

FR

**Voir ajout de la nouvelle version Maladies graves du
12-05-2020 remplaçant les pages 87 à 88, après la
dernière page 93 de ce document.**

FR

FR

DÉCISION DE LA COMMISSION

du 2 juillet 2007

portant fixation des dispositions générales d'exécution relatives au remboursement des frais médicaux

LA COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES,

vu le statut des fonctionnaires des Communautés européennes ainsi que le régime applicable aux autres agents de ces Communautés (RAA), fixés par le règlement (CEE, Euratom, CECA) n°259/68 du Conseil¹, et notamment l'article 72 dudit statut,

vu la réglementation commune relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes adoptée d'un commun accord par toutes les institutions communautaires et entrée en vigueur le 1^{er} décembre 2005, et notamment l'article 52,

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

après consultation du comité du personnel,

vu l'avis du comité du statut,

DÉCIDE:

Article premier

L'annexe de la présente décision constitue les dispositions générales d'exécution relatives au remboursement des frais médicaux.

Article 2

La présente décision entre en vigueur le 1^{er} juillet 2007.

Article 3

Les annexes de la réglementation modifiée en dernier lieu le 26 janvier 1999 et toutes les dispositions d'interprétation, informations administratives ou circulaires sont abrogées dès l'entrée en vigueur des présentes dispositions générales d'exécution.

¹ JO L 56 du 4 mars 1968, page 1. Règlement modifié en dernier lieu par le Règlement (CE, Euratom) n° 2104/2005 (JO L 337 du 22.12.2005, p. 7).

Les prestations médicales ponctuelles dont la date est antérieure à l'entrée en vigueur des présentes dispositions générales d'exécution font l'objet d'un remboursement aux conditions prévues dans les annexes de la réglementation modifiée en dernier lieu le 26 janvier 1999 .

Les prestations médicales pour lesquelles le traitement a démarré avant l'entrée en vigueur des présentes dispositions générales d'exécution et se prolonge après celle-ci, font l'objet d'un remboursement déterminé soit selon les conditions prévues dans les annexes de la réglementation modifiées en dernier lieu le 26 janvier 1999, soit selon les présentes dispositions générales d'exécution, et ce en fonction de la date de prestation

Fait à Bruxelles, le 2 juillet 2007

Par la Commission
Membre de la Commission

ANNEXE

TABLE DES MATIERES

<u>Définitions Générales</u>	<u>7</u>
<u>Bénéficiaires du RCAM</u>	<u>7</u>
<u>Taux de remboursement</u>	<u>7</u>
<u>Prescription médicale</u>	<u>8</u>
<u>Autorisation préalable</u>	<u>8</u>
<u>Maladie grave</u>	<u>8</u>
<u>Plafond de remboursement</u>	<u>8</u>
<u>Excessivité</u>	<u>8</u>
<u>Avis du médecin conseil ou du dentiste conseil</u>	<u>9</u>
<u>Avis du Conseil médical</u>	<u>9</u>
<u>Titre I - DROITS D’AFFILIATION</u>	
<u>Chapitre 1er - Dispositions relatives aux affiliés</u>	<u>10</u>
<u>1. Couverture des agents contractuels - Article 2 paragraphe 1, tiret 3</u>	<u>10</u>
<u>2. Activité professionnelle lucrative - Article 2 paragraphe 3, tirets 5 à 7; articles 6, 7 et 9</u>	<u>10</u>
<u>3. Couverture en situation de CCP - Article 2 paragraphe 3, tiret 7</u>	<u>11</u>
<u>4. Affiliation de l’ex-partenaire reconnu - Article 2 paragraphe 4</u>	<u>11</u>
<u>5. Preuve de cotisation au Régime - Article 3 paragraphes 4 et 5; Articles 5, 6, 7, 8, 9 et 10</u>	<u>11</u>
<u>6. Situation de chômage - Article 11</u>	<u>11</u>
<u>Chapitre 2 - Dispositions relatives aux assurés du chef des affiliés</u>	<u>12</u>
<u>1. Reconnaissance du partenariat - Article 12 - 2d tiret</u>	<u>12</u>
<u>2. Couverture primaire du conjoint ou partenaire reconnu - Article 13</u>	<u>12</u>
<u>3. Couverture complémentaire des assurés du chef de l’affilié - Articles 14 et 16</u>	<u>12</u>
<u>4. Divorce et fin de partenariat - Article 15</u>	<u>13</u>
<u>5. Couverture des enfants à charge - Article 16</u>	<u>13</u>
<u>6. Couverture des autres personnes à charge de l’affilié - Article 17</u>	<u>13</u>
<u>7. Période de prorogation de couverture des enfants à charge et des personnes assimilées à charge - Article 18</u>	<u>13</u>
<u>Chapitre 3 - Dispositions communes aux affiliés et assurés du chef de l’affilié</u>	<u>15</u>
<u>1. Prorogation de couverture de l’affilié en cas de maladie grave, de grossesse ou d’accouchement - Articles 7 et 10</u>	<u>15</u>
<u>2. Situation de l’assuré du chef de l’affilié en fin de droit- articles 12, 15, 16,17 et 18</u>	<u>15</u>
<u>Titre II - REGLES DE REMBOURSEMENT</u>	
<u>Chapitre 1er - Consultations et visites médicales</u>	<u>16</u>
<u>1. Généralités et définitions</u>	<u>16</u>
<u>2. Modalités de remboursement</u>	<u>16</u>
<u>2.1. Consultations et visites médicales</u>	<u>16</u>
<u>2.2. Sommité médicale</u>	<u>17</u>
<u>3. Prestations non remboursables</u>	<u>17</u>
<u>Chapitre 2 - Hospitalisations et interventions chirurgicales</u>	<u>18</u>

<u>1. Hospitalisations</u>	<u>18</u>
<u>1.1. Définitions</u>	<u>18</u>
<u>1.2. Autorisations préalables</u>	<u>18</u>
<u>1.3. Modalités de remboursement</u>	<u>18</u>
<u>2. Interventions chirurgicales</u>	<u>20</u>
Chapitre 3 - Prestations liées à l'état de dépendance	<u>21</u>
<u>1. Séjours continus ou de longue durée dans des établissements paramédicaux et autres</u>	<u>21</u>
<u>1.1. Définitions</u>	<u>21</u>
<u>1.2. Autorisations préalables</u>	<u>21</u>
<u>1.3. Modalités de remboursement</u>	<u>22</u>
<u>2. Garde-malade</u>	<u>23</u>
<u>2.1. Dispositions générales</u>	<u>23</u>
<u>2.2. Remboursements</u>	<u>24</u>
Chapitre 4 - Produits pharmaceutiques	<u>28</u>
<u>1. Définition</u>	<u>28</u>
<u>2. Conditions de remboursement</u>	<u>28</u>
<u>3. Modalités de remboursement</u>	<u>28</u>
<u>4. Produits remboursables sur autorisation préalable</u>	<u>29</u>
<u>5. Produits exclus du remboursement</u>	<u>30</u>
<u>6. Information des affiliés</u>	<u>30</u>
Chapitre 5 - Soins, traitements et prothèses dentaires	<u>31</u>
<u>1. Soins et traitements préventifs</u>	<u>31</u>
<u>2. Parodontie</u>	<u>31</u>
<u>3. Orthodontie</u>	<u>31</u>
<u>4. Occlusodontie</u>	<u>32</u>
<u>5. Prothèses dentaires</u>	<u>32</u>
<u>6. Implantologie</u>	<u>33</u>
<u>7. Maladie grave</u>	<u>34</u>
<u>8. Dispositions particulières</u>	<u>34</u>
Chapitre 6 - Imagerie médicale, analyses, examens de laboratoire et autres moyens de diagnostic	<u>35</u>
<u>1. Dispositions générales</u>	<u>35</u>
<u>2. Analyses et examens soumis à autorisation préalable</u>	<u>35</u>
<u>3. Analyses exclues du remboursement</u>	<u>35</u>
<u>4. Information des affiliés</u>	<u>35</u>
Chapitre 7 - Grossesse, Accouchements et Infertilité	<u>36</u>
<u>1. Prestations remboursables au titre de la grossesse</u>	<u>36</u>
<u>1.1. Définition et généralités</u>	<u>36</u>
<u>1.2. Particularités</u>	<u>36</u>
<u>2. Prestations et remboursements relatifs à l'accouchement</u>	<u>36</u>
<u>2.1. Définition</u>	<u>36</u>
<u>2.2. Accouchement en centre hospitalier</u>	<u>36</u>
<u>2.3. Accouchement à domicile</u>	<u>37</u>
<u>2.4. Accouchement dans une maison de naissance ou dans un centre non hospitalier agréé</u>	<u>37</u>
<u>3. Prestations et remboursements relatifs au traitement de l'infertilité</u>	<u>38</u>
Chapitre 8 - Traitements divers	<u>40</u>
<u>1. Dispositions générales</u>	<u>40</u>
<u>2. Dispositions particulières</u>	<u>40</u>

<u>Chapitre 9 : Auxiliaires médicaux</u>	<u>48</u>
<u>Chapitre 10 - Cures</u>	<u>49</u>
<u>Section 1 - Cures de convalescences et post-opératoires</u>	<u>49</u>
<u>1. Généralités</u>	<u>49</u>
<u>2. Conditions d'obtention d'une autorisation préalable</u>	<u>49</u>
<u>3. Règles de remboursement</u>	<u>49</u>
<u>4. Exclusions du remboursement</u>	<u>50</u>
<u>5. Conditions de remboursement</u>	<u>50</u>
<u>Section 2 - Cures thermales</u>	<u>51</u>
<u>1. Généralités</u>	<u>51</u>
<u>2. Conditions d'obtention d'une autorisation préalable pour une cure thermale</u>	<u>51</u>
<u>3. Règles de remboursement</u>	<u>52</u>
<u>4. Exclusions du remboursement</u>	<u>53</u>
<u>Chapitre 11 - Prothèses, appareils orthopédiques et autre matériel médical</u>	<u>54</u>
<u>1. Vision</u>	<u>54</u>
<u>1.1. Lunettes</u>	<u>54</u>
<u>1.2. Lentilles de contact</u>	<u>55</u>
<u>1.3. Pathologie grave de la vision</u>	<u>56</u>
<u>1.4. Prothèses oculaires</u>	<u>56</u>
<u>2. Audition</u>	<u>56</u>
<u>3. Appareils orthopédiques, bandages et autres matériels médicaux</u>	<u>57</u>
<u>Chapitre 12 - Frais de transport</u>	<u>58</u>
<u>1. Dispositions générales</u>	<u>58</u>
<u>2. Modalités de remboursement</u>	<u>58</u>
<u>3. Personnel affecté hors Union</u>	<u>59</u>
<u>Chapitre 13 - Indemnité forfaitaire pour frais funéraires</u>	<u>60</u>
<u>ANNEXE I - Liste des Interventions chirurgicales</u>	<u>61</u>
<u>ANNEXE II : Appareils orthopédiques, bandages et autre matériel médical remboursés à 85% ou à 100% en cas de maladie grave reconnue</u>	<u>74</u>
<u>Titre III - PROCEDURES</u>	
<u>Chapitre 1er - Demandes de remboursement et pièces justificatives</u>	<u>78</u>
<u>1. Dispositions générales</u>	<u>78</u>
<u>2. Demande de remboursement</u>	<u>78</u>
<u>3. Informations à communiquer</u>	<u>79</u>
<u>4. Dispositions particulières</u>	<u>79</u>
<u>5. Pièces justificatives</u>	<u>79</u>
<u>6. Produits pharmaceutiques</u>	<u>80</u>
<u>Chapitre 2 - Programmes d'examens de dépistage</u>	<u>81</u>
<u>Chapitre 3 - Règles d'application de la complémentarité</u>	<u>82</u>
<u>1. Définition</u>	<u>82</u>
<u>2. Bénéficiaires de la complémentarité</u>	<u>82</u>
<u>3. Modalités</u>	<u>83</u>
<u>4. Remboursements</u>	<u>84</u>
<u>Chapitre 4 - Prises en charge et avances</u>	<u>85</u>
<u>1. Prises en charge</u>	<u>85</u>
<u>2. Avances</u>	<u>86</u>
<u>Chapitre 5 - Reconnaissance du statut de maladie grave</u>	<u>87</u>

**Voir ajout de la nouvelle version du 12-05-2020
remplaçant les pages 87 à 88, après la dernière page
93 de ce document.**

<u>1. Définition</u>	<u>87</u>
<u>2. Périmètre de couverture</u>	<u>87</u>
<u>3. Procédures</u>	<u>87</u>
<u>4. Rétroactivité</u>	<u>88</u>
<u>Chapitre 6 - Détermination du remboursement spécial - Article 72 § 3 du Statut</u>	<u>89</u>
<u>1. Modalités</u>	<u>89</u>
<u>2. Particularités</u>	<u>89</u>
<u>Chapitre 7 - Détermination des coefficients d'égalité - Article 20, § 5</u>	<u>90</u>
<u>1. Etat membre de référence</u>	<u>90</u>
<u>2. Période d'observation</u>	<u>90</u>
<u>3. Modalités de calcul des coefficients d'égalité</u>	<u>90</u>
<u>Chapitre 8 - Détermination des coefficients d'assiette remboursable - Article 21 § 1</u>	<u>91</u>
<u>Chapitre 9 - Certification des états financiers du RCAM</u>	<u>92</u>

Définitions Générales

En application de l'article 72 du statut et de la réglementation commune relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes entrée en vigueur le 1^{er} décembre 2005, (ci-après) la réglementation commune, le Régime d'assurance maladie commun aux institutions des Communautés européennes, (ci-après RCAM ou Régime) assure à ses bénéficiaires la couverture des frais médicaux exposés pour maladie, accident ou maternité ainsi que le versement d'une indemnité de frais funéraires.

Bénéficiaires du RCAM

Les **bénéficiaires** du Régime sont les **affiliés** - c'est à dire les fonctionnaires, agents temporaires, agents contractuels et pensionnés ou bénéficiaires d'une indemnité de cessation de fonction et dans certains cas, les membres des institutions - **et les personnes assurées de leur chef**, dans les conditions et les limites fixées par la réglementation commune (articles 2 à 18) et par le Titre I des présentes Dispositions générales d'exécution (DGE).

Taux de remboursement

Dans le cadre du Régime, le remboursement des frais s'effectue dans la limite de 80 % des frais exposés.

Ce taux est relevé à 85 % pour :

- les consultations et visites,
- les interventions chirurgicales,
- les hospitalisations,
- les produits pharmaceutiques,
- la radiologie, les analyses,
- les examens de laboratoire et
- les prothèses sur prescription médicale à l'exception des prothèses dentaires qui sont remboursées au taux de 80 %.

En cas de tuberculose, de poliomyélite, cancer, maladie mentale et autres maladies reconnues de gravité comparable par l'AIPN ainsi que pour les examens de dépistage et en cas d'accouchement, le taux de remboursement est porté à 100 % sans plafond, sauf exceptions précisées dans les présentes dispositions générales d'exécution.

La couverture des frais médicaux en cas d'accident ou de maladie professionnelle qui entraînent l'application de l'article 73 du statut, est limitée aux taux de 80 et de 85 %. La prise en charge respectivement des 20 et 15 % restants est assurée par les dispositions de l'article 73 du Statut relative à la couverture des risques d'accident et de maladies professionnelles.

Prescription médicale

Une prescription médicale est un document qui comprend le nom et les références officielles prescripteur, le nom complet du patient, les actes médicaux (type de traitement et nombre de séances) ou la dénomination des médicaments prescrits. Elle doit être datée et signée par le prescripteur. La prescription est par définition antérieure au début du traitement. Pour ouvrir droit au remboursement, elle doit dater de moins de 6 mois à la date du premier traitement ou de l'achat des médicaments.

Autorisation préalable

Pour être remboursées, certaines prestations déterminées par les présentes DGE sont soumises à autorisation préalable, c'est-à-dire à une procédure nécessaire au remboursement. La demande d'autorisation préalable doit être introduite par l'affilié auprès du bureau liquidateur avant le début des soins ou des prestations sauf cas d'urgence, sur le formulaire prévu à cet effet, et accompagnée d'une prescription médicale détaillée voire, en fonction des prestations, d'un rapport médical complet. La décision sur la demande est prise après avis du médecin conseil qui se prononce sur la cohérence médicale de la prestation.

Dans certains cas, avant d'émettre un avis, le médecin conseil peut prendre contact avec le médecin prescripteur et/ou avec le bénéficiaire.

Maladie grave

Une maladie grave est une maladie reconnue comme telle par décision de l'AIPN prise après avis du médecin conseil sur base des critères énoncés au Titre III chapitre 5 des présentes DGE.

Les frais exposés au titre d'une maladie grave sont remboursés à 100 % sans plafond sauf dans quelques cas dûment précisés dans les présentes DGE (prestations de garde-malade ou frais dentaires par exemple). Le remboursement de ces frais peut également être limité au cas où les prix pratiqués sont excessifs (voir définition de l'excessivité).

Plafond de remboursement

L'article 20 de la réglementation commune prévoit la fixation par les présentes DGE de plafonds de remboursement afin de sauvegarder l'équilibre financier du Régime. Dans ce cas, le taux de remboursement est appliqué au montant des frais exposés. Si le montant obtenu est inférieur au plafond fixé pour la prestation, ce montant représente le remboursement accordé. Si le montant obtenu excède ce plafond, le remboursement accordé est limité à ce plafond. Le plafond de remboursement se définit comme le montant maximum remboursable pour une prestation donnée.

Excessivité

En application de l'article 20 de la réglementation commune, lorsqu'aucun plafond de remboursement n'est fixé y compris en cas de maladie grave, la partie des frais qui dépassent sensiblement les prix normaux pratiqués dans le pays où les prestations ont été effectuées, peut être exclue du remboursement.

La partie des frais excessifs est déterminée au cas par cas par le bureau liquidateur après avis du médecin conseil. Le médecin conseil se prononce sur la nature exacte de la prestation médicale pour permettre au Bureau liquidateur une comparaison entre les tarifs pratiqués.

La situation spécifique des pays à médecine chère est réglée par le biais des coefficients d'assiette remboursable (voir Titre III, chapitre 8).

Avis du médecin conseil ou du dentiste conseil

L'avis du médecin conseil ou du dentiste conseil est un avis médical rendu sur base des éléments médicaux relatifs au bénéficiaire qui sont en sa possession, des informations transmises par le médecin traitant, des résultats des travaux de la recherche médicale et scientifique et, si nécessaire, après avis du Conseil médical. L'avis du médecin ou du dentiste conseil est sollicité dans le cadre des demandes d'autorisation préalable, dans tous les cas prévus par les présentes DGE et sur demande des chefs des bureaux liquidateurs pour des questions spécifiques .

Les médecins conseils et les dentistes conseils donnent un avis uniquement dans les situations explicitement prévues dans la Réglementation commune et dans les présentes dispositions générales d'exécution et ceci dans les limites prévues par celles-ci.

Avis du Conseil médical

Le Conseil médical du RCAM est composé d'un médecin conseil par institution et des médecins conseils de chaque bureau liquidateur. Il est consulté par les organes prévus par la réglementation commune, à savoir, par le Comité de Gestion, le Bureau central et les bureaux liquidateurs sur toute question de nature médicale qui se pose dans le cadre de la gestion du Régime.

Le Conseil médical se prononce sur base de la littérature scientifique la plus récente et, si nécessaire, après avoir fait appel à des spécialistes ou à des sommités médicales dans le domaine concerné.

Les avis du Conseil médical doivent être motivés.

Titre I - DROITS D'AFFILIATION

Chapitre 1^{er} - Dispositions relatives aux affiliés

1. **1. COUVERTURE DES AGENTS CONTRACTUELS - ARTICLE 2 PARAGRAPHE 1, TIRET 3**
 - 1.1. Lors de son entrée en service, l'agent contractuel notifie à l'AIPN sa demande de maintien de la couverture maladie auprès de son dernier régime national de sécurité sociale par application de l'article 112 du RAA ou son choix d'affiliation au RCAM. Cette notification se fait au plus tard au moment de la prise de fonction.
 - 1.2. L'agent contractuel est automatiquement affilié au RCAM dès le premier jour du mois suivant la fin du versement par son AHCC de la contribution auprès de son dernier régime national de sécurité sociale.
2. **2. ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE LUCRATIVE - ARTICLE 2 PARAGRAPHE 3, TIRETS 5 À 7; ARTICLES 6, 7 ET 9**
 - 2.1. Lorsqu'il entame une activité professionnelle lucrative, l'affilié est tenu de la déclarer à son Bureau liquidateur ainsi que tout changement relatif à l'exercice de celle-ci.
 - 2.2. A la cessation d'une activité professionnelle lucrative, le bénéficiaire d'une pension anticipée ou différée, le bénéficiaire de l'indemnité prévue aux articles 41 ou 50 du Statut et la personne ayant cessé définitivement ses fonctions en vertu des règlements 1746/02, 1747/02 et 1748/02 peut sur demande adressée à son Bureau liquidateur et sur présentation d'une pièce justificative confirmant la cessation de son activité, être réadmis au RCAM.
 - 2.3. Est considéré comme exerçant une activité professionnelle lucrative, le bénéficiaire de revenus tels que ceux repris à l'article 13 - 2^{ème} alinéa de la réglementation commune à l'exclusion des pensions.
Est également considéré comme exerçant une activité professionnelle lucrative le bénéficiaire d'une bourse de recherche en dehors des études universitaires, de tantièmes, de jetons de présence et de revenus issus de droits de propriété intellectuelle.
 - 2.4. Le bénéficiaire d'une activité professionnelle lucrative continue ou occasionnelle qui perçoit un revenu annuel imposable inférieur à 20 % du traitement annuel de base du grade AST2/1, affecté du coefficient correcteur fixé pour le pays dans lequel les revenus sont perçus, peut, sur demande, rester couvert à titre primaire par le RCAM pour autant qu'il apporte la preuve de l'impossibilité d'être couvert par un régime d'assurance maladie légale ou réglementaire en vertu des dispositions législatives ou réglementaires du pays où l'activité est ou a été exercée ou du pays de résidence.
 - 2.5. Pour chaque exercice fiscal, l'affilié est tenu d'envoyer au Bureau Liquidateur dont il dépend un document probant officiel établissant ses revenus (tel que certificat d'imposition ou tout autre document établi par les autorités nationales compétentes).
Si le Bureau liquidateur établit que l'affilié a exercé une activité professionnelle lucrative générant un revenu annuel imposable supérieur à 20 % du traitement annuel de base du grade 2 premier échelon, affecté du coefficient correcteur fixé pour le pays dans lequel les revenus sont perçus, et ne l'a pas déclarée par tout moyen écrit au Bureau liquidateur, la

couverture est suspendue pendant la durée de cette activité professionnelle et les frais médicaux remboursés durant cette période sont récupérés conformément aux dispositions prévues à l'article 33 de la réglementation commune.

