρχονται από την πλέον πρόσφατη ασκηθείσα δραστηριότητα (κατά το ημερολογιακό ή οικονομικό έτος),
- Το ανώτατο όριο που εφαρμόζεται στον/στη σύζυγο αναπροσαρμόζεται την 1η Ιανουαρίου κάθε έτους σύμφωνα με τον βασικό μισθό υπαλλήλου του βαθμού C5, πρώτο κλιμάκιο αφού έχει πολλαπλασιασθεί επί τον διορθωτικό συντελεστή που ίσχυε κατά την ημερομηνία αυτή. Το ανώτατο όριο που εφαρμόζεται σε νόμισμα άλλο εκτός από το βελγικό φράγκο υπολογίζεται σύμφωνα με τις συναλλαγματικές ισοτιμίες που εφαρμόζονται στις αποδοχές που καταβάλλονται σε άλλο νόμισμα και οι οποίες ίσχυαν την 1η Ιανουαρίου του συγκεκριμένου έτους,
- Για τις χώρες για τις οποίες δεν προβλέπεται διορθωτικός συντελεστής, εφαρμόζεται ο συντελεστής που ισχύει για το Βέλγιο.
- Οι κρατήσεις ή καταβολές για κοινωνικές επιβαρύνσεις πρέπει να εκπίπτονται από το ποσό των εισοδημάτων που λαμβάνεται υπόψη πριν από την αφαίρεση του φόρου,

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

δ) Ο όρος "καλύπτει τους ίδιους κινδύνους" που αναφέρεται στη δεύτερη περίπτωση της παραγράφου 1 πρέπει να ερμηνευθεί με την έννοια ότι το προβλεπόμενο από τον νόμο ή από ανάλογες ρυθμίσεις σύστημα υγειονομικής ασφάλισης στο οποίο ο/η σύζυγος είναι ασφαλισμένος/η επεκτείνεται έως το ανώτατο όριο των κινδύνων που καλύπτει ή είναι δυνατόν να καλύπτει το σύστημα αυτό, όπως π.χ. είναι η κάλυψη σοβαρών και ελαφρών κινδύνων στο Βέλγιο,

ε) Ο όρος "ίδιοι κίνδυνοι" θα πρέπει να ερμηνευθεί ως αναφερόμενος στις ίδιες κατηγορίες κινδύνων με εκείνους που καλύπτονται από το άρθρο 72 του κανονισμού υπηρεσιακής κατάστασης, δηλαδή κινδύνους ασθένειας, ατυχήματος και μητρότητας (άρθρο 1 της ρύθμισης).

προσθ. παρ. 2.

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

ΑΡΘΡΟ 6

Γενικά όσον αφορά το άρθρο 6.

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

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

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

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

δ) Το κοινό σύστημα παρεμβαίνει στην επιστροφή των εξόδων παροχών, ως συμπληρωματικό σύστημα υπό την προϋπόθεση ότι έχουν προηγουμένως τηρηθεί οι διαδικασίες που προβλέπει το κύριο ασφαλιστικό σύστημα.

ε) Εάν ισχύει υποχρέωση καταβολής εισφορών σε δύο ταμεία, οι υπαγόμενοι στο ασφαλιστικό σύστημα των ΕΚ μπορούν να επιλέγουν για την επιστροφή των εξόδων παροχών το σύστημα που επιθυμούν, Εννοείται, βέβαια, ότι το κοινό σύστημα παρεμβαίνει ως συμπληρωματικό σύστημα στις περιπτώσεις όπου δεν παρεμβαίνει ως κύριο σύστημα.

ΑΡΘΡΟ 8

Διαπιστούται ότι οι διατάξεις του παρόντος άρθρου, στο σύνολό τους, δεν εφαρμόζονται στους ασφαλισμένους που καλύπτονται από τη συμπληρωματική ασφάλιση ασθένειας που προβλέπεται στο άρθρο 24 του παραρτήματος Χ του κανονισμού υπηρεσιακής κατάστασης.

προσθ. 1)

Για να υπάρξει αντιστοιχία στο ποσό εκκαθάρισης παροχών που έχουν πληρωθεί σε νόμισμα άλλο εκτός από φράγκα Βελγίου ή Λουξεμβούργου θεσπίζονται, συντελεστές ισοτιμίας. Η αρμόδια για τους διορισμούς αρχή (ΑΙΡΝ) καθορίζει περιοδικά πίνακα των συντελεστών αυτών και τον ανακοινώνει στους ασφαλισμένους με το έντυπο των "διοικητικών πληροφοριών". Το άρθρο 8 της ρύθμισης δεν αποκλείει τη λήψη ειδικών αποφάσεων για μεμονωμένες περιπτώσεις που δεν καλύπτονται από τους συντελεστές ισοτιμίας.

Στις περιπτώσεις αυτές:

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

- ο όρος "μεγάλη επιβάρυνση" θεωρείται ότι πληρούται όταν τα μη επιστρεφόμενα βάσει των "καταβληθέντων εξόδων" ποσά που αναφέρονται στην παράγραφο 1 φθάνουν το 60% των εξόδων αυτών,
- τα "καταβληθέντα έξοδα" πρέπει να υπολογίζονται για κάθε παροχή χωριστά.

προσθ. 2)

α) Σε περίπτωση που η περίοδος των δώδεκα συνεχών μηνών περιλαμβάνει κλάσματα μήνα, ο μέσος όρος του μηνιαίου βασικού μισθού, της σύνταξης ή της μηνιαίας αποζημίωσης υπολογίζεται λαμβανομένων υπόψη των βασικών μισθών που έχουν χορηγηθεί από τον μήνα ενάρξεως μέχρι το μήνα λήξεως αυτής της περιόδου.· Επειδή η οικογενειακή κατάσταση ενδέχεται να μεταβληθεί κατά την επιλεγείσα περίοδο, για τον καθορισμό του επιστρεφόμενου ποσοστού θα λαμβάνεται υπόψη η ευνοϊκότερη κατάσταση.

β) Η παράγραφος αυτή εφαρμόζεται υπό την επιφύλαξη της εφαρμογής των ερμηνευτικών διατάξεων του άρθρου 8 παρ. 1 και του σημείου XV του παραρτήματος Ι.

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

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

ΑΡΘΡΟ 9

προσθ. παρ. 1.

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

β) Οι διατάξεις αυτές δεν συνεπάγονται αυτομάτως την επιστροφή των σχετικών εξόδων μεταφοράς ή μετακίνησης· η επιστροφή τέτοιων εξόδων διέπεται από τις διατάξεις του παραρτήματος Ι, σημείο XIII.

ΑΡΘΡΟ 13

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

ΑΡΘΡΟ 16

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

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

ΑΡΘΡΟ 30

προσθ. παρ. 1

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Προκαταρκτικές παρατηρήσεις

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

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΣΗΜΕΙΟ Ι

προσθ. 1)

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

προσθ. 3)

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

Η ιατρική εντολή πρέπει να διευκρινίζει:

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

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΣΗΜΕΙΟ ΙΙΙ

προσθ. παράγραφος 1, δεύτερο εδάφιο και παράγραφος 2

Στην περίπτωση καθορισμού πάγιας ημερησίας τιμής νοσοκομειακής περίθαλψης που περιλαμβάνει τα έξοδα παραμονής που αναφέρονται στο δεύτερο εδάφιο της παραγράφου 1 καθώς και το σύνολο ή τμήμα των εξόδων που απαριθμούνται στην πρώτη φράση της παραγράφου 2, απαιτείται η γνωμάτευση του ιατρικού συμβούλου του γραφείου εκκαθάρισης εφόσον η πάγια τιμή υπερβαίνει τις 10.000 βελγ. φρ. ημερησίως, λαμβανομένων ωστόσο υπόψη των διατάξεων του παραρτήματος 1 σημείο XV παράγραφος 3 της ρύθμισης.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΣΗΜΕΙΟ ΙV

προσθ. σημείο ΙV, παράγραφος 1, in extenso

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

προσθ. παράγραφος 1 - πρώτο εδάφιο

Λόγω του προσωρινού χαρακτήρα ορισμένων σοβαρών ασθενειών, η διάρκεια εφαρμογής των διατάξεων του άρθρου 72 παρ. 1 του κανονισμού υπηρεσιακής κατάστασης και του σημείου ΙV του παραρτήματος Ι της ρύθμισης, υπολογίζεται για κάθε περίπτωση χωριστά από τις αρμόδιες ιατρικές αρχές.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΣΗΜΕΙΟ V

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΣΗΜΕΙΟ VI

προσθ. παρ. 2 και παράρτημα ΙΙΙ

Όσον αφορά τις σταθερές προθέσεις, - σε περίπτωση ξεχωριστής θεραπείας δύο στοιχείων του ίδιου δοντιού - τα έξοδα για τα δύο αυτά στοιχεία πρέπει να επιστρέφονται σύμφωνα με τα προβλεπόμενα ανώτατα όρια.

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

προσθ. παρ. 3

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΣΗΜΕΙΟ ΙΧ

Παράγραφος 1

Με τον όρο "εξαιρετικά" νοούνται οι περιπτώσεις σοβαρού τραυματισμού λόγω ατυχήματος, ή πάθησης που έχει χαρακτηρησθεί σοβαρή ασθένεια

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΣΗΜΕΙΟ ΧΙ

Τα έξοδα ταξιδιού, συνοδείας και διατροφής δεν επιστρέφονται.

Σε περίπτωση κατ'αποκοπήν εξόδων στέγης και διατροφής λαμβάνονται υπόψη για την επιστροφή μόνο το ήμισυ του ποσού.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΣΗΜΕΙΟ ΧΙΙ

προσθ. Α)

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

Η επιστροφή που προβλέπεται στο σημείο ΧΙΙ Α 2) χορηγείται βάσει αναλυτικής απόδειξης εξοφλήσεως οπτικού εφόσον για τους πρώτους διορθωτικούς φακούς, τα έξοδα αγοράς των οποίων έχουν επιστραφεί βάσει του κοινού καθεστώτος, έχει εκδοθεί ιατρική συνταγή.

προσθ. Β)

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

προσθ. Γ)

Στον ασφαλισμένο στον οποίο έχουν επιστραφεί τα έξοδα αγοράς φακών επαφής δικών του ή κάποιου καλυπτόμενου προσώπου, μπορούν επίσης να επιστραφούν τα έξοδα αγοράς κρυστάλλων και σκελετού, με την επιφύλαξη των κανονικών προθεσμιών.

Η επιστροφή που προβλέπεται στο σημείο XII Γ 2) χορηγείται εφόσον υποβληθεί αναλυτική απόδειξη εξοφλήσεως οπτικού και εφόσον οι πρώτοι φακοί επαφής, τα έξοδα αγοράς των οποίων έχουν επιστραφεί βάσει του κοινού καθεστώτος, έχουν χορηγηθεί βάσει συνταγής οφθαλμιάτρου.

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

προσθ. ΣΤ) Σημείο 1

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

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

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΣΗΜΕΙΟ XIII

προσθ. παράγραφος 1.

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

προσθ. παράγραφος 2.

