

MEMORIAL
Journal Officiel
du Grand-Duché de
Luxembourg



MEMORIAL
Amtsblatt
des Großherzogtums
Luxemburg

RECUEIL DE LEGISLATION

A — N° 2

16 janvier 1970

SOMMAIRE

Statuts réglementaires de la Caisse de maladie des employés privés, entrés en vigueur le 1 ^{er} janvier 1970	page	10
Chapitre 1 ^{er} — Dénomination et siège (art. 1—2)	»	10
Chapitre II — Affiliation (art. 3—6)	»	10
Chapitre III — Prestations (art. 7—13)	»	11
Objet de l'assurance (art. 7)	»	11
Indemnités pécuniaires (art. 8)	»	11
Frais funéraires (art. 9)	»	11
Généralités (art. 10—11)	»	12
Prestations (art. 12)	»	12
A. Soins médicaux (art. 12-A)	»	12
B. Soins dentaires (art. 12-B)	»	12
C. Fournitures pharmaceutiques et accessoires (art. 12-C)	»	13
D. Hospitalisation (cliniques et hôpitaux, maisons de santé, sanatoria, maisons de convalescence, cures thermales et hydrothérapeu- tiques, frais de couches, frais de voyage) (art. 12-D)	»	16
E. Soins prestés par les auxiliaires médicaux (art. 12-E)	»	19
F. Analyses médicales, radiologie, physiothérapie (art. 12-F)	»	19
G. Dispositions communes (avec tableau des prestations soumises à autorisation préalable) (art. 12-G)	»	19
Prescription (art. 13)	»	20
Chapitre IV — Cotisations (art. 14—15)	»	21
Chapitre V — Administration de la caisse (art. 16—24)	»	22
Chapitre VI — Dispositions finales (art. 25—27)	»	23

STATUTS REGLEMENTAIRES DE LA CAISSE DE MALADIE DES EMPLOYES PRIVES

entrés en vigueur le 1^{er} janvier 1970.

(Ces statuts ont été entérinés par décision du Ministre du Travail et de la Sécurité sociale du 31 décembre 1969)

Chapitre I^{er}. — Dénomination et siège

Art. 1^{er}. La Caisse de maladie des employés privés est instituée par application de la loi du 29 août 1951 concernant l'assurance maladie obligatoire des fonctionnaires et employés; elle est régie par ladite loi et les présents statuts.

Art. 2. La Caisse a son siège à Luxembourg.

Elle pourra désigner pour ses relations avec les assurés des délégués locaux, régionaux ou d'entreprises sans préjudice du droit des assurés de s'adresser directement au siège.

Chapitre II. — Affiliation

Art. 3. Sont de droit affiliés à la Caisse tous les employés privés ainsi que tous les assurés visés par l'article 1^{er} de la loi du 29 août 1951 précitée, qui ne sont pas affiliés de droit à une autre caisse de maladie instituée ou maintenue en vertu des articles 13 et 14 de la même loi.

L'employé qui occupe simultanément plusieurs emplois est assuré par la caisse à laquelle il appartient en raison de son emploi principal.

Pour les bénéficiaires de pensions la compétence des caisses se détermine suivant le dernier emploi, sinon suivant le montant le plus élevé de la pension.

L'affiliation des bénéficiaires de pensions comme tels est suspendue tant qu'ils sont assurés du chef d'une occupation salariée.

Art. 4. L'assurance s'étend aux membres de famille ci-après, pour autant qu'ils ne sont pas assurés personnellement en vertu de la loi du 29 août 1951 ou auprès d'une autre caisse contre les mêmes risques.

1. l'épouse de l'assuré faisant ménage commun avec lui;
2. à défaut d'une épouse ayant droit aux prestations:
 - la mère,
 - la grand'mère ou la belle-mère,
 - la soeur ou la belle-soeur ou
 - la fille, même majeure,
 - qui tient le ménage de l'assuré et dont l'entretien est à sa charge;
3. les enfants légitimes âgés de moins de 19 ans accomplis, tous enfants bénéficiaires d'allocations familiales légales.

L'assurance s'applique jusqu'à l'âge de 25 ans révolus si l'enfant s'adonne à des études moyennes, universitaires ou professionnelles, et sans limite d'âge si l'enfant est par suite d'infirmité physique ou intellectuelle hors d'état de gagner sa vie.

Sont assimilés aux enfants légitimes:

- les enfants légitimés;
- les enfants adoptifs;
- les enfants de l'autre époux qui sont à charge de l'assuré;
- les enfants dont l'assuré assume la charge d'une façon durable.

Lorsque deux époux sont affiliés simultanément à des caisses différentes régies par la loi du 29 août 1951 ou le Code des assurances sociales, la caisse à laquelle est affilié l'époux sera tenue d'accorder les prestations prévues en faveur des enfants communs.

4. la grand'mère, la mère ou la sœur qui tient le ménage de l'assurée non mariée;
5. le conjoint, qui, par suite d'infirmité, est à charge de la femme assurée;
6. les parents, les grands-parents et les beaux-parents à condition qu'ils fassent partie du ménage de l'assuré dans le Grand-Duché, qu'ils soient entièrement ou en majeure partie à sa charge et qu'ils ne soient pas assurés personnellement contre les mêmes risques.
7. la sœur ou la belle-sœur ou la fille, même majeure, qui tient le ménage de l'assuré et dont l'entretien est à sa charge, en cas où l'épouse est par suite d'infirmité incapable de faire le ménage.