3. 3. COUVERTURE EN SITUATION DE CCP - ARTICLE 2 PARAGRAPHE 3, TIRET 7

- 3.1. L'affilié qui souhaite rester couvert durant son CCP, doit en faire la demande auprès de son AIPN/AHCC avant la fin du premier mois dudit congé. Celle-ci transmet la demande au Bureau liquidateur.
- 3.2. En cas de renouvellement du CCP, l'affilié qui souhaite continuer à bénéficier de la couverture en informe son AIPN/AHCC avant la fin du premier mois de la prolongation du CCP. Celle-ci transmet la demande au Bureau liquidateur.
- 3.3. L'affilié en CCP qui exerce une activité professionnelle lucrative ne peut bénéficier de la couverture maladie. Toutefois, en cas de cessation de cette activité, l'affilié demeuré en CCP peut, dans les 30 jours suivant la fin de cette activité, demander auprès de son AIPN/AHCC à être couvert à nouveau par le RCAM.
- 3.4. L'affilié restant couvert par le RCAM et ayant des enfants à charge âgés de 18 à 26 ans, doit envoyer chaque année avant le 31 octobre à son Bureau Liquidateur, la preuve de scolarité de chaque enfant pour justifier leur couverture par le RCAM.

4. 4. AFFILIATION DE L'EX-PARTENAIRE RECONNU - ARTICLE 2 PARAGRAPHE 4

Par analogie avec le conjoint divorcé survivant, l'ex-partenaire reconnu, titulaire d'une pension de survie, est également affilié au Régime.

5. 5. PREUVE DE COTISATION AU RÉGIME - ARTICLE 3 PARAGRAPHES 4 ET 5 ; ARTICLES 5, 6, 7, 8, 9 ET 10

Les Institutions doivent fournir régulièrement, au minimum tous les mois, au Bureau central la liste des affiliés en règle de cotisation et visés par ces dispositions.

L'absence de production de cette liste ne peut interrompre le droit à la couverture.

6. 6. SITUATION DE CHÔMAGE - ARTICLE 11

L'affilié bénéficiant des allocations de chômage communautaires est tenu d'informer son Bureau Liquidateur par tout moyen écrit de tout changement relatif à son adresse privée et à sa situation familiale (mariage, partenariat, naissance, décès, divorce, fin de partenariat).

Le fait de mentionner uniquement la nouvelle adresse sur les demandes de remboursement n'est pas considéré comme une mesure suffisante au regard de la présente disposition.

Chapitre 2 - Dispositions relatives aux assurés du chef des affiliés

1. RECONNAISSANCE DU PARTENARIAT - ARTICLE 12 - 2D TIRET

Dans le cas où le partenariat n'est pas reconnu pour le bénéfice de l'allocation de foyer mais qu'il peut l'être au titre de l'assurance maladie en application de l'article 72 §1 2d alinéa, l'affilié est tenu d'introduire une demande de couverture auprès de son Bureau liquidateur, accompagnée d'un document attestant officiellement le statut de partenaire non matrimonial.

2. COUVERTURE PRIMAIRE DU CONJOINT OU PARTENAIRE RECONNU - ARTICLE 13

2.1. Si le conjoint ou le partenaire reconnu bénéficie de revenus d'origine professionnelle d'un montant annuel inférieur à 20 % du traitement de base annuel du grade AST2/1, il peut être couvert à titre primaire par le RCAM pour autant qu'il apporte la preuve de l'impossibilité d'être couvert par un régime d'assurance maladie légale ou réglementaire en vertu des dispositions législatives ou réglementaires du pays où l'activité est ou a été exercée ou du pays de résidence. Cette couverture est revue chaque année.

2.2. Si un régime de sécurité sociale nationale exige une période probatoire durant laquelle le versement de cotisation ne donne droit à aucun remboursement, le présent régime continuera à prendre en charge le conjoint ou partenaire reconnu durant cette période.

2.3. Le conjoint ou le partenaire reconnu bénéficiant de revenus d'origine professionnelle peut être couvert exceptionnellement à titre primaire par le RCAM s'il ne peut pas s'affilier à un régime d'assurance maladie légale ou réglementaire ou si le montant des primes pour souscrire une assurance maladie s'élève à au moins 20 % des revenus d'origine professionnelle.

3. COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE DES ASSURÉS DU CHEF DE L'AFFILIÉ - ARTICLES 14 ET 16

3.1. *Dispositions générales*

Par couverture globale contre les mêmes risques, on entend la couverture offrant les mêmes prestations que celles énoncées à l'article 1 de la Réglementation commune.

Tout changement intervenant dans la situation du conjoint, du partenaire reconnu ou des enfants à charge doit être immédiatement signalé par tout moyen écrit à la fois au Bureau liquidateur compétent et à l'AIPN/AHCC compétente.

3.2. *Conjoint et partenaire reconnu (article 14)*

a) En ce qui concerne la détermination des droits du conjoint/partenaire reconnu à la couverture complémentaire au régime commun, pour les pays pour lesquels n'y a pas de coefficient correcteur, le coefficient applicable est celui fixé pour la Belgique.

b) Le régime commun intervient dans le remboursement des prestations à titre de régime complémentaire pour autant que les procédures du régime primaire aient été préalablement respectées. L'assuré couvert par le RCAM à titre complémentaire est tenu d'utiliser la carte européenne d'assurance maladie ou une attestation équivalente délivrée par son régime primaire quand il voyage dans l'Union européenne et dans les pays associés au système.

3.3. *Enfants à charge pouvant bénéficier d'un autre régime d'assurance maladie légale ou réglementaire (article 16 § 1 al. 2)*

En ce qui concerne les enfants assurés à titre primaire auprès d'un autre régime légal ou réglementaire, le RCAM intervient comme régime complémentaire mais peut intervenir comme régime primaire pour tous les soins effectués à l'étranger ou dans le cadre de la

médecine privée dans les pays à prestations directes et ceci indépendamment du motif du refus d'intervention du régime primaire.

Dans ce cas, l'affilié a pour seule obligation de prouver que le régime primaire a refusé le remboursement des prestations concernées.

Une prise en charge hospitalière peut être délivrée par le RCAM pour un enfant couvert à titre complémentaire, si l'affilié apporte la preuve que le régime primaire n'accordera aucun remboursement pour les prestations concernées.

4. DIVORCE ET FIN DE PARTENARIAT - ARTICLE 15

4.1. La date de début de la période maximale de couverture prévue à l'article 15 paragraphe 1 est celle de la retranscription à l'état-civil du divorce ou de la fin du partenariat.

En aucun cas une prolongation au-delà de cette période de 12 mois ne pourra être accordée, sauf application des dispositions prévues en cas de maladie grave contractée et déclarée avant l'expiration des droits à la couverture ou en cas de grossesse commencée et déclarée avant la fin de la période de couverture.

4.2. Les dispositions prévues à l'article 15, paragraphe 2 de la Réglementation commune sont applicables également au conjoint.

4.3. En cas de procédure officielle de demande de divorce ou de fin de partenariat, le conjoint ou le/la partenaire de l'affilié peut avoir un accès direct au RCAM pour lui/elle-même et/ou pour les enfants à charge sur autorisation de l'affilié ou sur décision de justice.

5. COUVERTURE DES ENFANTS À CHARGE - ARTICLE 16

5.1. Dans le cas où la couverture de l'enfant par un autre régime entraîne le versement de cotisations supplémentaires à charge de la personne ouvrant le droit dans l'autre régime, l'enfant est alors couvert à titre primaire par le RCAM.

5.2. Il appartient à l'affilié d'apporter la preuve (échange de courrier ou tout autre document) que la couverture de l'enfant par un autre régime n'est pas possible ou entraîne des contributions supplémentaires à celle de la personne affiliée par l'autre régime.

5.3. Si deux parents affiliés ont la garde partagée d'un enfant, chaque parent peut introduire les demandes de remboursement des frais médicaux exposés pour l'enfant. Toutefois les demandes d'autorisation préalable et les devis, ainsi que les demandes de remboursement des frais médicaux qui en découlent, doivent être introduits par un seul et même parent.

5.4. En cas de séparation officielle, de divorce ou de fin de partenariat, les enfants assurés au préalable à titre complémentaire sont repris à titre primaire par le Régime.

6. COUVERTURE DES AUTRES PERSONNES À CHARGE DE L'AFFILIÉ - ARTICLE 17

6.1. La couverture ne peut être accordée qu'à titre primaire.

6.2. Dans le cas où la personne peut être couverte par un autre régime légal ou réglementaire, il n'y a en aucun cas application de la complémentarité.

Toutefois, si le droit à la couverture de la personne par cet autre régime n'est pas transférable dans un autre pays et/ou implique le paiement de cotisations supplémentaires par rapport à celles dudit régime, la personne peut être couverte à titre primaire par le RCAM.

Il en est de même lorsqu'une couverture n'est possible qu'à titre volontaire moyennant le versement de cotisations.

6.3. Il appartient à l'affilié d'apporter les preuves nécessaires à sa demande de couverture pour la personne assimilée à enfant à charge.

7. PÉRIODE DE PROROGATION DE COUVERTURE DES ENFANTS À CHARGE ET DES PERSONNES ASSIMILÉES À CHARGE - ARTICLE 18

7.1. Si, durant la période de prorogation prévue à l'article 18 de la Réglementation commune, le bénéficiaire entame une activité professionnelle lucrative au sens de l'article 2 de la Réglementation, la couverture du RCAM est suspendue. En cas de cessation de cette

activité, la couverture est à nouveau accordée jusqu'à la fin de la période initiale de 12 mois.

Si un régime de sécurité sociale nationale exige une période probatoire durant laquelle le versement de cotisations ne donne droit en contrepartie à aucun remboursement de prestations, le présent régime continuera à prendre en charge le bénéficiaire durant cette période, sans dépasser la période de prorogation de 12 mois.

L'affilié souhaitant bénéficier d'une prorogation de couverture doit la demander par tout moyen écrit à son Bureau liquidateur.

La prorogation ne peut être accordée automatiquement, même dans le cas de l'octroi d'un abattement d'impôt.

Chapitre 3 - Dispositions communes aux affiliés et assurés du chef de l'affilié

1. Prorogation de couverture de l'affilié en cas de maladie grave, de grossesse ou d'accouchement - Articles 7 et 10

Cette couverture n'est accordée à l'affilié en fin de droit que si les conditions cumulatives suivantes sont remplies:

- a. que l'affilié supporte la contribution au présent régime à raison de la moitié calculée sur le dernier traitement de base actualisé à son échelon dans son grade;
- b. que la maladie grave soit contractée avant la cessation des fonctions et déclarée avant l'expiration des droits à la couverture ou que la grossesse ait commencé avant la cessation des fonctions et ait été déclarée à l'Institution avant la fin de la période de couverture;
- c. que l'affilié, ex fonctionnaire, n'exerce aucune activité professionnelle lucrative ou que l'affilié, ex agent temporaire ou agent contractuel, ne puisse être couvert par une autre assurance maladie légale ou réglementaire pour les frais médicaux liés à la maladie grave ou à la grossesse y compris moyennant le paiement d'une cotisation ;
- d. que la durée de validité de la décision reconnaissant la maladie grave ne soit pas expirée ;
- e. que l'affilié se soumette au contrôle médical.

2. Situation de l'assuré du chef de l'affilié en fin de droit - Articles 12, 15, 16, 17 et 18

En cas de maladie grave ou de grossesse, une prorogation de couverture est accordée également au conjoint, à l'ex conjoint, au partenaire reconnu ou à l'ex partenaire reconnu en fin de droit et ceci exclusivement pour les frais médicaux liés à sa maladie grave et les frais liés à la grossesse et à l'accouchement et ceci aux conditions cumulatives suivantes:

- a. que la maladie grave soit contractée et déclarée avant l'expiration des droits à la couverture ou que la grossesse ait commencé et ait été déclarée à l'Institution avant la fin de la période de couverture;
- b. que la personne n'exerce aucune activité professionnelle lucrative et qu'elle ne puisse être couverte par une autre assurance maladie légale ou réglementaire pour les frais correspondants y compris moyennant le paiement d'une cotisation ;
- c. que la durée de validité de la décision reconnaissant la maladie grave ne soit pas expirée ;
- d. que la personne se soumette au contrôle médical.

Dans les mêmes conditions, une prorogation de couverture pour les frais médicaux liés à une maladie grave et les frais liés à la grossesse et à l'accouchement est également accordée aux personnes assimilées à l'enfant à charge de l'affilié au sens de l'article 2, paragraphe 4, de l'annexe VII du statut.

Titre II - REGLES DE REMBOURSEMENT

7.

Chapitre 1^{er} - Consultations et visites médicales

8.

1. GENERALITES ET DEFINITIONS

9. LA CONSULTATION ET LA VISITE COMPORTENT EN PRINCIPE UN INTERROGATOIRE DU MALADE, UN EXAMEN CLINIQUE ET, S'IL Y A LIEU, UNE PRESCRIPTION THERAPEUTIQUE.

10. ALORS QUE LA CONSULTATION A LIEU AU CABINET DU MEDECIN, LA VISITE IMPLIQUE UN DEPLACEMENT DU MEDECIN AU DOMICILE DU PATIENT, A SON LIEU DE SEJOUR OU A L'HOPITAL, ET EXCLUT UN EXAMEN EFFECTUE DANS SON PROPRE CABINET MEDICAL.

Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite :

- les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (prise de tension artérielle, examen au spéculum, toucher vaginal ou rectal, frottis à l'exclusion des analyses) ;
- la prise de sang veineux ;
- les analyses qualitatives des urines (albumine et glucose) ;
- les injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées et intradermiques ;
- les vaccinations ;
- les petits pansements ;
- l'établissement d'un certificat sommaire ;
- les frais éventuels pour le rendez-vous et les frais de déplacement du médecin.

11. LES AUTRES EXAMENS ET ACTES MEDICAUX PRATIQUES PENDANT LA CONSULTATION OU LA VISITE AINSI QUE LES RAPPORTS MEDICAUX DETAILLES DONT LES PRIX SONT FACTURES SEPAREMENT SONT REMBOURSABLES CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS APPLICABLES.

Les consultations successives et/ou répétitives peuvent ne pas être remboursées après avis du médecin conseil si elles ne sont pas motivées ou si leur nécessité n'est pas reconnue.

2. Modalités de remboursement

2.1. Consultations et visites médicales

- Les honoraires pour consultations/visites d'un médecin omnipraticien sont remboursés à 85 % avec un plafond de 35 € et à 100 % en cas de maladie grave.
- Les honoraires pour consultations/visites d'un médecin spécialiste sont remboursés à 85 % avec un plafond de 50 € et à 100 % en cas de maladie grave.
- Les honoraires pour visites urgentes, visites de nuit, durant le week-end et les jours fériés, définis conformément aux usages locaux et aux dispositions légales en vigueur sont remboursés à 85 % et à 100 % en cas de maladie grave.
- L'anamnèse effectuée par un médecin homéopathe lors de la première visite et facturée séparément de la visite est remboursable à 85 % avec un plafond de 35 €.

- Les consultations et avis du médecin traitant donnés par téléphone, par courrier, par courriel, sont remboursés à 85 % avec un plafond de 10 €.

2.2. Sommité médicale

Une sommité médicale est un médecin spécialiste internationalement reconnu dans un domaine médical spécifique, responsable d'une équipe de recherche et auteur de publications.

Les consultations de sommité(s) médicale(s) lorsque leur nécessité est reconnue par le médecin-conseil, sont remboursées à 85 % avec un plafond triple de celui prévu pour la consultation d'un médecin spécialiste, et à 100 % en cas de maladie grave.

Le remboursement des consultations de sommités médicales est limité à deux par an pour la même affection.

3. Prestations non remboursables

Ne sont pas remboursables :

- Les consultations effectuées sur un site Internet ;
- Les honoraires pour rendez-vous non respecté par le bénéficiaire ;
- Les frais d'envoi des rapports médicaux facturés séparément ;
- Les consultations, les examens et les actes techniques pratiqués dans un but non thérapeutique ou à des fins administratives tels que :
 - Expertise judiciaire ;
 - Examen dans le cadre d'une assurance ;
 - Examen d'aptitude professionnelle ;
 - Examen d'aptitude pour l'obtention d'un brevet de pilote ;
 - Examens pratiqués dans le cadre de la médecine du travail (examen d'embauche et visite médicale annuelle).

Chapitre 2 - Hospitalisations et interventions chirurgicales

1. Hospitalisations

1.1. Définitions

Sont considérés comme hospitalisations, les séjours en hôpital ou clinique destinés :

- au traitement d'affections médicales ou d'interventions chirurgicales ainsi qu'aux accouchements, y compris les séjours d'une journée;
- à la revalidation ou à la rééducation fonctionnelle faisant suite à une affection médicale ou une intervention chirurgicale invalidante ;
- au traitement d'affections psychiatriques ;
- aux soins palliatifs.

Ne sont pas considérés comme hospitalisations et ne font l'objet d'aucun remboursement, les séjours :

- dans un établissement ne disposant pas d'une infrastructure médico-technique et logistique pluridisciplinaire ;
- en habitation protégée, appartement supervisé ou résidence de service ne disposant pas d'une infrastructure médicale et/ou paramédicale ;
- dans un hôpital, une clinique ou tout autre type d'établissement pour remise en forme ou traitement de rajeunissement.

1.2. Autorisations préalables

Sont soumis à autorisation préalable sur base d'un rapport médical :

- les séjours destinés au traitement d'affections médicales ou d'interventions chirurgicales d'une durée supérieure à 6 mois ;
- les séjours destinés à une intervention de chirurgie plastique ;
- les séjours pour revalidation ou rééducation qui ne suivent pas une hospitalisation pour affection médicale ou intervention chirurgicale (notamment orthopédique, neurologique et rhumatologique), ou, s'ils sont consécutifs à une telle hospitalisation, les séjours qui dépassent 2 mois ;
- les séjours en hôpital psychiatrique d'une durée supérieure à 12 mois ;
- les séjours en cliniques spécialisées dans le dépistage et le diagnostic (check-up général) ;
- les frais d'accompagnement.

1.3. Modalités de remboursement

Taux de remboursement :

Tout séjour considéré comme hospitalisation est remboursé à 85 % en cas d'intervention chirurgicale ou en cas d'hospitalisation médicale.

Ce taux de remboursement est porté à 100 % :

- *En cas de maladie grave ;*
- *Pour les séjours en soins intensifs d'une durée au moins égale à 3 jours consécutifs, même si ce séjour n'est pas directement associé à une maladie grave, et ceci pour la durée totale du séjour ;*
- *Pour les séjours en soins palliatifs dans un établissement hospitalier ;*
- *En cas d'hospitalisation prolongée, pour les frais de séjour au-delà de 30 jours consécutifs, après avis du médecin conseil.*

Conditions de remboursement :

Pour être remboursée, l'hospitalisation doit faire l'objet d'un rapport médical communiqué au médecin-conseil du Bureau liquidateur.

- Frais d'hébergement :

Les frais de séjour relatifs aux frais de pension, de service et de taxes, sont remboursés sur base des dépenses réellement exposées et en fonction des normes de facturation en vigueur en la matière dans le pays où a eu lieu l'hospitalisation. S'ils sont compris dans le prix forfaitaire de la journée d'hospitalisation, le remboursement s'effectue globalement.

Le remboursement des frais résultant du choix de la chambre se limite au prix de la chambre particulière individuelle la moins onéreuse de l'hôpital.

Le remboursement des frais se limite à la durée de l'hospitalisation médicalement nécessaire afin de procéder aux interventions ou de fournir des soins dans le pays où a eu lieu l'hospitalisation.

- Frais de diagnostic et de soins :
Outre les frais d'intervention chirurgicale mentionnés sous 2, sont également remboursés à 85 % ou à 100 % en cas de maladie grave, les frais relatifs aux prestations suivantes :
 - les frais de salle d'opération, de salle de plâtre, de pansements et autres frais pour soins relatifs à l'intervention chirurgicale ;
 - les honoraires médicaux pour visites et consultations ;
 - les analyses et examens de laboratoire, les recherches radiologiques ;
 - les médicaments, les frais de prothèses, orthèses et autres instruments et appareils orthopédiques, pour autant que ces frais soient en rapport direct avec l'intervention chirurgicale et /ou l'hospitalisation ;
 - les prestations pour diagnostic ou traitement.
- Frais d'accompagnement :
Un remboursement de 85 % avec un plafond de 40 € par jour peut être accordé exceptionnellement, sur prescription du médecin traitant et après autorisation préalable, pour les frais de séjour d'un membre de la famille qui accompagne, dans la chambre ou dans l'enceinte de l'établissement hospitalier, un bénéficiaire hospitalisé avant son 14^{ème} anniversaire ou qui, compte tenu de la nature de l'affection ou d'une autre nécessité médicalement justifiée, a besoin d'une assistance familiale spéciale.