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

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

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

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

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΣΗΜΕΙΟ XIV

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΣΗΜΕΙΟ XV

προσθ. παράγραφος 3, δεύτερο εδάφιο

1. Τα έξοδα που υπερβαίνουν κατά 50% (πενήντα τοις εκατό) το κόστος που αντιστοιχεί στο 100% (εκατό τοις εκατό) των ανωτάτων ορίων που προβλέπονται στο παράρτημα Ι της ρύθμισης, θεωρούνται υπερβολικά και δεν επιστρέφονται δυνάμει του άρθρου 8 παράγραφος 2 της ρύθμισης, με την επιφύλαξη αυτών που προβλέπονται στο παράρτημα Ι, σημείο IV, παράγραφος 1, δεύτερο εδάφιο της ρύθμισης.

2. Όσον αφορά τα ποσά για παροχές τα οποία εκφράζονται σε νομίσματα που έχουν πολλαπλασιαστεί επί ένα συντελεστή ισοτιμίας, το εν λόγω ποσοστό (50%) νοείται μετά την εφαρμογή του προαναφερθέντος συντελεστή.

**COMMISSION OF THE
EUROPEAN COMMUNITIES**

Joint Sickness Insurance Scheme

CENTRAL OFFICE

INTERPRETATION OF SICKNESS INSURANCE RULES

These new rules cancel and replace the ones
published on 22 March 1991.

They will take effect on
1 January 1993

ARTICLE 3

Article 3(1)

(a) Income from gainful employment means any income derived from present or previous employment. Income means any salary, wage, pension, fee, emolument or allowance received by the person in respect of that employment, but excluding expense allowances.

(b)

- The income to be taken into account is disposable earned income for the most recent calendar or tax year;
- the limit for the spouse's income is adjusted on 1 January each year in line with the basic annual salary of an official in the first step of Grade C5, subject to the weighting in force on that date; calculation of the limit in currencies other than the Belgian franc is based on the exchange rates applicable to remunerations payable in a foreign currency on 1 January of the current year;
- for countries with no weighting, the weighting applicable is that for Belgium;
- deductions or payments for social security contributions should be deducted from the pre-tax income.

(c) To give the claims offices the information they need on spouses in gainful employment and on dependent persons, members of the scheme must fill in a special form. The declaration must be supported each year by documentary evidence (tax certificate, salary statement from the employer, etc.).

(d) The phrase "covered against the same risks" in the second indent of paragraph 1 must be interpreted as meaning that the statutory sickness insurance scheme of which the spouse is a member covers all the risks covered, or coverable, by that scheme; in Belgium, for example, the spouse must be covered against major and minor risks ("gros et petits risques").

(e) "The same risks" should be interpreted as referring to the same categories of risk as those covered by Article 72 of the Staff Regulations, namely illness, accident and confinement (Article 1 of the Rules).

Article 3(2)

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

ARTICLE 6

General comments

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

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

(b) Our scheme cannot make direct payments to hospitals for beneficiaries entitled to supplementary reimbursement as this can be done only by the principal scheme.

(c) If a national social security system requires payment of contributions for a period of, say, six to twelve months during which no reimbursement is made ("qualifying period"), our scheme will continue to cover for this period.

(d) Our scheme will not reimburse expenditure on treatment as a supplementary scheme unless the requirements of the principal scheme have been complied with.

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

ARTICLE 8

This Article does not apply to persons covered by the supplementary scheme provided for in Article 24 of Annex X to the Staff Regulations.

Article 8(1)

In the interests of equal treatment, equality coefficients have been introduced for the reimbursement of expenditure incurred in currencies other than Belgian and Luxembourg francs. The list of these coefficients, which are set periodically by the appointing authorities, is circulated to members on a regular basis in the Administrative Notices.

Article 8 does not rule out special decisions in individual cases not covered by the equality coefficients.

In such cases,

- expenses will be reimbursed up to double the maximum amounts specified in the Annexes to the Rules, where appropriate, on a proposal from the Central Office and subject to approval by the Management Committee;
- the condition of "a heavy financial burden" is deemed to be met when the portion of expenses not reimbursed amounts to 60% of the expenses incurred;
- "expenses incurred" are assessed item by item.

Article 8(2)

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

(b) This paragraph applies subject to the rules for the interpretation of Article 8(1) and Section XV of Annex I.

(c) Where both spouses are members of the scheme, they may jointly opt for aggregation of non-reimbursed expenses provided that:

- the application is made by the spouse whose basic salary is higher;
- the spouse whose non-reimbursed expenses are included with those of the spouse whose basic salary is the higher agrees not to send in a separate application for reimbursement under Article 72(3) of the Staff Regulations and Article 8(2) of the Rules;
- the twelve-month period taken into consideration is the same for both spouses.

ARTICLE 9

Article 9(1)

(a) Freedom of choice is applicable to beneficiaries of complementary coverage only after they have exhausted the possibilities offered by their primary scheme.

(b) This provision does not imply automatic reimbursement of any transport costs or travelling expenses incurred. This point is governed by Section XIII of Annex I.

ARTICLE 13

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

ARTICLE 16

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

ARTICLE 30

Article 30(1)

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

ANNEX I

Preliminary comments

1. The treatment specified in the Annexes to these Rules must be administered by a person or persons legally authorized to exercise a medical or paramedical profession or by approved medical or paramedical establishments.

2. The Joint Sickness Insurance Scheme does not cover the cost of treatment administered by doctors, dentists, midwives, nurses and medical auxiliaries to their spouses, relatives in the ascending or descending line, fathers-in-law, mothers-in-law, brothers, sisters, sons-in-law and daughters-in-law. However, the cost of products and supplies used in the course of such treatment is reimbursable in accordance with these Rules.

ANNEX I - SECTION I

Paragraph 1

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

Paragraph 3

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

The prescription must specify:

1. the number and duration of sessions;
 2. the name of the therapist and his or her qualifications;
 3. that treatment is being administered under the supervision and responsibility of the doctor.
- This applies in countries where psychotherapists are not recognized by the social security scheme.

ANNEX I – SECTION III

Second subparagraph of paragraph 1 and paragraph 2

If the all-in charge for a day in hospital, comprising the cost of the stay as defined in the second subparagraph of paragraph 1 and all or part of the expenses referred to in the first sentence of paragraph 2, is more than BFR 10 000, the medical officer of the claims office will be consulted, account being taken of paragraph 3 of Section XV of Annex I.

ANNEX I – SECTION IV

Paragraph 1

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

First subparagraph of paragraph 1

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

ANNEX I – SECTION V

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

ANNEX I - SECTION VI

Paragraph 2 and Annex III

As regards fixed prostheses, where two elements of the same tooth are treated separately, costs will be reimbursed up to the separate maximum figures.

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

Paragraph 3

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

ANNEX I - SECTION IX

Paragraph 1

"By way of exception" refers principally to cases involving severe trauma following an accident or a disorder recognized as a serious illness.

ANNEX I - SECTION XI

Travelling and attendance expenses and board are not reimbursed. Where an all-in charge is made for accommodation, including board, only half this sum will be considered for reimbursement.

ANNEX I - SECTION XII

(A)

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

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

(B)

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

(C)

A member who has had the cost of contact lenses for himself or herself or for persons covered by his or her insurance reimbursed, may also be reimbursed the cost of a pair of spectacles (frame and lenses), subject to the time-scales laid down in the Rules.

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

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

(F)(1)

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

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

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

ANNEX I - SECTION XIII

Paragraph 1

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

Paragraph 2

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

General comments on Annex I - Section XIII, both paragraphs

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

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

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

ANNEX I - SECTION XIV

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

ANNEX I - SECTION XV

Second subparagraph of paragraph 3

1. Expenses exceeding by 50% (fifty percent) the cost corresponding to 100% (one hundred percent) of the maximum rates laid down in Annex I to the Rules are to be considered excessive and will not be reimbursed under Article 8(2) of the Rules, subject to the second subparagraph of Section IV(1) of Annex I.

2. For treatment billed in currencies to which an equality coefficient applies, the 50% rate obtains after application of the coefficient.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

**Régimen de seguro médico común
OFICINA CENTRAL**

**DISPOSICIONES DE INTERPRETACIÓN DE LA
REGLAMENTACIÓN RELATIVA A LA COBERTURA DE LOS
RIESGOS DE ENFERMEDAD DE LOS FUNCIONARIOS DE LAS
COMUNIDADES EUROPEAS**

**Esta edición de las disposiciones de interpretación anula
y reemplaza a la publicada el 25 de marzo de 1991**

**Estas nuevas disposiciones de interpretación modificadas
entrarán en vigor el 1 de enero de 1993**

ARTÍCULO 3

Apartado 1

Cabe precisar:

a) Por ingresos de una actividad profesional lucrativa se debe entender cualquier ingreso derivado de una actividad profesional actual o anterior. Se considerarán ingresos cualquier sueldo, salario, honorarios, emolumentos o indemnizaciones percibidas por el interesado en concepto de una actividad profesional, con exclusión de las asignaciones o indemnizaciones en concepto de gastos;

b)

- Por lo que se refiere a los ingresos, se deben tomar en consideración los ingresos disponibles derivados de la actividad ejercida durante el ejercicio más reciente (año civil o fiscal);
- el límite aplicable a los ingresos del cónyuge se actualizará todos los años el 1 de enero calculado a partir del sueldo base anual de un funcionario de grado C5, primer escalafón, con un coeficiente corrector aplicable en la misma fecha. El límite, expresado en moneda distinta del franco belga, se calcula con arreglo a los tipos de cambio aplicables a las remuneraciones pagadas en divisas a 1 de enero del año en curso;
- en los países sin coeficiente corrector, se aplicará el coeficiente establecido para Bélgica;
- las retenciones o pagos en concepto de cotizaciones sociales deberán deducirse del importe de los ingresos que se deban tomar en consideración antes de deducir los impuestos;

c) Con objeto de que las oficinas liquidadoras competentes puedan disponer de los datos necesarios relativos al cónyuge que ejerce una actividad profesional lucrativa y a las personas a su cargo, los interesados deberán rellenar un impreso especial. Cualquier declaración deberá apoyarse anualmente en los correspondientes documentos justificativos (certificado de impuestos, certificado o declaración de ingresos expedida por el empleador, etc...);

d) El término "cubierto frente a los mismos riesgos" que figura en el segundo guión del apartado 1 debe interpretarse en el sentido de que el régimen de seguro de enfermedad legal o reglamentario al que está afiliado el cónyuge abarca el máximo de los riesgos cubiertos, o que pudieran estarlo, por dicho régimen, por ejemplo, la cobertura de riesgos grandes y pequeños en Bélgica;

e) El término "mismos riesgos" se entenderá referido a las mismas categorías de riesgos cubiertos por el artículo 72 del Estatuto, esto es, los riesgos de enfermedad, accidente y maternidad (artículo 1 de la reglamentación).

Apartado 2

El artículo 2 del anexo VII del Estatuto que define las condiciones en las que se concede la asignación por hijos a su cargo es aplicable íntegramente y, en particular, el apartado 3b; el límite de edad queda establecido en 26 años. Este límite se establece en 27 años cuando se trata de un hijo a su cargo llamado a filas. Los apartados 4 y 5 de este artículo recogen las excepciones.

ARTÍCULO 6

Observaciones generales sobre el artículo 6.

a) La tarificación se realizará por prestación y sólo podrá ser asumida, dentro del límite máximo de los reembolsos previstos, la diferencia que pudiera existir entre el reembolso obtenido del régimen exterior y el importe garantizado por nuestro régimen.