Les assurés sont tenus de déclarer endéans les 8 jours tout changement qui exerce ou qui pourrait exercer une influence sur les modalités de l'assurance des personnes visées au présent article.

Le comité-directeur est autorisé à subordonner le bénéfice du présent article à l'immatriculation des ayants droit, à opérer préalablement au cas d'assurance.

Art. 5. L'assurance prend cours le jour de l'entrée en service ou de l'ouverture du droit à pension. Elle prend fin avec la cessation des relations d'emploi ou de service, ou de la pension.

Art. 6. L'affiliation des personnes détachées à l'étranger est régie par l'article 4 de la loi et les conventions internationales afférentes.

Chapitre III. — Prestations

Art. 7. L'assurance a pour objet:

- a) le traitement médical et les traitements connexes;
- b) les mesures de diagnostic et de dépistage;
- c) les fournitures pharmaceutiques et orthopédiques, les moyens curatifs et de secours et les prothèses;
- d) le séjour dans les cliniques, hôpitaux et sanatoria;
- e) les frais de couches;
- f) les indemnités pécuniaires;
- g) les frais funéraires directs;
- h) les frais de transport.

Les prestations de maladie ci-dessus sont accordées en faveur des affiliés et des membres de leur famille, les prestations en cas de couches aux seules affiliées et épouses d'affiliés.

INDEMNITES PECUNIAIRES

Art. 8. Les indemnités pécuniaires dues aux affiliés actifs, qui ne jouissent pas de la continuation de leur rémunération, sont déterminées conformément à l'article 7 de la loi du 29 août 1951. Elles sont payables à la fin de chaque mois.

FRAIS FUNERAIRES

Art. 9. Les frais funéraires sont couverts forfaitairement par le paiement des montants ci-après (indice 100):

- a) 6.000 fr. en cas de décès de l'assuré;
- b) 4.000 fr. en cas de décès de l'épouse ou d'une personne assimilée conformément à l'article 4, sub 2, 4 et 5;
- c) 2.000 fr. en cas de décès d'un enfant visé par l'article 4, sub 3;
- d) 4.000 fr. en cas de décès d'une veuve;
- e) 2.000 fr. en cas de décès d'un orphelin;
- f) pour les enfants morts-nés ne sont remboursés que les frais directs réellement exposés sans pouvoir dépasser le montant de 1.000 fr.

Si le montant de 4.000 fr. a été payé à l'occasion du décès de l'épouse de l'assuré, ce montant ne peut plus être payé à l'occasion du décès ultérieur d'une personne assimilée à l'épouse de l'assuré.

Les frais funéraires directs ne peuvent pas être alloués plus d'une fois du chef de personnes assimilées à l'épouse.

Art. 10. Le droit aux prestations prend cours, sans préjudice du délai de carence visé par l'article 8, littéra c, de la loi du 29 août 1951, le jour de l'affiliation; il prend fin avec la cessation de l'assurance, sauf la prolongation prévue par l'alinéa 2 de l'article 9 de la loi.

Les suspensions et déchéances de prestations sont régies par les dispositions prévues aux articles 8, 9 et 13, alinéa 2 de la loi du 29 août 1951.

Art. 11. Les assurés ont droit au libre choix du médecin et du pharmacien établis dans le Grand-Duché de Luxembourg.

Ils pourront se faire traiter à l'étranger du consentement de leur Caisse; ce consentement n'est pas requis pour les premiers soins en cas d'accidents ou de maladie survenus à l'étranger, ni dans l'hypothèse de l'article 4 de la loi du 29 août 1951 (détachement provisoire à l'étranger). Le consentement de la Caisse ne pourra être refusé, si le traitement à l'étranger est recommandé par le médecin traitant de l'assuré et le médecin-conseil de la Caisse.

Art. 12. Les secours prévus par l'article 7 sont couverts par remboursement, à l'assuré ou à son représentant légal, des frais effectivement exposés, suivant les prévisions du présent article.

Toutefois la Caisse pourra payer directement les soins et fournitures à ceux qui les auront prestés, suivant les conventions individuelles ou collectives qu'elle aura pu conclure.

Les prestations sont arrondies au franc supérieur ou inférieur selon que la fraction atteint ou n'atteint pas 50 cts.

SOINS MEDICAUX

(art. 12-A)

Les honoraires pour soins médicaux sont remboursés sur la base du tarif fixé par les dispositions légales en vigueur pour les assurés du groupe I et notamment les conventions et sentences en tenant lieu, qui régissent les rapports avec les fournisseurs en matière d'assurance maladie en vertu de l'article 308bis du Code des assurances sociales.

Le taux de responsabilité de la Caisse est de 90% pour les positions jusqu'à 100 fr. (indice 100) et de 100% pour les positions au-dessus de 100 fr. (indice 100) ainsi que pour le traitement postopératoire afférent.

Les actes médicaux qui ne seraient pas prévus audit tarif sont traités par analogie.

En principe la Caisse rembourse une consultation ou une visite au maximum par 24 heures.

Sauf autorisation préalable ou justification admise par la Caisse, ne seront honorées au plus que 2 consultations ou visites endéans les 7 jours, et 10 consultations ou visites par cas de maladie.

Les différentes prestations ne sont pas sujettes à autorisation préalable à l'exception des opérations plastiques non en rapport avec un accident et des positions énumérées au tableau III.