Ce remboursement peut également être accordé pour les frais de séjours de l'enfant en période d'allaitement qui doit accompagner sa mère en établissement hospitalier.

2. Interventions chirurgicales

Les frais d'interventions chirurgicales sont remboursés à 85 % ou à 100 % en cas de maladie grave. Ces frais comprennent l'ensemble des honoraires du chirurgien, de l'(des) assistant(s) du chirurgien et de l'anesthésiste.

En cas de remboursement à 85 %, les frais sont pris en charge dans la limite de plafonds fixés par intervention, avec un plafond suivant la catégorie de l'intervention :

<u>Catégorie</u>	<u>Remboursement à 85 %</u> <u>Plafond (€)</u>
<u>A1</u>	<u>535</u>
<u>A2</u>	<u>735</u>
<u>A3</u>	<u>1.350</u>
<u>B1</u>	<u>2.000</u>
<u>B2</u>	<u>2.600</u>
<u>C1</u>	<u>4.250</u>
<u>C2</u>	<u>5.350</u>
<u>D1</u>	<u>10.000</u>
<u>D2</u>	<u>Non applicable</u>

Une liste des interventions chirurgicales, ventilées par catégorie, figure à l'annexe I.

Les **interventions chirurgicales non reprises sur cette liste** peuvent être assimilées aux interventions d'importance comparable et les frais remboursés sur cette base après avis du médecin-conseil.

En cas **d'intervention présentant une difficulté exceptionnelle**, un remboursement peut éventuellement être accordé, après avis du médecin-conseil, dans la limite du plafond de la catégorie immédiatement supérieure à celle fixée pour la nature de l'intervention en question.

Lorsque la réglementation appliquée en matière de facturation prévoit un supplément d'honoraires pour les **interventions effectuées en urgence**, les frais s'y rapportant sont remboursés à 85 % et à 100 % en cas de maladie grave, sans que le remboursement total de l'intervention chirurgicale en question ne puisse dépasser le plafond prévu pour la catégorie immédiatement supérieure à celle de l'intervention subie ou pratiquée.

Les **interventions de chirurgie plastique correctrice ou réparatrice** sont remboursables notamment en cas de maladie grave, de malformation ou d'accident sur **autorisation préalable** accordée après avis du médecin conseil. Les interventions de chirurgie plastique considérées comme purement esthétiques ne font l'objet d'aucun remboursement.

Chapitre 3 - Prestations liées à l'état de dépendance

Le remboursement des prestations liées à l'état de dépendance - séjours en établissement et frais de gardes-malades - à l'exception des séjours de désintoxication, dépend du degré de dépendance de l'assuré.

Le degré de dépendance est fixé selon le tableau suivant, en fonction de l'indice le plus bas obtenu dans l'un des deux questionnaires figurant en annexe qui sont complétés par le médecin traitant :

<u>Indice</u>	<u>Degré de dépendance</u>
<u>91-100</u>	<u>5</u>
<u>75-90</u>	<u>4</u>
<u>50-74</u>	<u>3</u>
<u>25-49</u>	<u>2</u>
<u>0-24</u>	<u>1</u>

Les degrés 1 à 4 de l'échelle de dépendance sont pris en considération pour le remboursement des frais, le degré 1 étant considéré comme le niveau le plus élevé de dépendance. Le degré 5 n'ouvre pas droit à un remboursement.

1. Séjours continus ou de longue durée dans des établissements paramédicaux et autres

1.1. Définitions

Sont remboursés au titre du présent chapitre, les séjours :

- dans un établissement de repos ou de soins, agréé par les autorités compétentes et ayant une infrastructure médicale et/ou paramédicale pour assister des personnes âgées et/ou handicapées ;
- dans une maison de soins psychiatriques agréée par les autorités compétentes et disposant d'une infrastructure médicale et/ou paramédicale, pour un séjour continu et permanent ;
- dans un établissement de revalidation ou de rééducation fonctionnelle lorsque l'autorisation préalable pour un remboursement au titre de l'hospitalisation a été refusée (cf. Titre II chapitre 2 point 1.2.) ;
- dans un hôpital psychiatrique pour un séjour continu de longue durée lorsque ce séjour dépasse 12 mois et que l'autorisation préalable pour un remboursement comme hospitalisation a été refusée (cf. Titre II chapitre 2 point 1.2.) ;
- dans un centre de jour ;
- dans un centre de désintoxication non hospitalier.

1.2. Autorisations préalables

Pour être remboursables, les frais de séjours et de soins dans les établissements énumérés au point 1.1 sont soumis à autorisation préalable sur base d'un rapport médical adressé au médecin conseil, comme précisé au point 1.3. ci-dessous.

Le refus d'autorisation au titre de l'hospitalisation (cf. Titre II chapitre 2) ne préjuge pas de l'autorisation accordée au titre du présent chapitre.

1.3. Modalités de remboursement

Les frais qui restent à la charge du bénéficiaire ne sont pas éligibles au remboursement spécial prévu à l'article 24 de la Règlementation.

a) *Etablissements de repos et de soins*

La demande d'autorisation préalable est accompagnée d'un rapport médical justifiant de la nécessité du séjour dans l'établissement et précisant la nature des soins nécessités par le patient ainsi que des 2 formulaires figurant en annexe dûment complétés par le médecin traitant.

L'autorisation est accordée pour une période n'excédant pas 12 mois. Elle est renouvelable.

Tous les frais relatifs aux soins et au séjour sont remboursables à 85 % ou à 100 % en cas de maladie grave avec un plafond de 36 € par jour, pour les frais de séjour.

En cas de facturation globale ne permettant pas de distinguer les frais relatifs aux soins de ceux relatifs au séjour, une répartition forfaitaire est effectuée selon le degré de dépendance repris dans le tableau suivant :

<u>Degré de dépendance</u>	<u>Frais relatifs aux soins</u>	<u>Frais relatifs au séjour</u>
<u>4</u>	<u>30 %</u>	<u>70 %</u>
<u>3</u>	<u>50 %</u>	<u>50 %</u>
<u>2</u>	<u>60 %</u>	<u>40 %</u>
<u>1</u>	<u>70 %</u>	<u>30 %</u>

Dans ce cas, les frais relatifs au séjour sont assujettis au même plafond de 36 € par jour.

b) *Le séjour et les soins dans une maison de soins psychiatriques sont remboursables à 85 % ou à 100 % en cas de maladie grave, selon les conditions applicables aux établissements de repos et de soins.*

L'autorisation est renouvelable sur base d'un rapport détaillé du médecin traitant selon une périodicité fixée par le Bureau liquidateur.

11.1. c) *Le séjour continu et les soins prodigués en établissement de rééducation ou de revalidation fonctionnelle et en hôpital psychiatrique sont remboursables à 85 % ou à 100 % en cas de maladie grave, selon les conditions applicables aux établissements de repos et de soins.*

En cas de facturation globale ne permettant pas de distinguer les frais relatifs aux soins et ceux relatifs au séjour, la répartition forfaitaire est effectuée selon le degré 1 de dépendance.

11.2. d) *Le séjour dans un centre de jour et les soins prodigués sont remboursables selon les conditions suivantes :*

- Fréquentation pendant la journée seulement d'un établissement de repos et de soins pour personnes âgées ou d'un centre de jour neurologique ou psychiatrique : les frais de séjour et de soins sont remboursés, aux mêmes conditions que le séjour

permanent en établissement prévu sous a) avec un plafond de 18 € par jour pour les frais de séjour.

- Fréquentation d'établissements médico-pédagogiques : seuls les soins sont remboursables selon les dispositions applicables.

e) Le séjour dans un centre de désintoxication non hospitalier ou assimilé et les soins médicaux prodigués sont remboursés exclusivement à 85 % avec un plafond de 36 € par jour pour les frais de séjour.

11.3. *En cas de facturation globale ne permettant pas de distinguer les frais relatifs aux soins et ceux relatifs au séjour, la répartition forfaitaire est effectuée selon le degré 1 de dépendance.*

Le remboursement se limite à un séjour d'une durée totale de 6 mois sur une période de 12 mois.

2. **Garde-malade**

2.1. Dispositions générales

a) Définitions

Les prestations de garde-malade consistent principalement en soins de « nursing » au domicile du malade plusieurs heures par jour, voire la journée et/ou la nuit entière.

Les soins infirmiers ponctuels (injections, pansements, etc.) sont remboursés selon les conditions prévues au chapitre 9 du Titre II.

Ne relève pas des prestations de garde-malade, la surveillance par un adulte d'un enfant malade à domicile, en raison de l'absence des parents.

b) Conditions requises

- Les prestations de garde-malade sont soumises à autorisation préalable.

La demande d'autorisation préalable est accompagnée d'un rapport médical précisant la durée de la prestation, la nature et la fréquence des soins à prodiguer ainsi que des deux formulaires annexés complétés par le médecin traitant.

L'autorisation est accordée si les prestations sont reconnues comme strictement nécessaires par le médecin-conseil du Bureau liquidateur qui les évalue en fonction du degré de dépendance de l'assuré. Seuls les degrés 1, 2, 3 et 4 autorisent le remboursement de prestations de garde-malade.

- Les gardes-malades doivent être légalement autorisés à exercer cette profession.

Dans les pays où la profession de garde-malade n'est pas réglementée et/ou en cas d'impossibilité de trouver un garde-malade officiellement agréé (ex : Croix Rouge), le médecin traitant doit mentionner sur sa prescription le nom de la

personne qui dispensera les prestations et préciser qu'elle a les compétences requises pour le faire.

Si les gardes-malades ne dépendent pas d'un organisme officiel (ex : Croix Rouge) ou s'ils n'exercent pas dans un cadre libéral officiel, la preuve du lien contractuel (contrat de travail en bonne et due forme et/ou contrat d'assurance spécifique pour l'emploi du garde-malade) doit être communiquée au Bureau liquidateur.

Les charges sociales relatives aux contrats d'emploi et/ou les primes d'assurances sont incluses dans les frais de garde-malade et remboursables à ce titre.

- Les factures doivent être conformes à la législation du pays dans lequel elles ont été émises.

En l'absence des documents demandés, l'autorisation préalable ne pourra être accordée et les prestations correspondantes ne seront pas remboursées.

2.2. Remboursements

Les frais sont remboursés à 80 % ou à 100 % en cas de maladie grave, avec un montant maximum remboursable (cf. infra) quel que soit le nombre de personnes qui assurent la garde.

Les frais de déplacement, de logement et de nourriture et tous les autres frais accessoires du ou de la garde-malade, ne donnent pas lieu à remboursement.

Les frais non remboursés ne sont pas éligibles au remboursement spécial prévu à l'article 24 de la Réglementation.

- **Prestations temporaires de garde-malade**

Les frais de garde à domicile pour une période maximale de 60 jours sont remboursés à 80 % avec un plafond de 72 € par jour ou à 100 % en cas de maladie grave avec un plafond de 90 €.

- **Prestations de garde-malade de longue durée**

Au-delà de 60 jours, les frais de garde à domicile sont remboursés à 80 % ou à 100 % en cas de maladie grave selon les plafonds repris dans le tableau suivant, diminués d'un montant égal à 10 % du revenu de base de l'affilié (traitement, pension d'ancienneté, pension ou allocation d'invalidité, indemnité prévue à l'article 2 paragraphes 3, tirets 4 et 5 de la Réglementation commune).

Degré de dépendance

4 et 3

Plafond de remboursement

50 % du traitement de base d'un fonctionnaire de grade AST

2/1

L'autorisation peut être accordée pour une période n'excédant pas 12 mois. Elle est renouvelable.

- **Prestations de garde-malade en milieu hospitalier**

Ces frais ne sont pas remboursables sauf dans les établissements publics où l'infrastructure sanitaire est insuffisante pour assurer les soins courants. Dans ce cas, les frais de garde engagés sur prescription du médecin traitant sont remboursés à 80 % sur autorisation préalable accordée après avis du médecin conseil, avec un plafond de 60 € par jour. En cas de maladie grave, ces frais sont remboursés à 100 % avec un plafond de 75 € par jour.

Concerne M./Mme

N° personnel

I. EVALUATION DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE

RUBRIQUES	DESCRIPTION	INDICE
ALIMENTATION	- Indépendant(e), capable de se servir des couverts, mange en un temps raisonnable	10 <input type="checkbox"/>
	- A besoin d'aide, par exemple pour couper les aliments	5 <input type="checkbox"/>
	- Incapable de se nourrir	0 <input type="checkbox"/>
BAIN	- Prend un bain sans aide	5 <input type="checkbox"/>
	- Incapable de prendre un bain	0 <input type="checkbox"/>
TOILETTE PERSONNELLE	- Lave son visage, peigne ses cheveux, brosse ses dents, se rase (branche la prise du rasoir)	5 <input type="checkbox"/>
	- Incapable d'effectuer ces actes	0 <input type="checkbox"/>
HABILLEMENT	- Indépendant(e). Noue les lacets de ses chaussures, attache ses agrafes, met ses bretelles	10 <input type="checkbox"/>
	- A besoin d'aide, mais fait au moins la moitié du travail en un temps raisonnable	5 <input type="checkbox"/>
	- Incapable d'effectuer ces actes	0 <input type="checkbox"/>
CONTROLE INTESTINAL	- Pas de problème. Capable d'utiliser des lavements / suppositoires, si nécessaire	10 <input type="checkbox"/>
	- Problèmes occasionnels. A besoin d'aide pour les lavements ou les suppositoires	5 <input type="checkbox"/>
	- Incapable d'utiliser des lavements ou des suppositoires	0 <input type="checkbox"/>
CONTROLE VESICAL	- Pas de problème. Capable le cas échéant de prendre soin du matériel de recueil des urines	10 <input type="checkbox"/>
	- Problèmes occasionnels et a besoin d'aide pour l'utilisation du matériel de recueil	5 <input type="checkbox"/>
	- Incapable d'utiliser ce matériel	0 <input type="checkbox"/>
TRANSFERT AUX TOILETTES	- Indépendant(e) pour aller aux toilettes ou se servir du bassin. Tient ses vêtements, s'essuie, tire la chasse ou nettoie le bassin	10 <input type="checkbox"/>
	- A besoin d'aide pour l'équilibre, pour tenir ses vêtements ou le papier hygiénique	5 <input type="checkbox"/>
	- Incapable d'effectuer ces actes	0 <input type="checkbox"/>
TRANSFERTS AU LIT, AU FAUTEUIL ET A LA CHAISE	- Indépendant(e), y compris pour bloquer le fauteuil roulant et abattre le marchepied	15 <input type="checkbox"/>
	- A besoin d'une aide minime ou d'une simple surveillance	10 <input type="checkbox"/>
	- Capable de s'asseoir mais a besoin d'une aide maximale pour le transfert	5 <input type="checkbox"/>
	- Totalement dépendant(e)	0 <input type="checkbox"/>
MARCHE	- Indépendant(e) sur 50 mètres. Peut utiliser des cannes mais ne se sert pas de matériel roulant	15 <input type="checkbox"/>
	- Fait 50 mètres avec aide	10 <input type="checkbox"/>
	- Indépendant(e) avec un fauteuil sur 50 mètres, seulement si incapable de marcher	5 <input type="checkbox"/>
	- Incapable de marcher	0 <input type="checkbox"/>
MONTEE D'UN ESCALIER	- Indépendant(e). Peut utiliser des cannes	10 <input type="checkbox"/>
	- A besoin d'aide ou d'une simple surveillance	5 <input type="checkbox"/>
	- Incapable de monter un escalier	0 <input type="checkbox"/>

TOTAL DE TOUTES LES RUBRIQUES

../100

Pour chacune des rubriques, le médecin doit impérativement **cocher une case**.

Tournez S. V. P. et complétez le verso

II. EVALUATION SPATIO-TEMPORELLE

RUBRIQUES	EVALUATION DES DIFFICULTES RENCONTREES		INDICE
1. DIFFICULTES D'EXPRESSION Pour se faire comprendre par la parole et/ou par gestes	- continuellement - de temps en temps, rarement - jamais		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
2. DERANGEMENT VERBAL Crier sans raison et/ou déranger les autres en criant et/ou en hurlant	- continuellement - de temps en temps, rarement - jamais		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
3. PERTE DES NOTIONS DE BIENSEANCE Comportement inadapté devant le couvert et la nourriture, se dévêtir intempestivement, uriner en dehors des commodités, cracher...	- continuellement - de temps en temps, rarement - jamais		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
4. ORIENTATION DANS LE TEMPS	- tout à fait désorienté - de temps en temps - pas de difficulté		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
5. COMPORTEMENT AGITE Difficulté relationnelle et caractérielle, et/ou auto agressif et/ou agité psychomoteur (déambulation, fugue...)	- continuellement - de temps en temps, rarement - jamais		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
6. COMPORTEMENT NOCTURNE Errer, déranger les autres, confondre jour/nuit	- continuellement - de temps en temps, rarement - jamais		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
7. ORIENTATION DANS L'ESPACE DE VIE	- tout à fait désorienté - de temps en temps - pas de difficulté		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
8. COMPORTEMENT DESTRUCTEUR Violent à l'égard du matériel, des objets de l'environnement : habits, mobilier, périodiques... et/ou agressif à l'égard d'autrui	- continuellement - de temps en temps, rarement - jamais		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
9. PERTE DE LA MEMOIRE...	a) - récente :	OUI NON	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	b) - ancienne :	OUI NON	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
10. RECONNAISSANCE DE L'ENTOURAGE Perte de l'aptitude à reconnaître...	a) - la famille proche (enfants, conjoint) :	OUI NON	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	b) - les amis, connaissances, autres :	OUI NON	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
TOTAL DE TOUTES LES RUBRIQUES	/100	

Pour chacune des rubriques, le médecin doit impérativement cocher une case.

.....
Date

.....
Signature et tampon du médecin

Chapitre 4 - Produits pharmaceutiques

1. Définition

Au titre du présent régime, un produit pharmaceutique est :

- soit une spécialité enregistrée comme médicament et disposant d'une autorisation de mise sur le marché ;
- soit une préparation magistrale réalisée sous la responsabilité du pharmacien dont la composition figure sur la prescription médicale ou sur la facture du pharmacien et dont les composants ont fait la preuve de leur efficacité et de leur innocuité ;
- soit une préparation homéopathique, soit une spécialité en phytothérapie ou une teinture mère dont l'efficacité et l'innocuité sont scientifiquement démontrées.

2. Conditions de remboursement

Le produit pharmaceutique doit être prescrit par le médecin dans une indication médicale reconnue et selon des doses conformes aux recommandations thérapeutiques usuelles. Il est délivré par un pharmacien, un médecin, ou par tout autre organisme ou système agréé autorisé à délivrer des médicaments.

Si en vertu de la législation nationale, une personne disposant d'une qualification autre que celle de médecin (par exemple, dentiste, sage-femme, infirmière, Heilpraktiker etc) est habilitée à prescrire des produits pharmaceutiques, ceux-ci sont également éligibles à un remboursement aux conditions fixées par le présent régime dans les pays où de tels actes sont officiellement reconnus et légalisés.

La composition d'une préparation magistrale doit figurer sur la prescription médicale ou sur la facture du pharmacien et être jointe à la demande de remboursement.

En cas de demandes de remboursement à des doses qui dépassent sensiblement les recommandations thérapeutiques usuelles, la partie des produits considérée comme excessive ne donnera pas lieu à remboursement, après avis du médecin conseil.

3. Modalités de remboursement

Les produits pharmaceutiques sont remboursables à 85 % ou à 100 % lorsqu'ils sont prescrits dans le cadre d'une maladie grave.

D'autres modalités de remboursement sont toutefois appliquées

- aux produits stupéfiants utilisés en cure de sevrage ou en traitement de substitution pour les toxicomanes qui sont remboursables à 100 % durant au maximum 6 mois - voir point 4.1.- ;
- aux produits diététiques visés au point 4.3 b) pour lesquels le taux de remboursement de 85% ou 100% s'applique sur 40 % des frais exposés, ce qui correspond en moyenne à la différence de prix par rapport aux produits classiques.
- aux produits pharmaceutiques utilisés dans le cadre de la désintoxication tabagique dont le remboursement est limité à un montant de 200 € pour l'ensemble des traitements suivis par le bénéficiaire tout au long de sa vie.

4. Produits remboursables sur autorisation préalable

4.1. Sont soumis à autorisation préalable sur présentation d'un rapport médical, les produits suivants :

- produits amaigrissants ;
- traitements hormonaux anti-vieillessement non justifiés par un déficit hormonal objectif ;
- hormones de croissance ;
- produits utilisés dans le traitement symptomatique des troubles de l'érection masculine lorsque l'impuissance est la conséquence d'une maladie grave, d'un accident ou d'une opération de la prostate. Le montant maximum remboursé par période de douze mois pour cette catégorie de médicaments est de 400 € ;
- produits stupéfiants utilisés en cure de sevrage ou en traitement de substitution pour les toxicomanes. Ces produits bénéficient d'un remboursement spécial à 100 % durant une période maximale de 6 mois.

4.2. Sont soumises à autorisation préalable sur présentation d'un rapport médical, les spécialités qui bénéficient d'une autorisation de mise sur le marché comme produits pharmaceutiques, mais qui sont utilisées en dehors de leur indication médicale reconnue, aux mêmes fins que les produits figurant sous le point 4.1.

Cette disposition s'applique également aux produits à visée capillaire.