Ejemplo: El cónyuge de un funcionario ejerce una actividad profesional lucrativa en el exterior y reúne las condiciones del artículo 3. Si percibe un reembolso por parte de su seguro de un 65% y si, para esas mismas prestaciones, nuestro régimen establece un reembolso de 80%, recibirá el 15% de diferencia, sin perjuicio de lo dispuesto en los anexos I, II y III de la reglamentación. Si, por el contrario, su seguro primario le concede un reembolso superior a nuestros baremos, conservará la diferencia a su favor.

b) Los beneficiarios de la complementariedad no podrán obtener una asunción de gastos directa, ya que esta sólo puede realizarse a través del régimen primario.

c) Si un régimen de seguridad social nacional exige un periodo de carencia (por ejemplo de 6 a 12 meses), es decir, el pago de cotizaciones sin reembolso de prestaciones como contrapartida, nuestro régimen se hará cargo del asegurado durante el período de carencia.

d) El régimen común reembolsará las prestaciones a título de régimen complementario siempre que previamente se hayan respetado los procedimientos del régimen primario.

e) Si existe obligación de cotizar a dos regímenes, los afiliados a nuestro régimen podrán elegir el régimen al que se dirigirán para el reembolso de las prestaciones a las que han tenido derecho. Como es natural, el régimen común intervendrá como régimen complementario en los casos en que no intervenga como régimen primario.

ARTÍCULO 8

Hay que señalar que este artículo no es aplicable a los asegurados cubiertos por el seguro de enfermedad complementario previsto en el artículo 24 del anexo X del Estatuto.

Apartado 1

Con el fin de dar un tratamiento idéntico a las prestaciones liquidadas en divisas distintas del franco belga y luxemburgués, se establecen coeficientes de igualdad. La lista de estos coeficientes, aprobados periódicamente por las AIPN se da a conocer regularmente a los afiliados por medio de una "información administrativa".

El artículo 8 de la reglamentación no excluye que se puedan adoptar decisiones especiales en casos individuales no cubiertos por los coeficientes de igualdad.

En estos casos:

- El reembolso no superará el doble de los límites máximos de reembolso que figuran en los anexos de la reglamentación, a propuesta, en su caso, de la oficina central con el dictamen del comité de gestión;
- Se considerará que se da la condición de "pesada carga" cuando los importes no reembolsados correspondientes a los "gastos que se presenten" asciendan a un 60% de estos gastos.
- Los "gastos que se presenten" se valorarán prestación por prestación.

Apartado 2

a) Cuando el período de 12 meses consecutivos incluya fracciones de mes, la media del sueldo, pensión o indemnización mensuales se calculará tomando en consideración los sueldos base percibidos desde el primer mes durante el cual se inició el período contemplado, hasta el mes durante el cual terminó este período. Dado que la situación familiar puede variar durante el período elegido, la determinación del porcentaje que se debe reembolsar se basará en la situación más favorable.

b) La aplicación de este párrafo se realizará sin perjuicio de la aplicación de las disposiciones de interpretación del apartado 1 del artículo 8 y punto XV del anexo I.

c) Cuando ambos cónyuges estén afiliados al régimen, podrán optar, de común acuerdo, por acumular las partes no reembolsadas de sus gastos de enfermedad siempre que:

- la acumulación se realice a nombre del cónyuge afiliado cuyo sueldo base sea más elevado;
- que el cónyuge cuya parte no reembolsada de gastos se tome en consideración al calcular los gastos del cónyuge que tenga el sueldo base más elevado, renuncie a la presentación por separado de una solicitud de reembolso con arreglo a las disposiciones del apartado 3 del artículo 72 del Estatuto y del apartado 2 del artículo 8 de la reglamentación;

- que el periodo de doce meses tomado en consideración sea el mismo para ambos cónyuges.

ARTÍCULO 9

Apartado 1

a) La libre elección sólo se aplica a los beneficiarios de la complementariedad después de haber hecho uso de las posibilidades del régimen primario.

b) Estas disposiciones no implican automáticamente el reembolso de los gastos de transporte o desplazamiento ocasionados por la libre elección; dicho reembolso sigue rigiéndose por las disposiciones del punto XIII del anexo I.

ARTÍCULO 13

Las disposiciones en materia de prescripción deberán ser respetadas estrictamente. La carga de la prueba de la "fuerza mayor" corresponde al funcionario. Las oficinas de liquidación adoptarán las decisiones necesarias. En caso de discrepancia, se requerirá el dictamen de la oficina central, existiendo siempre la posibilidad de utilizar las vías de recurso previstas en el artículo 16.

ARTÍCULO 16

Toda persona que presente una reclamación en virtud del artículo 90 del Estatuto o que impugne una decisión adoptada en virtud del artículo 72 del Estatuto y de sus reglamentaciones de aplicación, podrá adjuntar los documentos justificativos de carácter médico en sobre cerrado con la mención "confidencial-documentos médicos".

Estos documentos sólo serán examinados por las personas facultadas para estudiar el expediente.

ARTÍCULO 30

Apartado 1

En caso de revisión de las reglas por las que se rige el reembolso de gastos médicos (anexos I, II, III y IV de la reglamentación), los nuevos importes máximos reembolsables se aplicarán, a partir de la fecha en que surta efecto dicha revisión, a los tratamientos médicos que se estén siguiendo en esa fecha.

ANEXO I

Observaciones previas

1. Las prestaciones mencionadas en los anexos a la presente reglamentación deben ser realizadas por una o varias personas autorizadas legalmente a ejercer la profesión médica o paramédica, o por establecimientos médicos o paramédicos debidamente homologados por las autoridades competentes.

2. El régimen de seguro médico común de las Comunidades Europeas no interviene en el coste de las atenciones dispensadas por un prestatario (médico, odontólogo, comadrona, enfermera, cuerpo paramédico, etc...) a su cónyuge, descendientes, ascendientes, suegro, suegra, hermanos, hermanas, yernos y nueras. No obstante, el coste de los productos y artículos utilizados con ocasión de las prestaciones será reembolsable según las disposiciones de la reglamentación correspondiente.

ANEXO I - PUNTO I

Apartado 1

Si, en alguno de los lugares de destino o residencia, las autoridades nacionales competentes asimilan, a efectos del reembolso de las prestaciones, la actividad médica de un generalista a la de un especialista, el régimen reembolsará dicha prestación sobre la base del límite máximo establecido en el baremo para los especialistas.

Apartado 3

A efectos de su asunción por el régimen, los tratamientos de psicoterapia, cuando no hayan sido efectuados por el médico, deberán ser objeto de una prescripción del psiquiatra, neuropsiquiatra o neurólogo. Para los niños menores de 15 años, la prescripción podrá proceder de un pediatra.

La prescripción médica debe precisar:

- 1) La duración y el número de sesiones,

- 2) el nombre de la persona competente con indicación de las cualificaciones necesarias,
 - 3) que el tratamiento se efectúa bajo la vigilancia y responsabilidad del médico.
- Esta disposición se aplicará en aquellos países en los que el psicoterapeuta no esté homologado por el régimen de seguridad social del país en el que ejerce.

ANEXO I - PUNTO III

Punto 2 del apartado 1 y apartado 2

En caso de facturación global del precio de la jornada de hospitalización que incluya los gastos de estancia contemplados en el segundo párrafo del apartado 1, así como todos o parte de los gastos enumerados en la primera frase del apartado 2, se solicitará el dictamen del médico asesor de la oficina de liquidación si el precio global es superior a 10.000 FB diarios, teniendo en cuenta, particularmente, las disposiciones del apartado 3 del punto XV del anexo I de la reglamentación.

ANEXO I - PUNTO IV

Apartado 1 del punto IV, in extenso.

El reembolso de estos gastos queda, en cualquier caso, sujeto a las condiciones de procedimiento establecidas en la reglamentación.

Primer párrafo del apartado 1.

Dado el carácter temporal de determinadas enfermedades graves, la duración de aplicación de las disposiciones del apartado 1 del artículo 72 del Estatuto y del punto IV del anexo I de la reglamentación será valorada, en cada caso, con arreglo al dictamen de las instancias médicas competentes.

ANEXO I - PUNTO V

Se autoriza el reembolso de los gastos derivados de la adquisición de jeringuillas para tratamiento permanente de diabéticos.

ANEXO I - PUNTO VI

Apartado 2 y anexo III

Por lo que se refiere a las prótesis fijas, cabe, cuando dos elementos del mismo diente sean tratados por separado, reembolsar estos dos elementos según los límites establecidos.

En cuanto a las prótesis móviles, la base de "cromo-cobalto" no deberá considerarse como suplemento de la placa de base de resina, sino que quedará sujeta al límite máximo de reembolso.

Apartado 3

Se ha observado en varias ocasiones que como consecuencia de un cambio en el lugar de destino, los métodos de trabajo de ortodoncia variaban de un país a otro. En consecuencia, es conveniente, cuando es necesario iniciar de nuevo un tratamiento ortodóncico como consecuencia de un cambio de destino, conceder un segundo reembolso previo dictamen del médico asesor o del dentista asesor.

ANEXO I - PUNTO IX

Apartado 1

Por "con carácter excepcional" se entenderá principalmente aquellos casos que supongan una grave traumatología como consecuencia de un accidente o una afección reconocida como enfermedad grave.

ANEXO I - PUNTO XI

Los gastos de viaje, acompañamiento y comida no se reembolsarán.

En caso de facturación global de los gastos de pensión, únicamente se tendrá en cuenta a efectos del reembolso la mitad de la cantidad facturada.

ANEXO I - PUNTO XII

Apartado A

Los lentes correctores con una coloración superior al color A (12-15% de coloración) no serán reembolsados salvo si existe una necesidad médica debidamente certificada en un informe detallado elaborado por un médico oftalmólogo; este informe podrá ser eventualmente presentado al médico asesor de la oficina de liquidación para su dictamen.

El reembolso establecido en el punto 2) del apartado A del punto XII, se concederá sobre la base de una factura detallada y ya pagada al óptico, siempre que los primeros lentes correctores reembolsados por el régimen hayan sido prescritos por orden facultativa.

Apartado B

Las disposiciones del apartado B del punto XII de la reglamentación se aplicarán por analogía a la montura para lentes mencionada en el anterior apartado A.

Apartado C

El afiliado que haya obtenido el reembolso de lentes de contacto para sí o para una persona asegurada a su cargo podrá también obtener el reembolso de los gastos derivados de la adquisición de un par de lentes y de una montura, si lo solicita dentro de los plazos reglamentarios.

El reembolso establecido en el punto 2) del apartado C del punto XII se concederá sobre la base de una factura detallada y ya pagada al óptico siempre que las primeras lentes de contacto reembolsadas por el régimen hayan sido prescritas por un médico oftalmólogo.

Los gastos de mantenimiento de las lentes de contacto serán asumidos por el régimen con un límite del 85% de los gastos realizados. Los gastos de examen del óptico-optometrista se reembolsarán hasta un 85% sin que, no obstante, puedan superar el límite máximo de reembolso establecido para la consulta de un médico generalista.

Punto 1 del apartado F

Se incluyen en este punto los zapatos correctores a medida; en cambio, los zapatos ortopédicos para malformaciones importantes se reembolsarán hasta un 80%, previa autorización acompañada de un presupuesto. En cualquier caso, se aplicará el punto XV/3 de la reglamentación.