SOINS DENTAIRES

(art. 12-B)

Les honoraires pour soins dentaires sont remboursés sur la base du tarif fixé par les dispositions légales en vigueur pour les assurés du groupe I et notamment les conventions et sentences en tenant lieu, qui régissent les rapports avec les fournisseurs en matière d'assurance maladie en vertu de l'article 308bis du Code des assurances sociales.

Le taux de responsabilité de la Caisse est de 90% pour les positions jusqu'à 100 fr. (indice 100) et de 100% pour les positions au-dessus de 100 fr. (indice 100) ainsi que pour le traitement postopératoire afférent.

Les actes médicaux qui ne seraient pas prévus audit tarif sont traités par analogie.

Sauf spécification au tableau III, les différentes prestations ne sont pas sujettes à autorisation préalable.

Des subventions sont accordées pour les prothèses et fournitures expressément prévues au tableau ci-dessous.

Prothèses dentaires

La Caisse accorde les subventions suivantes au nombre-indice 100:

Empreinte fonctionnelle	150 fr.
Plaque de prothèse.....	500 fr. *
Dent nouvelle	100 fr. *
Crochet	100 fr.
Succion	70 fr.
Bridge par membre	400 fr. *
Couronne	400 fr. *
Dent à pivot	400 fr. *
Facette	150 fr. *
Remontage dent	50 fr. *
Remontage crochet	50 fr. *
Soudure bridge	50 fr.
Réparation plaque (fracture)	100 fr.
Rescellement couronne, dent à pivot, facette	80 fr.
Rebasage partiel	200 fr.
Rebasage total	400 fr.

Les frais de prothèses provisoires ne sont pas à charge de la Caisse.

Le délai de renouvellement pour les positions marquées d'un astérisque est fixé à 5 ans.

Orthodontie

Le taux de remboursement de la Caisse pour redressement dentaire est de 90% des tarifs fixés par les conventions en vigueur pour les assurés du groupe I sans pouvoir dépasser le montant maximum forfaitaire de 3.000 fr. (indice 100).

Le traitement orthodontique est soumis à autorisation préalable et n'est accordé qu'une seule fois.

FOURNITURES PHARMACEUTIQUES ET ACCESSOIRES

(art. 12-C)

La Caisse prend à sa charge:

a) en cas d'hospitalisation avec ou sans opération:

100% du prix des médicaments et articles de pansement,

100% des frais de transfusions sanguines,

100% des frais pour l'utilisation de la salle d'opération et des frais analogues fixés selon le règlement forfaitaire avec l'Entente des Hôpitaux.

b) en cas de traitement externe ou ambulatoire:

80% des frais de transfusions sanguines,

80% des frais pour l'utilisation de la salle d'opération et des frais analogues fixés selon le règlement forfaitaire avec l'Entente des Hôpitaux.

80% du prix des moyens accessoires prescrits par le médecin sans que cette subvention puisse dépasser les montants fixés au tableau I,

70% du coût des médicaments et articles de pansement ordonnés par le médecin,

50% du coût des médicaments homéopathiques ordonnés par le médecin.

Toutefois ne donnent pas lieu à remboursement tous les produits pharmaceutiques marqués d'un astérisque sur la liste officielle des spécialités pharmaceutiques admises à la vente au Grand-Duché de Luxembourg p. ex.:

les médicaments diététiques,
 les produits de régime,
 les eaux minérales,
 les vins, à l'exception des vins inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques,
 les élixirs, à l'exception des élixirs contenant des substances vénéneuses,
 les dentifrices et produits de beauté, même lorsqu'ils contiennent des substances de nature médicamenteuse,
 les spécialités qui font l'objet de publicité auprès du public
 et

les médicaments dont la teneur en principes actifs est reconnue insuffisante par le pharmacien-conseil auprès de l'Inspection des institutions sociales.

Toute prescription médicale peut être répétée suivant le nombre de fois inscrit sur l'ordonnance par le médecin traitant. Toutefois, le remboursement des ordonnances médicales indiquant plus de 2 répétitions est soumis à l'autorisation préalable du médecin-conseil de la Caisse.

L'indication « à répéter » ne justifie qu'une seule répétition.

La surtaxe de nuit sur les ordonnances, dont l'urgence n'est pas cliniquement prouvée ou certifiée par les médecins, reste exclusivement à charge de l'assuré.

Les réductions prévues par le tarif officiel des médicaments visés par l'article 67 du Code des assurances sociales sont applicables.

Le comité-directeur est autorisé à soumettre le remboursement de certaines spécialités pharmaceutiques à l'autorisation préalable de la Caisse.

Ces articles feront l'objet d'une liste nominative.

Verres de lunettes et montures

Les verres de lunettes et montures sont remboursés suivant les montants et dispositions prévus au tableau II.

Tableau I
 MOYENS ACCESSOIRES

		Délai de renouvellement
Bandages herniaires: a) pour enfants	100 fr.	—
b) pour adultes/simple	300 fr.	1 an
c) pour adultes/double	500 fr.	1 an
Ceinture, corset (en tissu élastique)	500 fr. *	1 an
Canne avec tampon	50 fr.	—
Béquilles, la paire	500 fr.	5 ans
Chevillère	65 fr.	—
Genouillère	65 fr.	—
Bas à varices: jusqu'au genou, le bas	175 fr.	1 an
Bas à varices: au dessus du genou, le bas	275 fr.	1 an
Semelles pour pieds plats, la paire	200 fr.	1 an
Serre-bras (élastique)	50 fr.	—
Inhalateur	60 fr.	—
Pulvérisateur buccal ou nasal	70 fr.	—
Séringue pour diabétique	400 fr.	2 ans
Pessaire selon grandeur	de 45 à 80 fr.	—
Suspensoir	50 fr.	—
Appareil anus contre nature	400 fr.	—