4.3. Sont soumis à autorisation préalable sur présentation d'un rapport médical, certains produits diététiques et d'hygiène s'ils sont considérés comme indispensables à la survie.

Ces produits sont remboursés même s'ils ne sont pas achetés en pharmacie, auprès d'un médecin ou de tout autre organisme ou système agréé habilité à délivrer des médicaments.

Il s'agit :

- a) des produits spéciaux destinés à l'alimentation entérale ou parentérale qui sont remboursables au taux de 85 % ou de 100 % en cas de maladie grave ;

- b) - des aliments liquides hypercaloriques ou hyperprotidiques prescrits dans les suites de radiothérapie, chimiothérapie ou d'intervention chirurgicale majeure ;
- des laits spéciaux consistant en préparations semi-élémentaires avec degré très élevé d'hydrolyse, en cas de diarrhée prolongée par allergie grave au lait de vache ou au soja, ou en cas de choc anaphylactique, de malabsorption intestinale ou de maladie inflammatoire de l'intestin ;
- des aliments spéciaux utilisés dans le cadre de maladies métaboliques.

Le taux de remboursement pour ces 3 catégories de produits s'applique sur 40 % du montant des frais exposés, ce qui correspond en moyenne à la différence de prix par rapport aux produits classiques.

- c) des produits de désinfection ou d'hygiène indispensables au traitement de certaines maladies graves comme notamment les maladies nosocomiales.

5. Produits exclus du remboursement

Sont exclus du remboursement:

- 5.1. les produits à finalité cosmétique, hygiénique, esthétique, diététique ou de confort à l'exception des situations visées au point 4 ci-dessus.
- 5.2. les vins et liqueurs toniques, les produits d'organothérapie, les oligo-éléments à doses catalytiques qui bénéficient d'une autorisation de mise sur le marché comme produits pharmaceutiques mais n'ont pas fait la preuve de leur efficacité et/ou de leur innocuité.

6. Information des affiliés

Deux listes reprenant les principaux produits pharmaceutiques remboursables et non remboursables sont mises à jour régulièrement et portées à la connaissance des affiliés.

Les produits ne figurant sur aucune des deux listes peuvent être remboursés après avis du médecin conseil.

Chapitre 5 - Soins, traitements et prothèses dentaires

1. Soins et traitements préventifs

Les frais de prévention bucco-dentaire, de radiologie, de soins et de chirurgie sont remboursés à 80 % avec un plafond de 750 € par année civile et par bénéficiaire, pour autant que les actes soient effectués par des personnes habilitées par les autorités nationales compétentes.

En cas de maladie grave telle que cancer, diabète insulino-dépendant, valvulopathie (retentissement à distance de foyers dentaires) affectant ou ayant des répercussions sur la sphère buccale, les frais sont remboursés à 100 %, après avis favorable conjoint du médecin conseil et du dentiste-conseil, avec un plafond de 1.500 €. Ce montant est applicable également en cas de difficulté de soins chez l'enfant hyperactif et chez la femme enceinte.

Ce montant couvre l'ensemble des prestations suivantes :

- Consultation ;
- Radiographie endobuccale ;
- Radiographie panoramique et téléradiographie effectuées au cabinet dentaire (*) ;
- Fluoration ;
- Scellement des puits et fissures ;
- Détartrage ;
- Obturation coronaire (**)
- Reconstitution, faux moignon (avec vis ou tenon), inlays et facettes en résine ;
- Dévitalisation et obturation radiculaire ;
- Extraction normale, incision d'abcès, esquillectomie ;
- Extraction chirurgicale, dent incluse, apéctomie, amputation radiculaire, frénectomie (***) ;
- Anesthésie locale ou régionale.

Les prestations non reprises dans cette liste peuvent, après avis du dentiste-conseil, être remboursées à 80 % ou à 100 % en cas de maladie grave, dans la limite du plafond annuel.

(*) Les mêmes examens, tout comme le scanner maxillo facial effectués en clinique sont remboursés à 85 %.

(**) Les frais relatifs à la dépose systématique de toutes les obturations en amalgame d'argent et leur remplacement ne sont pas remboursables sauf si elles sont endommagées ou si elles présentent des récives.

(***) L'extraction d'une dent de sagesse incluse exécutée en milieu hospitalier sous anesthésie générale ou locale est remboursée dans les limites et conditions prévues pour les interventions chirurgicales de la catégorie A2. En cas d'extraction supplémentaire lors de la même séance, le remboursement par dent est limité à la moitié du montant remboursable de la catégorie A2 des interventions chirurgicales.

2. Parodontie

Les frais de traitement de parodontie autorisés préalablement par le bureau liquidateur, sur présentation d'un devis détaillé et après avis du dentiste-conseil, sont remboursés à 80 % avec un plafond de 350 € par sextant, soit 2.100 € pour la bouche entière et sur une période de 10 ans. Un second remboursement peut être autorisé dans les mêmes conditions, au terme d'un délai de 6 ans à compter de la date de la fin de la période de 10 ans.

Les frais de radiologie font l'objet d'un remboursement séparé, conformément au point 1 ci-dessus.

3. Orthodontie

Les frais de traitement orthodontique (orthopédie dento-faciale) sont remboursés à 80 % avec un plafond de 3.300 € pour l'ensemble du traitement (y compris l'analyse céphalométrique, les modèles d'étude, les photos, les frais de contention), à condition que ce traitement ait été préalablement autorisé par le bureau liquidateur, sur présentation d'un devis et après avis du dentiste-conseil. Les frais de radiologie font l'objet d'un remboursement séparé, conformément au point 1 ci-dessus.

Le traitement orthodontique doit débiter avant la date du 18^{ème} anniversaire, sauf en cas de maladie grave de la sphère buccale, de chirurgie maxillo-faciale, de traumatisme maxillo-facial et de problèmes graves d'articulation temporo-mandibulaire prouvés radiologiquement et cliniquement.

Le remboursement d'un deuxième traitement peut être autorisé, dans les mêmes conditions que ci-dessus, en cas de :

- changement du pays de résidence du bénéficiaire entraînant la nécessité d'avoir recours à un autre praticien et si celui-ci est dans l'impossibilité de poursuivre le traitement en cours selon la même technique thérapeutique. L'autorisation n'est délivrée que si le changement du pays de résidence du bénéficiaire est établi par des pièces justificatives et si le nouveau traitement suit, sans délai, le précédent ;
- décès du praticien traitant ou de fermeture de son cabinet ;
- agénésies à partir de 5 dents (dents de sagesse exclues) par maxillaire ;
- chirurgie maxillo-faciale lourde avec ostéosynthèses (traumatismes ou tumeurs).
- problèmes graves d'articulation temporo-mandibulaire

4. Occlusodontie

Les frais de traitement dans le domaine de l'occlusodontie (troubles de l'occlusion) sont remboursés à 80 % avec un plafond de 450 € pour l'ensemble du traitement, à condition qu'il ait été préalablement autorisé par le Bureau liquidateur, sur présentation d'un devis et après avis du dentiste-conseil.

Ce traitement, qui n'est remboursable qu'une seule fois, comprend :

- l'étude préalable à l'exception des radiographies remboursées conformément au point 1 ci-dessus ;
- la gouttière occlusale ;
- les séances de contrôle de l'appareil ;
- les séances d'équilibration occlusale.

5. Prothèses dentaires

Les frais de prothèses dentaires, autorisés préalablement sur présentation d'un devis et après avis du dentiste-conseil, sont remboursés à 80 %, dans la limite des montants maximums remboursables fixés dans le tableau suivant. En cas d'urgence ne permettant pas l'introduction d'un devis, seuls les frais relatifs aux prothèses provisoires sont remboursés.

<u>Type de prestation</u>	<u>Plafond (€)</u>
<i>1. a) Prothèses conjointes</i>	
<u>Inlay or ou céramique, faux moignon coulé</u>	250
<u>Couronne coulée, coiffe télescopique, couronne ou élément céramo-métallique, facette céramique</u>	250
<u>Attachement (Barre Dolder : par pilier)</u>	250
<u>Couronne ou pontique provisoire (*)</u>	30
<i>b) Réparation de prothèses conjointes</i>	
<u>Dépose ou repose d'éléments fixes (par élément)</u>	50
<u>Réparation de couronnes ou d'éléments de bridge (à l'exception</u>	90

des couronnes et éléments provisoires) par élément

2. a) Prothèses amovibles

<u>Plaque base résine, gouttière occlusale (à l'exclusion de la gouttière de bleaching)</u>	200
<u>Dent ou crochet sur base résine</u>	50
<u>Prothèse complète supérieure ou inférieure</u>	800
<u>Plaque base résine provisoire</u>	90
<u>Dent ou crochet provisoire sur base résine</u>	30
<u>Plaque métallique coulée (avec les crochets)</u>	400
<u>Dent sur plaque métallique coulée (jusqu'à 10 max.)</u>	100

b) Réparation de prothèses amovibles

<u>Réparation d'une base résine, adjonction (remplacement) d'une dent ou d'un crochet sur base résine ou métallique (*)</u>	60
<u>Rebasage (partiel ou complet / plaque résine ou métallique)</u>	150

(*) Pour la couronne transitoire et les réparations sur base métallique (chrome – cobalt), les montants maximums remboursables sont doublés.

L'autorisation de renouvellement des prothèses mobiles ou fixes qui ont déjà fait l'objet d'un remboursement par le Régime, ne peut être délivrée qu'au terme d'un délai de 6 ans. Le remboursement s'effectue conformément aux conditions fixées ci dessus.

Toutefois, à titre exceptionnel, notamment en cas d'accident traumatique ou de maladie grave (telle que cancer des maxillaires...) affectant ou ayant des répercussions sur la sphère buccale et rendant impossible le port de la prothèse en place, les délais de renouvellement peuvent être réduits, après avis du dentiste-conseil, sur présentation d'une justification médicale détaillée et d'un devis.

6. Implantologie

- 6.1. Les traitements relatifs à la pose d'implants doivent être autorisés préalablement par le bureau liquidateur sur présentation d'un devis et après avis du dentiste-conseil.
- 6.2. Le remboursement est limité à 4 implants par mâchoire, soit un maximum de 8 implants par bénéficiaire et ce tout au long de sa vie.
- 6.3. Les prestations relatives à la pose d'implants sont remboursées à 80 % avec un plafond de 550 € par implant. Les frais relatifs à la pose d'implants comprennent :
 - l'étude préalable à l'exception des radios remboursées séparément ;
 - la greffe d'os synthétique ;
 - le matériel posé : implant, abutment, membrane et matériel stérile jetable ;
 - les anesthésies locales effectuées par le praticien ;
 - l'acte chirurgical pour la pose intra-osseuse de l'implant ;
 - la recherche et mise à nu de la tête de l'implant qui a lieu quelques mois après son ostéo intégration.
- 6.4. Dans le cas de la pose d'implants en milieu hospitalier, également soumise à autorisation préalable, les frais de séjour, d'anesthésie générale et les autres frais annexes sont remboursés aux conditions prévues pour chaque prestation, à l'exception des honoraires du praticien et des prestations mentionnées au paragraphe 6.3 ci avant.
- 6.5. Après autorisation préalable, les frais relatifs à la greffe d'os autogène – obligatoirement effectuée par un chirurgien maxillo-facial – sont remboursés à 85 %, dans la limite du

plafond pour les interventions chirurgicales de la catégorie B1. Les frais de séjour et les autres frais annexes sont remboursés aux conditions prévues pour chaque prestation.

7. Maladie grave

En cas de maladie grave affectant ou ayant des répercussions sur la sphère buccale, après avis conjoint du médecin conseil et du dentiste conseil, les frais concernant les traitements prévus aux points 2 à 6 sont remboursés à 100 % dans la limite du double du plafond prévu pour chaque prestation.

8. Dispositions particulières

Pour les prestations soumises à autorisation préalable, il y a lieu, sauf cas d'urgence ou de force majeure, d'utiliser les devis officiels du RCAM. Sauf impossibilité résultant d'une disposition réglementaire nationale, les notes d'honoraires doivent être établies selon le même schéma que les devis. Les notes d'honoraires comme les devis doivent indiquer des montants distincts par prestation ainsi que le numéro des dents traitées.

Les devis concernant les traitements d'orthodontie, de parodontie, les prothèses conjointes et les implants doivent être accompagnés des radiographies et/ou des modèles d'étude. Si le dentiste-conseil le juge utile, il peut effectuer ou faire effectuer un contrôle physique du patient.

Les traitements mentionnés sur les devis doivent débiter dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle ils ont été autorisés. Ce délai peut exceptionnellement être prolongé après avis du dentiste-conseil.

Les frais relatifs aux traitements à visée esthétique (tels que blanchiment des dents, remplacement systématique des amalgames d'argent, facettes sur les incisives intactes, incrustations...) ne sont pas remboursés.

Chapitre 6 - Imagerie médicale, analyses, examens de laboratoire et autres moyens de diagnostic

12.

1. Dispositions générales

Les frais relatifs à ces prestations sont remboursés à 85 % ou à 100 % en cas de maladie grave.

2. Analyses et examens soumis à autorisation préalable

Sont soumis à autorisation préalable :

- Les analyses pratiquées dans le cadre :
 - de la médecine anti-âge ;
 - de l'hormonologie multiple ;
 - des allergies et intolérances alimentaires ;
 - d'examens génétiques en dehors de la recherche d'une affection bien précise.
- Les techniques nouvelles en matière d'examens, d'analyses et d'imagerie médicale dont les frais ne sont pas éligibles au remboursement dans au moins un Etat membre de l'Union européenne.

3. Analyses exclues du remboursement

Ne sont pas remboursées :

- Les analyses pratiquées dans le cadre :
 - de la mesure du « stress oxydatif »
 - de la micro nutrition
 - de tests de floculation
- Les frais relatifs aux analyses et examens qui sont considérés comme non fonctionnels et/ou non nécessaires après avis du conseil médical.
Sont considérés comme non fonctionnels, les analyses et examens dont la performance n'est pas validée scientifiquement en termes d'efficacité et d'innocuité.

4. Information des affiliés

Deux listes reprenant les principales analyses, catégories d'analyses et examens remboursables et non remboursables sont mises à jour régulièrement et portées à la connaissance des affiliés.

Les analyses et examens ne figurant sur aucune des deux listes peuvent être remboursés après avis du médecin conseil.

Chapitre 7 - Grossesse, Accouchements et Infertilité

1. Prestations remboursables au titre de la grossesse

1.1. Définition et généralités

Est considérée comme grossesse, la période comprise entre la fécondation et l'accouchement.

Les consultations, les traitements de kinésithérapie (pré- et postnatale) ainsi que tous les autres examens et prestations relatifs à la grossesse et effectués par des médecins, des sages-femmes, des kinésithérapeutes et/ou d'autres prestataires de soins sont remboursés conformément aux dispositions prévues pour chacune des prestations.

Les honoraires de disponibilité (téléphonique et autres) des prestataires lors de la période de grossesse ne sont pas remboursables.

1.2. Particularités

Les analyses et médicaments prescrits par une sage femme sont remboursables dans les pays où ces actes sont officiellement reconnus et légalisés.

Le « monitoring » effectué par une sage femme est remboursable sans prescription médicale.

Les séances de kinésithérapie pré- et postnatale, sur prescription médicale, ne sont pas incluses dans le nombre maximal de séances prévu au Titre II – Chapitre 8 des présentes Dispositions Générales d'Exécution. Leur remboursement est toutefois soumis aux mêmes conditions.

Les séances collectives de préparation à l'accouchement, effectuées par un kinésithérapeute ou une sage-femme sur prescription médicale, sont remboursées à 80 % avec un plafond de 15 € par séance.

Les frais pour séances d'haptonomie ainsi que les frais de piscine ne sont pas remboursables.

2. Prestations et remboursements relatifs à l'accouchement

2.1. Définition

Est considéré comme accouchement, toute naissance à partir de la 22^{ème} semaine de grossesse.

2.2. Accouchement en centre hospitalier

Sont remboursables à 100% :

- les honoraires des médecins qui pratiquent un accouchement normal, dystocique, gémellaire ou par césarienne ;
- les honoraires de sage-femme et d'anesthésiste, les frais de salle d'accouchement, les frais d'assistance d'un kinésithérapeute pendant l'accouchement ainsi que les autres frais se rapportant à des prestations directement liées à l'accouchement ;

- les frais de séjour et de soins de la mère et de l'enfant en établissement hospitalier pour une durée maximale de 10 jours ou pour toute la durée de l'hospitalisation en cas de complications médicales directement liées à l'accouchement ;
- les frais de séjour et de soins de l'enfant en néonatalogie.

Le remboursement des frais résultant du choix de la chambre sera limité au prix de la chambre particulière individuelle la moins onéreuse de l'hôpital.

Si, dans un établissement hospitalier, le prix forfaitaire de la journée d'hospitalisation comprend les frais de séjour et tout ou partie des frais d'accouchement, d'assistance, d'exams ainsi que d'autres frais divers relatifs à l'accouchement, le remboursement s'effectue à 100 % sur une base globale.

La détermination éventuelle de l'excessivité prévue à l'article 20, paragraphe 2, de la Réglementation commune, se fait en fonction des normes de facturation appliquées dans le pays où l'accouchement a eu lieu, après avis du médecin conseil.

2.3. Accouchement à domicile

En cas d'accouchement à domicile, sont remboursés à 100 % pour une durée maximale de 10 jours :

- les honoraires du médecin et/ou de la sage-femme relatifs à l'accouchement ;
- les frais d'infirmière et autres auxiliaires médicaux ;
- tous les autres frais médicaux directement liés à l'accouchement.

En présence de complications médicales, la prise en charge peut être prolongée après avis du médecin conseil. Si ces complications entraînent une hospitalisation de la mère et/ou de l'enfant, les frais de séjour et de soins qui en résultent sont remboursés à 100 %.

Lorsqu'un ensemble de prestations de nature médicale et autres est fourni par un service regroupant différents prestataires, notamment des auxiliaires médicaux, le remboursement porte sur l'ensemble des prestations sans distinction de leur nature.

Les frais d'aide familiale ne sont pas remboursés.

2.4. Accouchement dans une maison de naissance ou dans un centre non hospitalier agréé

En cas d'accouchement dans une « maison de naissance » ou en centre non-hospitalier, agréé par les autorités sanitaires compétentes,

- les honoraires pour l'accouchement sont remboursés aux mêmes conditions que l'accouchement à domicile.
- les frais complémentaires relatifs au suivi et à l'hébergement sont remboursés pour une période maximale de 24 heures après l'accouchement.

Les frais consécutifs à l'accouchement et délivrés à domicile par du personnel infirmier et des auxiliaires médicaux sont remboursés à 100 % pour une durée maximale de dix jours y inclus le séjour hors du domicile.

En présence de complications médicales pour la mère et/ou l'enfant directement liées à l'accouchement, la prise en charge est étendue après avis du médecin conseil. Si ces complications entraînent une hospitalisation, les frais de séjours et de soins sont remboursés à 100 %.

La détermination de l'excessivité des séjours en maison de naissance ou en centre non hospitalier, prévue à l'article 20, paragraphe 2, de la Réglementation, s'effectue par rapport au niveau des frais de séjour d'hospitalisation pratiqué dans le pays où a eu lieu l'accouchement.

3. Prestations et remboursements relatifs au traitement de l'infertilité

3.1. Les frais de fécondation in vitro résultant d'une stérilité liée à un problème pathologique chez l'affilié(e), son conjoint ou son partenaire sont remboursables, après autorisation préalable à la condition suivante :

- le nombre maximum de tentatives autorisées est de 5 par enfant ;
- Le traitement est remboursable pour autant qu'il soit démarré avant le 45^{ème} anniversaire de la mère.

Ce remboursement intervient après recours aux possibilités de remboursement du régime primaire du conjoint ou du partenaire reconnu.

Sont remboursés à 85 % :

- les frais de prélèvements d'ovocyte ou de spermatoocyte, de fécondation et de mise en culture avec un plafond correspondant à la catégorie B1 des interventions chirurgicales.
- les frais de stimulation, d'examen, d'analyses, de laboratoire et de conservation (d'ovocytes et des spermatoocytes).

Les frais éventuels de diagnostic génétique pré-implantatoire sur l'embryon sont remboursables sur autorisation préalable en cas de maladie ou d'anomalie génétique identifiée chez l'un des parents au premier ou au second degré.

Les frais éventuels de don d'ovules (frais de stimulation et de prélèvement chez la donneuse, à l'exclusion de tous autres frais) sont remboursables sur autorisation préalable en cas de stérilité pathologique de la mère consécutive par exemple à une chimiothérapie, à une radiothérapie ou à une ovariectomie bilatérale, à l'exclusion des stérilisations volontaires sauf si elles résultent d'un problème pathologique avéré.

3.2. En ce qui concerne spécifiquement les infertilités masculines, et pour autant qu'elles ne soient pas consécutives à une stérilisation volontaire antérieure sont remboursables à 85 % aux conditions suivantes:

a) les interventions chirurgicales avec un plafond correspondant à la catégorie de l'intervention chirurgicale :

- vaso-vasostomie : catégorie B1
- anastomose épидидymo-déférentielle : catégorie B1
- reperméabilisation des canaux éjaculateurs : catégorie B1
- cure de varicocèle : catégorie A2

b) les inséminations artificielles avec sperme du patient ou de donneur.

c) les fécondations in vitro y compris avec injection intracytoplasmique de spermatozoïde (ICSI) aux conditions prévues au paragraphe 3.1.

d) les prélèvements de spermatozoïdes (déférentiel, epididymaire ou testiculaire) et leur préparation pour l'ICSI, avec un plafond correspondant à la catégorie A2 des interventions chirurgicales.