Las plantillas ortopédicas prescritas por un podólogo se reembolsarán con arreglo al punto 1) del apartado F del punto XII, siempre que este examen haya sido efectuado por prescripción médica.

En caso de renovación, el reembolso de las plantillas adquiridas en las condiciones establecidas en el párrafo anterior, se concederá con arreglo al punto 1) del apartado F del punto XII.

ANEXO I - PUNTO XIII

Apartado 1

Base de reembolso: 80% con arreglo a los documentos justificativos correspondientes al transporte del enfermo (documentos que se deberán presentar) o, en su defecto y con carácter global, 80% del coste de un billete de ferrocarril en primera clase.

Apartado 2

Base de reembolso: 80% del coste de un billete de ferrocarril en primera clase.

Observaciones generales para los apartados 1 y 2 del punto XIII del anexo I.

En el examen de las solicitudes de autorización, se tendrán en cuenta las dificultades que supone para los asegurados la ausencia de centros hospitalarios universitarios en determinados lugares de destino.

Cuando, por prescripción del médico de cabecera, un beneficiario, debido a su edad o a la naturaleza de su afección, necesite con ocasión de su transporte o desplazamiento ser acompañado (una persona):

- será necesario el dictamen del médico asesor sobre la necesidad del acompañamiento;
- en caso de dictamen positivo, el reembolso cubrirá un 80% de los gastos de transporte o desplazamiento de la persona acompañante en base a los documentos justificativos que se deberán presentar o, en su defecto y con carácter global, el 80% de un único billete de ferrocarril en primera clase.

ANEXO I - PUNTO XIV

Este reembolso no deberá confundirse en ningún caso con el previsto en el artículo 75 del Estatuto.

ANEXO I - PUNTO XV

Segundo párrafo del apartado 3

1. Los gastos que excedan el 50% (cincuenta por ciento) del coste correspondiente al 100% (cien por cien) de los límites máximos establecidos en el anexo I de la reglamentación, se considerarán excesivos y no darán lugar al reembolso previsto en el apartado 2 del artículo 8 de la reglamentación, salvo lo establecido en el segundo párrafo del apartado 1 del punto IV del anexo I de la reglamentación.

2. En lo que se refiere a las prestaciones expresadas en divisas afectadas por un coeficiente de igualdad, este porcentaje (50%) se aplicará tras aplicar dicho coeficiente.

**COMMISSIONE DELLE
COMUNITÀ EUROPEE**

**Regime comune assicurazione malattia
UFFICIO CENTRALE**

**DISPOSIZIONI INTERPRETATIVE DELLA
REGOLAMENTAZIONE RELATIVA ALLA COPERTURA DEI
RISCHI DI MALATTIA DEI FUNZIONARI DELLE
COMUNITÀ EUROPEE**

La presente edizione delle disposizioni interpretative
annulla e sostituisce quella pubblicata
in data 25.03.1991

Le nuove disposizioni modificate
entreranno in vigore il
1° gennaio 1993

ARTICOLO 3

Paragrafo 1.

È opportuno in particolare precisare quanto segue.

a) Per reddito di un'attività professionale lucrativa si intende qualsiasi reddito derivante da un'attività professionale presente o anteriore. Per reddito si intende qualsiasi stipendio, salario, pensione derivante da attività precedente, onorario, emolumento o indennità percepito dall'interessato per l'attività professionale svolta, ad esclusione degli assegni o indennità per spese.

b)

- Per quanto concerne il reddito, si deve prendere in considerazione quello disponibile derivante dall'esercizio anteriore più recente (anno civile o anno fiscale).
- Il limite applicabile al reddito del coniuge viene aggiornato ogni anno al 1° gennaio, in base allo stipendio base annuale di un funzionario di grado C 5, primo scatto, applicandovi il coefficiente correttore applicabile alla stessa data. Il limite espresso in una moneta diversa dal franco belga viene calcolato in base ai tassi di cambio applicabili alle retribuzioni corrisposte in valuta alla data del 1° gennaio dell'anno in corso.
- Per i paesi per i quali non è stato fissato alcun coefficiente correttore, il coefficiente applicabile è quello fissato per il Belgio.
- Le trattenute o i versamenti per oneri sociali vanno detratti dall'importo del reddito da prendere in considerazione al lordo dell'imposta.

c) Per consentire agli uffici di liquidazione competenti di disporre delle informazioni necessarie sul coniuge che esercita un'attività professionale lucrativa e sulle persone a carico, gli interessati sono tenuti a compilare l'apposito modulo. Tali dichiarazioni dovranno essere completate annualmente da documenti giustificativi (certificati di imposte, attestato o dichiarazione del datore di lavoro sulla retribuzione corrisposta, ecc.).

d) L'espressione "coperto contro gli stessi rischi" che figura al secondo comma del paragrafo 1 significa che il regime di assicurazione malattia legale o regolamentare del coniuge si estende fino al massimo dei rischi che sono coperti o hanno diritto di esserlo in base a tale regime (per esempio la copertura per grandi e piccoli rischi nel caso del Belgio).

e) L'espressione "stessi rischi" deve intendersi riferita alle stesse categorie di rischi di cui all'articolo 72 dello statuto, vale a dire i rischi di malattia, infortunio e maternità (art. 1 della regolamentazione).

Paragrafo 2.

L'articolo 2 dell'allegato VII dello statuto che definisce le condizioni per la concessione dell'assegno per figlio a carico è applicabile integralmente, compreso il paragrafo 3 b); il limite di età è fissato a 26 anni, e a 27 anni in caso di figlio a carico chiamato alle armi. Le eccezioni sono precisate ai paragrafi 4 e 5 di detto articolo.

ARTICOLO 6

Osservazioni generali in merito all'articolo 6.

a) La tariffazione verrà effettuata prestazione per prestazione e soltanto l'eventuale differenza tra il rimborso ottenuto dal regime esterno e l'importo garantito dal nostro regime sarà assunta a carico entro i massimali di rimborso previsti.

Esempio. Si prenda il caso del coniuge di funzionario che esercita un'attività professionale lucrativa all'esterno e soddisfa le condizioni di cui all'articolo 3. Se questo coniuge riceve dalla sua cassa un rimborso del 65%, mentre per le stesse prestazioni il nostro regime prevede un rimborso dell'80%, gli verrà versata la differenza del 15%, fatte salve le disposizioni di cui agli allegati I, II, e III della regolamentazione. Se invece la cassa primaria gli concede un rimborso superiore ai nostri tassi, ne conserverà il beneficio di tale rimborso superiore.

b) I beneficiari della complementarità non possono essere presi a carico direttamente ma solo per il tramite della cassa primaria.

c) Se un regime di sicurezza sociale nazionale richiede un periodo di "attesa" (ad es. da 6 a 12 mesi), cioè un periodo di versamento dei contributi senza diritto al rimborso delle prestazioni, il nostro regime prenderà a proprio carico "l'assicurato in attesa" per l'intero periodo.

d) Il regime comune interviene nel rimborso delle prestazioni quale regime complementare, sempreché siano state preventivamente rispettate le procedure richieste dal regime primario.

e) Se esiste l'obbligo di versare i contributi a due regimi, gli assicurati del nostro regime potranno scegliere quello al quale rivolgersi per il rimborso delle prestazioni di cui hanno beneficiato, fermo restando che il regime comune interviene quale regime complementare nei casi in cui non interviene come regime primario.

ARTICOLO 8

Si rileva che l'intero testo di questo articolo non si applica agli assicurati coperti dall'assicurazione malattia complementare di cui all'articolo 24 dell'allegato X dello statuto.

Paragrafo 1.

Per garantire la parità di trattamento in caso di prestazioni rimborsate in valute diverse dal franco belga o lussemburghese, sono istituiti dei coefficienti di parità. L'elenco di questi coefficienti, fissati periodicamente dall'AIPN, viene comunicato agli assicurati tramite una "informazione amministrativa".

L'articolo 8 della regolamentazione non osta a decisioni speciali in singoli casi non coperti dai coefficienti di parità.

In tali casi,

- il rimborso avviene entro il limite del doppio dei massimali di rimborso indicati negli allegati della regolamentazione, eventualmente su proposta dell'ufficio centrale e previo parere del comitato di gestione;
- la condizione di "pesante onere" si ritiene soddisfatta quando gli importi non rimborsati ammontino al 60% delle "spese sostenute";
- le "spese sostenute" vanno valutate prestazione per prestazione.

Paragrafo 2.

a) Ove il periodo di 12 mesi consecutivi comprenda delle frazioni di mese, la media dello stipendio, della pensione o dell'indennità mensili sarà calcolata prendendo in considerazione gli stipendi base versati dal mese in cui il suddetto periodo è iniziato al mese in cui esso è terminato. Ove nel corso del periodo prescelto la situazione familiare abbia subito delle variazioni, per determinare la percentuale da rimborsare verrà presa in considerazione la situazione più favorevole.

b) Questo paragrafo si applica fatta salva l'applicazione delle disposizioni interpretative dell'articolo 8, paragrafo 1, e del punto XV dell'allegato I.

c) Quando i coniugi sono entrambi assicurati presso il nostro regime, essi possono di comune accordo optare per il cumulo delle quote non rimborsate delle loro spese mediche a condizione che:

- ciò avvenga a nome del coniuge assicurato che ha lo stipendio base più elevato;
- il coniuge, la cui quota spese non rimborsata verrebbe presa in considerazione nel computo delle spese del coniuge avente lo stipendio base più elevato, rinunci a presentare separatamente una domanda in base alle disposizioni degli articoli 72, paragrafo 3, dello statuto e 8, paragrafo 2, della regolamentazione;
- il periodo di 12 mesi preso in considerazione sia il medesimo per i due coniugi.

ARTICOLO 9

Paragrafo 1.

a) La libera scelta si applica ai beneficiari della complementarità solo dopo che si sia fatto ricorso alle possibilità del regime primario.

b) Queste disposizioni non implicano automaticamente il rimborso delle eventuali conseguenti spese di trasporto o di viaggio; tale rimborso rimane disciplinato dalle disposizioni dell'allegato I, punto XIII.

ARTICOLO 13

Le disposizioni in materia di decadenza vanno osservate scrupolosamente. La prova che si tratta di un caso di "forza maggiore" deve essere fornita dal funzionario. La *decisione in proposito spetta agli uffici di liquidazione*. In caso di contestazione viene consultato l'ufficio centrale, restando inteso che è sempre aperta la via di ricorso di cui all'articolo 16.

ARTICOLO 16

Chiunque presenti un reclamo ai sensi dell'articolo 90 dello statuto o contesti una decisione presa in virtù dell'articolo 72 dello statuto e dei relativi regolamenti di applicazione, può allegare i documenti giustificativi di carattere medico in plico chiuso contrassegnato dalla dicitura "riservato - documenti medici".

Questi documenti saranno esaminati unicamente dalle persone abilitate a prendere conoscenza del fascicolo.

ARTICOLO 30

Paragrafo 1.

In caso di revisione delle norme che disciplinano il rimborso delle spese mediche (allegati I, II, III e IV della regolamentazione), a decorrere dalla data di effetto di detta revisione i nuovi massimali rimborsabili si applicano alle cure mediche in corso a tale data.