Délai de
renouvellement

Appareil urinal	400 fr.	—
Appareil de détraction	1.500 fr.	—
Attelles de nuit, Nachtschienen, la paire	1.500 fr. *	1 an
Kniestreifenbandage	500 fr. *	1 an
Corset orthopédique (lombostat)	1.500 fr. *	1 an
Appareil orthopédique « genu valgum »	1.500 fr. *	1 an
Chaussures orthopédiques, sur mesure, la paire:		
50% des frais d'acquisition, maximum	3.000 fr. *	1 an
Prothèse orthopédique: bras,	6.000 fr.	5 ans
Prothèse orthopédique: jambe	10.000 fr.	5 ans
Prothèse de marche, Thomas-Bügel ou Thomas-Splynt	6.000 fr. *	5 ans
Réparation des prothèses orthopédiques (bras, jambe et prothèse de marche)	3.000 fr.	—
Prothèse auditive	4.000 fr. *	5 ans

Les frais d'entretien et pièces de rechange concernant la prothèse auditive ne sont pas à charge de la Caisse.

Les positions marquées d'un astérisque sont soumises à autorisation préalable.

Les ceintures « Reins au chaud » Dr Gibaud, les bas « Supphose », « Elbeo », « Veinophyl » et tout produit similaire ne sont pas à charge de la Caisse.

Tableau II

TARIF DES VERRES DE LUNETTES

Verres ménisques sphériques:

de plan à 2.00	85 fr.	le verre
2.25 à 4.00	90 fr.	»
4.25 à 6.00	105 fr.	»
6.25 à 8.00	150 fr.	»
8.50 à 10.00	165 fr.	»
10.50 à 13.00	210 fr.	»
13.50 à 16.00	250 fr.	»
16.50 à 20.00	270 fr.	»

Verres toriques cylindriques:

de plan à 2.00	143 fr.	»
de plan à 3.00	165 fr.	»
de plan à 4.00	180 fr.	»

Verres toriques sphériques:

de plan à 2.00 cyl. 0.25 à 2.00	143 fr.	»
2.25 à 4.00 cyl. » »	165 fr.	»
4.25 à 6.00 cyl. » »	180 fr.	»
6.25 à 8.00 cyl. » »	225 fr.	»
8.50 à 10.00 cyl. » »	248 fr.	»
10.50 à 13.00 cyl. » »	270 fr.	»
13.50 à 16.00 cyl. » »	338 fr.	»
16.50 à 20.00 cyl. » »	350 fr.	»

de plan à 2.00 cyl. 2.25 à 4.00.....	158 fr.	»
2.25 à 4.00 cyl. » »	180 fr.	»
4.25 à 6.00 cyl. » »	218 fr.	»
6.25 à 8.00 cyl. » »	240 fr.	»
8.50 à 10.00 cyl. » »	278 fr.	»
10.50 à 13.00 cyl. » »	300 fr.	»
13.50 à 16.00 cyl. » »	353 fr.	»
16.50 à 20.00 cyl. » »	365 fr.	»

Suppléments pour verres prismatiques:

Verres sphériques:

de 0,5 à 3°	80 fr.
3,5 à 6°	105 fr.
7 à 10°	130 fr.

Verres toriques:

de 0,5 à 3°	105 fr.
3,5 à 6°	120 fr.
7 à 10°	145 fr.

Oeil artificiel (délai de renouvellement: 3 ans).....	1.000 fr.
Monture	300 fr.

La Caisse ne rembourse que deux montures endéans les 24 mois.

Les réparations ne sont pas à charge de la Caisse.

Verres à plusieurs foyers:

Chaque verre à plusieurs foyers est remboursé au tarif de 2 verres, augmenté de 40%.

Supplément pour verres teintés:

Pour les verres teintés la Caisse accorde un supplément de 50% sur les tarifs prévus ci-dessus dans le cas des affections suivantes: albinisme, irido-cyclite chronique et kératite chronique.

Verres de contact:

Remboursement: 50% de la dépense effective sans que la participation de la Caisse puisse dépasser le montant de 2.500 pour les deux verres.

Le remboursement pour verres de contact n'est accordé que sur autorisation préalable de la Caisse dans le cas des affections suivantes: kératocône — aphakie monoculaire ou binoculaire — anisométrie de 3 dioptries et plus — astigmatisme irrégulier — amétropie supérieure à —5 et +6 dioptries.

Il n'est accordé que 2 verres de contact tous les 4 ans, pendant ce délai aucun remboursement ne sera effectué pour montures et verres de lunettes.

HOSPITALISATION

(art. 12-D)

1. Cliniques et Hôpitaux

En cas d'hospitalisation nécessitée par une mise en observation, une opération, la séparation du malade dans l'intérêt de son entourage ou de l'hygiène générale ou par l'impossibilité de lui accorder les soins appropriés à domicile, la Caisse prend à sa charge 80% du tarif de référence qui est de 225 fr. (indice 100) par jour.

Lorsque la dépense effective est inférieure au montant de référence la Caisse rembourse la dépense entière jusqu'à concurrence du montant résultant de l'application de l'alinéa qui précède.

Les frais pour utilisation de salles d'opération et les frais analogues seront remboursés suivant le taux de 100% des montants fixés selon le règlement forfaitaire avec l'Entente des Hôpitaux.