NB : Les améliorations de la qualité spermatique sont reprises dans le chapitre relatif aux médicaments et les implants péniers sont repris dans le chapitre concernant les prothèses.

Chapitre 8 - Traitements divers

1. Dispositions générales

- 1.1. Les frais relatifs aux traitements énumérés au point 2 ci-dessous, prescrits par un médecin ou, dans le cas de la psychothérapie et de traitements similaires, par un psychiatre, un neuropsychiatre ou un neurologue, sont remboursés à 80 % dans la limite des montants maximums remboursables fixés par nature de prestation ou à 100 % en cas de maladie grave, dans la limite du double des plafonds prévus.
- 1.2. Pour chaque type de traitement, le nombre maximum de séances remboursables par année civile est indiqué. Sauf mention contraire, un nombre plus élevé de séances peut faire l'objet d'un remboursement sur autorisation préalable, en cas de maladie grave reconnue, de revalidation post-opératoire ou post-traumatique ou de problème de mobilité réduite.
- 1.3. Les prescriptions médicales doivent être établies avant le début du traitement et datées de moins de six mois avant la date du premier traitement. Elles doivent comporter au moins les précisions suivantes :
 - le nom du patient ;
 - le motif du traitement ;
 - le type de traitement et le nombre de séances prescrites.En fonction des traitements, d'autres indications spécifiques ou conditions énumérées au point 2 peuvent être requises.
- 1.4. Les traitements doivent correspondre aux traitements indiqués sur la prescription médicale et être effectués par des prestataires habilités professionnellement et légalement reconnus.
- 1.5. Les factures doivent être établies par les prestataires eux-mêmes, à l'exception des traitements effectués dans un centre hospitalier, un centre de revalidation et un centre de cure thermale si la cure a été préalablement autorisée.

Les factures émanant d'établissements tels que des centres esthétiques, des centres de remise en forme, des hôtels, des établissements de thalassothérapie et de balnéothérapie, ne sont pas remboursables.
- 1.6. Ne sont pas remboursables : les traitements à visée esthétique, les abonnements de piscine, les frais d'inscription dans des centres sportifs et de remise en forme.
- 1.7. Tout traitement ne figurant pas au point 2 est soumis à autorisation préalable.

2. Dispositions particulières

PM : Prescription médicale requise
AP : Autorisation préalable requise

A. Traitements pour lesquels une prescription médicale est requise

<u>Nature traitement/prestations</u>	<u>PM</u>	<u>AP</u>	<u>Nombre maximum de séances par an / (12 mois)</u>	<u>Plafond 80% (€)</u>	<u>Remarques</u>
<u>A1</u> <u>Aérosolthérapie</u>	<u>x</u>		<u>30</u>	<u>=</u>	
<u>A2</u> <u>Consultation d'un diététicien</u>	<u>x</u>		<u>10</u>	<u>25</u>	
<u>A3</u> <u>Kinésithérapie, physiothérapie et traitements assimilables²</u>	<u>x</u>		<u>60</u>	<u>25</u>	
<u>A4</u> <u>Pédicure médicale</u>	<u>x</u>		<u>12</u>	<u>25</u>	

² Traitements assimilables tels que massages médicaux, gymnastique médicale, mobilisation, rééducation, mécanothérapie, tractions, bains de boue (fango), hydromassages, hydrothérapie, électrothérapie, courants diadynamiques, radar, ionisation, ondes courtes, courants spéciaux, rayons infrarouges, ultrasons, etc.

B. Traitements qui doivent être effectués par un médecin ou en milieu hospitalier

<u>Nature traitement/prestations</u>	<u>PM</u>	<u>AP</u>	<u>Nombre maximum de séances par an / (12 mois)</u>	<u>Plafond 80% (€)</u>	<u>Remarques</u>
<u>B 1</u> <u>Acupuncture</u>	<u>x</u>		<u>30</u>	<u>25</u>	<p><u>Effectué par un prestataire légalement autorisé à délivrer ce type d'acte</u> <u>- Effectué par un médecin ou en milieu hospitalier (honoraires du médecin inclus dans le plafond de 45 € par séance)</u> <u>- Un nombre supérieur de séances/an ne peut être accordé.</u></p>
<u>B 2</u> <u>Mésothérapie</u>	<u>x</u>	<u>x</u>	<u>30</u>	<u>45</u>	
<u>B 3</u> <u>Rayons ultra-violets</u>	<u>x</u>	<u>x</u>		<u>35</u>	

C. Traitements pour lesquels une prescription médicale est requise et qui sont, dans certains cas, soumis à autorisation préalable

	<u>Nature traitement/prestations</u>	<u>PM</u>	<u>AP</u>	<u>Nombre maximum de séances par an / (12 mois)</u>	<u>Plafond 80% (€)</u>	<u>Remarques</u>
<u>C 1</u>	<u>Bilan/examen psychologique complet effectué par un seul intervenant</u>	<u>x</u>			<u>150</u>	
	<u>Chiropraxie/osthéopathie</u>	<u>x</u>		<u>24</u>		<u>Un nombre supérieur de séances/an ne peut être accordé que sur AP. Les traitements d'ostéopathie crânienne, énergétique et viscérale, la micro-ostéopathie ne sont pas remboursables</u>
<u>C 2</u>	• <u>Personnes âgées de 12 ans ou plus</u>				<u>40</u>	
	• <u>Enfants âgés de moins de 12 ans</u>	<u>x</u>	<u>x</u>	<u>24</u>		
	<u>Logopédie/orthophonie (rapport médical établi par médecin ORL ou neurologue)</u>				<u>35</u>	
	• <u>Enfants jusqu'à l'âge de 12 ans accomplis</u>	<u>x</u>		<u>180 sur une ou plusieurs années</u>		<u>Troubles neurologiques importants : dépassement 180 séances sur autorisation préalable</u>
<u>C 3</u>	• <u>Enfants âgés de 13 ans à moins de 18 ans</u>	<u>x</u>	<u>x</u>	<u>30 pour l'ensemble du traitement</u>		
	• <u>Personnes âgées de plus de 18 ans</u>	<u>x</u>	<u>x</u>			<u>Concerne : - enfants atteints de surdité grave ou d'affection neurologique - adultes souffrant d'affections</u>

neurologiques ou laryngées

Bilan logopédique/orthophonique

40

<u>Nature traitement/prestations</u>	<u>PM</u>	<u>AP</u>	<u>Nombre maximum de séances par an / (12 mois)</u>	<u>Plafond 80% (€)</u>	<u>Remarques</u>
C 4 <u>Psychomotricité, graphomotricité</u>	<u>x</u>		<u>60</u>	<u>35</u>	
<u>Psychothérapie</u>			<u>30</u>	<u>60</u>	<ul style="list-style-type: none">• <u>Séance individuelle</u>• <u>Séance familiale</u>• <u>Séance de groupe</u> <p><u>Un dépassement du nombre maximal de séances/an peut être accordé sur base d'une AP</u></p>
			<u>tous types de séances confondus</u>	<u>90</u>	
				<u>25</u>	
<u>Effectué</u>					
C5 <ul style="list-style-type: none">• <u>par médecin spécialiste en psychiatrie, neuropsychiatrie ou neurologie</u>• <u>par psychologue ou psychothérapeute</u>	<u>x</u>	<u>x</u>			<ul style="list-style-type: none">○ <u>Prescription par psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue</u>○ <u>10 premières séances peuvent être prescrites par médecin généraliste</u>○ <u>Pour enfants âgés de moins de 15 ans la prescription peut être</u>

établie par un pédiatre

D. Traitements toujours soumis à autorisation préalable

<u>Nature traitement/prestations</u>	<u>PM</u>	<u>AP</u>	<u>Nombre maximum de séances par an / (12 mois)</u>	<u>Plafond 80% (€)</u>	<u>Remarques</u>
<u>D 1</u> <u>Bilan neuro-psychologique pluridisciplinaire</u>	<u>x</u>	<u>x</u>		<u>600</u>	<u>Sur base d'un rapport médical d'un neuro-pédiatre ou psychiatre</u>
<u>D 2</u> <u>Caisson hyperbare</u>	<u>x</u>	<u>x</u>		<u>=</u>	
<u>D 3</u> <u>Drainage lymphatique</u>	<u>x</u>	<u>x</u>	<u>20 /12 mois</u>	<u>25</u>	<u>En cas de maladie grave, pas de limitation du nombre de séances ni de plafond.</u>
<u>D 4</u> <u>Endermologie à visée non esthétique</u>	<u>x</u>	<u>x</u>	<u>5 / 12 mois</u>	<u>=</u>	<u>Traitement de cicatrices vicieuses</u>
<u>D 5</u> <u>Epilation</u>	<u>x</u>	<u>x</u>		<u>Montant maximum remboursable équivalent</u>	<u>Uniquement en cas d'hypertrichose pathologique du visage</u>

				<u>intervention chirurgicale</u>	
D 6	<u>Ergothérapie</u>	<u>x</u>	<u>x</u>	<u>==</u>	<u>==</u>
D 7	<u>Laser : Traitement Laser ou photothérapie dynamique en dermatologie</u>	<u>x</u>	<u>x</u>	<u>20</u>	<u>==</u>
D 8	<u>Orthoptie</u>	<u>x</u>	<u>x</u>	<u>20 /12 mois</u>	<u>35</u>
					<u>Prescription par spécialiste en ophtalmologie indiquant l'identité de l'orthoptiste</u>

	<u>Nature traitement/prestations</u>	<u>PM</u>	<u>AP</u>	<u>Nombre maximum de séances par an /(12 mois)</u>	<u>Plafond 80% (€)</u>	<u>Remarques</u>
D 9	<u>Revalidation fonctionnelle pluridisciplinaire ambulatoire en service hospitalier.</u>	<u>x</u>	<u>x</u>	<u>==</u>	<u>==</u>	
D10	<u>Revalidation par appareil MDX, traitements selon méthode « David Back Clinic » ou école du dos</u>	<u>x</u>	<u>x</u>	<u>24 renouvelable en principe une fois</u>	<u>40</u>	
D11	<u>Traitements par ondes de choc en rhumatologie</u>	<u>x</u>	<u>x</u>	<u>==</u>	<u>==</u>	
D12	<u>Tout autre traitement non spécifié</u>	<u>x</u>	<u>x</u>	<u>==</u>	<u>==</u>	

Chapitre 9 : Auxiliaires médicaux

Les frais de prestations du personnel infirmier sont remboursables à 80 % ou à 100 % en cas de maladie grave à condition que ces prestations aient été prescrites par un médecin et exécutées par une personne légalement autorisée à exercer la profession.

Au cas où l'assuré bénéficie de prestations de garde-malade, une autorisation préalable est requise pour les prestations techniques complémentaires comme les injections ou les pansements compliqués, qui ne peuvent être légalement effectuées par le garde malade.

Chapitre 10 - Cures

Section 1 - Cures de convalescences et post-opératoires

1. Généralités

Les cures de convalescences et les cures post-opératoires sont éligibles au remboursement sur autorisation préalable à condition :

1. qu'elles s'effectuent sous contrôle médical dans des centres de convalescence disposant d'une infrastructure médicale et paramédicale adaptée, à l'exclusion de tout autre type de centre ;
2. qu'elles débutent dans les trois mois suivant l'intervention chirurgicale ou la maladie pour laquelle elles ont été prescrites, sauf contre-indication médicale dûment justifiée dans le rapport accompagnant la prescription médicale et acceptée par le médecin-conseil.

L'autorisation de cure peut être renouvelée en cas de rechute ou de nouvelle maladie.

2. Conditions d'obtention d'une autorisation préalable

La demande d'autorisation préalable doit être introduite auprès du bureau liquidateur accompagnée d'une prescription médicale établie depuis moins de trois mois par un médecin traitant indépendant d'un centre de cure. La prescription est appuyée d'un rapport médical circonstancié justifiant la nécessité thérapeutique de la cure.

Pour être autorisée, la cure doit avoir été reconnue nécessaire par le médecin conseil sur la base du rapport médical mentionné ci-dessus.

Aucune autorisation ne sera délivrée à posteriori. Le régime ne remboursera ni soins, ni examens, ni consultations dispensés dans un centre de cure si la cure n'est pas autorisée.

3. Règles de remboursement

Sont remboursables :

- Frais de séjour :

Les frais de séjour sont remboursés à 80 % pour une période maximale de vingt-huit jours par an, avec un plafond de remboursement de 36 € par jour.

Dans le cas d'une cure liée à une maladie grave, ces frais sont remboursés à 100 %, avec un plafond spécial de remboursement de 45 € par jour.

Ces frais ne peuvent être considérés comme des frais d'hospitalisation.

- Frais de soins :

Les soins sont remboursés séparément conformément aux dispositions prévues dans les présentes dispositions générales.

- Frais d'accompagnement :

Les frais d'accompagnement sont remboursables à titre exceptionnel à 85 % avec un plafond de 40 € par jour, sur prescription médicale et après autorisation préalable, dans les cas suivants :

- pour un membre de la famille qui accompagne, dans la chambre ou dans l'enceinte de l'établissement de cure, un bénéficiaire qui suit une cure avant son 14^{ème} anniversaire ou qui, compte tenu de l'affection ou d'une autre nécessité médicalement justifiée, a besoin d'une assistance spéciale.
- pour les frais de séjour de l'enfant en période d'allaitement qui doit accompagner sa mère en cure.

Dans tous les autres cas, les frais d'accompagnement ne sont pas remboursés.

4. Exclusions du remboursement

Les frais de voyage.

5. Conditions de remboursement

La demande de remboursement doit être accompagnée de factures reprenant séparément les frais de séjour et les frais de soins ainsi que d'un rapport du médecin de l'établissement détaillant les traitements suivis, établi à la fin de la cure et adressé au médecin-conseil du Bureau liquidateur.

Section 2 - Cures thermales

1. Généralités

Une cure thermale est un séjour d'au moins 10 jours et d'au maximum 21 jours, effectué dans un établissement spécialisé qui prodigue ses soins sous contrôle médical avec des eaux prises à la source avant qu'elles ne perdent les propriétés biologiques et pharmacodynamiques qu'elles tirent de leur richesse en ions et en oligoéléments.

Peuvent être assimilées à des cures thermales, les séjours dans des centres paramédicaux agréés par les autorités sanitaires nationales, exclusivement spécialisés dans le traitement des maladies chroniques.

Pour être remboursée, la cure doit être autorisée au préalable par le bureau liquidateur après avis du médecin conseil et se dérouler dans un centre agréé par les autorités sanitaires nationales.

L'autorisation de cure est limitée à :

- une cure par an avec un maximum de huit cures sur la durée de la vie du bénéficiaire, pour chacune des catégories de pathologies suivantes :
 1. rhumatisme et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires
 2. phlébologie et maladies cardio-artérielles
 3. neurologie
 4. maladies de l'appareil digestif, de ses annexes et maladies métaboliques
 5. gynécologie et maladies de l'appareil réno-urinaire
 6. dermatologie et stomatologie
 7. voies respiratoires
- une cure par an à condition qu'elle soit effectuée dans le cadre du traitement d'une maladie grave ou en cas d'un psoriasis sévère ne répondant pas aux traitements classiques.

Ne sont pas considérées comme cures thermales éligibles au remboursement notamment les cures de thalassothérapie et les cures de remise en forme.

2. Conditions d'obtention d'une autorisation préalable pour une cure thermale

La demande d'autorisation préalable doit être introduite auprès du Bureau liquidateur au moins six semaines avant la date prévue pour le début de la cure et indiquer les dates de la cure et les nom et adresse de l'établissement. Elle est accompagnée d'une prescription médicale émanant d'un médecin traitant indépendant d'un centre de cure et d'un rapport médical circonstancié établi depuis moins de 3 mois justifiant la nécessité thérapeutique de la cure.

Le rapport médical circonstancié précise :

- les antécédents du patient et le détail des traitements suivis durant l'année pour la pathologie nécessitant la cure. Il décrit l'évolution la plus récente de la pathologie et met en évidence les éléments médicaux propres à justifier la cure ;
- la durée de la cure, la nature des soins thermaux à suivre et le type de centre thermal en rapport avec la pathologie concernée, étant entendu que seul un centre agréé par les autorités sanitaires nationales pourra être pris en considération.

L'autorisation est accordée si la cure thermale est reconnue comme strictement nécessaire par le médecin conseil sur la base du rapport médical mentionné ci-dessus et à condition que l'assuré ait suivi au cours de l'année les traitements prescrits, que ces traitements se révèlent insuffisants et que la cure ait une valeur thérapeutique avérée.

Aucune autorisation ne sera délivrée à posteriori et le régime ne remboursera ni soins, ni examens ni consultations dispensés dans un centre de cure, si la cure n'est pas autorisée.

3. Règles de remboursement

Les frais de traitements et de contrôle médical exposés pendant les cures thermales sont remboursables à 80 % avec un plafond global de 64 € par jour. En cas de cure liée à une maladie grave, ces frais sont remboursés à 100 %, avec un plafond global spécial de 80 € par jour.

Les frais d'accompagnement peuvent être remboursés sur prescription médicale et après autorisation préalable :

- pour le membre de la famille qui accompagne dans la chambre ou dans l'enceinte de l'établissement de cure un bénéficiaire suivant une cure avant son 14^{ème} anniversaire ou qui compte tenu de la nature de l'affection ou d'une autre nécessité médicalement justifiée, a besoin d'une assistance familiale spéciale.
- pour les frais de séjour de l'enfant en période d'allaitement qui doit accompagner sa mère dans l'établissement de cure.

Pour être remboursée, la cure doit comporter au moins 2 traitements adéquats par jour et ne pas être interrompue, sauf sur présentation d'un certificat du médecin de cure

justifiant l'interruption pour raisons de santé ou pour une raison familiale impérieuse (décès, maladie grave d'un membre de famille, etc.).

Les frais relatifs aux soins restant à la charge du bénéficiaire sont éligibles au remboursement spécial prévu à l'article 24 de la Réglementation.

4. Exclusions du remboursement

Ne sont pas remboursables dans le cadre d'une cure :

- les frais de voyage ;
- les frais de séjour, logement et repas ;
- les frais accessoires aux soins ;
- les traitements et soins non éligibles au sens de la Réglementation commune, tels que bains de mer, de lac, bains de sable, thalassothérapie, sauna, solarium, massages non médicaux, remises en forme, séances de yoga, réflexologie plantaire, shiatsu et/ou tout autre traitement assimilable ;
- les analyses, examens, et autres prestations ne relevant pas de la pathologie concernée ;
- les traitements par extraits de thymus ou de gui, l'ozonothérapie, l'oxygénation, l'auto hémothérapie, la procaïne, et/ou tout autre traitement/produit assimilable.

Si la cure n'a pas été autorisée, le remboursement des frais de soins est possible sous réserve que les conditions prévues par les DGE soient remplies à savoir :

- prescription originale du médecin traitant indépendant du centre de cure, datant de moins de 6 mois et mentionnant le diagnostic, le nombre et le type de soins.
- facture détaillée conforme à la prescription médicale avec indication des dates, du nombre de séances et du prix du traitement.

Lorsque les soins sont effectués dans un centre de cure thermale agréé, les factures établies directement par l'établissement sont acceptées.

Lorsque les soins sont effectués dans des établissements non agréés, les traitements de kinésithérapie et de physiothérapie, à l'exclusion de tous les autres types de soin, sont remboursables à condition que les prestations soient effectuées par un kinésithérapeute diplômé et que la facture correspondante permette d'identifier sa qualification comme physiothérapeute.

Chapitre 11 - Prothèses, appareils orthopédiques et autres matériels médicaux

1. Vision

1.1. Lunettes

a) Généralités

Le remboursement des lunettes est limité à deux paires comprenant la monture et les verres correcteurs quelles que soient leurs caractéristiques :

- soit une paire de lunettes avec verres uni focaux pour vision de près et une paire avec verres uni focaux pour vision de loin ;
- soit une paire de lunettes avec verres multifocaux ou progressifs et, le cas échéant, une paire de lunettes pour vision de près ou de loin.

Ne sont pas remboursés par le Régime :

- les lunettes avec verres non correcteurs ;
- les lunettes solaires ;
- les lunettes destinées au travail sur écran d'ordinateur, pour le personnel en activité.

b) Délais de renouvellement

Sauf changement de dioptrie ou d'axe au moins égal à 0,50 médicalement constaté, les délais de renouvellement sont fixés à deux ans et à un an pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans. Le délai commence à courir à compter de la date de la dernière acquisition dans la catégorie concernée.

c) Conditions de remboursement

Les frais d'acquisition de lunettes avec verres correcteurs prescrits par un médecin ophtalmologue ou un opticien optométriste sont remboursables à 85 % selon les plafonds suivants :

- montures : plafond de 120 €
- verres :

110 € par verre pour des verres uni focaux dont les caractéristiques de vision sont inférieures ou égales à 4 dioptries.

140 € par verre pour des verres uni focaux dont les caractéristiques de vision vont de 4,25 à 6 dioptries.

180 € par verre pour des verres uni focaux dont les caractéristiques de vision vont de 6,25 dioptries à 8 dioptries.

300 € par verre pour des verres uni focaux à partir de 8,25 dioptries.

350 € par verre pour des verres multifocaux ou progressifs.

Les frais d'examen de l'opticien optométriste, en l'absence de prescription et /ou d'examen par un médecin ophtalmologiste, sont remboursés à 85 % avec un plafond correspondant à la consultation ou à la visite d'un médecin omnipraticien.

Les frais relatifs aux divers examens de centrage ou de mesure au moyen d'appareillages électroniques et effectués par un opticien ou un optométriste sont inclus dans le plafond pour les verres.