ALLEGATO I

Osservazioni introduttive

1. Le prestazioni menzionate negli allegati della presente regolamentazione devono essere fornite da una o più persone legalmente autorizzate ad esercitare la professione medica o paramedica ovvero da istituti medici o paramedici debitamente riconosciuti dalle autorità competenti.

2. Il regime comune di assicurazione malattia delle Comunità europee non interviene per il costo delle cure dispensate da un prestatore (medico, dentista, ostetrica, infermiere, membro di una professione paramedica, ecc.) al proprio coniuge, ai discendenti, ascendenti, suocero, suocera, fratelli, sorelle, generi e nuore. Tuttavia, il costo delle forniture e dei prodotti utilizzati nel quadro di tali prestazioni è rimborsabile secondo le disposizioni della regolamentazione in oggetto.

ALLEGATO I - PUNTO I

Paragrafo 1.

Se in talune sedi di servizio o luoghi di residenza le autorità nazionali competenti assimilano, ai fini del rimborso, la prestazione di un medico generico a quella di un medico specialista, il regime rimborserà tale prestazione sulla base del massimale previsto dalla tariffa per gli specialisti.

Paragrafo 3.

Per poter beneficiare di un rimborso le cure psicoterapiche che non siano effettuate dal medico devono formare oggetto di una prescrizione da parte di uno psichiatra, neuropsichiatra o neurologo. Per i bambini di età inferiore ai 15 anni la prescrizione può essere fatta da un pediatra.

La prescrizione medica deve precisare:

1) la durata e il numero delle sedute,

- 2) il nome della persona competente con indicazione delle necessarie qualifiche,
- 3) il fatto che il trattamento viene effettuato sotto la sorveglianza e la responsabilità del medico.

Questa disposizione è applicabile per i paesi in cui lo psicoterapeuta non è riconosciuto dal regime di sicurezza sociale del paese in cui esercita.

ALLEGATO I - PUNTO III

Paragrafo 1, secondo comma, e paragrafo 2.

In caso di fatturazione forfettaria del prezzo della giornata di ricovero ospedaliero che comprenda le spese di soggiorno di cui al secondo comma del paragrafo 1 come pure la totalità o parte delle spese menzionate nella prima frase del paragrafo 2, ove il prezzo forfettario sia superiore a 10 000 BFR al giorno si solleciterà, tenuto conto delle disposizioni dell'allegato I, punto XV, paragrafo 3 della regolamentazione, il parere del medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione.

ALLEGATO I - PUNTO IV

Punto IV, paragrafo 1, integralmente.

Il rimborso di queste spese rimane comunque soggetto alle procedure previste dalla regolamentazione.

Paragrafo 1, primo comma.

Dato il carattere temporaneo di alcune malattie gravi, la durata di applicazione delle disposizioni dell'articolo 72, paragrafo 1, dello statuto e del punto IV dell'allegato I della regolamentazione è valutata, caso per caso, in base ai pareri delle istanze mediche competenti.

ALLEGATO I - PUNTO V

È autorizzato il rimborso delle spese per l'acquisto di siringhe nel quadro di un trattamento permanente contro il diabete.

ALLEGATO I - PUNTO VI

Paragrafo 2 e allegato III.

Per quanto riguarda le protesi fisse, nel caso che due elementi dello stesso dente siano trattati separatamente, il rimborso per questi due elementi avverrà in base ai massimali previsti.

Per le protesi mobili la base "cromo-cobalto" non è considerata come supplemento al supporto in resina e deve pertanto rientrare nel massimale di rimborso.

Paragrafo 3.

Si è constatato in diverse occasioni che i metodi di lavoro nell'ambito delle cure ortodontiche variano da un paese all'altro. Ove pertanto, a seguito del mutamento della sede di servizio, si debba ricominciare una cura ortodontica, verrà accordato un secondo rimborso previo parere del medico di fiducia o del dentista di fiducia, .

ALLEGATO I - PUNTO IX

Paragrafo 1.

Con l'espressione "casi eccezionali" s'intendono in particolare casi connessi a traumi gravi, provocati da infortunio, o ad affezioni riconosciute come malattie gravi.

ALLEGATO I - PUNTO XI

Le spese di viaggio, accompagnamento e vitto sono a carico dell'interessato. In caso di fatturazione forfettaria delle spese di pensione, ai fini del rimborso verrà presa in considerazione solo la metà dell'importo fatturato.

ALLEGATO I - PUNTO XII

Lettera A.

Le lenti correttive con colorazione superiore alla colorazione A (12-15%) non sono rimborsate, tranne se esiste una necessità medica debitamente comprovata da referto circostanziato di un medico oftalmologo; tale referto può eventualmente essere sottoposto al parere del medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione.

Il rimborso previsto al punto XII, paragrafo A 2) è accordato in base a fattura dettagliata e quietanzata dall'ottico, purché le prime lenti correttive rimborsate dal regime siano state prescritte dal medico.

Lettera B.

Le disposizioni del punto XII, lettera B della regolamentazione si applicano per analogia alla montatura per le lenti di cui alla precedente lettera A.

Lettera C.

L'assicurato che abbia ottenuto il rimborso di spese per l'acquisto di lenti a contatto per se stesso o per una persona assicurata suo tramite può anche ottenere il rimborso delle spese relative all'acquisto di un paio di occhiali (lenti e montatura), sempreché vengano rispettati i termini regolamentari.

Il rimborso previsto al punto XII, lettera C 2), è accordato in base a fattura dettagliata e quietanzata dall'ottico, purché le prime lenti a contatto rimborsate dal regime siano state prescritte da un medico oftalmologo.

Le spese di manutenzione delle lenti a contatto vengono rimborsate a concorrenza dell'85% delle spese sostenute. Le spese di esame da parte dell'ottico-optometrista sono rimborsate all'85%; non è possibile tuttavia superare il massimale di rimborso previsto per la consultazione di un medico generico.

Lettera F 1).

Le calzature correttive su misura rientrano nelle disposizioni di questa lettera, mentre le calzature ortopediche per malformazioni gravi sono rimborsate all'80%, previa autorizzazione accompagnata da un preventivo. In ogni caso resta d'applicazione il punto XV, paragrafo 3 della regolamentazione.

Le suole ortopediche prescritte in seguito all'esame di un podologo sono rimborsate conformemente al punto XII, lettera F 1) purché l'esame sia stato prescritto da un medico.

In caso di rinnovo, il rimborso delle suole acquistate nelle condizioni di cui al comma precedente è accordato conformemente al punto XII, lettera F 1).

ALLEGATO I - PUNTO XIII

Paragrafo 1.

Tasso di rimborso: 80%, su presentazione dei documenti giustificativi del trasporto del malato; in mancanza di questi viene versato a titolo forfettario l'80% del costo del biglietto ferroviario di prima classe.

Paragrafo 2.

Tasso di rimborso: 80% del costo del biglietto ferroviario di prima classe.

Osservazioni di carattere generale relative ai paragrafi 1 e 2 del punto XIII dell'allegato I.

Nell'esaminare le domande di autorizzazione si terrà conto delle difficoltà derivanti dalla mancanza di centri ospedalieri universitari in alcune sedi di servizio.

Qualora da un certificato rilasciato dal medico curante risulti che l'assicurato, data la sua età e/o infermità, necessita per il trasporto o il viaggio di accompagnatore (una sola persona):

- sarà richiesto il parere del medico di fiducia sulla necessità dell'accompagnamento;
- in caso di parere positivo, verrà rimborsato l'80% delle spese di trasporto o di viaggio dell'accompagnatore su presentazione dei documenti giustificativi; in mancanza di questi è versato a titolo forfettario l'80% del costo di un unico biglietto ferroviario di prima classe.

ALLEGATO I - PUNTO XIV

Questa indennità non va confusa con quella prevista all'articolo 75 dello statuto.

ALLEGATO I -- PUNTO XV

Paragrafo 3, secondo comma.

1. Le spese che superano del 50% (cinquanta per cento) il costo corrispondente al 100% (cento per cento) dei massimali previsti dall'allegato I della regolamentazione, devono considerarsi eccessive e non danno luogo a rimborso ai sensi dell'articolo 8, paragrafo 2 della regolamentazione, fatto salvo quanto previsto dall'allegato I, punto IV, paragrafo 1, secondo comma, della regolamentazione.

2. Per le prestazioni espresse in valute alle quali è applicabile un coefficiente di parità, detta percentuale (50%) si calcola previa applicazione del coefficiente.

**COMMISSIE VAN DE
EUROPESE GEMEENSCHAPPEN**

**Gemeenschappelijk Stelsel van Ziektelkostenverzekering
CENTRAAL BUREAU**

**BEPALINGEN BETREFFENDE DE INTERPRETATIE VAN DE
REGELING INZAKE DE ZIEKTEKOSTENVERZEKERING VAN DE
AMBTENAREN DER EUROPESE GEMEENSCHAPPEN**

Deze bepalingen komen in plaats van die welke op
25.3.1991 werden gepubliceerd

Deze nieuwe bepalingen betreffende de interpretatie
van de Regeling treden in werking op
1 Januari 1993

ARTIKEL 3

sub 1)

Het volgende dient te worden aangetekend :

a) Onder inkomsten die worden ontvangen ingevolge de uitoefening van een winstgevende bezigheid als beroep dient te worden verstaan alle inkomsten voortvloeiende uit een huidige of een vroegere beroepsbezigheid. Als inkomsten worden beschouwd alle bezoldigingen, salarissen, pensioenen voortvloeiende uit een vroegere beroepsbezigheid, honoraria, uitkeringen of vergoedingen welke door de betrokkene op grond van beroepsbezigheden zijn ontvangen, met uitzondering evenwel van toelagen voor of vergoeding van kosten;

b)

In aanmerking moet worden genomen het beschikbare inkomen over het meest recente jaar (kalenderjaar of belastingjaar);

het maximumbedrag dat vastgesteld is voor het inkomen van de echtgenoot wordt jaarlijks op 1 januari aangepast aan de hand van het jaarlijks basissalaris van een ambtenaar in rang C5, eerste salaristrap, waarop de op die datum geldende aanpassingscoëfficiënt is toegepast. Omrekening van het maximumbedrag in een andere valuta dan de Belgische frank geschiedt op basis van de wisselkoersen die van toepassing zijn op de op 1 januari van het lopende jaar in deviezen uitbetaalde bezoldigingen;

voor de landen waarvoor geen aanpassingscoëfficiënt geldt is de aanpassingscoëfficiënt voor België van toepassing;

voor de vaststelling van het in aanmerking te nemen bedrag van het inkomen vóór belasting worden eerst de inhoudingen of de bijdragen voor sociale lasten afgetrokken;

c) De betrokkenen dienen het desbetreffende formulier in te vullen ten einde de afwikkelingsbureaus alle nodige gegevens te verstrekken betreffende de echtgenoot die een winstgevende bezigheid als beroep uitoefent en de personen ten laste. Alle verklaringen moeten jaarlijks met bewijsstukken worden gestaafd (aanslagbiljet, werkgeversverklaring betreffende salaris, enz.);

d) De zinsnede "tegen dezelfde risico's is verzekerd" onder het tweede streepje van lid 1 moet in die zin worden uitgelegd dat het wettelijk of bestuursrechtelijk stelsel van ziektekostenverzekering waarbij de echtgenoot is aangesloten zich uitstrekt tot alle door dit stelsel verzekerde risico's of zich daartoe kan uitstrekken, bij voorbeeld grote en kleine risico's in België;

e) De termen "dezelfde risico's" dienen te worden geïnterpreteerd als "risico's behorend tot dezelfde soorten risico's als die welke door artikel 72 van het Statuut worden gedekt", namelijk de risico's van ziekte, ongevallen en zwangerschap (artikel 1 van de Regeling).

sub 2)

Artikel 2 van bijlage VII van het Statuut, waarin de voorwaarden zijn vastgelegd voor de toekenning van de kindertoelage, is - met name wat betreft het bepaalde in lid 3, sub b) - volledig van toepassing; de leeftijdsgrens is op 26 jaar gesteld. Wanneer het een ten laste komend kind betreft dat zijn dienstplicht vervult, wordt deze grens op 27 jaar gebracht. De leden 4 en 5 van dit artikel regelen uitzonderingsgevallen.