La responsabilité de la Caisse est limitée à 26 semaines par 12 mois.

Toutefois, dans des cas tout à fait exceptionnels, le comité-directeur, sur avis du médecin de confiance de la Caisse, peut proroger la durée de l'hospitalisation jusqu'à concurrence de 52 semaines, étant entendu que, dans de pareils cas, les droits pour la période des 12 mois suivants seront réduits proportionnellement.

Sont soumis à autorisation préalable les séjours dans les cliniques et hôpitaux non en rapport avec une intervention chirurgicale, ainsi que tout traitement et hospitalisation à l'étranger, sauf les premiers soins en cas d'accidents ou de maladie.

La Caisse prend à sa charge 80% des frais de transport en ambulance sur la voie praticable la plus courte jusqu'aux médecin, médecin-spécialiste, cliniques et hôpitaux les plus proches.

Tous les transports en ambulance à l'étranger sont soumis à autorisation préalable.

Le remboursement forfaitaire pour traitement au Centre des Grand Brûlés à Metz est fixé à 800 fr. (indice 100) par journée d'hospitalisation. Cette prise en charge est sujette à l'autorisation préalable de la Caisse sur présentation d'un certificat médical motivé.

2. Maisons de santé

La participation de la Caisse aux frais de séjour du malade admis à la Maison de Santé d'Ettelbruck ou dans un établissement similaire agréé est limitée au total à deux ans soit 4x26 semaines.

Le remboursement des frais d'hospitalisation est effectué sur la base du tarif forfaitaire appliqué par la Maison de Santé d'Ettelbruck sans pouvoir dépasser 80% du tarif de référence qui est de 225 fr. (indice 100) par jour.

L'autorisation préalable est requise.

En outre la Caisse prend à sa charge 80% des frais de transport pour la distance qui sépare le domicile du malade de la Maison de Santé d'Ettelbruck.

La Caisse participe sur autorisation préalable aux frais de traitement dans un établissement psychiatrique étranger agréé sans que le remboursement de la Caisse puisse dépasser le tarif forfaitaire appliqué par la Maison de Santé d'Ettelbruck.

Les frais de transport à l'étranger sont remboursés à raison de 80% des frais pour la distance qui sépare le domicile du malade de la Maison de Santé d'Ettelbruck.

3. Sanatoria

La participation de la Caisse aux frais de séjour et de traitement des malades dans un sanatorium luxembourgeois agréé est limitée à 26 semaines par 12 mois. Le remboursement des frais de séjour est effectué sur la base du tarif forfaitaire appliqué par les sanatoria luxembourgeois sans pouvoir dépasser 80% du tarif de référence qui est de 225 fr. (indice 100) par jour.

L'autorisation préalable est requise.

En outre la Caisse prend à sa charge 80% des frais de transport pour la distance qui sépare le domicile des malades de ces établissements.

La Caisse participe sur autorisation préalable aux frais de traitement dans un sanatorium étranger agréé sans que le remboursement de la Caisse puisse dépasser le tarif forfaitaire appliqué par les sanatoria luxembourgeois.

Les frais de transport à l'étranger sont remboursés à raison de 80% des frais pour la distance qui sépare le domicile des malades des sanatoria luxembourgeois.

4. Maisons de convalescence

Après une grande intervention chirurgicale la Caisse peut accorder une cure de convalescence pendant une durée maximum de 21 jours par an dans un établissement agréé.

La participation de la Caisse est fixée à 80% du prix appliqué par la Fondation Emile Mayrisch à Colpach pour une chambre à 2 lits.

L'autorisation préalable est requise.

La Caisse n'intervient pas dans les frais de voyage.

Les séjours balnéaires, les cures d'air et de repos ne sont pas à charge de la Caisse.

5. Cures thermales et hydrothérapeutiques

La Caisse peut accorder des cures thermales et hydrothérapeutiques de 21 jours au maximum une fois par an d'après les tarifs suivants:

1) Cures thermales:

MONDORF

et établissements analogues: 100 fr. (indice 100) par jour.

2) Cures hydrothérapeutiques:

WEILERBACH

et établissements analogues: 60 fr. (indice 100) par jour.

L'autorisation préalable est requise.

Ces forfaits couvrent complètement le traitement thermal respectivement le traitement hydrothérapeutique, les frais médicaux, les analyses et opérations radiologiques.

Dans les cas où les frais quotidiens n'atteignent pas, en moyenne, les montants ci-dessus, la Caisse ne rembourse que 50% des frais réellement exposés pour massages, douches, bains, inhalations etc. suivant les tarifs fixés par la convention avec les auxiliaires médicaux.

Le remboursement se fait sur présentation de quittances et d'autres pièces prouvant la cure thermique suivie et indiquant le début et la fin de la cure, ainsi que les montants des frais de cure c.-à-d. massages, bains, douches, inhalations etc.

La Caisse n'intervient pas dans les frais de voyage et de séjour.

6. Frais de couches

Ces frais sont couverts forfaitairement par un montant de 4.000 fr. (indice 100).

En cas de couches multiples le forfait est majoré de 1.000 fr. (indice 100) par enfant à partir du 2^e enfant.

Sont compris dans ces forfaits:

les émoluments de la sage-femme,

les actes médicaux lors de l'accouchement,

le séjour dans la maternité ou clinique pendant 9 jours,

les médicaments et articles de pansement,

les frais de transport etc.

Les honoraires médicaux pour l'opération césarienne seront payés à part selon les tarifs en vigueur.