En cas de perte ou de d'endommagement de la monture ou des verres avant l'échéance du délai de renouvellement, les frais de réparation ou de remplacement sont remboursés à concurrence du plafond non encore épuisé endéans le délai.

d) Présentation de la facture

La facture originale et acquittée doit préciser :

- Le genre de vision (loin - près - multifocale) ;
- Les caractéristiques des verres (puissance de chaque verre correcteur/dioptries) ;
- Les prix des verres et de la monture indiqués séparément.

1.2.Lentilles de contact

a) Généralités

- Le remboursement de lentilles de contact correctrices n'exclut pas le remboursement d'une paire de lunettes avec verres correcteurs uni focaux pour vision de près ou de loin ou d'une paire de lunettes avec verres multifocaux ou progressifs.
- En cas de perte ou de déchirure de lentilles avant l'échéance du délai de renouvellement, les frais de remplacement ne sont remboursés qu'à concurrence du plafond non encore épuisé endéans le délai.
- Ne sont pas remboursés par le Régime les lentilles colorées non correctrices.

b) Conditions de remboursement

Les frais d'acquisition de lentilles de contact correctrices, conventionnelles et/ou jetables, prescrites par un médecin ophtalmologiste ou par un opticien optométriste ainsi que les frais d'acquisition des produits d'utilisation sont remboursés à 85 % avec un plafond de 500 € par période de 24 mois.

Les frais d'adaptation et de fourniture de lentilles d'essai par le médecin ophtalmologiste ou l'opticien optométriste sont inclus dans le plafond pour les lentilles.

Les frais d'examen de l'opticien optométriste, en l'absence de prescription et /ou d'examen par un médecin ophtalmologiste, sont remboursés à 85 % avec un plafond correspondant à la consultation ou visite d'un médecin omnipraticien.

c) Présentation de la facture

La facture originale et acquittée doit préciser :

- Le genre de vision (loin – près - multifocale) ;
- Les caractéristiques des lentilles (puissance de chaque lentille correctrice/dioptries) ;
- Le type des lentilles : jetables ou conventionnelles ;
- Le prix des lentilles.

1.3. Pathologie grave de la vision

Une dérogation aux conditions de remboursement fixées par catégorie de verres ou de lentilles peut être accordée après autorisation préalable dans le cas d'une pathologie grave reconnue des yeux, justifiée par un rapport médical, ou si le coût d'acquisition des verres ou lentilles dépasse largement les montants maximums remboursables prévus en raison de conditions de vision très limitées ou à de dioptries extrêmes.

1.4. Prothèses oculaires

Les frais d'acquisition d'yeux artificiels sont remboursés à 85 % et à 100 % en cas de maladie grave.

2. AUDITION

2.1. Les appareils auditifs prescrits par un médecin oto-rhino-laryngologiste ou par un audiométriste ainsi que les frais de réparation sont remboursés à 85 % avec un plafond de 1.500 € par appareil.

2.2. Les frais d'entretien et les piles ne sont pas remboursés.

2.3. En cas de renouvellement, le remboursement visé au point 2.1 n'est accordé qu'après un délai de 5 ans, sauf en cas de variation des conditions audio métriques et sur prescription d'un médecin oto-rhino-laryngologiste.

2.4. Une dérogation aux plafonds et délais de renouvellement en vigueur peut être accordée, après autorisation préalable et sur avis du médecin conseil, pour les appareillages adaptés aux enfants jusqu'à l'âge de 18 ans, ou en cas de maladie grave de la sphère auditive.

3. Appareils orthopédiques, bandages et autres matériels médicaux

3.1. Les frais d'acquisition, de location ou de réparation des articles ou des matériels repris dans le tableau à l'annexe II sont remboursés à 85 % ou à 100% en cas de maladie grave, dans les limites des conditions fixées pour chacun d'eux et mentionnées dans le tableau.

3.2. Pour des appareils dont le coût est estimé à plus de 2.000 €, il est nécessaire d'introduire une demande d'autorisation préalable accompagnée d'un rapport médical et de deux devis détaillés comparatifs.

3.3. Si un matériel spécifique est requis dans le cadre d'une maladie grave, l'autorisation préalable, après avis du médecin conseil, peut déroger aux règles relatives aux montants maximums remboursables et aux délais de renouvellement.

3.4. Une autorisation préalable est requise pour la location d'appareils ou de matériel orthopédique qui dépasse une durée d'utilisation supérieure ou égale à trois mois consécutifs.

3.5. Les frais relatifs à l'acquisition d'appareils et/ou de matériel non prévus dans les présentes DGE peuvent être remboursés, à condition qu'une autorisation préalable ait été introduite. En fonction des prix constatés sur le marché, des montants maximums remboursables peuvent être fixés après avis du médecin-conseil.

Chapitre 12 - Frais de transport

1. Dispositions générales

- 1.1. A l'exception des situations d'urgence dûment motivée pour lesquelles l'accord ne peut intervenir qu'à posteriori, une demande d'autorisation préalable est requise. Elle doit être accompagnée d'un certificat du médecin traitant justifiant la nature et la nécessité médicale du transport.
- 1.2. Si le transport doit être renouvelé régulièrement, la prescription médicale doit en préciser les raisons et justifier le nombre de trajets indispensables.
- 1.3. L'accompagnement par une tierce personne, s'il est déclaré absolument nécessaire par le médecin traitant notamment en raison de l'âge ou de la nature de l'affection du bénéficiaire, doit également faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable.
- 1.4. L'autorisation préalable est délivrée après avis du médecin conseil. La décision tient compte entre autres, du fait que les soins ne peuvent être donnés au lieu d'affectation ou de résidence du bénéficiaire et/ou que celui-ci est dans l'incapacité d'utiliser les moyens de transport publics ou privés.

2. Modalités de remboursement

- 2.1. Seul est pris en considération le remboursement du moyen de transport adapté au cas du bénéficiaire, vers l'établissement ou le prestataire de soins le plus proche qui est en mesure de prendre en charge sa pathologie de manière adéquate. En l'absence d'autorisation préalable pour raisons d'urgence, le médecin conseil est consulté sur le bien-fondé des frais exposés.
- 2.2. Les frais sont remboursés à 80 % ou à 100 % en cas de maladie grave sur présentation des pièces justificatives originales (factures acquittées, titres de transport/voyage, etc.).
- 2.3. A défaut des justificatifs requis, le remboursement est fixé à 80 % ou à 100 % du prix d'un billet de train en 1^{ère} classe. S'il n'existe pas de liaison ferroviaire, le remboursement est calculé à raison de 80 % ou 100 % du plafond de 0,22 € par kilomètre indexé par analogie à la réglementation sur les frais de mission de la Commission européenne, l'affilié devant préciser le kilométrage parcouru jusqu'à l'établissement ou au prestataire de soins.

2.4. Les frais de transport de la tierce personne accompagnante sont remboursés à 80% aux mêmes conditions que ci-dessus sauf en cas d'utilisation d'un véhicule privé où aucun frais n'est remboursé.

2.5. Ne sont pas remboursés par le Régime :

- a) Les frais de transport pour raisons familiales, linguistiques ou de convenance personnelle, pour la consultation d'un médecin généraliste, pour une cure thermale ou de convalescence, pour se rendre sur le lieu de travail ou pour toute autre raison non reconnue par le Bureau liquidateur ;
- b) Les frais de rapatriement en cas de maladie ou d'accident ;
- c) Les frais de recherche en montagne, en mer, etc. ;
- d) Les frais de transport en véhicule privé à l'intérieur de l'agglomération de résidence, sauf en cas de traitements répétitifs lourds tels que radiothérapie, chimiothérapie, dialyse, etc.. Le remboursement des frais de transport – autorisés préalablement après avis du médecin conseil – se fait alors dans les conditions prévues aux paragraphes 2.2 et 2.3.

3. Personnel affecté hors Union

La procédure de remboursement des frais de transport du personnel affecté en dehors de l'Union européenne se déroule conformément aux dispositions statutaires et réglementaires le concernant, notamment l'annexe X du Statut.

Chapitre 13 - Indemnité forfaitaire pour frais funéraires

Dispositions générales

En application de l'article 25 de la Réglementation commune, le montant de l'indemnité forfaitaire pour frais funéraires s'élève à 2350 €.

Le versement de cette indemnité est soumis à présentation d'une copie de l'extrait de l'acte de décès.

Dans le cas d'un enfant mort-né, l'indemnité est accordée pour autant que le fœtus ait atteint 22 semaines au moins.

En cas de décès d'un assuré en complémentarité, l'indemnité sera diminuée du montant de celle de même nature perçue par ailleurs.

Cette indemnité est distincte du remboursement des frais de transport du corps du fonctionnaire en activité, de son conjoint, de ses enfants à charge ou des personnes assimilées à enfant à charge, qui sont pris en charge par l'institution d'appartenance en vertu de l'article 75 du Statut.

ANNEXE I

LISTE DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

(ventilées par catégories)

Note : Les interventions marquées d'un astérisque () sont susceptibles d'avoir un caractère esthétique et nécessitent toujours une autorisation préalable.*

<u>CATEGORIE A1</u>	
<u>Chirurgie générale et plastique</u>	
1	Incision et drainage d'un panaris osseux ou des gaines
2	Excision d'une ou plusieurs petites tumeurs situées dans ou sous la peau
3	Excision d'une tumeur sus-aponévrotique sans ouverture de cavité (ganglions, lipomes, ...)
<u>Orthopédie</u>	
4	Réduction d'une fracture de la clavicule
5	Réduction d'une fracture de l'omoplate ou du sternum
6	Réduction d'une luxation d'un doigt ou d'un orteil
<u>Chirurgie abdominale, urologique et gynécologique</u>	
7	Extirpation d'un corps étranger du rectum
8	Opération d'un polype du rectum
9	Opération d'une déchirure incomplète du périnée
10	Tumorectomie du sein
11	Conisation du col utérin
<u>Chirurgie vasculaire et thoracique</u>	
12	Ligature ou résection d'une veine variqueuse
<u>Neurochirurgie</u>	
	/
<u>Chirurgie ORL et stomatologie</u>	
13	Exérèse des polypes du nez
14	Exérèse endoscopique de polypes ou petites tumeurs du larynx
15	Opération d'une fistule salivaire
16	Réduction simple d'une fracture du nez
<u>Chirurgie ophtalmologique</u>	
17	Énucléation d'un chalazion
18	Traitement au laser pour lésion rétinienne périphérique
19	Traitement au laser pour iridotomie

CATEGORIE A2	
Chirurgie générale et plastique	
1	Incision d'un abcès profond
2	Incision d'un abcès du Douglas
3	Incision d'un phlegmon des parties molles ou d'un anthrax
4	Enlèvement par voie sanglante d'un corps étranger profond
5*	Greffe simple de la peau (moins de 10 cm ²)
6	Ouverture de la fosse ischio-rectale
7	Supplément éventuel pour utilisation de laser chirurgical
8	Dermabrasion
Orthopédie	
9	Intervention sur une articulation du carpe ou des doigts, du tarse ou des orteils
10	Réduction d'une fracture d'un os de l'avant-bras
11	Réduction d'une fracture de la main ou du pied
12	Réduction d'une fracture de la rotule
13	Réduction d'une luxation de la clavicule ou de la rotule
14	Réduction d'une luxation du coude ou du genou
15	Réduction d'une luxation de la main ou du pied
16	Enlèvement de vis ou de fils
17	Désarticulation d'un doigt ou d'un orteil
18	Amputation totale ou partielle d'un doigt ou d'un orteil
19	Amputation d'un métacarpien ou d'un métatarsien
20	Opération du canal carpien
Chirurgie abdominale, urologique et gynécologique	
21	Opération simple d'une fissure anale
22	Réduction d'un prolapsus rectal
23	Laparoscopie simple
24	Opération d'un prolapsus rectal par cerclage
25	Circoncision
26	Ligature des canaux déférents
27	Néphro- ou pyélostomie percutanée
28	Intervention sur les organes génitaux externes féminins
29	Ponction de l'épididyme
Chirurgie vasculaire et thoracique	
30	Ligature ou résection de plusieurs veines variqueuses
31	Exérèse de la veine saphène interne ou externe
Neurochirurgie	
	/
Chirurgie ORL et stomatologie	
32	Réduction d'une fracture du nez avec appareil de contention
33	Opération des végétations
34	Drain transtympanique
35	Extraction d'une dent incluse en salle d'opération
36	Extraction de moins de 8 dents, sous anesthésie générale
37	Exérèse d'une glande sous-maxillaire
Chirurgie ophtalmologique	

38	Exérèse d'une tumeur non invasive de la conjonctive, de la cornée, de la sclérotique ou de la paupière
39	Opération simple d'une glande lacrymale
40*	Canthoplastie (opération de la fente palpébrale)
41	Traitement au laser pour vasculopathie pour cataracte secondaire
42	Opération d'un ptérygion

CATÉGORIE A3	
Chirurgie générale et plastique	
1*	Greffe simple de 10 à 50 cm ² ou greffe par lambeau de moins de 10 cm ²
2	Opération d'un kyste ou d'une fistule sacro-coccygienne
3	Traitement complet de couperose par laser
4	Placement de prothèse pénienne
Orthopédie	
5	Ostéotomie ou trépanation d'un os
6	Réduction d'une fracture du bras
7	Réduction d'une fracture des deux os de l'avant-bras
8	Réduction d'une fracture simple du bassin
9	Réduction d'une fracture de la jambe
10	Suture d'un tendon
11	Plastie d'un tendon
12	Enlèvement de clous ou de clous-plaques
13	Résection du coccyx
14	Résection d'une articulation de la main ou du pied (sauf la tibio-tarsienne)
15	Extirpation d'un corps étranger d'une articulation de l'épaule, du coude ou du genou
16	Ostéotomie d'un petit os avec transplantation tendineuse
17	Réduction opératoire d'une fracture de la clavicule
18	Réduction opératoire d'une fracture de la rotule
19	Réduction opératoire d'une fracture d'une malléole
20	Réduction opératoire d'une fracture du carpe ou du tarse, à l'exception du calcaneum
21	Désarticulation de la main ou du pied
22	Amputation dans le métatarse
Chirurgie abdominale, urologique et gynécologique	
23	Opération d'une fissure anale avec sphinctérotomie
24	Intervention endoscopique sur la vessie (résection du col, extraction de calculs, ...)
25	Opération de varicocèle ou d'hydrocèle
26	Épididymectomie
27	Orchidopexie
28	Cystostomie par voie sus-pubienne
29	Extraction d'un calcul urétéral par voie endoscopique
30	Destruction de calculs urinaires par ondes de choc (par traitement)
31	Amputation du col utérin
Chirurgie vasculaire et thoracique	
32	Résection de la crosse de la saphène interne + exérèse complète de la veine saphène interne et/ou ligature ou résection d'une ou plusieurs veines variqueuses
33	Bronchoscopie ou oesophagoscopie avec extraction d'un corps étranger de la trachée, des bronches ou de l'oesophage
Neurochirurgie	
34	Suture au microscope d'un nerf
Chirurgie ORL et stomatologie	
35	Trachéotomie
36	Opération pour exostose du conduit auditif externe
37*	Opération du bec de lièvre simple

38	Excision partielle de la langue
39	Ablation chirurgicale d'un calcul salivaire
40	Amygdalectomie
41*	Plastie du pavillon de l'oreille
42	Trépanation du sinus maxillaire par voie externe
43	Opération d'un sinus par voie endo-nasale
44	Exérèse de la parotide sans dissection nerveuse
45	Extraction de 8 dents ou plus sous anesthésie générale
46	Désinclusion et extraction d'une dent incluse, par resection osseuse péricoronaire et/ou ostéotomie dentaire
Chirurgie ophtalmologique	
47	Exérèse d'un sac lacrymal
48*	Opération d'un ectropion ou d'un entropion
49	Traitement au laser de lésions maculaires pour trabéculo- ou iridoplastie panrétinien post-vitrectomie pour brides du corps vitré
50*	Plastie partielle d'une paupière
51	Exérèse d'une tumeur invasive de la conjonctive, de la cornée, de la sclérotique ou de la paupière
52	Extraction d'un corps étranger du segment antérieur de la cavité oculaire
53	Opération du strabisme par ténotomie
54	Opération préventive d'un décollement de la rétine
55	Énucléation du globe oculaire

CATÉGORIE B1	
Chirurgie générale et plastique	
1*	Greffe simple de plus de 50 cm ² ou greffe tubulée
Orthopédie	
2	Opération de la rétraction palmaire de Dupuytren
3	Résection de l'articulation tibio-tarsienne
4	Arthroplastie d'une articulation de la main ou du pied
5	Opération du ménisque
6	Réduction d'une fracture de vertèbre
7	Réduction opératoire d'un foyer de fracture du bras, de l'avant-bras ou de la jambe
8	Réduction opératoire d'une fracture bi- ou trimalléolaire de la cheville
9	Réduction opératoire d'une fracture du calcaneum
10	Réduction d'une luxation de la hanche
11	Réduction d'une luxation de vertèbre
12	Désarticulation du bras, de l'avant-bras ou de la jambe
13	Amputation du bras, de l'avant-bras, de la cuisse ou de la jambe
14	Résection d'une articulation de l'épaule, du coude ou du genou
15	Opération de l'hallux valgus par méthode combinée
16	Suture de deux tendons ou plus
17	Greffe d'un tendon
18	Plastie de deux tendons
19	Nucléotomie percutanée pour hernie discale
20	Suture des ligaments du genou
21	Plastie des ligaments latéraux du genou
Chirurgie abdominale, urologique et gynécologique	
22	Opération d'une fistule rectale
23	Laparotomie exploratrice
24	Appendicectomie
25	Ouverture d'un abcès dans l'abdomen
26	Opération d'une hernie inguinale ou crurale
27	Opération d'une hernie ombilicale ou épigastrique
28	Opération d'un prolapsus rectal par résection ou plastie des releveurs
29	Opération des hémorroïdes
30*	Opération d'une éventration avec plastie
31	Pyélotomie
32	Lombotomie exploratrice
33	Néphrostomie
34	Extraction d'un calcul de l'urètre par voie sanglante
35	Urétrostomie périnéale
36	Exérèse d'une tumeur de la vessie par voie endoscopique
37	Intervention sur l'uretère
38	Reposition d'une inversion utérine
39	Résection complète de l'endomètre
40	Hystéropexie
41	Opération d'une déchirure complète du périnée
42	Colporraphie avec ou sans périnéoraphie

43	Exérèse d'un ou plusieurs myômes utérins par voie vaginale ou abdominale
44	Annexectomie uni- ou bilatérale ou autre opération sur les annexes
45	Césarienne
46	Opération du prolapsus génital par colporraphie antérieure et postérieure
47	Intervention pour incontinence urinaire par voie vaginale ou abdominale
48	Traitement de la prostate par hyperthermie ou laser
49	Réanastomose des canaux déférents
Chirurgie vasculaire et thoracique	
50	Résection de la crosse de la saphène interne + exérèse des veines saphène interne et externe
51	Ouverture du péricarde
52	Implantation d'un pace-maker
53	Eveinage par radiofréquence
Neurochirurgie	
54	Suture + greffe d'un nerf ou suture simple de plusieurs nerfs, ou neurolyse interfasciculaire d'un nerf
55	Opération d'une fracture du crâne avec plastie éventuelle
56	Cure d'hématome intracérébral par simple trépanation
Chirurgie ORL et stomatologie	
56*	Opération du bec de lièvre compliqué
57	Traitement d'un sinus par voie externe
58	Résection endonasale d'une oblitération choanale osseuse
59	Extirpation d'un fibrome naso-pharyngien
60	Trépanation de la mastoïde
61	Greffe du tympan
62	Résection sous-muqueuse de la cloison nasale
63	Thyroïdectomie simple
64	Arthroplastie ou autre intervention portant sur une articulation du maxillaire
65	Plastie pour division incomplète du voile du palais
66	Résection partielle d'un maxillaire
Chirurgie ophtalmologique	
67	Suture d'une plaie perforante du globe oculaire
68	Iridectomie
69	Exérèse d'une tumeur de l'orbite, par voie antérieure
70*	Opération d'un ptosis
71*	Plastie d'une paupière complètement adhérente au globe oculaire ou totalement détruite
72	Opération pour strabisme par autre méthode que la ténotomie
73	Kératotomie radiaire ou par laser pour correction de la myopie
74	Énucléation du globe oculaire avec mise en place d'une sphère en vue d'une prothèse
75	Reconstruction du canal lacrymal
76	Extraction d'un corps étranger de l'orbite

CATÉGORIE B2	
Chirurgie générale et plastique	
1	Greffe par lambeau pédiculé de plus de 10 cm de côté
2*	Plastie de réduction mammaire
3*	Reconstruction mammaire par lambeau cutané ou musculo-cutané
Orthopédie	
4	Opération d'une luxation récidivante de l'épaule ou du genou
5	Opération d'une fracture du fémur ou du col du fémur
6	Opération d'une fracture des deux os de l'avant-bras, ou d'une double fracture de la jambe
7	Désarticulation de la cuisse
8	Résection de la hanche ou ablation de prothèse
9	Arthroplastie de l'épaule ou du coude
10	Plastie d'un ligament croisé du genou
11	Désarticulation de la ceinture scapulaire
12	Greffe de deux tendons
13	Tendinoplastie de trois tendons ou plus
14	Opération de la hernie discale dorso-lombaire
Chirurgie abdominale, urologique et gynécologique	
15	Opération du prolapsus rectal par voie abdomino-périnéale
16	Opération pour insuffisance du sphincter anal, par plastie musculaire
17	Opération d'une hernie étranglée avec résection intestinale
18	Amputation du rectum par voie basse ou abdomino-périnéale
19	Cholecystectomie (normale ou par laparoscopie)
20	Résection segmentaire du grêle
21	Hémi-pancréatectomie gauche
22	Réanastomose colique
23	Surrénalectomie unilatérale
24	Résection endoscopique ou sus-pubienne de la prostate
25	Traitement de l'hypo- ou de l'épispadias par plastie
26	Extraction de calcul urinaire par voie percutanée, après fragmentation par ultra-sons
27	Néphrectomie partielle
28	Plastie du bassinot rénal
29	Cystectomie partielle
30	Opération d'une incontinence urinaire par prothèse sphinctérienne
31	Mastectomie simple ou avec curage ganglionnaire
32	Opération du prolapsus génital par tri-périnéo-vaginale
33	Intervention pour incontinence urinaire par voie abdominale et vaginale
34	Hystérectomie totale par voie vaginale ou abdominale
35	Opération d'une fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale
36	Création d'un néo-vagin
37	Lithotryptie par ondes de choc extracorporelles
Chirurgie vasculaire et thoracique	
38	Embolectomie artérielle
39	Sympathectomie lombaire
Neurochirurgie	
40	Intervention chirurgicale sur la moelle épinière