Artikel 6

Algemene opmerkingen bij artikel 6.

a) De berekening van de vergoeding geschiedt per verstrekking; alleen het eventuele verschil tussen de vergoeding van het andere stelsel van ziektekostenverzekering en het bedrag dat door ons stelsel wordt vergoed, komt voor terugbetaling in aanmerking binnen de grenzen van de vastgestelde maximumvergoedingen.

Voorbeeld : De echtgenoot van een ambtenaar oefent een winstgevende bezigheid als beroep uit en voldoet aan de voorwaarden van artikel 3. Indien hij van zijn eigen ziektekostenverzekering een vergoeding ontvangt van 65 % en onze ziekteverzekering voor dezelfde prestatie een vergoeding van 80 % toekent, wordt het verschil van 15 % terugbetaald, onverminderd de bepalingen van de bijlagen I, II en III van de Regeling. Wanneer daarentegen de andere ziektekostenverzekering een vergoeding uitkeert welke uitgaat boven het door ons vergoede bedrag, vindt van dit verschil geen verrekening plaats.

b) Voor personen die in aanmerking komen voor aanvullende vergoedingen kunnen geen rechtstreekse betalingen aan ziekenhuizen worden gedaan, aangezien alleen de hoofdverzekering daartoe gemachtigd is.

c) Wanneer er bij een ziektekostenverzekering in een Lid-Staat een "wachttijd" (van bijvoorbeeld zes tot twaalf maanden) bestaat - dit is een periode van premiebetaling zonder dat aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding -, is de betrokkene gedurende deze periode volledig bij ons stelsel van ziektekostenverzekering verzekerd.

d) De vergoedingen in het kader van de aanvullende verzekering worden door het gemeenschappelijk stelsel pas betaald nadat eerst de procedures van de hoofdverzekering werden gevolgd.

e) In geval van verplichte premiebetaling aan twee stelsels, kan de bij ons stelsel aangeslotene kiezen tot welk stelsel hij zich wendt voor vergoeding van de gemaakte ziektekosten, met dien verstande dat het gemeenschappelijke stelsel als aanvullende voorziening geldt in de gevallen waarin het niet als hoofdverzekering optreedt.

Artikel 8

Vastgesteld wordt dat dit artikel in zijn geheel niet van toepassing is op degenen die zijn verzekerd door de aanvullende ziektekostenverzekering als bedoeld in artikel 24 van bijlage X van het Statuut.

lid 1)

Met het oog op een gelijke behandeling bij de vergoeding van ziektekosten in andere deviezen dan de Belgische en de Luxemburgse frank zijn egalisatiecoëfficiënten ingevoerd. Deze egalisatiecoëfficiënten worden op gezette tijden door het tot aanstelling bevoegde gezag vastgesteld en regelmatig in "Mededelingen van de Administratie" ter kennis gebracht van de aangeslotenen.

Artikel 8 van de Regeling sluit niet uit dat bijzondere besluiten worden genomen in individuele gevallen waarop geen egalisatiecoëfficiënt van toepassing is.

In die gevallen

- worden de kosten vergoed tot ten hoogste het dubbele van de maximumvergoeding als vermeld in de bijlage van de Regeling, in voorkomend geval op voorstel van het Centraal Bureau en na advies van het Beheerscomité;
- wordt geacht aan de voorwaarde "zware last" te zijn voldaan wanneer het niet-vergoede gedeelte van de "gemaakte kosten" 60 % van deze kosten of meer bedraagt;
- dienen de "gemaakte kosten" per verstrekking in aanmerking te worden genomen.

lid 2)

a) Wanneer het tijdvak van twaalf opeenvolgende maanden gedeelten van maanden bevat, worden bij het berekenen van het gemiddelde van het maandelijks basissalaris, het maandelijks basispensioen of de maandelijkse basisvergoeding, de basissalarissen in aanmerking genomen vanaf de maand waarin bedoeld tijdvak is aangevangen tot en met de maand waarin dit tijdvak een eind heeft genomen. Wanneer er gedurende het gekozen tijdvak een wijziging is gekomen in de gezinssituatie, wordt de voordeligste situatie in aanmerking genomen voor de vaststelling van het te vergoeden percentage.

b) De toepassing van dit lid geschiedt met inachtneming van de interpretatievoorschriften van artikel 8, lid 1, en van punt XV van bijlage I.

c) Wanneer twee echtgenoten beiden bij het stelsel zijn aangesloten, kunnen zij in onderling overleg kiezen voor het cumuleren van de niet-vergoede gedeelten van hun ziektekosten op voorwaarde dat :

- zulks geschiedt uit hoofde van de aangesloten echtgenoot met het hoogste basissalaris;
- de echtgenoot - van wie het niet-vergoede gedeelte van de kosten in aanmerking wordt genomen bij de afrekening van de kosten van de echtgenoot met het hoogste basissalaris - afziet van het afzonderlijk indienen van een verzoek op grond van het bepaalde in artikel 72, lid 3, van het Statuut en artikel 8, lid 2, van de Regeling;
- het gekozen tijdvak van twaalf maanden voor de beide echtgenoten hetzelfde is.

ARTIKEL 9

lid 1)

a) Voor personen die slechts voor een aanvullende verzekering bij ons stelsel in aanmerking komen, geldt de vrije keuze alleen indien zij eerst gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheden die hun hoofdverzekering biedt.

b) Deze bepalingen houden niet automatisch in dat in dit verband gemaakte vervoer- of reiskosten worden vergoed; voor een dergelijke vergoeding geldt het bepaalde in bijlage I, punt XIII.

ARTIKEL 13

De bepalingen inzake verval van rechten dienen nauwgezet te worden nageleefd. In geval van overmacht rust de bewijslast op de ambtenaar. De afwikkelingsbureaus treffen de nodige maatregelen. Bij betwisting is het advies van het Centraal Bureau vereist en het blijft uiteraard steeds mogelijk verzoeken en klachten in te dienen en beroep in te stellen, als bedoeld in artikel 16.

ARTIKEL 16

Een ieder die een klacht indient overeenkomstig artikel 90 van het Statuut of die een uit hoofde van artikel 72 van het Statuut of van een desbetreffende uitvoeringsregeling genomen besluit betwist, kan de klacht of de betwisting vergezeld doen gaan van medische bewijsstukken in een gesloten enveloppe met de vermelding "vertrouwelijk - medische stukken".

Deze stukken worden uitsluitend behandeld door de personen die bevoegd zijn om van het dossier kennis te nemen.

ARTIKEL 30

Id 1)

Bij herziening van de regels inzake de vergoeding van de ziektekosten (bijlagen I, II, III en IV van de Regeling) worden vanaf de datum van inwerkingtreding van de herziening de nieuwe maximumuitkeringen toegepast voor de medische behandelingen welke op die datum reeds een aanvang hebben genomen.

BIJLAGE

Inleidende opmerkingen

1. De in de bijlagen van deze Regeling genoemde verstrekingen moeten zijn uitgevoerd door personen die wettelijk bevoegd zijn om een medisch of paramedisch beroep uit te oefenen of in medische of paramedische inrichtingen die door de bevoegde autoriteiten zijn erkend.

2. Kosten van geneeskundige verzorging die wordt toegediend aan de echtgenoot of aan afstammelingen, bloedverwanten in opgaande lijn, schoonouders, broers, zusters, schoonzons of schoondochters van de verstrekker (arts, tandheeskundige, vroedvrouw, verpleegster, beoefenaar van een paramedisch beroep, enz.) worden niet vergoed door het gemeenschappelijk stelsel van ziektekostenverzekering. De kosten van de produkten en de voorzieningen die daarbij worden gebruikt, komen echter wel in aanmerking voor vergoeding overeenkomstig de bepalingen van deze Regeling.

BIJLAGE I -- PUNT I

sub 1)

Indien in een bepaalde standplaats of woonplaats de medische verrichting van een huisarts door de bevoegde nationale instanties, wat de vergoeding betreft, wordt gelijkgesteld met die van een specialist, worden de kosten van een dergelijke verstrekking vergoed op basis van de maximumvergoeding voor specialistenhonoraria.

sub 3)

Psychotherapeutische behandelingen die niet door een arts worden verricht, moeten, om voor vergoeding in aanmerking te komen, door een psychiater, een neuropsychiater of een neuroloog zijn voorgeschreven. Voor kinderen jonger dan 15 jaar mag een dergelijke behandeling ook door een kinderarts worden voorgeschreven.

In het medisch voorschrift dienen nader te worden aangegeven :

- 1) het aantal behandelingen en de duur daarvan,
 - 2) de naam van de bevoegde persoon met vermelding van de nodige kwalificaties,
 - 3) dat de behandeling onder toezicht en onder de verantwoordelijkheid van de arts geschiedt.
- Deze bepaling geldt voor alle landen waar de psychotherapeut niet is erkend door het stelsel van sociale zekerheid van het land waar hij praktizeert.

BIJLAGE I - PUNT III

sub 1), tweede alinea, en sub 2)

Wanneer bij ziekenhuisopname een vaste prijs per dag wordt aangerekend, waarin zowel de sub 1), tweede alinea, bedoelde verblijfkosten als alle of een deel van de sub 2), eerste zin, bedoelde kosten zijn begrepen, en deze prijs meer dan 10.000 BF bedraagt, is, met name gelet op het bepaalde in bijlage I, punt XV, sub 3, van de Regeling, het advies van de Raadgevend arts van het afwikkelingsbureau vereist.

BIJLAGE I - PUNT IV

Punt IV, sub 1, in extenso

De vergoeding van deze kosten blijft in ieder geval onderworpen aan de procedurevoorwaarden waarin in de Regeling is voorzien.

sub 1, eerste alinea

Daar sommige ernstige ziekten van tijdelijke aard zijn, wordt de toepassingsduur van het bepaalde in artikel 72, lid 1, van het Statuut en punt IV van bijlage I van de Regeling geval voor geval beoordeeld na advies van de bevoegde medische instanties.

BIJLAGE I - PUNT V

De kosten voor de aankoop van injectiespuiten in het kader van een permanente diabetesbehandeling worden vergoed.

BIJLAGE I - PUNT VI

sub 2 en bijlage

Wanneer bij vaste prothesen twee elementen van dezelfde tand afzonderlijk worden behandeld, vindt vergoeding van deze beide elementen plaats op basis van de vastgestelde maximumvergoeding.