Frais de voyage

La Caisse prend à sa charge 80% des frais de voyage par les moyens de transport public (train en 2^e classe ou autobus):

a) jusqu'au médecin-oculiste,

b) jusqu'aux autres médecins-spécialistes uniquement sur transfert du médecin traitant ou avec l'accord préalable du médecin-conseil de la Caisse, pour la détermination du diagnostic respectivement l'établissement d'un plan de traitement.

La continuation éventuelle du traitement auprès du médecin-spécialiste est à motiver par ce dernier.

Toutefois, ne sera pris en considération que le trajet qui sépare le malade du médecin-oculiste et des médecins-spécialistes les plus proches.

Si, en cas de force majeure, il est impossible d'utiliser les moyens de transport public, les frais supplémentaires peuvent être remboursés au taux de 80% sur demande motivée du médecin traitant, à approuver par le médecin-conseil de la Caisse. Le remboursement des déplacements en voiture personnelle est assimilé aux frais de déplacement par les moyens de transport public.

La Caisse participe aux frais de déplacement jusqu'à la clinique universitaire la plus proche pour traitement ou pour consultation d'une somnité médicale (professeur d'université) ceci sur présentation d'un transfert motivé du médecin-spécialiste traitant luxembourgeois. Le taux de remboursement est de 80% des frais de déplacement par les moyens de transport public (train en 2^e classe, autobus) ou par ambulance. Le remboursement des déplacements en voiture personnelle est assimilé aux frais de déplacement par les moyens de transport public.

L'autorisation préalable est requise.

SOINS PRESTES PAR LES AUXILIAIRES MEDICAUX (art. 12-E)

Le taux de remboursement de la Caisse pour les soins fournis par les auxiliaires médicaux est fixé à 50% des tarifs de la convention conclue par la Caisse resp. l'Entente des Caisses de maladie régies par la loi du 29 août 1951 et les auxiliaires médicaux.

Toutefois, les soins prestés par les auxiliaires médicaux à la suite d'une fracture ou d'une opération sont remboursés à raison de 80% des tarifs de la même convention.

Les prestations sujettes à autorisation préalable sont spécifiées au tableau III.

ANALYSES MEDICALES, RADIOLOGIE, PHYSIOTHERAPIE (art. 12-F)

1. *Analyses médicales*

La Caisse prend à sa charge 80% de la dépense effective pour analyses sans que les montants de référence puissent dépasser les tarifs fixés par convention entre parties ou à défaut de convention les tarifs arrêtés par règlement ministériel.

Toutefois, en cas d'hospitalisation avec ou sans opération le remboursement est fixé à 100% des tarifs visés ci-dessus.

2. *Radiologie*

La participation de la Caisse aux frais radiologiques est fixée à 80% du tarif appliqué par l'Entente des Hôpitaux du Grand-Duché de Luxembourg ou des tarifs fixés par convention entre parties.

Toutefois, en cas d'hospitalisation avec ou sans opération le remboursement est fixé à 100% des tarifs visés ci-dessus.

3. *Physiothérapie*

Le taux de remboursement de la Caisse pour physiothérapie est fixé à 50% du tarif appliqué par l'Entente des Hôpitaux du Grand-Duché de Luxembourg ou des tarifs fixés par convention entre parties.

Toutefois, en cas de fracture ou d'une opération le traitement physiothérapeutique sera remboursé à raison de 80% de ces tarifs.

Les prestations sujettes à autorisation préalable sont spécifiées au tableau III.

DISPOSITIONS COMMUNES (art. 12-G)

1. Les autorisations requises en vertu des dispositions qui précèdent ne peuvent être refusées que si la nécessité des soins et fournitures n'est pas établie.

Lorsqu'une autorisation préalable concernant l'hospitalisation non en rapport avec une intervention chirurgicale ne pouvait être demandée par suite d'urgence, il pourra y être suppléé par agrément ultérieur de la Caisse à requérir sans retard c.-à-d. dans un délai maximum de 3 jours.

Tableau III

Les prestations soumises à autorisation préalable sont les suivantes:

- A. Médecins:
Psychothérapie, chirurgie plastique non en rapport avec un accident.
- B. Art dentaire:
Orthodontie (redressement dentaire).
- C. Hospitalisation:
Les séjours dans les cliniques et hôpitaux non en rapport avec une intervention chirurgicale, l'admission aux sanatoria et établissements psychiatriques.
- D. Traitement à l'étranger:
Tout traitement et hospitalisation à l'étranger, sauf les premiers soins en cas d'accident ou de maladie.
- E. Cures:
Les cures thermales, hydrothérapeutiques et de convalescence (les séjours balnéaires, les cures d'air et de repos ne sont pas à charge de la Caisse).
- F. Frais de transport:
Tous les transports en ambulance à l'étranger.
- G. Analyses:
Les analyses spéciales telles que tests biologiques de la grossesse, tests à la sueur, thrombélastogramme, équilibre acidobasique etc.
- H. Physiothérapie:
Bains, massages, kinésithérapie, électro-physiothérapie (les bains iro-romains, de vapeur, d'air chaud complet et Sauna ne sont pas à charge de la Caisse).
- I. Moyens accessoires:
Ceintures, attelles de nuit, « Kniestreifenbandage », corsets orthopédiques (lombostat), appareil orthopédique « genu valgum », chaussures orthopédiques, prothèse de marche (Thomas-Bügel ou Thomas-Splynt), prothèse auditive, verres de contact.