41	Suture + greffe de plusieurs nerfs
Chirurgie ORL et stomatologie	
42*	Réfection du nez
43	Laryngotomie
44	Opération de pansinusite unilatérale
45	Plastie pour division complète du voile du palais
46	Exérèse de la parotide avec dissection du nerf facial
47	Plastie du larynx par voie endoscopique
48	Évidement pétro-mastoïdien
49	Résection complète d'un maxillaire
Chirurgie ophtalmologique	
50	Extraction d'un corps étranger magnétique du segment postérieur de l'oeil
51	Opération du strabisme par transplantation musculaire
52	Opération de la cataracte
53	Opération du glaucome

CATÉGORIE C1	
Chirurgie générale et plastique	
	/
Orthopédie	
1	Arthroplastie de la cavité cotyloïdienne
2	Réparation de plusieurs ligaments du genou
3	Greffe d'au moins trois tendons
Chirurgie abdominale, urologique et gynécologique	
4	Gastrectomie subtotale
5	Hémi-colectomie
6	Intervention par laparoscopie pour hernie hiatale ou hernie inguinale bilatérale
7	Opération d'une hernie diaphragmatique
8	Hépatectomie partielle
9	Néphrectomie partielle
Chirurgie vasculaire et thoracique	
10	Pontage d'une artère d'un membre
11	Dilatation transluminale d'une artère autre que coronaire
Neurochirurgie	
	/
Chirurgie ORL et stomatologie	
12	Thyroïdectomie avec dissection des nerfs récurrents et/ou des parathyroïdes
13	Laryngectomie totale
Chirurgie ophtalmologique	
14	Extraction d'un corps étranger non magnétique du segment postérieur
15	Greffe de la cornée

CATÉGORIE C2	
Chirurgie générale et plastique	
	/
Orthopédie	
1	Opération du canal lombaire étroit
2	Opération de hernie discale cervicale, ou dorsolombaire avec arthrodèse
3	Prothèse totale de la hanche
Chirurgie abdominale, urologique et gynécologique	
4	Gastrectomie totale avec anastomose oesojéjunale
5	Pancréatectomie totale ou hémipancréatectomie avec anastomose
6	Surrénalectomie bilatérale
7	Colectomie totale
8	Prostatectomie totale + ablation des glandes séminales par voie abdominale
9	Extraction de calcul coralliforme par pyélotomie
10	Hépatectomie gauche
11	Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire
12	Amputation abdomino-périnéale du rectum
Chirurgie vasculaire et thoracique	
13	Revascularisation d'une artère carotide
14	Revascularisation d'une artère d'un membre par greffon saphène interne
15	Revascularisation de l'aorte sous-rénale, y compris le carrefour
16	Revascularisation d'un gros vaisseau thoracique
17	Opération sur le coeur, sans circulation extra-corporelle ni hypothermie
18	Exérèse d'une tumeur du médiastin
Neurochirurgie	
19	Cure d'un hématome intracrânien par grand volet de trépanation
20	Mise en place d'un drainage pour hydrocéphalie
21	Exérèse d'une tumeur du canal rachidien
Chirurgie ORL et stomatologie	
22	Laryngectomie partielle avec reconstruction
23	Opération radicale de pansinusite bilatérale
24	Fenestration ou opération sur la chaîne des osselets
25	Résection du maxillaire et de la base du crâne
Chirurgie ophtalmologique	
26	Opérations du décollement de la rétine

CATÉGORIE D1	
Chirurgie générale et plastique	
	/
Orthopédie	
	/
Chirurgie abdominale, urologique et gynécologique	
1	Gastrectomie totale + hémipancreatectomie
2	Duodéno-pancreatectomie
3	Anastomose portocave ou similaire
4	Colectomie totale avec reconstitution d'un réservoir iléal
5	Opérations sur l'oesophage par voie thoracique
6	Hépatectomie droite
Chirurgie vasculaire et thoracique	
7	Intervention sur le cœur ou les gros vaisseaux sous hypothermie
8	Opération du cœur ou des gros vaisseaux thoraciques sous circulation extracorporelle
9	Pneumectomie
Neurochirurgie	
10	Cure d'hématome intracérébral
11	Cure de tumeur intracérébrale par grand volet de trépanation
12	Intervention sur l'hypophyse par volet de trépanation ou par voie trans-nasale
Chirurgie ORL et stomatologie	
	/
Chirurgie ophtalmologique	
	/

CATÉGORIE D2	
<u>Chirurgie générale et plastique</u>	
	/
<u>Orthopédie</u>	
	/
<u>Chirurgie abdominale, urologique et gynécologique</u>	
	/
<u>Neurochirurgie</u>	
1	Opération pour tumeur cérébrale sous-tentorielle par grand volet de trépanation
2	Opération d'un anévrysme intra-cérébral
3	Opération d'une tumeur intra-médullaire
4	Opération d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux
<u>Chirurgie ORL et stomatologie</u>	
	/
<u>Chirurgie ophtalmologique</u>	
	/
<u>Transplantations</u>	
6	du rein
7	de moelle osseuse
8	du pancréas
9	du coeur et/ou des poumons
10	du rein et du foie
11	du foie

**ANNEXE II : Appareils orthopédiques, bandages et autre matériel médical remboursés à 85% ou à 100%
en cas de maladie grave reconnue**

Produits		PM : prescription médicale	AP : autorisation préalable (rapport médical détaillé et devis requis)	Durée/délai	Taux de remboursement normal	Montant maximum remboursable à 85% (EUR)	Montant maximum remboursable à 100% (EUR)	Remarques	Matériel lié à l'état de dépendance
1	compresses - bandages élastiques - autres p.ex. ceintures de grossesse , genouillères, chevillères, et ceintures lombaires simples	PM	NON		85%				
	paire de bas à varices	PM	NON		85%			3 paires par an	
2	achat ou modification de semelles orthopédiques (par semelle)	PM	NON		85%	65	65	4 pièces par an	
	réparation de la semelle	Non remboursable			0%				
3	béquilles et cannes								
	achat	PM	NON		85%				
	location	PM	NON		85%				
	réparation	Non remboursable							
4	prothèses mammaires externes	PM	NON		85%			2 pièces par côté par an	
	soutiens gorges ou maillots adaptés aux prothèses	Non remboursable			0%				
5	fauteuils roulants simples propulsion personnelle								*

	achat	PM	AP	5ans	85%	650			
	location < 3 mois	PM	NON		85%				
	location > = 3mois	PM	AP	5ans	85%	650			
	réparation	AP			85%				
	entretien (pneus,etc.)	Non remboursable			0%				
6	cadre de marche 2 roues et siège								*
	achat	PM	AP		85%	140	140	1 accord non renouvelable	
	location < 3 mois	PM	NON		85%				
	location > = 3 mois	PM	AP		85%				
	réparations	Non remboursable			0%				
7	chaise percée, chaise de douche (à domicile)								*
	achat	PM	AP		85%	100	100	1 accord non renouvelable	
	location < 3 mois	PM	NON		85%				
	location > = 3 mois	PM	AP		85%				
	réparations	Non remboursable			0%				
8	lit de type hôpital (à domicile)								*
	achat	PM	AP		85%	1.000	1.000	1 accord non renouvelable	
	location < 3 mois	PM	NON		85%				
	location > = 3mois	PM	AP		85%				
	réparation ou usage en institution médicalisée	Non remboursable			0%				
9	matelas anti escarres, compresseur inclus								*
	acquisition	PM	AP	3ans	85%	500	500		
	location < 3 mois	PM	NON		85%				
	location > = 3mois	PM	AP		85%				
10	appareil pour apnées du sommeil (CPAP), humidificateur inclus								
	achat	PM	AP	5ans	85%	1.700	1.700		
	location < 3 mois	PM	NON		85%				
	location > = 3mois	PM	AP		85%				
	accessoires et entretien CPAP hors année d'achat	PM	AP	1an	85%	350			
11	tensiomètre	PM	AP	5ans	85%	125	125		

	réparation	Non remboursable			0%				
12	aérosol								
	achat	PM	AP	5ans	85%	125	125		
	location	PM	NON		85%				
	location > = 3 mois	PM	AP		85%				
	réparation	Non remboursable			0%				
13	matériel pour suivi et traitement du diabète traité par insuline								
	glucomètre	PM	AP	3ans	100%		75		
	tigettes, seringues à insuline, lancettes	PM	AP		100%			PM pour 1er achat uniquement	
14	matériel pour suivi et traitement du diabète de type 2 non insulino-requérant avec hémoglobine glycosylée supérieure à 7%)								
	glucomètre	PM	AP	3ans	85%	75			
	tigettes	PM	AP		85%	500		Montant maximum remboursable par an	
15	matériel pour incontinence	PM	AP	1an	85%	600	600		*
16	matériel pour stomie	PM	NON		85%				
17	prothèse capillaire - perruque	PM	AP	1an	85%	750	750		
18	paire de chaussures orthopédiques correctives sur mesure								
	achat en cas de pathologie du pied hors cadre 100%	PM	AP		85%	720	NA	2 paires par an	
	achat en cas de pathologie du pied cadre 100%	PM	AP		100%	NA	1.440	2 paires par an	
	achat en cas de maladie grave du pied	PM	AP		100%	NA		2 paires par an	
	réparation sur présentation facture	NON	NON		85%				
19	membres, segments de membres, orthèses articulées								
	acquisition	PM	AP	à définir individuellement, devis requis					
	réparation sur présentation facture	PM	AP	à définir individuellement					
20	appareils autres dont le coût estimé est supérieur à 2000€	PM	AP	à définir individuellement, devis requis					
	, ou matériel spécifique, électrique , électronique et/ou sur mesure en cas de maladie grave (acquisition)	PM	AP	à définir individuellement, devis requis					
21	Irrigateurs et thermomètres	Non remboursable			0%				

22	systèmes vacuum pour traitement de l'impuissance	PM	AP			200	200		
23	appareil de mesure du temps de coagulation	PM	AP					critères : en cas d'anticoagulation à vie	
24	seringues	PM	AP					critères : en cas de diabète (cf.13) ou d'autres maladies chroniques nécessitant des injections répétées	
25	Frais d'aménagement fixes du domicile ou d'un véhicule, les accessoires domotiques, d'informatique, télé vigilance, mobilier non strictement médical, tels que fauteuil relax et autres articles assimilés, ne sont pas du ressort du Régime et ne sont donc pas remboursables.	Non remboursable			0%				*

Titre III - PROCEDURES

Chapitre 1^{er} - Demandes de remboursement et pièces justificatives

1. Dispositions générales

- 1.1. Les prestations visées au Titre II des présentes DGE doivent être exécutées par une ou des personnes légalement autorisées à exercer la profession médicale ou paramédicale, ou par des établissements médicaux ou paramédicaux dûment agréés par les autorités compétentes.
- 1.2. Le RCAM n'intervient pas dans le coût des soins dispensés par un prestataire (médecin, praticien de l'art dentaire, accoucheuse, infirmière, corps paramédical, etc.) à son conjoint, à son partenaire reconnu, à ses descendants, ascendants, beau-père, belle-mère, frères, sœurs, beaux frères, belles sœurs, gendres et belles-filles, oncles et tantes, neveux et nièces. Toutefois, le coût des produits et fournitures utilisés à l'occasion des prestations est remboursable suivant les dispositions de la Réglementation commune.

2. Demande de remboursement

Les demandes de remboursement sont présentées par l'affilié au moyen de formulaires «Demande de remboursement» dûment complétés, et introduites, sauf cas de force majeure, au plus tard dans la période de 18 mois qui suit la date de la prestation.

L'affilié doit indiquer sur sa demande le type du remboursement, à savoir :

- a) Remboursement "normal" ;
- b) Remboursement "accident ou maladie professionnelle" (avec indication des références correspondantes) ;
- c) Remboursement "maladie grave" (avec indication des références correspondantes) ;
- d) Remboursement "personnel affecté hors Union européenne".

3. Informations à communiquer

- 3.1 L'original des factures ou reçus (sauf en cas de remboursement complémentaire) avec les dates et les honoraires perçus pour chaque acte médical. Les copies, duplicata, rappels ne sont pas acceptés, sauf en cas de force majeure dûment motivé tels que perte, vol, destruction.

En cas d'intervention chirurgicale, le chirurgien doit préciser la nature de l'intervention. Pour garantir le secret médical, cette information peut être fournie sous pli fermé adressé au médecin-conseil du Bureau liquidateur.

- 3.2 L'original de la prescription. Toutefois, une copie de la prescription ou tout autre document officiel reprenant les informations figurant sur la prescription peut être acceptée si le prestataire de santé est tenu de conserver l'original ou en cas de renouvellement des soins ou des traitements.

- 3.3 La référence de l'autorisation préalable/devis dentaire.

L'affilié est tenu de signer sa demande de remboursement certifiant que les pièces jointes sont conformes à la réalité et que les factures présentées ont été acquittées.

Une demande de remboursement non signée ne peut être traitée.

4. Dispositions particulières

- 4.1. Les demandes de remboursement spécial visé à l'article 24 de la Réglementation commune sont à introduire dans un délai de douze mois à compter de la date de remboursement des frais de la dernière prestation comprise dans la période de douze mois considérée.

- 4.2. Pour les prestations non libellées en Euros, le taux de conversion utilisé pour la tarification comme pour le remboursement est celui du mois d'enregistrement de la demande de remboursement auprès du Bureau liquidateur.

Toutefois, en cas de dévaluation importante, le Bureau liquidateur peut appliquer le taux de conversion du mois relatif à dernière prestation médicale annexée à la demande de remboursement. Cette exception est limitée aux prestations médicales effectuées dans les trois mois précédant la dévaluation

- 4.3. Le remboursement s'effectue sur le compte bancaire sur lequel est versé le salaire ou la pension.

5. Pièces justificatives

- 5.1. Les reçus et factures doivent être conformes à la législation du pays dans lequel ils ont été émis ou doivent comporter les mentions suivantes :

- le nom complet du malade,

- la nature de l'acte ou des actes médicaux,
- les dates et les honoraires perçus pour chaque acte médical,
- le nom et les références officielles du prestataire de soins.

5.2. Les acomptes ou les provisions sur honoraires ne sont pris en considération que s'ils sont introduits en même temps que la facture finale.

6. Produits pharmaceutiques

Le remboursement des médicaments s'effectue sur base de reçus ou factures pharmaceutiques comportant les informations suivantes :

- le nom du médecin prescripteur ;
- le nom complet du patient ;
- la désignation du médicament prescrit ou en cas de médicament générique, celle du produit délivré, ou la composition de la préparation en cas de prescription magistrale (le numéro de la préparation ne suffit pas) ;
- le prix de chaque produit ;
- la mention du prix plein et, pour les personnes assurées en complémentarité du prix effectivement payé ;
- la date de délivrance des médicaments ;
- le cachet et la signature du pharmacien.

Ces indications sont également indispensables en cas de renouvellement.

Chapitre 2 - Programmes d'examens de dépistage

1. Le Bureau central, sur proposition du Conseil médical et après avis du CGAM, arrête la liste des examens médicaux entrant dans les programmes de dépistage. La composition et la périodicité des programmes sont déterminées en fonction de l'âge et du sexe des bénéficiaires. Ces informations sont portées à la connaissance des affiliés.

La composition des programmes peut faire l'objet d'aménagements en vue de tenir compte de l'évolution des techniques médicales dans le domaine.

2. Le bénéficiaire désireux de passer les examens de dépistage, doit introduire une demande auprès de son bureau liquidateur. Après vérification de ses droits et de la périodicité de l'examen, le bureau liquidateur délivre l'autorisation de prise en charge auprès du centre agréé.

Seuls les frais d'examens de dépistage pratiqués dans les centres agréés, selon les périodicités prévues et conformes aux programmes, sont remboursés à 100 % et réglés directement par le RCAM sans facturation à l'affilié.

Les frais relatifs à des examens complémentaires éventuels, non prévus dans les programmes de dépistage, sont remboursés selon les dispositions applicables.

Les frais de transport, de séjour et d'accompagnement ne donnent pas lieu à remboursement.

3. Lorsque le bénéficiaire ne peut se rendre dans un centre agréé pour des raisons indépendantes de sa volonté, le Bureau liquidateur peut l'autoriser à pratiquer les examens de dépistage correspondants, auprès de centres médicaux ou auprès de prestataires de soins de son lieu d'affectation ou de résidence. Pour obtenir le remboursement à 100 % de ces frais, l'affilié doit introduire une demande de remboursement spécifique reprenant l'ensemble des frais correspondants, accompagnée des pièces justificatives originales.

Chapitre 3 - Règles d'application de la complémentarité

1. Définition

La couverture complémentaire a pour but de garantir aux assurés couverts par un régime national de sécurité sociale le même niveau de remboursement des frais médicaux que celui auquel ils auraient pu prétendre s'ils étaient affiliés à titre primaire au RCAM, sans pour autant engendrer des dépenses non justifiées pour ce régime.

Aucune prestation ne peut être remboursée au-delà de 100 % même en cas de remboursements obtenus au titre d'une assurance complémentaire privée, à moins que le caractère forfaitaire de cette assurance ne permette pas d'en effectuer le décompte.

2. Bénéficiaires de la complémentarité

Peuvent être assurés au titre de la complémentarité :

- 2.1. L'affilié(e), tel que défini à l'article 2 de la réglementation, qui a volontairement recours à une autre assurance maladie légale ou réglementaire à titre primaire ;
- 2.2. Le conjoint ou le partenaire reconnu de l'affilié(e) qui n'exerce pas d'activité professionnelle lucrative ou ne bénéficie pas d'un revenu provenant d'une activité antérieure mais qui peut être couvert par une autre assurance maladie légale ou réglementaire et qui fait volontairement recours à une autre assurance maladie légale ou réglementaire ;
- 2.3. Le conjoint ou le partenaire reconnu qui exerce une activité professionnelle lucrative ou bénéficie d'un revenu provenant d'une activité antérieure, tel que défini à l'article 13§2 de la réglementation, à condition que ses revenus annuels avant déduction de l'impôt soient inférieurs au traitement de base d'un fonctionnaire de grade AST2/1 affecté du coefficient correcteur fixé pour le pays dans lequel les revenus sont perçus et qu'il soit couvert par un régime d'assurance maladie pour l'ensemble des prestations garanties par le RCAM ;
- 2.4. Afin de maintenir le droit à la complémentarité de son conjoint/partenaire, l'affilié est tenu d'envoyer chaque année au bureau liquidateur le dernier document probant officiel disponible établissant les revenus (tel que certificat d'imposition ou tout autre document établi par les autorités nationales compétentes) perçus par son conjoint/partenaire avant déduction de l'impôt.

Sur base de ces documents le droit peut alors être prolongé du 1^{er} juillet de l'année en cours jusqu'au 30 juin de l'année suivante.

Dans le cas où un conjoint/partenaire commence à percevoir un revenu d'origine professionnelle dans le courant de l'année, il est tenu compte du montant réel des revenus (avant déduction de l'impôt) perçus durant la fraction d'année, pour fixer le droit à la complémentarité à compter de la date de perception des premiers revenus. Si les revenus d'origine professionnelle du conjoint/partenaire subissent une modification quelconque dans le courant de l'année, il en est tenu compte uniquement pour fixer les droits de l'exercice suivant ;

- 2.5. Les enfants à charge de l'affilié(e), au sens de l'article 2 de l'annexe VII du statut, dans la mesure où le régime du conjoint ou du partenaire visé ci-dessus accepte de les couvrir à titre primaire sans cotisation supplémentaire.

3. Modalités

Les bénéficiaires de la complémentarité doivent d'abord avoir recours à leur régime primaire national de sécurité sociale et demander le remboursement de leurs frais médicaux auprès de celui-ci, le RCAM n'intervenant que comme régime complémentaire.

Toutefois, les frais relatifs aux prestations pour lesquelles le régime primaire n'accorde pas de remboursement peuvent faire l'objet d'un remboursement par le RCAM à condition qu'elles soient admissibles au remboursement par ce dernier. Dans ce cas, l'intervention du RCAM est comparable à celle accordée à titre primaire.

Si, en raison de l'exercice du libre choix du prestataire, notamment pour les frais découlant de prestations dispensées à l'étranger, aucun remboursement par le régime primaire n'est possible, le RCAM peut également intervenir pour les prestations dont il assure le remboursement à condition qu'il soit établi au moyen de documents probants que toutes les procédures et règles du régime primaire ont été préalablement respectées. Le RCAM se substitue alors au régime primaire qu'à l'égard des prestations concernées.