Wat de losse prothesen betreft, wordt het chroom-cobaltframe niet beschouwd als een aanvulling op de basisplaat van kunsthars; als maximum voor de vergoeding geldt het daar vermelde bedrag.

sub 3

Bij verandering van standplaats is herhaaldelijk vastgesteld dat de werkmethode op het gebied van de orthodontie per land verschillen. Indien naar aanleiding van een verandering van standplaats opnieuw een orthodontische behandeling moet plaatsvinden, wordt derhalve na advies van de raadgevend arts of de raadgevend tandarts een tweede vergoeding toegekend.

BIJLAGE I -- PUNT IX

sub 1

Als "uitzondering" worden met name gevallen beschouwd van zware letsels ingevolge een ongeval of aandoeningen die als ernstige ziekten zijn erkend.

BIJLAGE I -- PUNT XI

De reiskosten en de kosten voor begeleiding en maaltijden worden niet vergoed.

Indien op de factuur de pensionkosten forfaitair zijn vermeld, wordt slechts de helft van het gefactureerde bedrag in aanmerking genomen voor de vergoeding.

BIJLAGE I -- PUNT XII

sub A

Corrigerende glazen met een sterkere kleuring dan die van het type A (12 - 15 % kleuring) worden niet vergoed, behalve indien zij medisch noodzakelijk zijn, wat naar behoren dient te zijn vastgesteld in een uitvoerig rapport van een oogarts; het rapport kan eventueel ter advies aan de raadgevend arts van het afwikkelingsbureau worden voorgelegd.

De in punt XII A, sub 2, bedoelde vergoeding wordt toegekend op basis van een gedetailleerde en voor kwijting ondertekende factuur van de opticien, voor zover het eerste paar corrigerende glazen waarvoor vergoeding werd toegekend, door een arts was voorgeschreven.

sub B

Het bepaalde in punt XII B van de Regeling is naar analogie van toepassing op het montuur voor glazen bedoeld sub A.

sub C

De aangeslotene die de kosten van contactlenzen voor zichzelf of voor een medeverzekerde vergoed heeft gekregen, kan eveneens vergoeding krijgen van de kosten van een paar brillleglazen en een montuur, met inachtneming van de voorgeschreven termijnen.

De in punt XII C, sub 2, bedoelde vergoeding wordt toegekend op basis van een gedetailleerde en voor kwijting ondertekende factuur van de opticien, voor zover het eerste paar contactlenzen waarvoor vergoeding werd toegekend, door een oogarts was voorgeschreven.

De kosten voor het onderhoud van contactlenzen worden voor 85 % vergoed. De kosten van een onderzoek door een opticien-optometrist worden voor 85 % vergoed; de vergoeding kan evenwel niet meer bedragen dan de maximumvergoeding voor een consult van een huisarts.

sub F, punt 1

Deze bepaling geldt voor op maat gemaakte corrigerende schoenen; orthopedische schoenen voor zware misvormingen daarentegen worden voor 80 % vergoed, mits voorafgaande goedkeuring is verleend na overlegging van een prijsopgave. In ieder geval blijft punt XV, sub 3, van toepassing.

Orthopedische zolen die zijn voorgeschreven naar aanleiding van een onderzoek door een podoloog worden vergoed overeenkomstig punt XII F, sub 1, voor zover dit onderzoek op doktersvoorschrift heeft plaatsgevonden.

In geval van vervanging van dergelijke zolen wordt een vergoeding toegekend overeenkomstig punt XII F, sub 1.

BIJLAGE I - PUNT XII

Sub 1

Vergoeding : 80 % op basis van bewijsstukken betreffende het vervoer van de patiënt (bewijsstukken moeten worden ingediend), of bij ontbreken hiervan 80 % van de prijs van een treinbiljet eerste klas.

sub 2

Vergoeding : 80 % van de prijs van een treinbiljet eerste klas.

Algemene opmerkingen betreffende punt XIII van bijlage 1.

Bij de behandeling van de verzoeken om goedkeuring zal rekening worden gehouden met de moeilijkheden die de verzekerden ondervinden als gevolg van het ontbreken van academische ziekenhuizen in bepaalde standplaatsen.

Wanneer de behandelende arts voorschrijft dat een verzekerde met het oog op zijn leeftijd en/of de aard van zijn ziekte bij zijn vervoer of tijdens zijn reis moet worden vergezeld (door slechts één persoon),

- is het advies van de raadgevend arts vereist over de noodzaak daarvan;
- wordt bij gunstig advies 80 % van de vervoer- of reiskosten van de vergezellende persoon vergoed op basis van bewijsstukken of - bij ontbreken hiervan - op basis van 80 % van één treinbiljet eerste klas.

BIJLAGE I - PUNT XIV

Deze vergoeding staat geheel los van die welke in artikel 75 van het Statuut is bedoeld.

BIJLAGE I - PUNT XV

Sub 3, tweede alinea

1. Kosten die meer dan 50 % hoger liggen dan het bedrag waarvoor de in bijlage I van de Regeling vastgestelde maximumvergoeding [(100 %)] wordt toegekend, worden als buitensporig beschouwd en komen niet in aanmerking voor vergoeding krachtens artikel 8, lid 2, van de Regeling, behoudens het bepaalde in punt IV, sub 1, tweede alinea, van bijlage I van de Regeling.
2. Wanneer de kosten zijn uitgedrukt in deviezen waarop een egalisatiecoëfficiënt wordt toegepast, geldt dit percentage (50 %) na toepassing van die coëfficiënt."

**COMISSÃO DAS
COMUNIDADES EUROPEIAS**

**Regime Comum de Seguro de Doença
SERVIÇO CENTRAL**

**DISPOSIÇÕES DE INTERPRETAÇÃO DA
REGULAMENTAÇÃO RELATIVA À COBERTURA DOS
RISCOS DE DOENÇA DOS FUNCIONÁRIOS DAS
COMUNIDADES EUROPEIAS**

**A presente edição das disposições de interpretação
anula e substitui a edição publicada
em 25.03.1991**

**Estas novas disposições de interpretação
alteradas entrarão em vigor em
1 de Janeiro de 1993**

Artigo 3o

ad. § 1.

Devem ser precisados os seguintes aspectos:

a) Por rendimentos de uma actividade profissional lucrativa, deve entender-se todos e quaisquer rendimentos resultantes de uma actividade profissional actual ou anterior. Por rendimentos entende-se qualquer tipo de vencimentos, salários, pensões decorrentes de uma actividade profissional anterior, honorários, emolumentos ou subsídios recebidos pelo interessado a título da sua actividade profissional, com exclusão de subsídios e ajudas de custo;

b)

- No que se refere aos rendimentos, devem tomar-se em consideração os rendimentos disponíveis decorrentes da actividade exercida durante o exercício mais recente (ano civil ou ano fiscal);

- O limite aplicável aos rendimentos do cônjuge é actualizado anualmente em 1 de Janeiro com base no vencimento de base anual de um funcionário no primeiro escalão do grau C5, ao qual é aplicado o coeficiente corrector em vigor nessa mesma data. O limite expresso numa moeda que não seja o franco belga é calculado com base nas taxas de câmbio aplicáveis às remunerações pagas em divisas em 1 de Janeiro do ano em curso.

- Para os países relativamente aos quais não existe coeficiente corrector, aplica-se o coeficiente estabelecido para a Bélgica.

- os descontos ou pagamentos destinados a encargos sociais devem ser deduzidos do montante dos rendimentos a tomar em consideração antes da dedução do imposto;

c) A fim de permitir que os serviços de liquidação competentes disponham dos dados necessários relativos ao cônjuge que exerça uma actividade profissional lucrativa e às pessoas a cargo, os interessados deverão preencher um impresso ad hoc. Todas as declarações deverão ser

comprovadas anualmente, por documentos (declaração tributária, atestação ou declaração de salário emitida pelo empregador, etc...);

d) A expressão "coberto contra os mesmos riscos", que consta do segundo travessão do nº 1, deve ser interpretada na acepção de que significa que o regime legal ou regulamentar do seguro de doença no qual o cônjuge está inscrito abrange o máximo dos riscos cobertos, ou passíveis de serem cobertos, pelo presente regime, por exemplo, a cobertura de grandes e de pequenos riscos na Bélgica;

e) a expressão "mesmos riscos" deve ser interpretada como referente às mesmas categorias de riscos que os abrangidos pelo artigo 72º do Estatuto, a saber, os riscos de doença, de acidente e de maternidade (Artigo 1º da Regulamentação).

ad. § 2.

O artigo 2º do Anexo VII do Estatuto, que define as condições da concessão do abono para filhos a cargo, aplica-se integralmente, sobretudo no que se refere ao nº 3, alínea b); o limite de idade fixado é em 26 anos ou, no caso de um filho a cargo que tenha tido de cumprir o serviço militar, em 27. Nos nºs 4 e 5 do artigo precisam-se as excepções.

ARTIGO 6º

Aspectos gerais relativos ao artigo 6º:

a) A tarificação será efectuada prestação a prestação. Apenas a diferença que eventualmente exista entre o reembolso obtido do regime externo e o montante garantido pelo nosso regime poderá ser objecto de reembolso até ao limite máximo previsto para o mesmo.

Exemplo: Caso de um cônjuge de funcionário que exerça uma actividade profissional lucrativa no exterior e que reúna as condições do artigo 3º. Caso receba da sua Caixa um reembolso da ordem dos 65% relativamente a prestações para as quais o nosso regime prevê um reembolso de 80%, o referido cônjuge receberá os 15% da diferença, sem prejuízo do disposto nos Anexos I, II e III da Regulamentação.

Se se der o caso contrário, isto é, se o referido cônjuge receber da sua Caixa um reembolso superior à nossa tabela conservará o benefício dessa diferença.

b) Os beneficiários da complementaridade não poderão obter os reembolsos do nosso regime directamente sem passar previamente pela sua própria Caixa.

c) No caso do regime de segurança social exigir um período de carência (por exemplo, de seis a doze meses), isto é, o pagamento da contribuição sem qualquer reembolso das prestações em contrapartida, o nosso Regime tomará a cargo o "segurado" em período de carência durante o mesmo.

d) O Regime Comum participa no reembolso das prestações a título de regime complementar se os procedimentos do regime primário tiverem sido previamente respeitados.

e) Caso exista obrigação de contribuição para dois regimes, os beneficiários do nosso Regime poderão escolher o regime a que se dirigirão para o reembolso das prestações a que têm direito, subentendendo-se que o Regime Comum participa a título de regime complementar nos casos em que não participa enquanto regime que primeiro se aplica.

Artigo 8o

O disposto no presente artigo não se aplica aos segurados cobertos pelo seguro de doença complementar previsto no artigo 24o do Anexo X do Estatuto.

ad. 1)

A fim de dar igual tratamento às prestações pagas em divisas que não sejam o franco belga e luxemburguês, são fixados coeficientes de igualdade. A lista destes coeficientes, adoptados periodicamente pela ECPN, é regularmente comunicada aos inscritos através de uma "Informação Administrativa".

O artigo 8o não exclui a possibilidade de serem tomadas decisões especiais em casos individuais não abrangidos pelos coeficientes de igualdade.