Toutefois, dans des cas particuliers, le comité-directeur est autorisé à étendre, sur rapport motivé de son médecin-conseil, l'obligation d'autorisation préalable à d'autres prestations prévues au présent article.

Les montants de référence prévus pour les prothèses dentaires, moyens accessoires, verres de lunettes et montures, cures ainsi que les tarifs pour analyses, radiologie et physiothérapie peuvent être modifiés, au besoin, par décision et instruction du comité-directeur, à approuver ultérieurement par la délégation.

2. La nomenclature des tableaux prévus par le présent article ne peut être modifiée que dans les conditions applicables aux modifications statutaires.

3. Les prestations et les prix de base indiqués dans les présents statuts, qui sont suivis d'une référence à l'indice du coût officiel de la vie, seront augmentés ou diminués suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État, à l'exception des arrangements particuliers arrêtés par des conventions conclues ou à conclure.

Art. 13. Toute demande en obtention d'un paiement devra être adressée, sous peine de forclusion, avec les pièces justificatives, à la Caisse ou à ses représentants (art. 2) avant le 31 janvier qui suit l'année de la prestation.

Toutefois, si l'assuré ou l'ayant-droit ne dispose pas des pièces justificatives en temps utile il pourra maintenir ses droits en signalant par écrit à la Caisse, avant la date susdite, la prestation dont il s'agit mais ce sans préjudice de la prescription légale de 2 ans prévue par l'article 81 du Code des assurances sociales.

Chapitre IV. — Cotisations

Art. 14. La cotisation est fixée à 3,9% de la rémunération ou pension brute effective. Elle est perçue sur la base d'un minimum de 60.000 fr. par année civile, soit 5.000 fr. en moyenne par mois et d'un maximum de 120.000 fr. par année civile, soit 10.000 fr. en moyenne par mois. Ces montants de référence correspondent au nombre indice 100 du coût officiel de la vie et seront adaptés aux variations de ce nombre indice suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat.

Lorsqu'un assuré est au service d'un employeur déterminé pendant une partie seulement d'un mois ou d'une année, le maximum respectivement le minimum cotisable de la rémunération est réduit proportionnellement.

Il ne sera pas appliqué de minimum pour l'assurance:

- a) des affiliés de moins de 21 ans;
- b) des femmes;
- c) des bénéficiaires de pensions;
- d) des assurés pour lesquels il y a dispense du salaire minimum légal.

Si le traitement de l'employé est inférieur au minimum prévu de 5.000 fr. (indice 100), le patron sera tenu de cotiser sur la base de ce minimum, l'assuré n'ayant à subir de retenue que pour la part de cotisation lui incombant du chef de son traitement effectif, le restant étant à charge du patron.

Lorsque deux conjoints sont assurés simultanément de leur propre chef, soit à la même caisse de maladie, soit à des caisses de maladie différentes, régies par la loi du 29 août 1951, la part de cotisation incombant à chacun est, sur leur demande, réduite d'un quart à partir du 1^{er} jour du mois suivant celui de la présentation de la demande, mais au plus tôt à partir du 1^{er} jour du mois suivant celui où l'événement donnant droit à la réduction s'est produit.

Lorsqu'un assuré exerce plusieurs occupations autres que passagères, l'ensemble des rémunérations sera sujet à cotisation, sauf réduction proportionnelle en cas de dépassement du maximum.

Il en sera de même, lorsqu'il perçoit plusieurs pensions ou fractions de pensions, pouvant donner lieu à assurance en vertu de la loi du 29 août 1951 et en cas de cumul de pareilles pensions et d'une rémunération.

Assurance continuée

L'assuré qui perd la qualité de membre après avoir été affilié en vertu du Code des assurances sociales ou de la loi du 29 août 1951 concernant l'assurance maladie des fonctionnaires et employés pendant vingt-six semaines durant les douze mois qui précèdent sa sortie, peut continuer son affiliation auprès de la Caisse à laquelle il appartenait en dernier lieu, tant qu'il réside habituellement dans le pays et ne devient pas membre d'une autre caisse.

Celui qui désire rester membre de la Caisse devra présenter sa demande par écrit endéans les trois semaines de la cessation de son affiliation.

En cas d'assurance continuée, la cotisation due de ce chef sera calculée sur la base de la dernière rémunération de référence appliquée à l'assurance obligatoire, respectivement sur le revenu global de l'assuré.

Pour les femmes mariées, dont le mari n'est pas assuré auprès d'une caisse appartenant aux régimes du Code des assurances sociales ou de la loi du 29 août 1951, l'assiette de la cotisation est constituée par le revenu global du ménage de l'exercice précédant l'année de cotisation.

Toutefois, dans tous les cas concernant l'assurance continuée la cotisation ne peut être inférieure à celle basée sur le minimum visé à l'alinéa premier.

Pour les assurés volontaires la qualité de membre se perd par la déclaration écrite de sortie de l'assuré, ou lorsque le paiement des cotisations n'a pas été effectué à deux échéances consécutives et que quatre semaines au moins se sont écoulées depuis la première échéance.

Les cotisations des assurés volontaires sont dues jusqu'au jour de la cessation de l'affiliation.

Art. 15. La cotisation est due sur toute rémunération correspondant à une période d'assurance effective et sur les pensions échues en cours d'assurance. Lorsqu'un mois de calendrier n'est couvert que partiellement par des relations d'emploi donnant lieu à l'assurance, les appointements stipulés au mois seront portés en compte au trentième pour chaque journée d'assurance.