Les bénéficiaires de la complémentarité qui dépendent d'un système à prestations directes ne peuvent se faire rembourser des frais exposés dans le secteur privé - pour les prestations dont la liste suit - que s'il est prouvé que le système public présente des carences manifestes (par exemple, délais d'attente, traitements inexistantes) :

- Hospitalisations et interventions chirurgicales,
- Traitements et examens en milieu hospitalier,
- Maisons de repos et de soins,
- Gardes-malades,
- Cures thermales et de convalescence.

Une autorisation préalable est requise.

Les prestations autres que celles figurant sur la liste ci-dessus peuvent faire l'objet d'un remboursement par le RCAM à condition qu'elles soient admissibles au remboursement par ce dernier.

Les restrictions en matière de libre choix ne s'appliquent ni à l'affilé ni aux enfants à charge couverts en complémentarité.

4. Remboursements

Les demandes de remboursement doivent être introduites auprès du bureau liquidateur selon les règles habituelles.

Lorsqu'il y a remboursement partiel par le régime primaire, une copie des factures ainsi que l'original du décompte édité par ce dernier précisant le détail des prestations remboursées doivent être joints à la demande de remboursement.

Au cas où le patient ne supporte pas le coût entier de la prestation mais uniquement la partie des frais restant à sa charge (par exemple : ticket modérateur, supplément d'honoraires), le coût total de la prestation doit néanmoins être indiqué ainsi que le montant de l'intervention du régime primaire et non pas seulement le prix réellement payé par l'assuré.

Le calcul du remboursement complémentaire se faisant prestation par prestation, il y a lieu de mentionner le remboursement déjà perçu en regard de chaque prestation. Seule la différence éventuelle entre le montant garanti par le RCAM et le remboursement obtenu du régime extérieur est susceptible d'être prise en charge dans la limite des pourcentages et des montants maximums remboursables prévus.

Toutefois, en cas d'impossibilité avérée d'obtenir le coût total de la prestation et à condition que celle-ci soit éligible au remboursement, le ticket modérateur peut être remboursé aux taux prévus par le régime.

Si le RCAM accepte de se substituer au régime primaire, la facture originale acquittée, avec la mention du refus motivé du régime primaire, doit être jointe à la demande de remboursement.

Chapitre 4 - Prises en charge et avances

Conformément à l'article 30 de la Réglementation commune, des avances peuvent être accordées aux affilié(e)s pour leur permettre de faire face à des dépenses importantes. Elles sont attribuées en principe sous la forme de prises en charge et à titre exceptionnel sous forme d'avances.

Les bénéficiaires du RCAM en complémentarité ne peuvent obtenir de prises en charge ou d'avances sauf s'il est établi, au moyen de documents probants, que le RCAM se substituera au régime primaire, conformément aux règles du présent titre régissant la complémentarité.

1. Prises en charge

Sauf cas d'urgence ou de force majeure, la prise en charge doit être demandée au préalable par l'affilié.

La prise en charge est accordée dans les cas suivants :

- En cas d'hospitalisation, la prise en charge couvre les factures principales et celles du chirurgien.

En cas de facturation séparée, les factures du médecin anesthésiste et de l'assistant peuvent également faire l'objet d'une prise en charge.

La durée de validité de ce type de prise en charge est fixée à 60 jours. Pour les hospitalisations d'une durée supérieure, il y a lieu d'introduire auprès du médecin conseil une demande de prolongation accompagnée d'un rapport médical justifiant cette prolongation.

- En cas de traitements ambulatoires lourds, dans le cadre d'une maladie grave, par exemple radiothérapie, chimiothérapie, dialyse.
- En cas d'achats répétitifs de médicaments coûteux comme, par exemple, les hormones de croissance, d'utilisation itérative d'une ambulance ou d'un véhicule sanitaire léger (VSL) ou d'exams coûteux, si le coût mensuel dépasse 20 % de la pension ou du traitement de base de l'affilié(e).

Dans le cadre d'une prise en charge, la partie des frais restant à charge de l'affilié(e) après tarification est retenue en principe sur les remboursements ultérieurs, éventuellement sur sa rémunération, sa pension ou sur toute autre somme qui lui est due par son Institution. Sur demande du Bureau liquidateur, le solde peut être remboursé par virement sur le compte bancaire du RCAM.

2. Avances

Sur demande de l'affilié à titre primaire, une carte de crédit à débit différé étendu à 60 jours fin de mois peut être délivrée.

En cas d'impossibilité de délivrer une carte de ce type et sur demande motivée de l'affilié à titre primaire, une avance sur remboursement peut être accordée sous forme de virement sur son compte bancaire si sa pension ou son traitement de base est égal ou inférieur à celui d'un fonctionnaire de grade AST2/1 et si les frais médicaux que compte engager l'affilié durant le mois dépassent 20 % de sa pension ou de son traitement de base.

La récupération de l'avance a lieu automatiquement si l'affilié n'introduit pas de demande de remboursement de ses frais médicaux au bout de trois mois suivant le versement de l'avance, sauf en cas de traitement d'une durée plus longue et qu'aucune facturation intermédiaire ne puisse être établie avant la fin du traitement.

Chapitre 5 - Reconnaissance du statut de maladie grave

1. Définition

Sont reconnus notamment comme maladies graves, les cas de tuberculose, poliomyélite, cancer, maladie mentale et autres maladies reconnues de gravité comparable par l'AIPN.

Ces dernières concernent des affections associant, à des degrés variables, les quatre critères suivants :

- pronostic vital défavorable ;
- évolution chronique ;
- nécessité de mesures diagnostiques et/ou thérapeutiques lourdes ;
- présence ou risque de handicap grave.

2. Périmètre de couverture

Le taux de remboursement à 100 % s'applique :

- aux frais médicaux qui apparaissent, à la lumière des connaissances scientifiques, comme directement liés à la maladie grave, que ce soit pour le diagnostic, le traitement, le suivi de l'évolution de cette maladie ou de ses complications et conséquences éventuelles ;
- aux frais éligibles au remboursement qui seraient liés à une éventuelle dépendance entraînée par la maladie grave.

3. Procédures

La demande de reconnaissance pour maladie grave doit être accompagnée d'un rapport médical détaillé, sous pli confidentiel adressé au médecin-conseil. Lors d'une première demande, ce rapport précise :

- la date du diagnostic ;
- le diagnostic précis ;
- le stade d'évolution et les complications éventuelles ;
- le traitement nécessaire.

La couverture à 100 % des frais occasionnés par la maladie grave est accordée avec une date de début (date du certificat médical) et une date d'échéance prévoyant une couverture à 100 % de 5 ans au maximum.

Le bureau liquidateur rappelle en temps utile à l'affilié l'échéance de la couverture afin de lui permettre de présenter une demande de prolongation accompagnée d'un rapport médical précisant :

- l'évolution de la maladie ;
- le traitement et/ou la surveillance encore nécessaire.

La décision de couverture à 100 % est examinée périodiquement sur base des informations actualisées sur l'état de santé de la personne et des avancées scientifiques, afin de réévaluer si nécessaire le périmètre de la couverture.

4. Rétroactivité

En principe, la couverture à 100 % n'est accordée qu'à partir de la date du certificat médical appuyant la demande de reconnaissance de la maladie grave.

Toutefois, sur demande motivée de l'affilié indiquant les prestations concernées reprises sur ses décomptes de remboursement, une rétroactivité de la couverture à 100 % peut être accordée après avis du médecin conseil.

En aucun cas cette rétroactivité ne pourra dépasser la période de déchéance des frais prévue à l'article 32 de la Réglementation commune.

Chapitre 6 - Détermination du remboursement spécial - Article 72 paragraphe 3 du Statut

Les conditions et les modalités de calcul du remboursement spécial prévu à l'article 72§3 du statut sont fixées à l'article 24 de la réglementation commune. Ce remboursement complémentaire intervient lorsque les frais exposés par l'affilié qui ne sont pas exclus par les présentes DGE du champ d'application de cet article et qui n'ont pas été remboursés, dépassent au cours d'une période de 12 mois la moitié de la moyenne des revenus mensuels de base d'origine statutaire perçus pendant cette période.

La partie non remboursée des frais qui dépasse la moitié de la moyenne de ces revenus est remboursée à 90 % à l'affilié sans personne assurée de son chef et à 100 % dans les autres cas.

1. Modalités

Le calcul du remboursement spécial s'effectue sur base de la date des prestations et non sur celle de la date des décomptes.

Une note d'information établie à partir des montants exposés au maximum pendant les 36 derniers mois écoulés, est adressée automatiquement ou à sa demande à l'affilié susceptible de bénéficier du remboursement spécial. Elle tient compte de la revalorisation des rémunérations prévue à l'article 65 du Statut.

L'affilié doit renvoyer la note d'information dûment signée en mentionnant la période de 12 mois qu'il souhaite retenir. Sans précision de l'affilié sur la période choisie, la période qui paraît la plus favorable pour lui est retenue pour le calcul du remboursement spécial.

Les frais introduits après que le remboursement spécial a été effectué, ne peuvent donner lieu à un remboursement spécial complémentaire.

2. Particularités

Au cas où la période de douze mois consécutifs comporterait des fractions de mois, la moyenne du traitement, de la pension ou de l'indemnité mensuels de base sera calculée en prenant en considération les traitements de base alloués depuis le premier mois au cours duquel a débuté la période visée, jusqu'au mois au cours duquel cette période a pris fin.

Si la situation familiale varie pendant la période choisie, la situation la plus favorable pour l'affilié sera retenue pour la détermination du pourcentage à rembourser.

Chapitre 7 - Détermination des coefficients d'égalité - Article 20, paragraphe 5

En application de l'article 20 paragraphe 5 de la réglementation commune, des coefficients d'égalité sont arrêtés au moins tous les 2 ans afin d'assurer un traitement égal des prestations liquidées dans n'importe lequel des Etats membres de l'Union européenne.

1. Etat membre de référence

Les montants maximums remboursables prévus dans les présentes DGE sont déterminés en fonction des prix généralement constatés en Belgique pour les prestations concernées.

2. Période d'observation

Seules les deux dernières années sont prises en compte en vue de déterminer les différentiels de prix de la santé entre Etats membres de l'Union européenne.

3. Modalités de calcul des coefficients d'égalité

- 3.1. Sur base de données statistiques suffisamment représentatives des frais exposés par les affiliés du RCAM durant la période d'observation et dans l'Etat membre concerné, le coefficient d'égalité pour ce dernier est fixé en vue de garantir que pour chacune des prestations concernées dont le remboursement est plafonné, le taux effectif de remboursement soit identique à celui observé dans l'Etat membre de référence et ceci dans 8 cas sur 10.
- 3.2. En l'absence de données statistiques suffisamment représentatives, le coefficient d'égalité est déterminé par la comparaison des indices de prix de la santé de l'Etat membre concerné avec l'Etat membre de référence.

Les indices de prix de la santé utilisés sont ceux établis par EUROSTAT.

- 3.3. Dans l'hypothèse où les prix constatés dans un Etat membre sont inférieurs à ceux observés dans l'Etat membre de référence, aucun coefficient d'égalité n'est appliqué et les prestations concernées sont remboursées conformément aux montants maximums remboursables fixés pour l'Etat membre de référence.
- 3.4. En cas de variation des prix de la santé dans un Etat membre ne permettant plus de garantir un taux de remboursement identique à celui observé dans l'Etat membre de référence et ceci dans 8 cas sur 10, le coefficient d'égalité doit faire l'objet d'une révision avant l'échéance de 2 ans prévue à l'article 20 paragraphe 5 de la réglementation commune.

Chapitre 8 - Détermination des coefficients d'assiette remboursable - Article 21 paragraphe 1

Lorsque les frais médicaux sont exposés dans un pays en dehors de l'Union européenne où les coûts des prestations médicales sont particulièrement élevés, ces frais font l'objet d'une réduction par recours à un coefficient d'assiette remboursable qui permet d'appliquer les taux de remboursement prévus par le statut sur un montant des frais rendu comparable à la moyenne des coûts dans les Etats membres de l'Union.

Les coefficients d'assiette remboursable ne sont appliqués qu'aux pays tiers pour lesquels les indices de prix de la santé sont égaux ou supérieurs à 25 % de la moyenne observée au sein de l'Union européenne et que dans le cas de prestations dont le prix est égal ou supérieur de 25 % à celui de la moyenne de l'Union. Si le prix d'une prestation est comparable aux prix de la moyenne de l'Union, le coefficient d'assiette n'est pas appliqué à cette prestation.

Les coefficients d'assiette ne s'appliquent pas, après avis du médecin conseil, en cas de maladie grave à condition qu'il n'existe pas au sein de l'Union européenne de traitement équivalent pour soigner cette maladie.

Le coefficient d'assiette remboursable est déterminé par la comparaison des indices de prix de la santé du pays tiers concerné avec la moyenne observée au sein de l'Union européenne.

Les indices de prix de la santé utilisés sont ceux établis par l'OCDE et EUROSTAT.

Les coefficients sont mis à jour régulièrement en fonction de la disponibilité de nouveaux indices actualisés et portés à la connaissance des affiliés.

Chapitre 9 - Certification des états financiers du RCAM

Article 45 paragraphe 5

1. En application de l'article 45 paragraphe 5 de la Réglementation, le Comptable de la Commission désigne un auditeur disposant de l'agrément des personnes chargées du contrôle légal des documents comptables des sociétés conformément aux dispositions de la directive 2006/43/CE du Parlement européen et du Conseil.
2. A cette fin, après avis du Comité de gestion, le Comptable arrête les termes de références de la mission d'audit à confier à l'auditeur désigné.
3. L'auditeur désigné doit être totalement indépendant du Comptable et de ses services et ne peut en aucun cas exercer en même temps que sa mission d'audit légal des comptes du RCAM des fonctions de conseil dans le cadre d'un mandat commercial.
4. L'auditeur désigné doit dans le cadre de sa mission prendre un engagement précis sur les comptes du RCAM qu'il a vérifiés qui se traduit par une certification.
5. La certification peut prendre l'une des trois formes suivantes :
 - *Certification sans réserve* : L'auditeur certifie que les comptes annuels du RCAM sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé, ainsi que de la situation financière et du patrimoine, à la fin de cet exercice.
 - *Certification avec réserve* : Dans ce cas, l'auditeur
 - a) a constaté des erreurs, des anomalies ou des irrégularités dans l'application des principes comptables dont l'incidence bien que significatives, est insuffisante pour rejeter l'ensemble des comptes annuels ;
 - b) ou n'a pas pu mettre en œuvre les diligences qu'il avait estimées nécessaires, bien que les limitations qui lui ont été imposées ne lui semblent pas suffisamment importantes pour refuser de certifier.

Quelle que soit la situation, l'auditeur doit préciser clairement dans son rapport la nature des erreurs ou des limitations qui l'ont conduit à formuler des réserves. De plus chaque réserve résultant de la première situation doit, dans la mesure du possible, être chiffrée. Les indications chiffrées doivent préciser l'incidence sur le poste des comptes annuels concerné, sur le résultat de l'exercice et, si l'erreur l'affecte, sur le bilan d'ouverture.

Dans la seconde situation, il est nécessaire de préciser les montants figurant dans les comptes annuels qui pourraient être affectés par la limitation des contrôles.

- *Refus de certifier* : Deux cas peuvent se présenter, l'auditeur :
 - a) a constaté des erreurs, des anomalies ou des irrégularités suffisamment importantes pour mettre en doute la sincérité et la régularité de l'ensemble des comptes annuels ;
 - b) les limitations imposées ou les circonstances sont telles qu'il ne lui est pas possible de fonder son jugement sur l'ensemble des comptes annuels.

L'auditeur doit, dans ces deux situations, donner le même type d'informations sur la nature des anomalies et leur incidence chiffrée que dans le cas de certification avec réserve.



Bruxelles, le 12.5.2020
C(2020) 3002 final

DÉCISION DE LA COMMISSION

du 12.5.2020

**modifiant la décision du 2 juillet 2007 portant fixation des dispositions générales
d'exécution relatives au remboursement des frais médicaux**

DÉCISION DE LA COMMISSION

du 12.5.2020

modifiant la décision du 2 juillet 2007 portant fixation des dispositions générales d'exécution relatives au remboursement des frais médicaux

LA COMMISSION EUROPEENNE,

Vu le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne,

Vu le statut des fonctionnaires de l'Union européenne ainsi que le régime applicable aux autres agents de l'Union européenne (« RAA ») fixés par le règlement (CEE, Euratom, CECA) n°259/68 du Conseil, et notamment l'article 72 dudit statut,

Vu l'avis du comité de gestion de l'assurance maladie,

Vu l'avis du comité paritaire pour l'égalité des chances,

Après consultation du comité du personnel,

Vu l'avis du comité du statut,

Considérant que:

- (1) En vertu de l'article 72, paragraphe 1^{er}, du statut, les fonctionnaires et autres agents atteints d'une maladie reconnue comme grave bénéficient d'un remboursement intégral des soins de santé liés à cette maladie.
- (2) Un régime commun d'assurance maladie (RCAM) a été institué par la réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires de l'Union européenne¹ établie d'un commun accord par les autorités investies du pouvoir de nomination des institutions de l'Union, prévue à l'article 72 du statut, et entrée en vigueur le 1^{er} décembre 2005.
- (3) Le RCAM établit quatre critères afin de déterminer l'existence d'une maladie grave, parmi lesquels l'existence ou le risque d'un handicap grave.
- (4) Depuis plusieurs années, conformément à la jurisprudence, ces quatre critères ont été appréciés en tenant compte de leurs éventuels liens d'interdépendance, notamment en matière des frais médicaux liés à un handicap. En particulier, compte tenu de la nécessité d'assurer une appréciation globale de la gravité de la maladie, un critère, tel que celui relatif au pronostic vital défavorable, peut être considéré comme rempli à la lumière de l'évaluation des autres critères.
- (5) La présente révision formalise la pratique existante, afin d'assurer une sécurité juridique accrue pour les affiliés, dans le plein respect de l'équilibre du RCAM établi par le législateur,

¹ Réglementation arrêtée par toutes les institutions dont le commun accord a été constaté par le président de la Cour de justice des Communautés européennes le 24 novembre 2005.

DÉCIDE :

Article premier

La décision de la Commission du 2 juillet 2007 portant fixation des dispositions générales d'exécution relatives au remboursement des frais médicaux² est modifiée comme suit :

Le texte du chapitre 5 du titre III « Reconnaissance du statut de maladie grave » des dispositions générales d'exécution contenues dans l'annexe est remplacé par le texte suivant :

« 1. Définition

Sont reconnus notamment comme maladies graves, les cas de tuberculose, de poliomyélite, de cancer, de maladie mentale et d'autres maladies reconnues de gravité comparable par l'AIPN.

Ces dernières concernent des affections associant, à des degrés variables, les quatre critères suivants :

- évolution chronique ;
- nécessité de mesures diagnostiques et/ou thérapeutiques lourdes ;
- présence ou risque de handicap grave ;
- pronostic vital défavorable.

Ces critères cumulatifs doivent faire l'objet d'une appréciation globale sur la gravité des conséquences de la maladie en cause. L'appréciation portée sur l'un des critères est, compte tenu du lien d'interdépendance, de nature à moduler l'appréciation portée sur les autres critères, en particulier en ce qui concerne les situations de handicap grave. L'examen d'un critère à la lumière de l'appréciation portée sur les autres critères peut aboutir à la conclusion que ledit critère, notamment celui relatif au pronostic vital défavorable, est rempli.

2. Périmètre de couverture

Le taux de remboursement à 100 % s'applique :

- aux frais médicaux qui apparaissent, à la lumière des connaissances scientifiques, comme directement liés à la maladie grave, que ce soit pour le diagnostic, le traitement, le suivi de l'évolution de cette maladie ou de ses complications et conséquences éventuelles ;
- aux frais éligibles au remboursement qui seraient liés à une éventuelle dépendance entraînée par la maladie grave ;
- aux frais liés aux examens de suivi des maladies graves.

3. Procédures

La demande de reconnaissance pour maladie grave doit être accompagnée d'un rapport médical détaillé, adressé au médecin-conseil du bureau liquidateur compétent de manière confidentielle. Lors d'une première demande, ce rapport précise :

- la date du diagnostic ;
- le diagnostic précis ;

² C(2007)3195.

- le stade d'évolution et les complications éventuelles ;
- le traitement nécessaire.

La couverture à 100 % des frais occasionnés par la maladie grave est accordée avec une date de début (date du diagnostic indiqué dans le certificat médical) et une date d'échéance prévoyant une couverture à 100 % de 5 ans au maximum, sauf pour les frais de suivi médical de la maladie grave qui peuvent être remboursés au-delà de cette période.

Le bureau liquidateur rappelle en temps utile à l'affilié l'échéance de la couverture afin de lui permettre de présenter une demande de prolongation accompagnée d'un rapport médical précisant :

- l'évolution de la maladie ;
- le traitement et/ou la surveillance encore nécessaire.

La décision de couverture à 100 % est examinée périodiquement sur base des informations actualisées sur l'état de santé de la personne et des avancées scientifiques afin de réévaluer si nécessaire le périmètre de la couverture.

4. Rétroactivité

En principe, la couverture à 100 % n'est accordée qu'à partir de la date du diagnostic indiqué dans le certificat médical appuyant la demande de reconnaissance de la maladie grave.

Toutefois, sur demande motivée de l'affilié indiquant les prestations concernées reprises sur ses décomptes de remboursement, une rétroactivité de la couverture à 100 % peut être accordée après avis du médecin-conseil.

En aucun cas cette rétroactivité ne pourra dépasser la période de déchéance des frais prévue à l'article 32 de la réglementation commune ».

Article 2

La décision prend effet le 1^{er} juin 2020.

Fait à Bruxelles, le 12.5.2020

*Par la Commission
Johannes HAHN
Membre de la Commission*