Nestes casos,

- o reembolso é efectuado até ao dobro dos limites máximos de reembolso que constam dos anexos da regulamentação, sobproposta, se for caso disso, do Serviço Central e mediante o parecer do Comité de Gestão;
- considera-se que a condição de "pesado encargo" se encontra preenchida sempre que os montantes não reembolsados a título das "despesas declaradas" atingirem 60% dessas despesas
- as "despesas declaradas" são apreciadas prestação a prestação.

ad. 2)

a) No caso do período de doze meses consecutivos incluir fracções de meses, a média de vencimento, da pensão ou do subsídio mensais será calculada com base nos vencimentos-base recebidos a partir do primeiro mês no decurso do qual se iniciou o período em causa, até ao mês durante o qual o referido período tem o seu termo. No caso de haver uma alteração da situação familiar durante o período escolhido, para determinação da percentagem a reembolsar será retida a situação mais favorável.

b) O presente número aplica-se sob reserva da aplicação das disposições de interpretação do nº 1 do artigo 8º e do ponto XV do Anexo I.

c) No caso de ambos os cônjuges estarem inscritos no Regime, podem, de comum acordo, optar pela cumulação das fracções não reembolsadas das suas despesas com a saúde sob reserva de:

- que tal cumulação seja efectuada em função do cônjuge inscrito cujo vencimento-base é o mais elevado;
- que o cônjuge - cuja fracção não reembolsada das despesas será tomada em consideração aquando da dedução das despesas do cônjuge cujo vencimento-base é mais elevado - renuncie à apresentação em separado de um pedido com base no disposto no nº 3 do artigo 72º do Estatuto e nº 2 do artigo 8º da Regulamentação;

- que o período de doze meses tomado em consideração seja o mesmo para ambos os cônjuges.

ARTIGO 9o

ad. § 1.

a) A liberdade de escolha só se aplica aos beneficiários da complementaridade depois de terem recorrido às possibilidades do regime primário.

b) Estas disposições não implicam o reembolso automático das despesas de transporte ou de deslocação desse modo ocasionadas; tal reembolso é regido pelo disposto no ponto XIII do Anexo I.

ARTIGO 13o

A disposições em matéria de prescrição devem ser observadas escrupulosamente. Cabe ao funcionário o ónus da prova de que se tratou de um caso de "força maior". Os serviços de liquidação tomarão as decisões necessárias. Em caso de contestação, será solicitado parecer ao Serviço Central, estando evidentemente sempre em aberto a via dos recursos previstos no artigo 16o.

ARTIGO 16o

Todas as pessoas que apresentarem uma reclamação a título do artigo 90o do Estatuto ou que contestarem uma decisão adoptada nos termos do artigo 72o do Estatuto e das regulamentações relativas a este último podem enviar os documentos comprovativos de carácter médico dentro de um sobrescrito fechado com a menção "confidencial-documentos de natureza médica".

Tais documentos apenas serão examinados pelas pessoas habilitadas para tratar do processo.

ARTIGO 30o

ad. § 1.

No caso de revisão das normas que regem o reembolso das despesas médicas (Anexos I, II, III e IV da Regulamentação), os limites máximos reembolsáveis aplicam-se, a partir da data de efeito da referida regulamentação, aos tratamentos médicos em curso nessa data.

ANEXO I

Observações preliminares

1. As prestações mencionadas nos anexos da presente Regulamentação devem ser executadas por uma ou várias pessoas legalmente autorizadas a exercer uma profissão médica ou paramédica ou por estabelecimentos de cuidados de saúde (de carácter médico ou paramédico) devidamente autorizados pelas entidades competentes.

2. O Regime Comum de Seguro de Doença das Comunidades Europeias não participa dos custos dos cuidados prestados (por um médico, dentista, parteira, enfermeiro, corpo de paramédicos, etc...) ao cônjuge, descendentes, ascendentes, sogro, sogra, irmãos, irmãs, genros e noras do titular do seguro. Não obstante, o custo dos produtos e fornecimentos utilizados durante as prestações reembolsável de acordo com as disposições da regulamentação em referência.

ANEXO I - PONTO I

ad. 1)

No caso de, em determinados locais de afectação ou de residência, as entidades competentes nacionais equipararem, a nível do reembolso das prestações, o acto médico praticado por um médico generalista a um acto praticado por um especialista, o Regime reembolsará tal prestação com base no limite máximo previsto na tabela para especialistas.

ad. 3)

Para efeitos de reembolso por parte do Regime, os tratamentos de psicoterapia - caso sejam efectuados pelo próprio médico - devem ser prescritos por um psiquiatra, neuro-psiquiatra ou neurologista. Para crianças com idade inferior a 15 anos, a receita pode ser passada por um pediatra.

Da receita médica deverá constar:

- 1) a duração e o número de sessões;
- 2) o nome da pessoa competente com indicação das qualificações necessárias;
- 3) que o tratamento é efectuado sob vigilância e responsabilidade de um médico.

Esta disposição aplica-se igualmente aos países nos quais os psicoterapeutas não são reconhecidos pelo regime de segurança social do país no qual exerce.

ANEXO I - PONTO III

ad. nº 1, segunda frase e nº 2

No caso de facturação fixa do preço de hospitalização incluir as despesas de estadia referidas no nº 1, segunda frase, assim como a totalidade ou parte das despesas enumeradas na primeira frase do nº 2, e de o preço fixo da diária exceder os 10 000 FB, será solicitado o parecer do médico-assessor do serviço de liquidação nos termos, nomeadamente, do disposto no nº 3 do ponto XV do Anexo 1 da Regulamentação.

ANEXO I - PONTO IV

ad. nº 1 do ponto IV in extenso

O reembolso das despesas está, em qualquer caso, sujeito às condições processuais previstas pela regulamentação.

ad nº 1, primeiro parágrafo

Tendo em conta o carácter temporário de determinadas doenças graves, a duração da aplicação do disposto no nº 1 do artigo 72º do estatuto e no ponto IV do Anexo I da Regulamentação é apreciado caso a caso mediante o parecer das instâncias médicas competentes.

ANEXO I - PONTO V

É autorizado o reembolso das despesas decorrentes da aquisição de seringas no âmbito de um tratamento permanente da diabetes.

ANEXO I - PONTO VI

ad. § 2 e Anexo II

No que se refere a próteses fixas, no caso de dois elementos do mesmo dente terem sido tratados separadamente, o reembolso desses dois elementos é feito de acordo com os limites máximos previstos.

No domínio das próteses móveis, a base "cromo-cobalto" não deve ser considerada um suplemento da placa de base de resina, mas como estando sujeita ao limite máximo de reembolso.

ad. § 3

Verificou-se várias vezes que, na sequência da mudança do local de afectação, os métodos de trabalho no domínio da ortodontia variavam de país para país. Por conseguinte, quando um tratamento de ortodontia tiver de ser recommençado devido a uma mudança do local de afectação, deve conceder-se um segundo reembolso após parecer do médico-assessor ou do dentista-assessor.

ANEXO I - PONTO IX

Nº 1

Pela expressão "a título excepcional" deve entender-se casos decorrentes de uma traumatologia grave na sequência de um acidente ou de uma afecção considerada doença grave.

ANEXO I - PONTO XI

As despesas de viagem, de acompanhamento e de alimentação não são reembolsadas. Em caso de facturação fixa das despesas de estadia, apenas será tomada em consideração para o reembolso metade do montante facturado.

ANEXO I - PONTO XII

ad. A)

As lentes correctoras de maior coloração do que a coloração A (12-15% de coloração) apenas são reembolsáveis no caso de existir uma necessidade médica devidamente comprovada por um relatório circunstanciado elaborado por um médico oftalmologista, o qual poderá eventualmente ser sujeito a parecer por parte do médico-assessor do Serviço de Liquidação.

O reembolso previsto no nº 2 do ponto XII A é efectuado com base numa factura discriminativa do total pago passada pelo oculista na condição de as primeiras lentes correctoras reembolsadas pelo Regime terem sido objecto da receita médica.

ad. B)

O disposto no ponto XII-B da Regulamentação aplica-se por analogia às lentes para óculos referidas no ponto A infra.

ad. C)

O beneficiário que tenha obtido o reembolso correspondente a lentes de contacto para si próprio ou para uma pessoa segurada em sua função, pode igualmente obter o reembolso das despesas declaradas para a aquisição de um par de lentes e de uma armação para óculos, sob reserva dos prazos regulamentares.

O reembolso previsto no ponto XII C 2) é concedido com base numa factura discriminativa do montante pago passada pelo oculista desde que as primeiras lentes reembolsadas pelo Regime tenham sido receitadas por um médico oftalmologista.

As despesas de manutenção das lentes de contacto são reembolsadas pelo Regime em 85% das despesas declaradas. As despesas do exame oculista-optometrista são reembolsadas em 85%, desde que o montante a reembolsar não exceda o limite máximo de reembolso previsto para a consulta de um médico generalista.

ad. F. Ponto 1.

O calçado de correção feito por medida está incluído neste ponto. Em contrapartida, o calçado ortopédico para deformações congénitas é reembolsado em 80% após uma autorização prévia acompanhada de um orçamento. Em qualquer dos casos, aplica-se o ponto XV/3 da Regulamentação.

As palmilhas ortopédicas prescritas na sequência de um exame de um podólogo são reembolsadas nos termos do ponto XII F 1), na condição de que tal exame tenha sido efectuado com base numa receita médica.

Em caso de renovação, o reembolso das palmilhas adquiridas nas condições do parágrafo anterior será concedido nos termos do ponto XII F 1).

ANEXO I - PONTO XI

ad. § 1.

Montante do reembolso: 80% com base em documentos comprovativos relativos ao transporte do doente (documentos a apresentar) ou, na sua falta e a título fixo, 80% do custo de um bilhete de comboio em primeira classe.

ad. § 2.

Montante do reembolso: 80% do custo de um bilhete de comboio em primeira classe.

Observações gerais relativas aos nos 1 e 2 do ponto XIII do Anexo I.

Por ocasião da apreciação dos pedidos de autorização, ter-se-á em conta as dificuldades com que os assegurados se deparam devido à ausência de centros hospitalares universitários em determinados locais de afectação.

No caso de , por indicação do médico-assistente, um beneficiário, em virtude da sua idade e/ou da natureza da afecção ter necessidade de ser acompanhado (uma pessoa) durante o seu transporte ou da sua deslocação:

- será solicitado o parecer do médico-assessor quanto à necessidade de tal acompanhamento;
- em caso de parecer positivo, o reembolso efectuar-se-á em 80% das despesas de transporte ou de deslocação do acompanhante com base em documentos comprovativos a apresentar ou, na sua falta e a título fixo, em 80% de um único bilhete de comboio em primeira classe.

ANEXO I - PONTO XIV

Este reembolso nada tem a ver, em qualquer dos casos, com o reembolso previsto no artigo 75º do Estatuto.

ANEXO I - PONTO XV

ad. nº 3, segundo parágrafo

1. As despesas que excedem em 50% (cinquenta por cento) os custos correspondentes a 100% (cem por cento) dos limites máximos previstos no Anexo I da Regulamentação devem ser considerados excessivos, não sendo objecto do reembolso previsto no nº 2 do artigo 8º da Regulamentação, sob reserva do que está previsto no nº 1, segundo parágrafo, do ponto IV do Anexo I da Regulamentação.

2. No que se refere às prestações expressas em divisas às quais se aplica um coeficiente de igualdade, esta percentagem (50%) é considerada após a aplicação deste coeficiente."