Elle est payable en même temps que les cotisations dues à la Caisse de pension des employés privés ou les pensions dues par cette Caisse, suivant le cas.

Elle sera versée à la Caisse ou à l'organisme que celle-ci chargera de la perception au plus tard le 10 de chaque mois.

La cotisation d'assurance continuée est due par mensualités entières et payable anticipativement; elle échoit le premier de chaque mois et sera versée par l'assuré avant le 10 du mois.

Chapitre V. — Administration de la Caisse

a) Comité-directeur

Art. 16. Le comité-directeur est composé de 6 assurés et de 3 patrons élus par la délégation.

Il y aura autant de suppléants que de membres effectifs.

Lorsqu'un délégué est exclu ou déchargé de ses fonctions ou lorsque, pour un motif quelconque, un délégué quitte ses fonctions avant l'expiration de son mandat, il n'est pas procédé à une élection complémentaire, mais les suppléants sont appelés aux fonctions de délégués effectifs dans l'ordre correspondant au résultat des élections. Le remplaçant achève le mandat de celui qu'il remplace.

Tous les délégués sans distinction seront forfaitairement tenus indemnes de leurs débours au taux de 200 fr. (indice 100) par séance.

En cas de déplacement, il y aura lieu à remboursement du billet de 1^{re} classe et, pour les trajets supérieurs à 3 km qui ne peuvent être effectués en chemin de fer, à une indemnité forfaitaire de 3,50 fr. par km. parcouru sur la voie praticable la plus courte.

Art. 17. Le comité-directeur se réunit et procède d'après le règlement intérieur qu'il établira dans ses premières séances. Il désigne un secrétaire parmi ses membres ou les employés de la Caisse.

Le comité-directeur représente la Caisse judiciairement et extrajudiciairement et dirige l'administration courante conformément à la loi et aux statuts.

Il sera assisté par un ou plusieurs médecins de confiance et par des employés salariés en nombre suffisant.

b) Délégation (assemblée générale).

Art. 18. La délégation (assemblée générale) se compose de 20 délégués élus par les assurés et de 10 délégués élus par les patrons de ces assurés.

Les alinéas 2, 3, 4 et 5 de l'article 16 sont applicables.

Art. 19. Les affaires dont la gestion n'incombe pas au comité-directeur sont du ressort de la délégation.

Sont réservés notamment à celle-ci:

- 1) le vote du budget ainsi que l'approbation du compte annuel et la faculté de faire préalablement vérifier ce compte par une commission spéciale;
- 2) la représentation de la Caisse vis-à-vis des membres du comité-directeur;
- 3) la conclusion d'accords et de contrats avec d'autres caisses;
- 4) la revision des statuts.

Art. 20. Les délibérations de la délégation sont dirigées par le président du comité-directeur, ou le membre de ce comité appelé à le remplacer en cas d'empêchement, qui la convoquent par lettres individuelles adressées aux membres 8 jours francs avant le jour de la réunion, avec indication sommaire de l'ordre du jour.

Les affaires qui n'ont pas été portées à l'ordre du jour conformément à l'alinéa qui précède ne peuvent donner lieu à une décision que s'il ne s'élève aucune opposition contre la mise en discussion ou s'il s'agit d'une demande tendant à la convocation d'une réunion extraordinaire.

Art. 21. Au début de chaque réunion la délégation désigne un secrétaire parmi ses membres ou les employés de la Caisse.

Sans préjudice de l'alinéa final de l'article 62 du Code des assurances sociales, les décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés; elles sont inscrites par le secrétaire sur un registre spécial et signées par le président et le secrétaire. Les procès-verbaux indiquent la date des séances et les noms des personnes qui y ont assisté.

Art. 22. La délégation se réunit au cours du mois de novembre ou de décembre chaque année pour le vote du budget de l'exercice suivant, et au cours du 2^e trimestre de chaque année pour la vérification et l'approbation des comptes de l'exercice écoulé, d'après les données à joindre à la convocation par le président.

Art. 23. Le président peut convoquer la délégation en réunion extraordinaire s'il le juge nécessaire. Il doit le faire dans un délai de 15 jours par écrit et avec indication de l'ordre du jour, si une réunion est demandée par le Gouvernement ou par le tiers au moins des membres de la délégation.

Le Gouvernement ou le tiers de la délégation pourront, chaque fois que la convocation n'aura pas été provoquée par eux, demander que l'ordre du jour soit complété par les objets qu'ils indiqueront, pourvu que cette demande soit faite par écrit et qu'elle parvienne au président trois jours francs avant la réunion. Dans ce cas le président portera le complément de l'ordre du jour aussitôt à la connaissance des intéressés par lettre individuelle.

Art. 24. Les modifications des statuts ne pourront être mises en vigueur qu'après avoir été soumises à l'avis de l'autorité de surveillance et après entérinement par le Ministre du Travail et de la Sécurité sociale.

Toute revision des statuts fera l'objet d'un avis au Mémorial.

Chapitre VI. — Dispositions finales

Art. 25. Les avis de nature générale que le comité-directeur entendra adresser aux membres, pourront être publiés dans la presse professionnelle ou dans les journaux les plus répandus édités dans le pays.

Art. 26. Sur demande et au prix de revient, la Caisse remettra à chacun de ses membres ainsi qu'à tout patron un extrait des statuts et de leurs modifications.

Art. 27. Les présents statuts auront effet à partir du 1^{er} janvier 1970.